

Levensverwachting

Leo Ottes

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksge-
zondheid en Zorg bij het advies Sturen op gezondheid

Den Haag, 2011

Inhoudsopgave

1	Indicatoren voor de gezondheid van de bevolking	5
1.1	Inleiding	5
1.2	Geboortes- en overlijdensstatistieken	5
1.3	Levensverwachting	6
1.4	Andere indicatoren voor de gezondheidstoestand	10
1.5	Samenvattende beschouwing	16
2	Nederland internationaal vergeleken	18
2.1	Inleiding	18
2.2	Levensverwachting in Nederland in Europese context	18
2.3	Ontwikkeling van sterfte onder ouderen in Nederland	22
2.4	Ontwikkeling van sterfte rond de geboorte	27
3	Reactie vanuit de samenleving	30
3.1	Inleiding	30
3.2	Stagnatie levensverwachting ouderen in de periode 1980-2002	30
3.3	Perinatale sterfte	33
4	Discussie	39
4.1	Sterftecijfers en levensverwachting als indicator	39
4.2	Reactie van de samenleving en politiek	40

RVZ

Levensverwachting: achtergrondstudie 4

1 Indicatoren voor de gezondheid van de bevolking

1.1 Inleiding

Deze studie is onderdeel van het adviesproject Sturen op gezondheid, waarbij de vraag centraal staat of het mogelijk is de zorgsector te sturen op gezondheidsdoelen. Om te kunnen bepalen in hoeverre gezondheidsdoelen bereikt worden, zijn indicatoren nodig. Een indicator voor de gezondheid van de bevolking als geheel is de levensverwachting.

In het navolgende wordt niet alleen nader ingegaan op de 'klassieke levensverwachting', maar ook op een aantal andere indicatoren. De klassieke levensverwachting is slechts gebaseerd op levensduur en houdt geen rekening met de kwaliteit van leven. Een aantal andere indicatoren doet dit wel, zoals de gezonde levensverwachting en de health adjusted life expectancy.

Vervolgens wordt het verloop van de levensverwachting in Nederland in de periode 1980 - 2020 geschetst en gekeken hoe Nederland internationaal scoort.

Twee ontwikkelingen worden nader geanalyseerd: de levensverwachting in de periode 1980 - 2010 van de jongste leeftijdsgroep en van de oudste. De levensverwachting bij met name deze twee groepen liep in Nederland in de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw in negatieve zin uit de pas met veel andere westerse landen. De oorzaken worden nader geanalyseerd. Nagegaan wordt hoe actoren in de maatschappij, zoals de overheid, politiek en veldpartijen op deze ontwikkelingen hebben gereageerd.

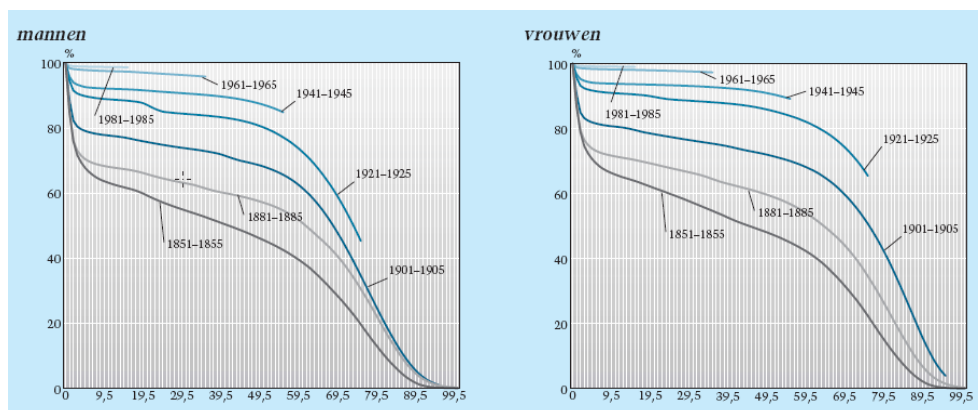
1.2 Geboortes- en overlijdensstatistieken

In 1538 was men, na grote sterfte tijdens een pestepidemie, in Londen begonnen met het bijhouden van begrafenissen en doopsels. In eerste instantie gebeurde dit onregelmatig, maar vanaf eind 1603 systematisch. John Graunt was de eerste die deze 'Bills of Mortality' verzamelde en bestudeerde¹. Aan het begin van de 17^{de} eeuw werden deze registers in heel Europa bijgehouden.

De Franse bezetter voerde in 1796 de burgerlijke stand in Nederland in. Per 1 januari 1850 kregen de gemeenten de wettelijke plicht om een doorlopende bevolkingsregistratie bij te houden, het Bevolkingsregister.² In 1939 is de persoonskaart ingevoerd, waarop elke gemeente per inwoner een aantal gegevens moest bijhouden, zoals naam, geslacht, geboortedatum, adres, burgerlijke staat, kerkgenootschap en datum van overlijden. Het Bevolkingsregister is per 1 oktober 1994 vervangen door een geautomatiseerd systeem, de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA).³ Het bevolkingsregister en GBA vormen de bron voor gegevens over de geboorte en sterfte in Nederland.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek houdt alle gegevens bij en publiceert deze.⁴ In figuur 1.1 is het aantal overledenen als percentage per leeftijd, naar geslacht en generatie in een grafiek weergegeven.

Figuur 1.1 Overlevenden per leeftijd, naar geslacht en generatie



Bron: CBS index 1287.

Van degenen die behoorden tot de generaties geboren halverwege de negentiende eeuw, werd nog niet de helft ouder dan 50 jaar. Van de generaties uit het begin van de twintigste eeuw bereikt de helft de 75-jarige leeftijd.⁵

1.3 Levensverwachting

Het nadeel van de in figuur 1.1 weergegeven overleving is, dat de overlevingscurve pas compleet is, als de betreffende genera-

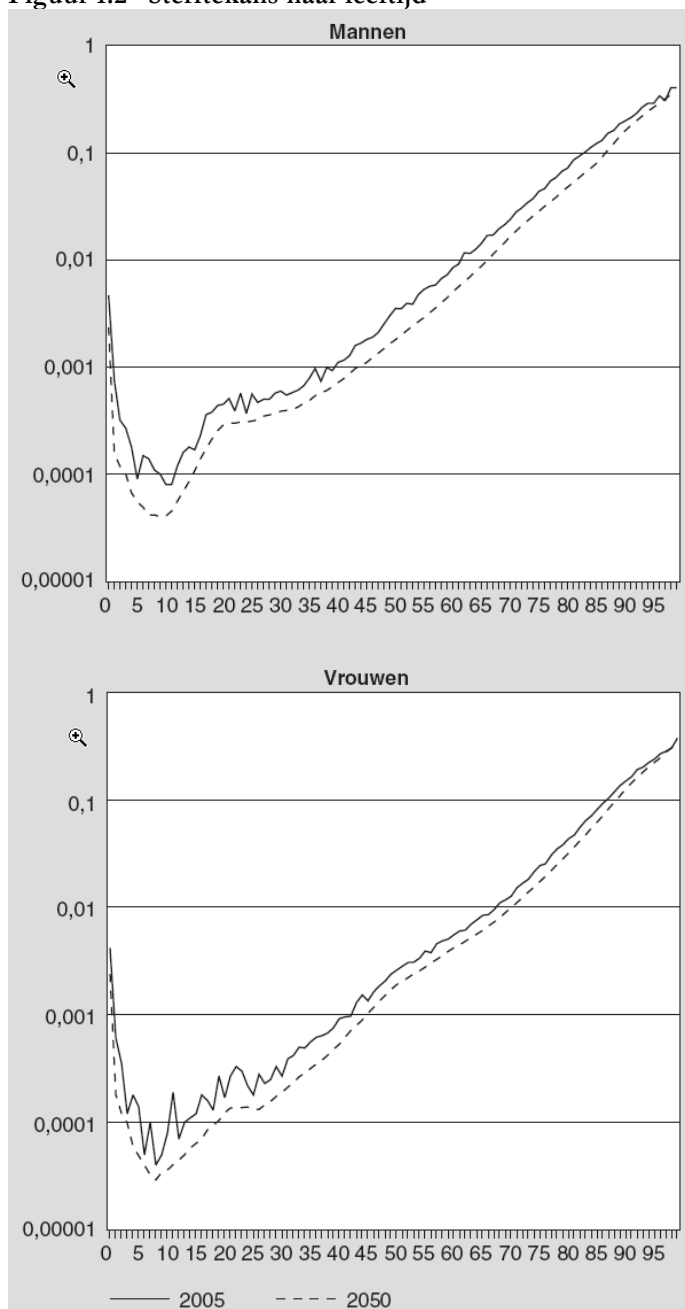
tie, het cohort, is uitgestorven. Dit duurt circa 100 jaar. De curve van de generatie 1982 - 1985 is nog heel kort. Een volledige curve kan geconstrueerd worden op basis van de sterftetekansen van dit moment voor de verschillende leeftijden. Dit is een verwachte overlevingscurve onder de aanname dat de huidige sterftetekansen in de toekomst ongewijzigd blijven. In werkelijkheid is dit uiteraard niet het geval: de trend is vooral nog dat sterftetekansen afnemen in de tijd. Ondanks deze beperkingen is de verwachte overlevingscurve en de op basis daarvan berekende levensverwachting, met name trends daarin, een goede indicator voor het totaal aan invloeden cq. determinanten op de gezondheid, zoals voeding, hygiëne, toegang tot zorg, ongevallen, geweld, epidemieën, arbeidsomstandigheden, milieu en oorlogen.

De verwachte overlevingscurve kan als volgt berekend worden. Op basis van het aantal overlijden per leeftijdsgroep kunnen leeftijdspecifieke sterftecijfers bepaald worden. Stel dat er op 31 december 2009 1000 vrouwen 59 jaar oud zijn en in 2010 sterven er 10 van hen. De leeftijdspecifieke sterftetekans van 60-jarige vrouwen in 2010 bedraagt dan $10/1000 = 0,01$.

Voor iedere leeftijdsgroep kan de sterftetekans bepaald worden. In figuur 1.2 is de jaarlijkse sterftetekans voor mannen en vrouwen in Nederland weergegeven in 2005. Wat opvalt is dat de curve U-vormig is: het risico is op het moment van de geboorte vrij hoog - even hoog als van een 55-jarige - om in de eerste levensjaren sterk te dalen. Op de leeftijd van circa 10 jaar is de sterftetekans het kleinst. Daarna neemt de kans exponentieel toe en is op honderdjarige leeftijd meer dan 50%. Tevens is een prognose voor het jaar 2050 weergegeven (stippellijn in de figuur). De trend is dat de sterftetekans afneemt en de levensverwachting toeneemt.

Deze levensverwachting wordt op basis van de leeftijdsspecifieke sterftetekansen als volgt berekend. Stel dat er 100.000 meisjes worden geboren in 2010 en kans om in het eerste levensjaar te overlijden 0,003 is, dan zullen er gemiddeld 300 overlijden. Op 31 december 2010 zijn er 99.700 nog in leven. Uitgaande van de huidige leeftijdsspecifieke sterftetekansen, zullen hiervan in 2011, bij een sterftetekans van 0,001, gemiddeld 99,7 overlijden, zodat er op 31 december 2011 nog 99600,3 in leven zijn. Deze berekening kan ook voor de volgende jaren uitgevoerd

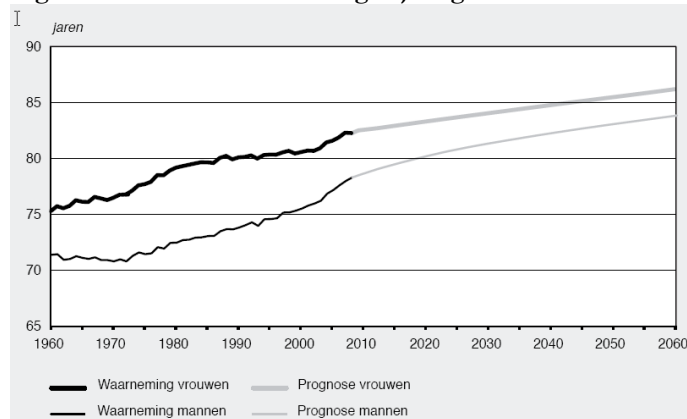
Figuur 1.2 Sterftekans naar leeftijd



Bron: CBS Bevolkingstrends, 2006.

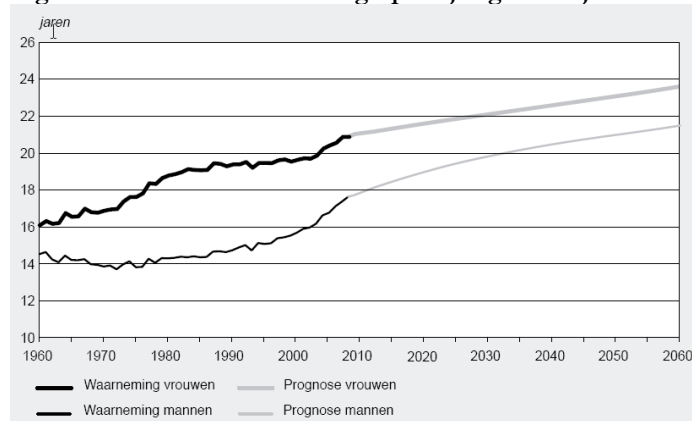
worden. Het aantal overlevenden neemt in eerste instantie langzaam af, maar dit gaat steeds sneller, immer de sterftkans stijgt na het 10^{de} jaar exponentieel. Op een bepaald moment daalt het aantal tot 0. Het gehele cohort dat in 2010 geboren is, is dan uitgestorven en de volledige overlevingscurve kan getekend worden. Vervolgens kan de gemiddelde leeftijd berekend worden. Wiskundig is dit de grootte van het oppervlak onder de curve. Dit is de levensverwachting bij de geboorte. Deze kan ook voor andere leeftijden berekend worden, bijvoorbeeld de levensverwachting op 65-jarige leeftijd. De berekening start dan op 65-jarige leeftijd.

Figuur 1.3 Levensverwachting bij de geboorte



Bron: CBS Bevolkingsprognose 2009 - 2060.

Figuur 1.4 Levensverwachting op 65-jarige leeftijd



Bron: CBS Bevolkingsprognose 2009 - 2060.

In figuur 1.3 is de berekende levensverwachting bij geboorte in de periode 1960 - 2009 alsmede een prognose voor de periode 2010 - 2060 weergegeven. Voor de prognose is uitgegaan van de verwachte sterftekansen in de toekomst op basis van trends uit het verleden. In figuur 1.4 is de levensverwachting op 65-jarige leeftijd weergegeven. De levensverwachting bij geboorte bedroeg in 2009 87,6 jaar voor vrouwen en 82,5 jaar voor mannen. De resterende levensverwachting voor 65-jarigen bedroeg respectievelijk 21 en 17,5 jaar. Wat opvalt is dat de verschillen tussen mannen en vrouwen de afgelopen decennia wat is afgenomen. In de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw is er vooral bij de levensverwachting van 65-jarige vrouwen een afvlakking te zien. Bij 65-jarige mannen is er na een lichte daling in de jaren '60 en '70 een sterke stijging in de periode na 1995.

1.4 Andere indicatoren voor de gezondheidstoestand

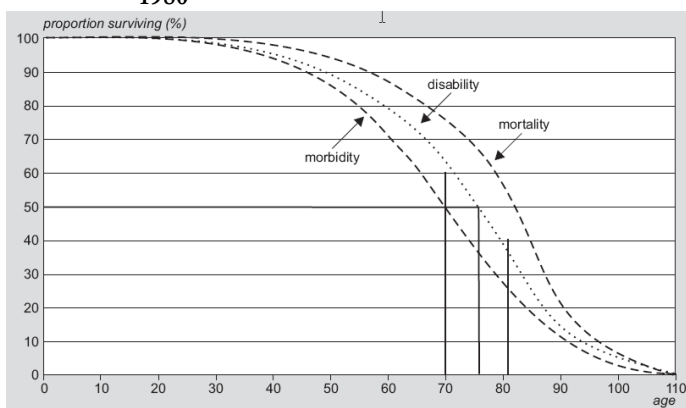
Bij de 'klassieke' levensverwachting wordt alleen de duur van het leven in beschouwing genomen en niet (mede) de kwaliteit ervan. Veelal wordt een deel van het leven in minder goede gezondheid doorgebracht. De toename in levensverwachting die het gevolg is van betere overlevingskansen voor ouderen, gaat gepaard met een toename in chronische ziekten en beperkingen op oudere leeftijd. Ziekten waaraan men vroeger overleed, zoals diabetes, zijn nu chronische ziekten geworden. Een bevolking met een hogere levensverwachting hoeft dus niet noodzakelijkerwijs gezonder te zijn dan die met een lagere levensverwachting.⁶

Gezonde levensverwachting

Dit was reden om in de jaren '70 van de vorige eeuw een nieuwe gezondheidsindicator te ontwikkelen, de gezonde levensverwachting. Deze indicator combineert de klassieke levensverwachting met de gezondheidstoestand. Een groep deskundigen heeft in 1984 een model voorgesteld⁷, waarin onderscheid wordt gemaakt in levensverwachting (in het engels mortality), levensverwachting zonder beperkingen (disability) en levensverwachting zonder chronische ziekte (morbidity). In figuur 1.5 is de overlevingscurve aangegeven voor de situatie van vrouwen in de Verenigde Staten in 1980 met daarbij curven voor morbidity en disability. Op 80-jarige leeftijd is nog ruim 50% van de betreffende groep in leven. Op 70-jarige leeftijd had 50% echter reeds een chronische aandoening, die

op 75 jarige leeftijd bij 50% tot beperkingen leidt. De laatste levensjaren worden dus veelal in ongezondheid doorgebracht.

Figuur 1.5 Overlevingscurve en hypothetische ‘morbidity’ en ‘disability’-curven voor vrouwen in de VS in 1980



Bron: WHO, 1984.

Volgens Perenboom en Van de Water is de gezonde levensverwachting een meer passende indicator dan de klassieke levensverwachting om de huidige volksgezondheidstoestand te beschrijven en te monitoren.⁸

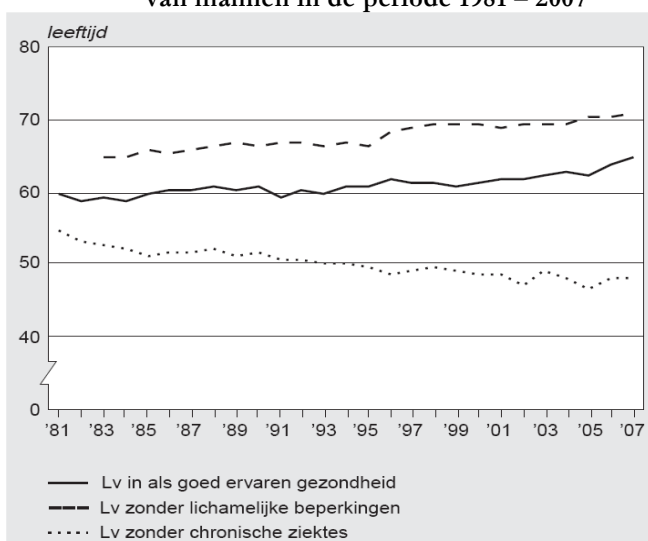
Er bestaan verschillende manieren waarop de gezonde levensverwachting bepaald kan worden.⁹ Het CBS gebruikt drie maten¹⁰:

1. Levensverwachting in als goed ervaren gezondheid.
2. Levensverwachting zonder chronische ziektes.
3. Levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen.

De levensverwachting in als goed ervaren gezondheid op een bepaalde leeftijd is het aantal jaren dat een persoon van die leeftijd naar verwachting nog zal leven in als goed ervaren gezondheid. De andere definities zijn hieraan analoog, met als verschil dat het in plaats van om goed ervaren gezondheid om chronische ziektes respectievelijk lichamelijke beperkingen gaat.

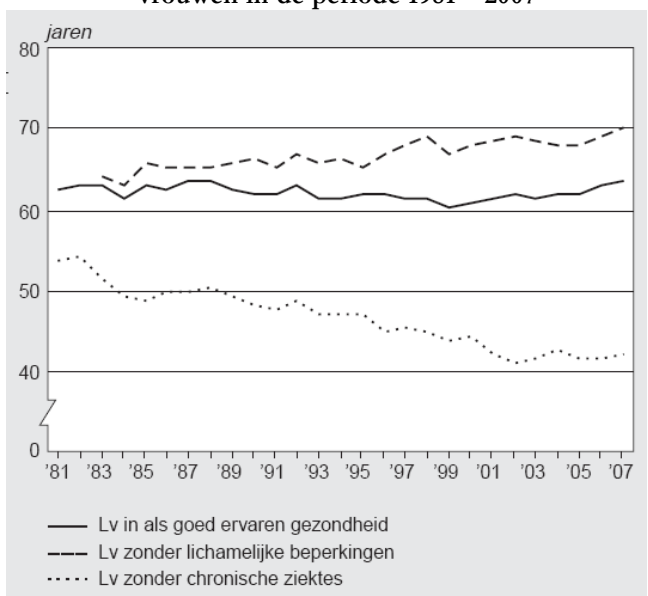
Vanaf 1981 zijn gegevens beschikbaar over levensverwachting in als goed ervaren gezondheid en de levensverwachting zonder chronische ziektes. Sinds 1983 zijn gegevens over de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen beschikbaar.

Figuur 1.6 Gezonde levensverwachting bij geboorte van mannen in de periode 1981 – 2007



Bron: CBS Bevolkingstrends 1^{ste} kwartaal 2009.

Figuur 1.7 Gezonde levensverwachting bij geboorte van vrouwen in de periode 1981 – 2007

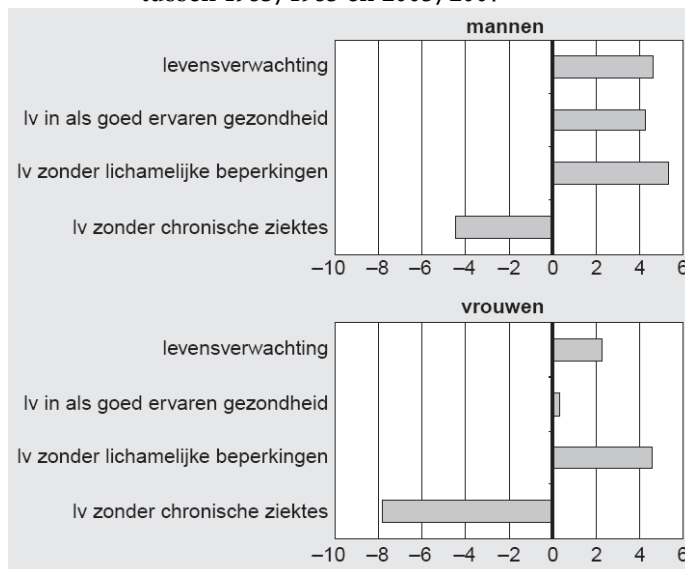


Bron: CBS Bevolkingstrends 1^{ste} kwartaal 2009.

In de figuren 1.6 en 1.7 zijn de gezonde levensverwachting van voor de periode 1981 - 2007. Deze curves - en met name de levensverwachting zonder chronische ziektes - geven een ander beeld dan de 'klassieke' levensverwachting.

In figuur 1.8 is de verandering in de (gezonde) levensverwachting tussen 1983/1985 en 2005/2007 weergegeven.

Figuur 1.8 Verandering in (gezonde) levensverwachting tussen 1983/1985 en 2005/2007



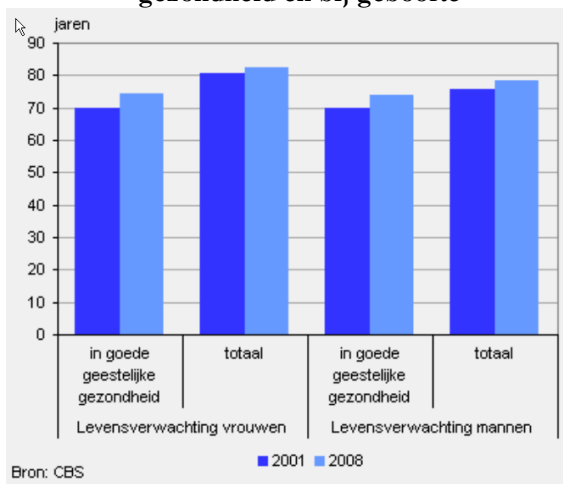
Bron: CBS Bevolkingstrends 1^{ste} kwartaal 2009.

Er zijn duidelijke verschillen waarneembaar tussen mannen en vrouwen. Het meest in het oog springend is het verschil in levensverwachting in als goed ervaren gezondheid, die bij mannen ongeveer even sterk toenam als de levensverwachting, terwijl die bij vrouwen nauwelijks toenam. Verder valt de afname van levensverwachting zonder chronische ziektes op, die bij vrouwen veel sterker is dan bij mannen. Door de vergrijzing neemt het aantal chronische aandoeningen toe. Desondanks neemt de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen toe. Hierbij spelen het toegenomen gebruik van hulpmiddelen zoals rollators en hoortoestellen en chirurgische ingrepen, zoals kunstgewrichten een rol.¹¹

Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid

Niet alleen lichamelijk gezondheid is belangrijk, maar ook - misschien nog belangrijker - geestelijke gezondheid. Ook hiervoor is een indicator ontwikkeld, de levensverwachting in goede geestelijke gezondheid. Ook deze indicator wordt door het CBS bijgehouden. In figuur 1.9 is de levensverwachting in goede geestelijke gezondheid bij de geboorte voor 2001 en 2008 aangegeven. Een in 2008 geboren kind had een levensverwachting in goede geestelijke gezondheid van 74 jaar. In 2001 was dit maar 70 jaar. Deze cijfers zijn voor jongens en meisjes gelijk. Omdat vrouwen een hogere totale levensverwachting hebben, leven zij wel meer jaren in minder goede geestelijke gezondheid dan mannen.¹²

Figuur 1.9 Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid en bij geboorte



Bron: CBS Webmagazine, maandag 1 maart 2010 9:30.

Health-Adjusted Life Expectancy (HALE)

Bij de gezonde levensverwachting wordt gezondheid en ziekte als een binair gegeven beschouwd: men voelt zich gezond of niet, men heeft wel of geen lichamelijke of geestelijke beperkingen. De werkelijkheid is uiteraard niet zwart-wit. Beperkingen kunnen licht zijn, bijvoorbeeld het lopen gaat iets moeilijker, maar ook ernstig, bijvoorbeeld een zwaar dementerende bedlegerige patiënt die volledige verzorging behoeft. Om deze gradaties mee te kunnen nemen in de levensverwachting heeft de WHO een indicator ontwikkeld waarin de ernst van de

ongezondheid wordt meegenomen. Oorspronkelijk werd hiervoor de term Disability-Adjusted Life Expectancy (DALE) gebruikt, maar omdat kwaliteit van leven meer omvat dan beperkingen -disabilities- wordt thans de term Health Adjusted Life Expectancy (HALE) gebruikt. Overigens moet de DALE niet verward worden met de DALY (Disability Adjusted Life Years). Bij de DALY gaat het om de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten. Deze is opgebouwd uit twee componenten: de jaren verloren door vroegtijdige sterfte en de jaren geleefd met ziekte.¹³

De HALE is een nieuwe, geavanceerde indicator voor de gezondheid van de bevolking die op dit moment in ontwikkeling is. Er zijn dan ook nog geen trendgegevens of goede internationale vergelijkingen gebaseerd op de HALE beschikbaar.

Happy Life-Years (HLY)

Een andere invalshoek om de kwaliteit van leven te meten is om niet uit te gaan van de gezondheidstoestand, maar van de mate waarin men gelukkig is, de tevredenheid met het leven. De mate waarin men plezier in het leven heeft, wordt uitgedrukt in een getal tussen 0 en 1. De levensverwachting wordt vervolgens vermenigvuldigd met deze 'geluksfactor', hetgeen het aantal 'Happy Life-Years' (HLY) oplevert. In de World Database of Happiness worden de HLY's voor 148 landen bijgehouden.¹⁴ In tabel 1.1 zijn de 16 landen met de hoogste HLY's weergegeven. Costa Rica staat op de eerste plaats, Nederland op de dertiende. De levensverwachting in Costa Rica is weliswaar iets lager - 8,5 maanden - dan in Nederland, maar het rapportcijfer voor de tevredenheid met het leven is in Costa Rica 8,5, terwijl dit in Nederland 7,6 is.

Tabel 1.1 Landen gerangschikt naar het hoogste aantal Happy Life Years

	Code	Nation	Satisfaction with life (scale 0 - 10)	Life expectancy in years	Happy Life Years (HLY) *
1	CR	Costa Rica	8.5	78.5	66.7
2	IS	Iceland	8.2	81.5	66.4
3	CH	Switzerland	8.0	81.3	65.2
4	DK	Denmark	8.3	77.9	65.0
5	SE	Sweden	7.8	80.5	62.9
6	NO	Norway	7.9	79.8	62.8
7	AU	Australia	7.7	80.9	62.5
8	CA	Canada	7.8	80.3	62.3
9	FI	Finland	7.9	78.9	62.2
10	AE	United Arab Emirate	7.3	78.3	60.3
11	AT	Austria	7.6	79.4	60.2
12	LU	Luxembourg	7.7	78.4	60.1
13	NL	Netherlands	7.6	79.2	59.8
14	IE	Ireland	7.6	78.4	59.6
15	MX	Mexico	7.9	75.6	59.6
16	NZ	New Zealand	7.4	79.8	58.8

Bron: World Database of Happiness.

1.5 Samenvattende beschouwing

In deze paragraaf zijn de ‘klassieke’ levensverwachting en een aantal ‘verfijningen’ hiervan, zoals verschillende soorten gezonde levensverwachting, HALE en HLY, als indicatoren voor de gezondheidstoestand van een populatie, kort besproken. Elke indicator heeft zijn sterke en zwakke punten. De ‘klassieke’ levensverwachting heeft het voordeel dat de benodigde gegevens, tijdstip van geboorte en overlijden, in de meeste westerse landen reeds eeuwen worden vastgelegd. De berekeningen zijn international gestandaardiseerd, wat vergelijking mogelijk maakt. De indicator heeft ook zijn beperkingen: er wordt alleen gekeken naar levensduur en er wordt geen rekening gehouden met de kwaliteit van het leven. De verschillende vormen van gezonde levensverwachting, HALE en HLY doen dit wel. Het nadeel hierbij is dat het veel moeilijker te meten is en ook subjectieve elementen introduceert, met name bij die indicatoren waarbij uitgegaan wordt van gezondheidsenquêtes.

Het is belangrijk zich te realiseren dat bij alle indicatoren die op levensverwachting gebaseerd zijn, de huidige sterftkansen voor de toekomst als constant verondersteld worden. De levensverwachting is in feite niet meer, maar ook niet minder,

dan een ‘samenvatting’ van de huidige sterfteniveaus op de verschillende leeftijden. Dit betekent dat men moet oppassen met projecties in de toekomst. Ontwikkelingen op dit moment, bijvoorbeeld leefstijlveranderingen die op latere leeftijd tot ziekte leiden (obesitas, roken), komen pas in de toekomst, als ze daadwerkelijk tot expressie zijn gekomen en sterftekansen beïnvloeden, in de levensverwachting tot uitdrukking. Daarentegen ontwikkelingen die direct invloed hebben op sterftekansen, komen direct tot uitdrukking in de levensverwachting. Een voorbeeld is de kwaliteit van de (curatieve) gezondheidszorg.

2 Nederland internationaal vergeleken

2.1 Inleiding

In de vorige paragraaf zijn een aantal indicatoren en de uitkomsten hiervan voor de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking beschreven. Een uitkomst op zich zegt weinig. Het krijgt pas betekenis als het vergeleken wordt met andere uitkomsten. Zo kunnen een aantal meetwaarden in de tijd worden vergeleken, zodat trends onderkend kunnen worden. Zo laat de levensverwachting bij de geboorte in figuur 1.3 in de vorige paragraaf een stijgende trend zien. Vergelijking van uitkomsten met andere landen levert nog meer informatie op: hoe presteert Nederland ten opzichte van andere (westerse) landen. In tabel 1.1 in de voorgaande paragraaf staat Nederland bijvoorbeeld op de dertiende plaats als het gaat om Happy Life Years. De levensverwachting in Nederland laat een stijgende trend zien. Dit is positief. Maar als andere landen een nog veel sterkere stijging laten zien, doet Nederland het dan wel zo goed?

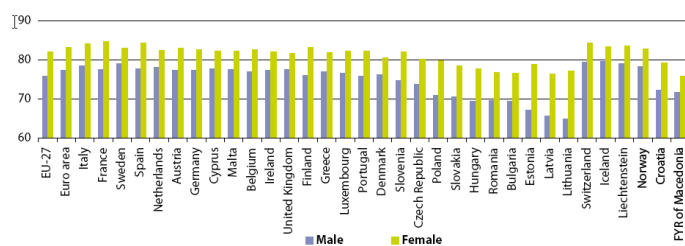
In het navolgende wordt de levensverwachting in Nederland in internationale context geplaatst. Vervolgens wordt gekeken hoe Nederland scoort voor twee specifieke categorieën: de oudsten en de jongsten cq. sterfte onder ouderen en onder pasgeborenen.

2.2 Levensverwachting in Nederland in Europese context

Aan de hand van een aantal grafieken wordt de plaats van Nederland binnen Europa aangegeven.

In figuur 2.1 is de levensverwachting in 2007 voor de Europese landen weergegeven. Bij de mannen scoort Nederland redelijk goed, maar moet landen als Italië, Zweden, Zwitserland, IJsland, Liechtenstein en Noorwegen voor laten gaan. Bij de vrouwen scoort Nederland slechter. Naast de eerder genoemde landen streven ook bijvoorbeeld Italië, Frankrijk, Oostenrijk en Finland, Nederland voorbij.

Figuur 2.1 Levensverwachting bij de geboorte in 2007 in de EU landen

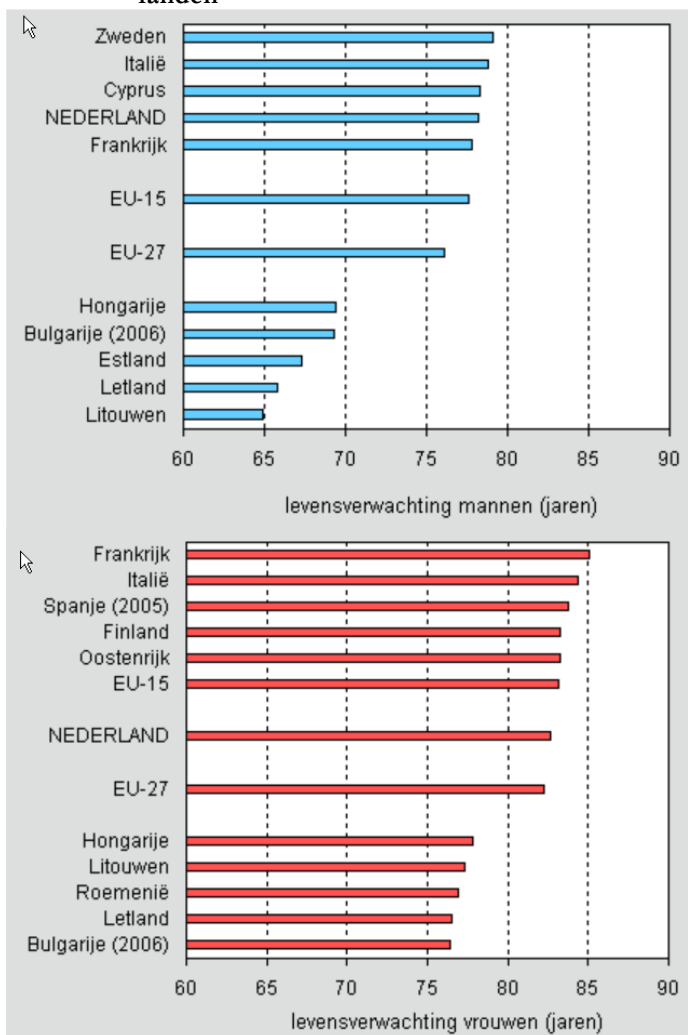


Bron: Eurostat yearbook 2010.

Indien naar de 27 EU-landen wordt gekeken, dus zonder Zwitserland, IJsland en Liechtenstein, figuur 2.2, dan blijkt de levensverwachting bij geboorte bij Nederlandse mannen in 2007 78,2 jaar bedraagt en op de EU-ranglijst op de vierde plaats staat. De levensverwachting is een half jaar hoger dan het gemiddelde van de 15 ‘oude EU-landen’ in de grafiek aangegeven met EU-15 en ongeveer twee jaar hoger dan het gemiddelde van alle 27 EU-landen (EU-27). De vrouwen doen het een stuk slechter in de Europese context. De levensverwachting ligt ongeveer een half jaar lager dan het EU-15 gemiddelde.

Mondiaal staan vrouwen in Japan op eenzame hoogte. De levensverwachting in 2007 bedroeg daar 86,0 jaar. Japanse mannen hebben met 79,2 jaar de één na hoogste levensverwachting, na IJslandse mannen met 79,4 jaar.¹⁵

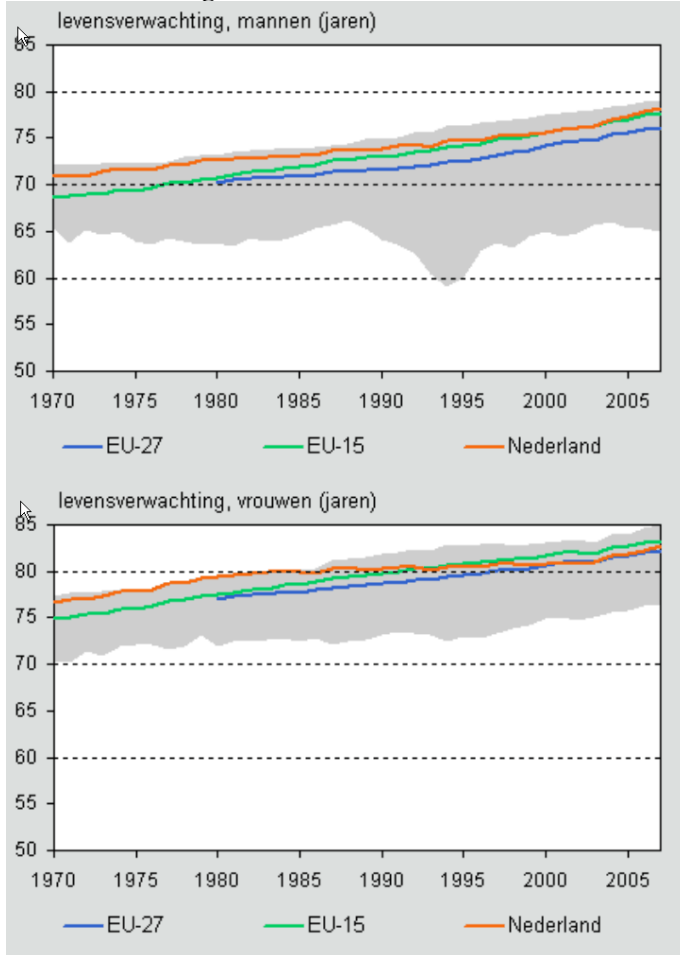
Figuur 2.2 Landen met de hoogste en laagste levensverwachting bij geboorte in 2007 in de 27 EU-landen



Bron: WHO-HFA, 2010.

Interessant is te zien hoe de levensverwachting zich in de afgelopen decennia heeft ontwikkeld in Europa. In figuur 2.3 is de trend in levensverwachting bij geboorte in de periode 1970 - 2007 weergegeven in vergelijking met het EU-15 en EU-27 gemiddelde. De spreiding van alle landen is in grijs weergegeven.

Figuur 2.3 Trends in levensverwachting bij geboorte in de periode 1970-2007 voor Nederland en voor het gemiddelde van de EU-27 en EU-15



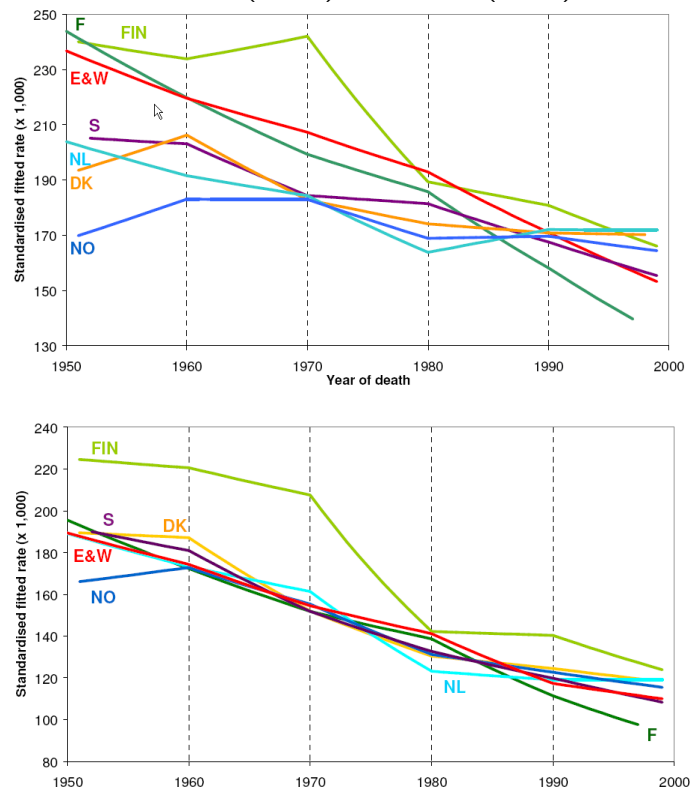
Bron: WHO-Health For All database, 2010.

In 1970 lag Nederland duidelijk boven het EU-gemiddelde, zowel voor mannen als vrouwen, maar de verschillen zijn thans veel kleiner voor de mannen geworden en de vrouwen zijn duidelijk achterop geraakt. In de jaren '80 van de vorige eeuw is er een duidelijke afvlakking van de curve voor vrouwen. De levensverwachting nam in de periode 1983 - 2002 nauwelijks toe.

2.3 Ontwikkeling van sterfte onder ouderen in Nederland

In de vorige paragraaf is geconstateerd dat Nederland in 1970 voorop liep in Europa wat levensverwachting betreft, maar met name in de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw achterop is geraakt, zeker waar het de vrouwen betreft. Het betreft hier de levensverwachting bij de geboorte. Als naar de levensverwachting op oudere leeftijd wordt gekeken, dan wordt het beeld nog ernstiger. In figuur 2.4 zijn de sterftcijfers in de periode 1950 - 2000 weergegeven voor een zevental landen: Denemarken (DK), Engeland en Wales (E&W), Finland (FIN), Frankrijk (F), Nederland (NL), Noorwegen (NO) en Zweden (S).

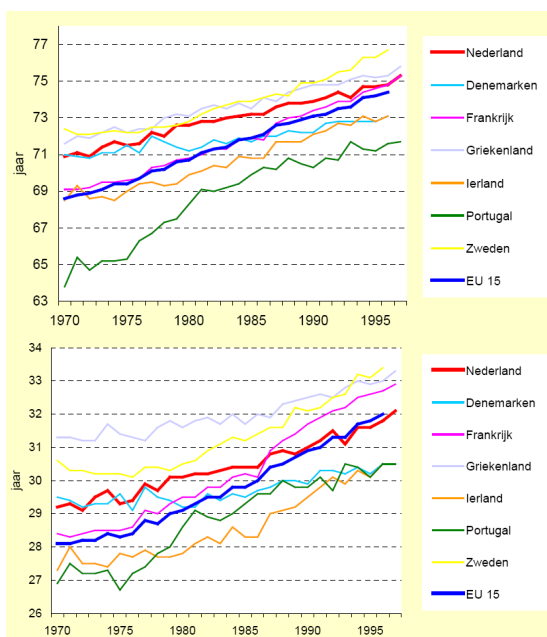
Figuur 2.4 Gestandaardiseerde sterftcijfers voor 80+ mannen (boven) en vrouwen (onder)

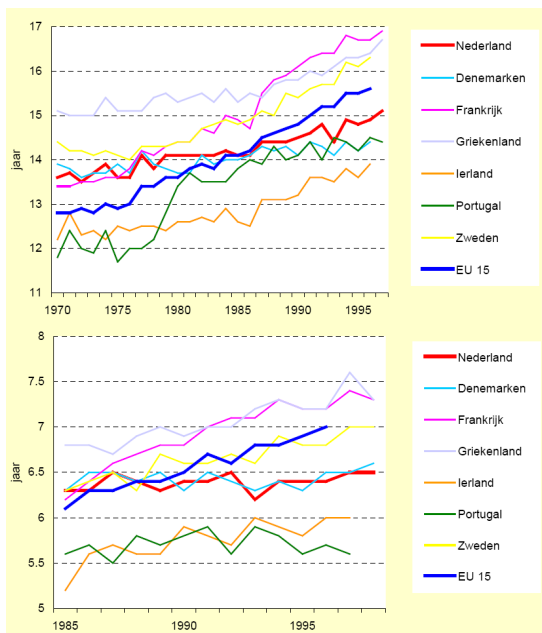


Bron: Janssen et al.¹⁶

Wat opvalt is de knik in de curve in 1980 - de daling van de sterftekans stagneert - zowel bij mannen als vrouwen, niet alleen in Nederland, maar ook in Noorwegen en Denemarken.

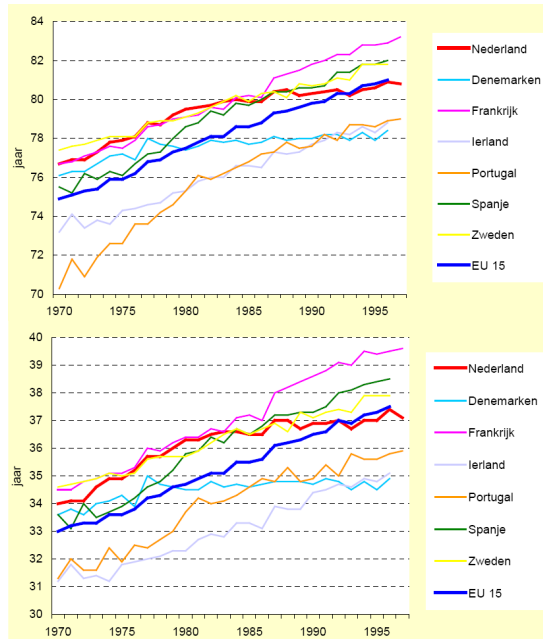
Figuur 2.5 Levensverwachting bij mannen bij (van boven naar beneden) de geboorte, op 45- en 65-jarige leeftijd periode 1970-1997 en op 80-jarige leeftijd periode 1985-1998

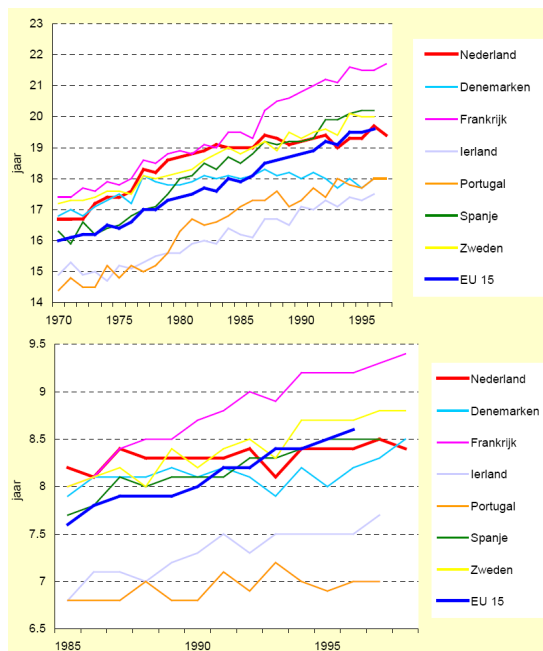




Bron: Health for All database; New Cronos.

Figuur 2.6 Levensverwachting bij vrouwen bij (van boven naar beneden) de geboorte, op 45- en 65-jarige leeftijd periode 1970-1997 en op 80-jarige leeftijd periode 1985-1998





Bron: Health for All database; New Cronos.

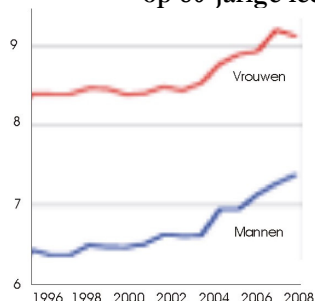
Bij mannen is er in Nederland zelfs een stijging in die periode te onderkennen.

Als gekeken wordt naar de levensverwachting in een aantal landen in de betreffende periode bij verschillende leeftijden bij mannen (figuur 2.5) en vrouwen (figuur 2.6), dan valt op dat Nederland, samen met Denemarken, naarmate de leeftijd hoger is, steeds verder achterop raakt. Qua levensverwachting bij de geboorte zit Nederland voor wat de mannen betreft rond 1995 nog wel net boven het EU-gemiddelde, de vrouwen zijn er na 1992 onder beland. De levensverwachting voor 80-jarigen stagneert na 1986 volledig en met name bij de mannen ligt deze in 1995 ver onder het EU-gemiddelde.

Abrupt einde aan stagnatie

In figuur 2.7 is de levensverwachting voor 80-jarigen in de periode 1996 - 2008 aangegeven. Wat opvalt is de sterke stijging die na 2002 optreedt. De stijging doet zich bij alle leeftijden voor, maar is het sterkst bij ouderen.

Figuur 2.7 Resterende levensverwachting op 80-jarige leeftijd



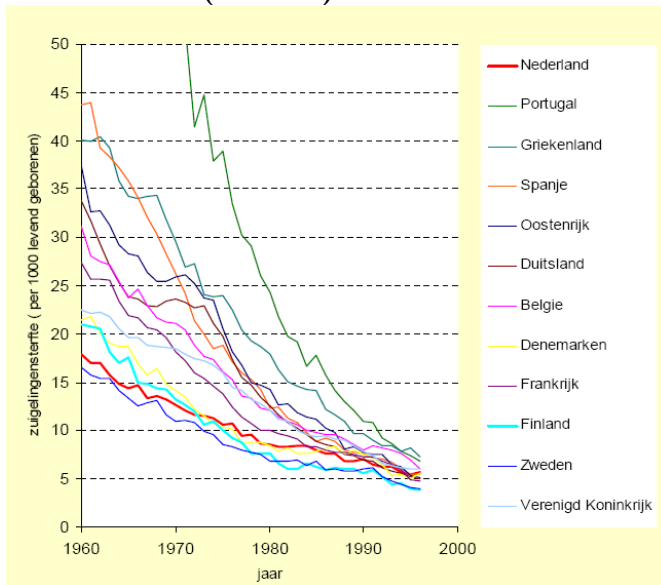
Bron: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=12945&page=384.

2.4 Ontwikkeling van sterfte rond de geboorte

De geboorte is een ingrijpende gebeurtenis in het leven, die grote risico's voor het kind met zich meebrengt. In paragraaf 1.3 (figuur 1.2) is aangegeven dat de sterftetekans op het moment van de geboorte vrij hoog - even hoog als een 55-jarige - om in de eerste levensjaren sterk te dalen. Op de leeftijd van circa 10 jaar is de sterftetekans het kleinst om daarna weer op te lopen. De sterfte in het eerste levensjaar, de zuigelingensterfte is dan ook een belangrijk gegeven.

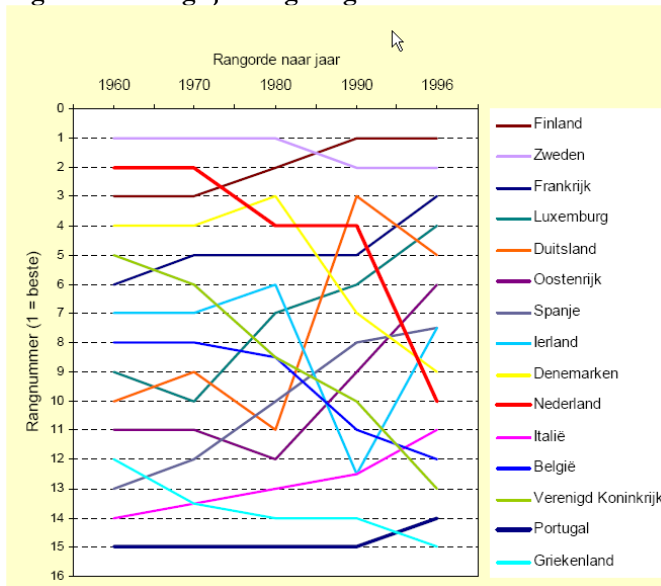
Ook hier is de vraag relevant hoe doet Nederland het in internationaal perspectief. In figuur 2.8 is de zuigelingensterfte in 12 EU-landen voor de periode 1960 -1996 weergegeven. In 1960 had Nederland de één na laagste zuigelingensterfte, na Zweden. De andere landen hadden een (veel) hogere sterfte. In deze landen daalde de sterfte echter veel sneller dan in Nederland en in 1996 was Nederland door een aantal landen ingehaald. In figuur 2.9 is te zien dat Nederland in die periode kelderde van de 2^{de} naar de 10^{de} plaats.

Figuur 2.8 Trends in zuigelingensterfte in de Europese Unie (1960-1996)



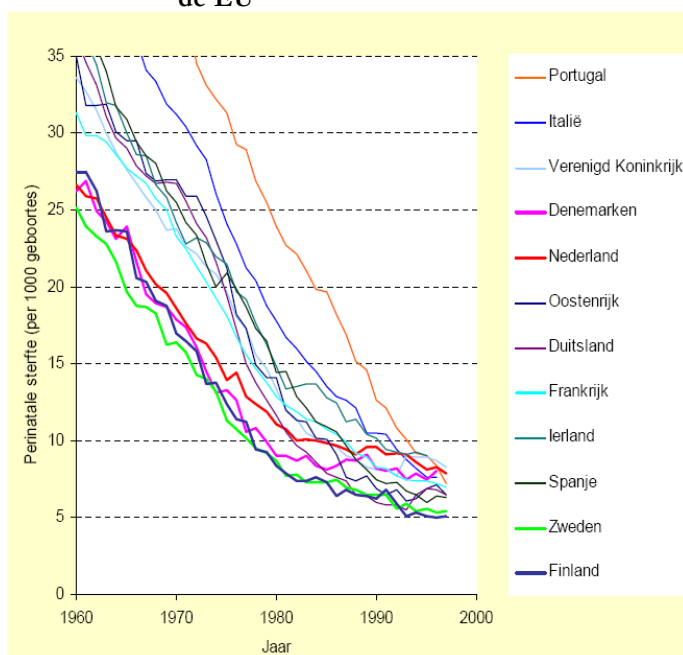
Bron: OECD.

Figuur 2.9 Ranglijst zuigelingensterfte 1960-1996



Bron: OECD.

Figuur 2.10 Perinatale sterfte in de periode 1960-1996 in de EU



Bron: OECD.

Zoals vermeld, betreft de zuigelingensterfte de sterfte in het eerste jaar na de geboorte. Een andere belangrijke indicator is de sterfte rond de geboorte, de perinatale sterfte. Dit is de sterfte voor de geboorte, vanaf de 24 of 28 weken zwangerschap tot een week na de geboorte. (Het is bij vergelijkingen uiteraard belangrijk dat dezelfde start van de periode, 24 of 28 weken, wordt gebruikt). Deze indicator wordt vooral gezien als een maat voor de kwaliteit van de perinatale zorg, dus de begeleiding tijdens de zwangerschap en geboorte.

In figuur 2.10 is de perinatale sterfte voor de EU-landen in de periode 1960 -1996 aangegeven. Nederland blijkt wat deze indicator betreft nog sterker achterop geraakt te zijn in deze periode dan de zuigelingensterfte. Van één van de besten naar de één na slechtste. In landen als Zweden en Finland ligt de perinatale sterfte 30 -35% lager dan in Nederland. In absolute aantal betekent dit dat in Nederland verhoudingsgewijs zo'n 500 baby's meer sterven dan in die landen.¹⁷

3 Reactie vanuit de samenleving

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is geconstateerd dat Nederland qua levensverwachting binnen Europa met name in de periode 1980 - 2000 danig achterop is geraakt. Zat Nederland aanvankelijk in de voorhoede, thans is zij tot de middenmoot afgezakt. Bij de 80-plussers was er in deze periode zelfs een volledige stagnatie in de levensverwachting en bij de allerjongsten, de perinatale sterfte werd Nederland van koploper tot hekkensluiter.

Deze zorgwekkende ontwikkelingen werden in die periode opgemerkt door wetenschappers en gepubliceerd. In dit hoofdstuk wordt nagegaan hoe actoren in de maatschappij - politiek, overheid en veldpartijen - hierop reageerden en te bezien welke lessen hier uit te trekken zijn.

3.2 Stagnatie levensverwachting ouderen in de periode 1980-2002

De stagnatie in levensverwachting met name onder ouderen leidde eind jaren negentig tot veel onderzoek naar de oorzaken ervan.^{18,19,20,21} Deze onderzoeken vonden plaats op initiatief van onderzoekers in wetenschappelijke instellingen.

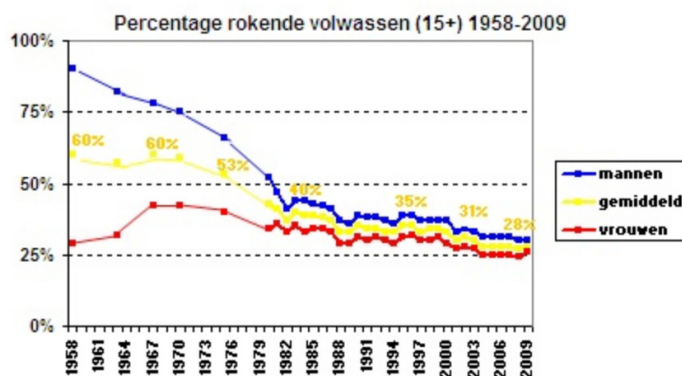
Uit de analyses van doodsoorzaken kwam naar voren dat het overlijden aan hart- en vaatziekten, beroertes en valaccidenten was afgenomen, maar borst-, prostaat-, long-, dikke darm- en endeldarmkanker waren toegenomen, alsmede longontsteking en astma/COPD. De verdeling over de leeftijden was niet gelijk: de toename van longkanker was vooral bij oudere mannen en jongere vrouwen en astma/COPD bij oudere mannen en alle vrouwen.

Voor longkanker en astma/COPD is roken de dominante risicofactor. De stagnatie in levensverwachting van met name vrouwen kon voor een belangrijk deel hieraan worden toegeschreven. Nederland trad hierbij in het voetspoor van Denemarken. Daar werd een aantal jaren eerder een stagnatie in de levensverwachting waargenomen en rond 1995 was daar een extreme sterftepiek onder vrouwen van 60-jaar. Dit wordt geweten aan het feit dat Deense vrouwen in de periode 1960-

1968 massaal de arbeidsmarkt betraden en daarmee een aantal ongezonde levensstijlen, zoals roken, aannamen, waarvan de gevolgen 20 jaar later zichtbaar werden.²²

In figuur 3.1 is het percentage rokende volwassenen in Nederland in de periode 1958 - 2009 aangegeven.

Figuur 3.1 Percentage rokende volwassenen in Nederland



Bron: Stivoro.

Nederlandse vrouwen gingen iets later dan de Deense vrouwen, na 1964, meer roken.

In een rapport van het RIVM uit 2001²³ dat in opdracht van het ministerie van VWS was vervaardigd, werd de stagnatie in levensverwachting dan ook voornamelijk geweten aan ongezonde leefstijl, met name roken. Er werd dan ook gepleit voor een effectief anti-rookbeleid. Leefstijl kon echter niet alles verklaren. Janssen et al. noemden als een mogelijke factor negatieve veranderingen in de zorg voor ouderen in de betreffende periode.²⁴

In paragraaf 2.3 bleek uit figuur 2.9 dat er in 2002 een abrupt einde was gekomen aan de stagnatie. Ook deze trendbreuk, maar nu in positieve zin, heeft tot onderzoek geleid.²⁵ Het blijkt dat plotseling de sterfte aan doodsoorzaken als beroerte, longontsteking en dementie bij deze groep dalen. Factoren in de fysieke en sociale omgeving, biologische, leefstijl- en gezondheidszorgfactoren zijn nader geanalyseerd. Als mogelijke oorzaak wordt de snelle stijging van de uitgaven aan gezondheidszorg genoemd.

Reactie van de politiek

De jaren '80 en '90 van de vorige eeuw was de periode van de budgettering van de gezondheidszorg. In de jaren zeventig waren er zorgen over de kostenstijgingen in de zorg en staatssecretaris Hendriks geeft in zijn Structuurnota 1974 aan hoe de zorg georganiseerd moest worden. Het was de tijd waarin er een sterk geloof bestond in de bestuurbaarheid en beheersbaarheid van de samenleving en dus ook van de zorg. De periode van zelfregulering, die volgens de politiek tot een wild- en scheefgroei geleid had, moest ingedamd worden. Er ontstond een systeem van aanbodregulering en prijsbeheersing in de vorm van onder andere de Wet Tarieven Gezondheidszorg.

In de jaren tachtig waren alle wettelijke instrumenten voor aanbodregulering gereed en was kostenbeheersing de centrale doelstelling van het beleid. Er kwam een strikter sociaal economisch beleid, waarbij externe doelstellingen, zoals bezuinigen en het terugdringen van de collectieve lasten overheersten. In 1977 werd het Financieel overzicht gezondheidszorg, later Financieel overzicht zorg genoemd, geïntroduceerd. In eerste instantie was het een inventarisatie van de uitgaven voor de gezondheidszorg, maar werd later een taakstellend budget.

Aangezien de budgetten te krap werden gepland, verschaalde de zorg en ontstonden er wachtlijsten. De organisatie en uitvoering van de zorg was ondoelmatig. Er werd wel gesproken van 'Moskou aan de Maas' voor het systeem naar analogie van een communistische planeconomie. Alles moest verlopen via de strakke regels van de Ziekenfondswet, AWBZ, Wet Ziekenhuisvoorzieningen en Wet tarieven gezondheidszorg. Door de strikte budgetdiscipline was er geen ruimte voor innovaties.

De positie van de patiënt was zeer zwak. Zorginstellingen waren het aanspreekpunt in het beleid en beleidsbeslissingen werden op centraal niveau genomen. De keuzemogelijkheden van patiënten was zeer beperkt. De lange wachtlijsten voor zorg en berichten van patiënten die overleden terwijl ze op een wachtlijst kwamen in de media.

De maatschappelijke weerstand nam toe. Vanaf 1994 werd extra geld in de zorg gestoken, in totaal in de periode 1994-2002 15 miljard euro extra, om de wachtlijsten te bestrijden, de vergrijzing op te vangen en nieuwe medische technologieën te introduceren. Veel resultaat leverde het niet op. Het geld kwam in een rigide systeem terecht dat niet in staat was innovatie te bevorderen. Juist in 1994 was de betaling van medisch

specialisten gewijzigd, waardoor een prikkel tot productie ontbrak. Ziekenhuizen en medisch specialisten namen een defensieve en passieve houding aan. De regie ontbrak om de zaken weer op orde te brengen.

De situatie werd onacceptabel en in 2002 werden alle noodzakelijke behandelingen vergoed. Het resultaat was een sterke stijging van de uitgaven aan de gezondheidszorg. Tijdens de budgetteringperiode golden voor een aantal behandelingen leeftijds grenzen, deze kwamen te vervallen. Zorgvernieuwingprojecten, zoals stroke units voor patiënten met een beroerte werden opgezet. Voor zover onderzoekers konden nagaan en andere oorzaken uit konden sluiten, was de verruiming van de budgettaire kaders gecombineerd met de in die periode breed levende gevoel om kwaliteit van de zorg prioriteit te geven naar alle waarschijnlijkheid de oorzaak van de stijging van de levensverwachting na 2002.

3.3 Perinatale sterfte

Eén van de eerste publicaties over de negatieve trend in de perinatale sterfte in Nederland was van Hoogendoorn in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde in 1986.²⁶ Het artikel leidde tot veel discussie. Er werd getwijfeld aan de betrouwbaarheid van de gegevens en hij werd bekritiseerd om zijn suggestie dat er een verband zou kunnen zijn met het grote aantal thuisbevallingen in Nederland.^{27,28} Onderzoek in de jaren negentig lieten zien dat de gegevens in Nederland inderdaad niet geheel betrouwbaar waren, in die zin dat er een aantal overlijdensgevallen niet aan het CBS werden doorgegeven. Dit betekende evenwel dat de bekende cijfers het probleem juist onderschatten.^{29,30}

In het vorige hoofdstuk is aangegeven dat de perinatale sterfte als een indicator voor de kwaliteit van de perinatale zorg wordt gezien. In verschillende regio's in Nederland werden onderzoeken gestart, perinatale audits, waarin de verleende zorg in het geval van perinatale sterfte, systematisch werd geanalyseerd.^{31,32} In een onderzoek van Wolleswinkel et al³³ in de provincie Zuid-Holland van 340 perinatale sterfgevallen kon in 25% van de gevallen een mogelijke of waarschijnlijke relatie gelegd worden naar suboptimale omstandigheden tijdens de zwangerschap en geboorte. In 10% van de gevallen was de suboptimale factor roken tijdens de zwangerschap en eenzelfde percentage gold voor de begeleiding tijdens de zwanger-

schap, met name het niet opsporen van groeiachterstand in de baarmoeder. In een vergelijkend onderzoek in Europa, het Euronatal-onderzoek kwam naar voren dat het percentage vermijdbare sterfgevallen in Nederland beduidend hoger was dan in Zweden en Finland.³⁴

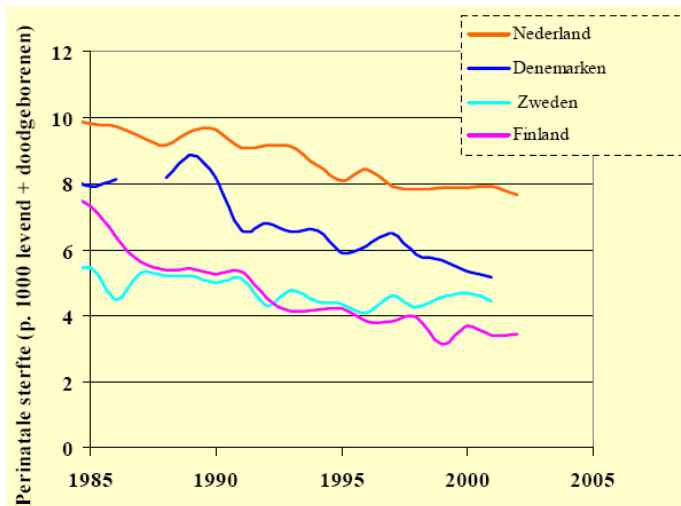
In een studie van het RIVM uit 2001, *Een gezonde start?*,³⁵ werden als risicofactoren voor de hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met Zweden en Finland aangegeven: het hoger aantal meerlingzwangerschappen (waarschijnlijk ten gevolge van vruchtbaarheidsbehandelingen (IVF)), roken tijdens de zwangerschap en allochtone herkomst van zwangeren. Daarnaast bleek de perinatale zorg in Nederland slechter te zijn en kwam prenatale screening gevolgd door zwangerschapsafbreking minder vaak voor.

Reactie van de politiek

Aan een andere internationale auditstudie, het Peristat-onderzoek uit 2003³⁶, die tot dezelfde conclusie kwam als het Euronatal-onderzoek, werd in de media uitgebreid aandacht besteed. Dit leidde tot kamervragen aan de staatssecretaris over de 'verontrustende babysterfte'. Er waren reeds vele publicaties beschikbaar, waaronder het eerder genoemde RIVM-rapport 'Een goede start'. Desalniettemin besloot de Staatssecretaris dat nader onderzoek geboden was.

In 2005 bracht het RIVM het rapport *Met de besten vergelijkbaar?* uit.³⁷ Zoals uit figuur 3.2 blijkt, bleef Nederland het systematisch slechter doen dan de Scandinavische landen.

Figuur 3.2 Perinatale sterfte in de periode 1985-2003 in Nederland vergeleken met de Scandinavische landen



Bron: RIVM.

Volgens het rapport kwam in Nederland een aantal risicofactoren vaker voor: meerlingzwangerschappen (waarschijnlijk door IVF en het plaatsen van meerdere embryo's in de baarmoeder), roken tijdens de zwangerschap en allochtone herkomst van de zwangeren. Obesitas van de zwangere vrouw werd als nieuw en groeiend probleem gesignaleerd. Ook werden verschillen in de zorg tijdens de zwangerschap, bevalling en kraambed geconstateerd. Zo vonden er in Nederland minder vaak prenatale screenings op aangeboren afwijkingen, gevolgd door zwangerschapsafbrekingen, plaats. Daarnaast zouden Nederlandse kinderartsen terughoudender zijn met het in leven houden van ernstig premature baby's dan hun collega's in Zweden en Finland.

In het rapport werd een aantal beleidsaanbevelingen gedaan. Zo werd meer aandacht gevraagd voor het verminderen van roken tijdens de zwangerschap en werd gepleit voor de invoering van een routinematige tweede trimester echoscopie om groeivertraging beter op te sporen. Daarnaast werd een versterking van de interculturele benadering van de perinatale zorg voorgesteld, evenals een verbetering van vruchtbaarheidsbehandelingen ter voorkoming van meerlingen. Tot slot werd een landelijk systeem van perinatale audits en versterking

van de informatievoorziening door stimulering van onderzoek en verbetering van registraties voorgesteld.

In een brief aan de Tweede Kamer uit 2005³⁸ gaf de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, zijn reactie op het RIVM rapport. Hij gaf aan dat hij het terughoudender beleid met het in leven houden van ernstig premature kinderen en daarmee een wat hogere perinatale sterfte accepteert. Ten aanzien van de aanbevelingen die in het rapport gedaan worden, zoals het roken, verwees hij naar diverse instanties, die de benodigde maatregelen al zouden hebben genomen of reeds overwogen. Zo verwees hij voor wat het roken betreft naar voorlichting door de Stichting Volksgezondheid en Roken (STIVORO) en KWF Kankerbestrijding, voor het verbeteren van de vruchtbaarheidbehandelingen naar de discussies binnen de beroepsgroep, voor de gegevensverzameling rond zwangerschap en geboorte naar het RIVM, de Stichting Perinatale registratie Nederland en TNO kwaliteit en leven.

Ten aanzien van de versterking van de interculturele benadering merkte hij op: “Er heeft inmiddels al veel onderzoek plaats gevonden. De volgende stap is het beter verspreiden van bestaande kennis en het breed implementeren van goede interventies.” Hij vermeldde evenwel niet hoe en door wie dat zou moeten gebeuren. Voor wat de perinatale audits wachtte hij op activiteiten van het College voor Zorgverzekeringen, die een landelijke perinatale sterfteregistratie en auditororganisatie tot doel hebben.

De door de minister genoemde Stichting Perinatale Registratie Nederland was reeds in 2001 opgericht. In de stichting werken de vier beroepsgroepen samen die zich in Nederland met de perinatale zorg bezighouden, de Koninklijke Nederlandse Vereniging voor Verloskundigen (KNOV), de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NvK). Elk van de beroepsgroepen hebben hun eigen landelijke registratie, respectievelijk de Landelijke Verloskunde Registratie eerste lijn (LVR-1), de Landelijke Verloskunde Registratie voor huisartsen (LVR-h), de Landelijke Verloskunde Registratie tweede lijn (LVR-2) en de Landelijke Neonatologie Registratie (LNR). De vier tezamen vormen de Perinatale Registratie. Gewerkt wordt aan één nieuwe registratie ter vervanging van de vier deelregistraties.

Het systeem van perinatale audits heeft eveneens vorm gekregen. In 2007 heeft het RIVM het rapport 'Op weg naar de landelijke invoering van perinatale audit.' uitgebracht waar de oprichting van een Landelijk Bureau Perinatale Audit wordt aangekondigd.³⁹ Inmiddels is de Stichting Perinatale Audit Nederland opgericht⁴⁰ Zoals in het RIVM-rapport reeds werd aangegeven, gaat het om een kwaliteitsinstrument waaraan zorgverleners blame free kunnen deelnemen. De gegevens uit de audits mogen dan ook niet gebruikt worden voor mogelijke disciplinaire, juridische of tuchtrechtelijke acties van zowel zorginstellingen als externe toezichthouders (Inspectie of Openbaar Ministerie). De hulpverlener heeft ook geen informatieplicht jegens de patiënt aangaande de evaluatie van de kwaliteit van de geleverde zorg.⁴¹

In 2008 stuurde de toenmalige minister van VWS, Klink, een brief naar de Tweede Kamer in antwoord op een verzoek voor een integrale brief over de zorg rond zwangerschap en geboorte⁴². In deze brief, in de wandelgangen 'babybrief' genoemd, gaf de minister aan dat hij de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte had ingesteld. Deze Stuurgroep had vier speerpunten meegekregen:

- Verbeteren van de inhoudelijke kwaliteit van de verloskundige zorg en kraamzorg.
- Verbeteren van de transparantie van de kwaliteit van de verloskundige zorg en kraamzorg.
- Verloskundige zorg en kraamzorg in achterstandssituaties.
- Een betere organisatie van de verloskundige zorg en kraamzorg (betere afstemming tussen zorgaanbieders, veilig werken, goede bereikbaarheid etc.).

In december 2009 bracht de stuurgroep haar advies 'Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte'⁴³ uit. Van de 1600 baby's die per jaar overlijden zijn er volgens de stuurgroep 400 te vermijden en door een aantal maatregelen kan dit aantal tot 200 verminderd worden. Dit zijn onder andere maatregelen om vrouwen gezonder aan een zwangerschap te laten beginnen en de perinatale zorg te verbeteren. Om de samenwerking tussen de verschillende professionals te verbeteren en bindende afspraken daarover te maken, moet er een onafhankelijk gezaghebbend orgaan, een landelijk College Perinatale Zorg komen.

Nog voor de minister een reactie op het advies kon geven, was het kabinet demissionair en het dossier verloskunde werd

controversieel verklaard⁴⁴. Op 8 april 2010 vond op verzoek van kamerlid Arib een spoeddebat in de Tweede Kamer plaats over de babysterfte en de 24-uurs verloskundige zorg. Op 15 juni 2010 gaf de demissionair minister in een brief aan de Tweede Kamer aan welke maatregelen hij op dat moment toch uitvoerbaar achtte.⁴⁵ Het betrof maatregelen die weinig budgettair effect hebben en/of door de het veld reeds zijn opgepakt, zoals een betere begeleiding en bewaking van de zwangere, het goed informeren van de (toekomstige) zwangere, het Perinataal Webbased Dossier, verder wetenschappelijk onderzoek en de instelling van het College Perinatale Zorg.

Inmiddels is in de begroting voor 2011 structureel € 9 miljoen extra uitgetrokken voor het terugdringen van de babysterfte, € 400.000 voor het College Perinatale Zorg, €2,5 miljoen voor drie jaar voor de ontwikkeling van een digitaal webbased perinataal dossier en € 4 tot 7 miljoen voor het individuele kinderwensconsult.

4 Discussie

4.1 Sterftcijfers en levensverwachting als indicator

Sterftcijfers en de daaruit berekende ‘klassieke’ levensverwachting zijn grove indicatoren voor het totaal aan invloeden op de gezondheid. Een veelheid van determinanten heeft er invloed op: voeding, hygiëne, ongevallen, geweld, epidemieën, arbeidsomstandigheden, milieu etc..

Het is dan ook eigenlijk verwonderlijk dat, zoals blijkt uit de twee besproken casussen - sterfte aan het begin en aan het einde van het leven - de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg het sterftcijfer direct merkbaar beïnvloeden. Dit komt vooral doordat het een betrouwbare indicator is, immers het tijdstip van geboorte en overlijden wordt in alle westerse landen nauwkeurig geregistreerd. Dit maakt vergelijking met andere landen goed mogelijk.

Het waren deze internationale vergelijkingen die duidelijk maakten dat Nederland in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw in negatieve zin uit de pas ging lopen. Behoorde Nederland in het verleden tot de besten van Europa, dat was rond de eeuwwisseling niet meer het geval.

De klassieke levensverwachting heeft het nadeel dat de kwaliteit van leven niet meegenomen wordt. De HALE doet dit wel, maar is op dit moment nog onvoldoende geïmplementeerd om goede internationale vergelijkingen mogelijk te maken. Dit is wel wenselijk. Als de klassieke levensverwachting als indicator voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg wordt gehanteerd, bestaat het gevaar dat de zorg zich gaat concentreren op levensverlenging en minder oog heeft voor de kwaliteit van het leven.

De Peristat-II studie vond grote verschillen in perinatale mortaliteit én morbiditeit in Nederland.⁴⁶ Het lijkt er dus op dat in deze casus verhoogde mortaliteit en morbiditeit hand in hand gaan, hetgeen betekent dat er in Nederland ook veel vermijdbare morbiditeit is. Ernstige perinatale morbiditeit heeft levenslange gevolgen met onbeschrijfelijk veel leed voor de betrokkene en zijn of haar omgeving. Daarnaast zijn de maatschappelijke kosten zeer hoog. Dit alles is reden om bij het perinatale beleid niet alleen te kijken naar te voorkomen sterfte

rond de geboorte maar vooral ook naar te voorkomen morbiditeit.

4.2 Reactie van de samenleving en politiek

Een belangrijke vraag die bij de beide beschreven casus rijst is: waarom laat men het allemaal gebeuren, waarom wordt er niet ingegrepen? Het lijkt erop dat de hogere sterfte op oudere leeftijd door de politiek als onvermijdelijk werd gezien. Zoals in paragraaf 3.2 is beschreven ging kostenbeheersing voor alles. Als daardoor wachtlijsten en leeftijds grenzen voor behandeling ontstaan, dan is het onvermijdelijk dat dit gevolgen heeft voor de volksgezondheid. Lange tijd werd dit simpelweg ontkend. Zo zei premier Kok tijdens de algemene beschouwingen in de Tweede Kamer in 2000 dat het helemaal niet zo slecht gesteld was met de kwaliteit van de gezondheidszorg (en het onderwijs) als sommigen wilden doen geloven.

Zoals in paragraaf 3.3 is vermeld, werd de negatieve trend in de perinatale sterfte reeds in 1986 gesignaleerd. Anno 2010, bijna 25 jaar en, uitgaande van 400 vermijdbare sterfgevallen per jaar, 10.000 vermijdbare sterfgevallen later, heeft Nederland de achterstand nog steeds niet ingelopen. In paragraaf 3.3 is de reactie van de politiek kort beschreven. Kort samengevat bestond het beleid voornamelijk uit het uitzetten van nieuw onderzoek en het stimuleren van initiatieven in het veld.

Gebrek aan daadkrachtig en effectief beleid lijkt een algemeen probleem in Nederland te zijn. Niet alleen op het terrein van de zorg, maar ook op andere terreinen zoals innovatiekracht en onderwijs. Zo wordt in de kenniseconomie monitor 2010 gesignaleerd: 'Maar met betrekking tot het versterken van de kenniseconomie gingen andere landen harder en sneller vooruit dan Nederland.'⁴⁷ In de Times-ranking van universiteiten staat de Universiteit van Eindhoven als beste van Nederland op de 114^{de} plaats.

Aan de grootte van ons land kan het niet liggen, want een land als Zwitserland scoort op alle drie de terreinen, levensverwachting, innovatie en onderwijs, systematisch hoger dan Nederland. Zo staat Zwitserland qua innovatiekracht op nummer 1 in Europa⁴⁸ en de Technische Hogeschool Zürich staat op de 17^{de} plaats in de Times Ranking.

Het duurt in Nederland lang voordat gezondheidsbevorderende maatregelen genomen worden. Voorbeeld is het verbod op het gebruik van asbest. In 1943 kwam longkanker door asbest in Duitsland op de lijst van beroepsziekten te staan. Asbestose was reeds in 1936 erkend.⁴⁹ In 1968 meldde Zielhuis dat er geen twijfel meer bestond over de kankerverwekkende effecten van asbest⁵⁰ en in 1969 beschreef Strumphius het voorkomen van mesothelioom door asbest op een Nederlandse scheepswerf en een machinefabriek.⁵¹ De toenmalige minister van Sociale Zaken, Roolvink stelde echter: 'De relatie tussen de hoeveelheid ingeademd asbest en het op de lange duur ontstaan van mesothelioom is onvoldoende bekend om daarop beleid te baseren.' Economische belangen speelden een belangrijke rol.⁵² Pas na een arrest uit 1990 van de Hoge Raad en rechtbanken en masse asbestslachtoffers schadeclaims toewezenen, kwam er in 1993 een asbestverbod (Asbestbesluit).

Ook het terugdringen van het roken gaat traag. Met 27,1% heeft Nederland op dit moment één van de hoogste percentages rokers in Europa.⁵³ Het aantal vrouwen dat rookt tijdens de zwangerschap bedraagt thans in Nederland ca. 10%. Binnen de landen die aan het Euro-peristat onderzoek meedoen, rookt in Litouwen, Tsjechië, Zweden en Malta 5 tot 7% van de zwangeren. Denemarken en Frankrijk doen het overigens een stuk slechter dan Nederland met respectievelijk 16 en 21%⁵⁴. De Europese Unie spendeert overigens jaarlijks ongeveer 321 miljoen euro aan subsidies voor de tabaksteelt.⁵⁵

Misschien is het consensusmodel, het 'poldermodel' debet aan de trage gang van zaken in Nederland. Verantwoordelijkheden zijn bij een groot aantal instanties gelegd. Dit is ook in de zorg het geval. Iedereen doet vanuit zijn verantwoordelijkheid wel zijn best, maar het resultaat van een complex systeem als de zorg is meer (of minder) als de som der delen. Er worden steeds deeloplossingen bedacht zonder naar het geheel te kijken. Een voorbeeld is het initiatief om een webbased perinataal dossier te ontwikkelen, waarvoor zoals in paragraaf 3.3 is vermeld € 2,5 miljoen voor drie jaar in de begroting voor 2011 is opgenomen. Enkele jaren geleden werd naar aanleiding van problemen in de jeugdzorg besloten tot de ontwikkeling van een elektronisch kinddossier. Daarnaast zijn er nog het elektronisch medicatie- en waarnemingsdossier. Het blijft steken in deeloplossingen en tot een integrale aanpak, bijvoorbeeld in de vorm van een 'lifelong personal health record' komt het niet.

Het systeem als geheel functioneert daardoor suboptimaal. Een centrale instantie, één probleemeigenaar, ontbreekt die de prestaties van het gehele systeem bewaakt en optimaliseert.

De casus van de perinatale sterfte illustreert dit goed. Velen doen vanuit hun verantwoordelijkheid hun best en de zorg verbetert ook wel, maar het gaat heel traag. Om sneller te kunnen verbeteren is gecoördineerde actie vereist op die zaken die cruciaal zijn. Er moet één probleemeigenaar zijn die deze gecoördineerde actie kan uitvoeren.

Voor wat de perinatale sterfte betreft is het voornemen tot de instelling van een College Perinatale Zorg hoopgevend. Het is evenwel afwachten in hoeverre dit college als 'de' probleemeigenaar op kan gaan treden. Dit is afhankelijk van structuur, inhoud en kwaliteit van het college en de taken en bevoegdheden die eraan worden toegekend.

Noten

- ¹ Jones, H.W. John Graunt and his Bills of Mortality. Bull Med Libr Assoc, 1945, 33, no. 1, p. 3-4.
- ² Tabeau E., F. van Poppel en F. Willekens. Mortality in the Netherlands: The Data Base. The Hague, The Netherlands. Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute, 1994.
- ³ http://www.bprbzk.nl/GBA/De_GBA/De_GBA (laatst geraadpleegd 21 september 2010).
- ⁴ www.cbs.nl
- ⁵ CBS, Patronen in overleven. <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/2B0B1BC4-8BCB-4C66-BA37-4101E56F7EBF/0/index1287.pdf> (laatst geraadpleegd 21 september 2010)
- ⁶ Robine, J.M. and I. Romieu. Healthy active aging: Health expectancies at age 65 in the different parts of the world. REVES paper, 1988, no. 318.
- ⁷ World Health Organization. General model of health transitions, 1984.
- ⁸ Perenboom, R.J.M. and H.P.A. van de Water. Mental health expectancy in the Netherlands, 1989-1995. Paper presented at the 10th Meeting of the International Network on Health Expectancy and the Disability Process (REVES). Tokyo, Japan, 1997, October 9-11.
- ⁹ Robine, J.M. and I. Romieu. Healthy active aging: Health expectancies at age 65 in the different parts of the world. REVES paper, 1998, no. 318.
- ¹⁰ Bruggink et al. Trends in gezonde levensverwachting. In: Bevolkingstrends, 1^{ste} kwartaal 2009, p. 60- 66.
- ¹¹ Bruggink et al. Trends in gezonde levensverwachting. In: Bevolkingstrends, 1^{ste} kwartaal 2009, p. 62.
- ¹² Webmagazine, maandag 1 maart 2010 9:30. <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-3060-wm.htm>
- ¹³ <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziektelast-in-daly-s/wat-is-de-ziektelast-en-hoe-wordt-deze-berekend/> (Laatst geraadpleegd 21 september 2010)
- ¹⁴ Veenhoven, R. Happy Life Years in 148 nations 2000 – 2009. World Database of Happiness. Rank Report 2009-2nd. <http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl>

- ¹⁵ The Human Mortality Database,
<http://www.mortality.org/>
- ¹⁶ Janssen, F., A.E. Kunst and J.P. Mackenbach. Determinants of trends in old-age mortality in seven European Countries, 1950-1999. Summary of a project on 'Determinants of Trends in Old-Age Mortality - Comparative Studies among Seven European Countries over the Period 1950 to 1999'
<http://www.rug.nl/prc/organisation/people/janssen/jansseniussp2005.pdf> (Laatst geraadpleegd 21 september 2010)
- ¹⁷ Mackenbach, J.P. Ziekte in Nederland, Gezondheid tussen politiek en biologie, 2010.
- ¹⁸ Nusselder, W.J. and J.P. Mackenbach. Rectangularization of the survival curve in The Netherlands: an analysis of underlying causes of death. *J. Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 1997, 52, no. 3, p. 145-154.
- ¹⁹ Nusselder, W.J. and J.P. Mackenbach. Lack of improvement of life expectancy at advanced ages in The Netherlands. *Int J Epidemiol*, 2000, 29 no. 1, p. 140-148.
- ²⁰ Janssen, F., J.P. Mackenbach and A.E. Kunst. Trends in old-age mortality in seven European countries, 1950-1999. *J Clin Epidemiol*, 2004, 57, no. 2, p. 203-216.
- ²¹ Janssen, F. et al. Stagnation in mortality decline among elders in the Netherlands. *Gerontologist*, 2003, 43, no. 5, p. 722-734.
- ²² Ministry of Health in Denmark. Lifetime in Denmark. The Life Expectancy Committee. Copenhagen, 1994.
- ²³ Wilk, van E.A., P.W. Achterberg en P.G.N. Kramers. Lang leve Nederland! RIVM, maart 2001.
- ²⁴ Janssen, F., A.E. Kunst and J.P. Mackenbach. Determinants of trends in old-age mortality in seven European Countries, 1950-1999. Summary of a project on 'Determinants of Trends in Old-Age Mortality – Comparative Studies among Seven European Countries over the Period 1950 to 1999.'
<http://www.rug.nl/prc/organisation/people/janssen/jansseniussp2005.pdf> (Laatst geraadpleegd 21 september 2010)
- ²⁵ Mackenbach, J.P. and J. Garssen. Renewed Progress in Life Expectancy: The Case of the Netherlands. In: *International Differences in Mortality at Older Ages: Dimensions and Sources*, Panel on understanding Diverging Trends in Longevity in High Income Countries, Editors: Crimins, E.M., S.H. Preston and B. Cohen. National Research Council of the National Academies, pag. 374-393, 2010, prepublication.

http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=12945&page=374

- 26 Hoogendoorn, D. Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van perinatale sterfte in Nederland. NTvG, 1986, 130, p. 1436-1440.
- 27 Kloosterman, G.J. Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van perinatale sterfte in Nederland. [ingezonden reactie] NTvG, 1986, 130, p. 1714.
- 28 Treffers, P.E. Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van perinatale sterfte in Nederland [ingezonden reactie]. NTvG, 1987, 131, p. 171-173.
- 29 Doornbos, J.P., H.J. NordBeck and P.E. Treffers. The reliability of perinatal mortality statistics in the Netherlands. *Am. J. Obstet. Gynaecol*, 1987, 156, p. 1183-1187.
- 30 Galan-Roosen, A.E.M. et al. Discrepantie tussen resultaten van registratie van perinatale doodsoorzaken door CBS en door eigen onderzoek in de regio Delft-westland-Oostland. NTvG, 1997, 141, p. 237-240.
- 31 Reu, P.A. de et al. Perinatal Audit on avoidable mortality in a Dutch rural region: a retrospective study. *Eur. J. Obstet. Gyneac. Reprod. Bio.*, 2000; 88, p. 65-69.
- 32 Eskes, M., D. Alten and P.E. Treffers. The Wormerveer study; perinatal mortality and non-optimal management in a practice of independent midwives. *Eur. J. Obstet Gyneac. Reprod. Biol.*, 1993, 5, p. 91-95.
- 33 Wolleswinkel-van den Bosch, J.H. et al. Substandard factors in perinatal care in The Netherlands: a regional audit of perinatal deaths. *Acta Obstet. Gyneacol. Scand*, 2002, 81, no. 1, p. 17-24.
- 34 Graafmans, W.C. et al. Comparability of published perinatal mortality rates in Western Europe: the quantitative impact of differences in gestational age and birth weight criteria. *BJOG*, 2001, 108, p. 1237-1245.
- 35 Achterberg, P.W. and P.G.N. Kramers. Een gezonde start? Sterfte rond de geboorte in Nederland: trends en oorzaken vanuit internationaal perspectief, RIVM rapport 271558003, maart 2001.
- 36 Buitendijk, S.E. Nijhuis, J.G. Hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking tot de rest van Europa. NTvG, 2004, 148, p. 1855-1860.
- 37 Achterberg, P.W. Met de besten vergelijkbaar? Internationale verschillen in sterfte rond de geboorte. RIVM, Bilthoven, 2005.

- 38 Hoogervorst, H. Perinatale sterfte. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 29323, nr. 17., 24 oktober 2005.
- 39 Leerman, L.D. et al. Op weg naar de landelijke invoering van perinatale audit, RIVM rapport 270032005, 2007.
- 40 <http://www.perinataleaudit.nl/>
- 41 <http://www.perinataleaudit.nl/onderwerpen/privacyveiligheid/privacyzorgverleners/>
- 42 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,. Prenatale Screening. Preventiebeleid voor de volksgezondheid Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29323 en 22894, nr. 49.
- 43 <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2009/12/30/een-goed-begin-veilige-zorg-rond-zwangerschap-en-geboorte.html> (laatst geraadpleegd 6 oktober 2010)
- 44 http://www.tweedekamer.nl/images/Besluitenlijst%20extra%20pv%20VWS%204%20maart%202010_tcm118-202941.pdf
- 45 <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2010/06/17/zwangerschap-en-geboorte/cz-3001556.pdf> (laatst geraadpleegd 6 oktober 2010)
- 46 Mohangoo, A.D. et al. Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II-studie, NTvG, 2008, 152, p. 2718-27.
- 47 Arnoldus, M. and J. van der Steenhoven. Voorbij de Tegenstelling in een slimmer Nederland. Kenniseconomie monitor 2010. Stichting Nederland Kennisland, 2010.
- 48 <http://www.twanetwerk.nl/default.ashx?DocumentID=13624> (laatst geraadpleegd 6 oktober 2010)
- 49 Nordmann. M. Der Berufskrebs der Asbestarbeiter. Z. Krebsforsch, 1938, 47, no. 288-302.
- 50 Zielhuis, R.L. Biologische effecten van asbest. Tweede internationale conferentie Dresden 22-25 april 1968. NTvG, 1968, 112, p. 1494-6.
- 51 Strumphius, J. Asbest in een bedrijfsbevolking: een onderzoek naar het voorkomen van asbestlichaampjes en mesotheliomen op een scheepswerf en machinefabriek. Proefschrift. Assen: Van Gorcum, 1969.
- 52 Laan, G. van der. Mesotheliom rond Goor en ver daarbuiten: het asbestdrama ontvouwt zich verder. NTvG, 2007, 3 november, 151, no. 44, p. 2422-2424.
- 53 Price Waterhouse Coopers. Prevention pays for everyone, 2010 <http://www.pwc.com/nl/nl/persbericht/rendement->

[van-preventie-becijferd.jhtml](#) (laatst geraadpleegd 6 oktober 2010).

<http://www.europeristat.com/bm.doc/european-perinatal-health-report.pdf> (laatst geraadpleegd 6 oktober 2010).

55 http://www.vilt.be/Acht_EU-lidstaten_willen_tabakssubsidies_rekken?