

## Gezondheid en ziekte in Nederland; het Nationaal Kompas Volksgezondheid als informatiebron

H.F.Treurniet, N.Hoeymans, R.Gijsen en M.J.J.C.Poos

Zie ook het artikel op bl. 224.

- Sinds 2001 is het Nationaal Kompas Volksgezondheid ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)) op internet beschikbaar. Deze website, ontwikkeld en beheerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, bevat informatie over de volksgezondheid, de determinanten ervan, preventie en zorg. Het kompas integreert informatie uit diverse databestanden, onderzoeken en inzichten van deskundigen.
- Op basis van het kompas is een overzicht gemaakt van de gezondheid van de Nederlandse bevolking.
- Zowel de levensverwachting als de gezonde levensverwachting is in Nederland na 1980 toegenomen.
- De sterfte aan coronaire hartziekten, beroerte en longkanker is gedaald, maar desondanks blijven het de belangrijkste doodsoorzaken.
- Het zijn vooral psychische stoornissen (alcoholafhankelijkheid, angst en depressie), coronaire hartziekten en COPD die gepaard gaan met veel verlies in kwaliteit van leven.
- Er bestaan aanzienlijke gezondheidsverschillen in Nederland tussen arm en rijk, stad en platteland, autochtoon en allochtoon.
- Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen zal teruglopen van ruim 5 jaar in 2000 naar minder dan 4 jaar in 2020.
- Goede en blijvende informatievoorziening over de volksgezondheid is van groot belang. De medewerking van registratiehouders en deskundigen aan het kompas is en blijft onmisbaar om ook in de toekomst een integraal overzicht van de volksgezondheid te kunnen maken.

Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:226-31

Sinds 2001 ontwikkelt en beheert het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu het Nationaal Kompas Volksgezondheid ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)). Deze website bevat informatie over de volksgezondheid, determinanten daarvan, preventie en zorg. Het kompas wordt gemaakt in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en is onderdeel van de ‘Volksgezondheid Toekomst Verkenningen’. Er werken ruim 300 deskundigen, vanuit heel Nederland, aan mee. Dezen worden geselecteerd op grond van hun expertise, veelal blijkend uit publicaties op het vakgebied. De doelgroep van het kompas wordt gevormd door professionals in de volksgezondheid en de gezondheidszorg.

Het kompas integreert informatie op verschillende manieren. Allereerst doordat uiteenlopende onderwerpen die met de volksgezondheid te maken hebben, in het kompas zijn samengebracht: via hyperlinks vindt de gebruiker gemakkelijk informatie over gerelateerde onderwerpen. Ten tweede is cijfermatige informatie uit diverse databestanden en onderzoeken opgenomen. Gedacht kan worden aan cijfers uit de Doodsoorzakenregistratie, de Landelijke Medi-

sche Registratie, registraties van specifieke aandoeningen (kanker, inflammatoire darmziekten, soa enzovoort), huisartsenregistraties, gezondheidsenquêtes en zorgregistraties (bijvoorbeeld wachtlijsten). Ten derde geven deskundigen (bijvoorbeeld klinici samen met epidemiologen) hun visie op de ontwikkelingen, zo mogelijk onderbouwd met verwijzingen naar de wetenschappelijke literatuur.

Dit artikel is grotendeels gebaseerd op informatie uit het kompas en gaat over de gezondheid van de Nederlandse bevolking. Wij beschrijven de levensverwachting en de gezonde levensverwachting, als maten voor de tijd die mensen (in gezondheid) leven. Ook geven wij aan welke ziekten en aandoeningen verantwoordelijk zijn voor de jaren die wij niet in gezondheid doorbrengen. Daartoe gebruiken wij indicatoren als (oorzaakspecifieke) sterfte, het vóórkomen van ziekten en aandoeningen en kwaliteit van leven. Het jaar 2000 is ons uitgangspunt voor dit artikel, om de gegevens uit verschillende bronnen onderling goed te kunnen vergelijken. Voor sommige indicatoren, zoals de levensverwachting, zijn al recentere cijfers te vinden in het kompas. De website kan ook geraadpleegd worden voor andere onderwerpen dan hier besproken en voor de methodologische verantwoording van de voor dit artikel uitgevoerde analyses.

---

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven.  
Mw.dr.H.F.Treurniet, mw.dr.ir.N.Hoeymans en hr.drs.R.Gijsen, epidemiologen; hr.drs.M.J.J.C.Poos, wiskundige.  
Correspondentieadres: mw.dr.H.F.Treurniet.

TABEL 1. Levensverwachting en levensverwachting zonder beperkingen bij geboorte en veranderingen in deze indicatoren in Nederland<sup>12</sup>

	mannen	vrouwen
<b>levensverwachting in 2000 (in jaren)</b>		
totaal	75,5	80,6
zonder beperkingen	70,2	70,6
resterend, op de leeftijd van		
50 jaar	27,7	32,3
60 jaar	19,2	23,4
70 jaar	11,9	15,3
80 jaar	6,5	8,4
<b>verandering in levensverwachting (in jaren)*</b>		
totaal		
1980-2000	+3,1	+1,4
1989-2000†	+1,8	+0,6
zonder beperkingen		
1989-2000†	+5,8	+5,5

\*De veranderingen zijn gebaseerd op regressiecoëfficiënten en zijn allemaal statistisch significant.  
†Beperkingen werden voor het eerst gemeten in 1989.

#### (GEZONDE) LEVENSV ERWACHTING

In 2000 was de levensverwachting bij geboorte voor mannen 75,5 jaar en voor vrouwen 80,6 jaar, een verschil van ruim 5 jaar. Een 50-jarige had in 2000 gemiddeld nog rond de 30 jaar te leven, een 80-jarige ruim 7 jaar (tabel 1). Tussen 1980 en 2000 is de levensverwachting voor mannen toegenomen met 3,1 jaar en voor vrouwen met 1,4 jaar (zie tabel 1). De stijging bij mannen hangt samen met de dalende sterfte aan coronaire hartziekten, beroerte en longkanker. Bij vrouwen stagneert de toename van de levensverwachting sinds eind jaren tachtig. Deze stagnatie wordt vooral veroorzaakt doordat een toenemend aantal vrouwen in het verleden is gaan roken. Daardoor is de sterfte aan longkanker en COPD onder vrouwen gestegen. Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen wordt door deze stagnatie steeds kleiner.

**Gezonde levensverwachting.** De gezonde levensverwachting geeft aan welk deel van de levensverwachting naar eigen zeggen in goede gezondheid wordt doorgebracht. In dit artikel presenteren wij de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen. Deze is voor mannen en vrouwen ongeveer gelijk (zie tabel 1). Dat betekent dat vrouwen gemiddeld langer dan mannen met beperkingen leven. De toename in de levensverwachting zonder beperkingen (zie tabel 1) weerspiegelt een sterke daling in het aantal jaren dat mensen met beperkingen leven. Vooral mobiliteitsbeperkingen en beperkingen in het horen bij ouderen zijn afgenomen. Er zijn echter geen aanwijzingen dat ziekten van het bewegingsapparaat of gehoorstoornissen afnemen.<sup>1</sup> Kennelijk zijn

mensen steeds beter in staat om te gaan met de lichamelijke beperkingen die horen bij hun ziekte of aandoening. Ook in andere westerse landen lijkt er een patroon te ontstaan van een afname van beperkingen, of tenminste van de ernst ervan.<sup>2</sup>

**Verschillen in gezondheid.** Gezondheid is niet gelijk verdeeld. Er zijn aanzienlijke gezondheidsverschillen tussen regio's, sociaal-economische en etnische groepen. Zo is de levensverwachting bij de geboorte relatief laag in Zuid-Limburg, Noordoost-Nederland en de grote steden. Mensen in Zeeland en enkele regio's in het westen worden gemiddeld het oudst. De verschillen in levensverwachting tussen GGD-regio's zijn maximaal 3,2 jaar voor mannen en 2,5 jaar voor vrouwen. De regionale verschillen in gezonde levensverwachting (hier: de levensverwachting zonder beperkingen) lopen zelfs op tot 10 jaar (figuur).<sup>3</sup> Met name de regio's waar veel mensen wonen met een lage sociaal-economische status hebben een relatief geringe gezonde levensverwachting.

Er is bijna 5 jaar verschil in de levensverwachting bij de geboorte van mannen met alleen een lagereschoolopleiding en mannen met een hbo-opleiding of een wetenschappelijke opleiding: respectievelijk 73,1 en 78,0 jaar. Voor vrouwen is het verschil 2,6 jaar.<sup>4</sup> Voor de levensverwachting zonder beperkingen is het verschil tussen laag- en hoog-



Aantal verwachte jaren zonder lichamelijke beperkingen, in 1995-1999; (■): > 60-≤ 63; (■): > 63-≤ 65; (■): > 65-≤ 67; (■): > 67-≤ 69; (■): > 69-≤ 73; bron: www.zorgatlas.nl.

TABEL 2. De belangrijkste ziekten en aandoeningen in Nederland in 2000<sup>1,2</sup>

rang-orde	doodsoorzaak met meeste sterfte	meeste verloren levensjaren	hoogste prevalentie*	hoogste incidentie†	meeste verlies aan kwaliteit van leven‡	hoogste verlies aan DALY's
1	coronaire hartziekten	coronaire hartziekten	nek- en rugklachten	infecties van de bovenste luchtwegen	angststoornissen	coronaire hartziekten
2	beroerte	longkanker	gehoorstoornissen	privé-ongevallen	depressie	angststoornissen
3	longkanker	beroerte	angststoornissen	nek- en rugklachten	coronaire hartziekten	beroerte
4	longontsteking	borstkanker	contacteczeem	acute urineweginfecties	alcoholafhankelijkheid	COPD
5	COPD	suicide	knie- of heupartrose	longontsteking en acute bronchi(ol)itis	COPD	alcoholafhanke-lijkheid

DALY = 'disability-adjusted life years'.

\*Rangordening gebaseerd op bevolkingsonderzoeken.

†Rangordening gebaseerd op zorgregistraties.

‡Uitgedrukt in ziektejaarequivalenten; dit is de prevalentie vermenigvuldigd met een getal (tussen 0 en 1) dat de ernst van de ziekte weergeeft.

opgeleiden nog groter: lager opgeleide mannen en vrouwen leven respectievelijk 9,9 en 8,6 jaar korter in goede gezondheid.

Vaak wordt verondersteld dat ook allochtone bevolkingsgroepen een lagere levensverwachting hebben, met name vanwege hun minder gunstige sociaal-economische status. Beschikbare gegevens wijzen echter op een hoog sterftecijfer onder de (heel) jonge allochtonen en juist gunstiger sterftecijfers onder de oudere allochtonen.<sup>5,6</sup> Overigens bestaan er ook tussen de verschillende allochtone bevolkingsgroepen aanzienlijke gezondheidsverschillen.

#### ERNSTIGE EN FREQUENTE AANDOENINGEN

**Belangrijke doodsoorzaken.** In 2000 overleden er in Nederland in totaal ruim 140.000 mensen. Hart- en vaatziekten en longaandoeningen vullen de topvijf van grootste doodsoorzaken. Mannen overlijden vooral aan coronaire hartziekten (9900 doden) en longkanker (6300 doden), vrouwen vooral aan coronaire hartziekten (7500 doden) en beroerte (7200 doden) (tabel 2). Een andere maat voor sterfte zijn de 'verloren levensjaren'. Dit is het aantal jaren dat iemand die overlijdt aan een aandoening, nog geleefd zou hebben op basis van de resterende levensverwachting. Hierdoor telt sterfte op jongere leeftijd zwaarder mee in de berekening. Zowel bij sterfte als bij het aantal verloren levensjaren staan coronaire hartziekten, longkanker en beroerte bovenaan het lijstje van belangrijkste oorzaken. Bij sterfte zijn de andere ziekten en aandoeningen in de topvijf longontsteking en COPD, terwijl bij het aantal verloren levensjaren borstkanker en suicide de topvijf opvullen.

**Frequente aandoeningen.** De aandoeningen die in ons land volgens epidemiologisch bevolkingsonderzoek het meest vóórkomen, zijn nek- en rugklachten, gehoorstoornissen en angststoornissen (zie tabel 2). Het is moeilijk te zeggen of dit echt de meest voorkomende aandoeningen zijn, omdat

TABEL 3. Rangordening op basis van grootste, statistisch significante ( $p < 0,01$ ), veranderingen in de periode 1990-2000\*†

prevalentie	incidentie	sterfte
<b>sterkste stijgers</b>		
astma (m, v)	blaasontsteking (v)	longontsteking (m, v)
staar (m, v)	privé-ongevallen (m/v)	longkanker (v)
diabetes mellitus (m)	depressie (v)	COPD (v)
COPD (v)	diabetes mellitus (v)	slokdarmkanker (m)
osteoporose (v)	angststoornissen (m, v)	sepsis (m, v)
<b>sterkste dalers</b>		
nek- en rugklachten (m)	bovensteluchtweg-infecties (m)	coronaire hartziekten (m, v)
aangeboren afwijkingen hart-vaatstelsel (m/v)	infecties maag-darmkanaal (m)	longkanker (m)
ziekte van Parkinson (v)	sportblessures (m, v)	beroerte (m, v)
maagzweer (v)	longkanker (m)	maagkanker (m, v)
	maagkanker (m, v)	aids (m)

\*De resultaten zijn verkregen door een lineaire-regressieanalyse uit te voeren op gegevens over incidentie, prevalentie en sterfte voor de 53 voor de 'Volksgezondheid Toekomst Verkenningen' geselecteerde ziekte(groepen). Er is gecorrigeerd voor leeftijd. Ziekten met de sterkste stijging dan wel de sterkste daling staan steeds bovenaan.  
†m = mannen; v = vrouwen; m/v = cijfer alleen beschikbaar voor mannen en vrouwen samen.

niet voor alle ziekten en aandoeningen gegevens uit bevolkingsonderzoek beschikbaar zijn. Gegevens uit zorgregistraties wijzen uit dat ook coronaire hartziekten, gezichtsstoornissen, astma en diabetes mellitus zeer frequent vóórkomen. Volgens deze zorgregistraties staan gehoorstoornissen bij zowel mannen als vrouwen bovenaan in de lijst van ziekten met een hoge prevalentie. Bij mannen staan coronaire hartziekten op de tweede plaats, bij vrouwen is dit artrose. Ziekten waarvan zich jaarlijks de meeste nieuwe gevallen voordoen, zijn infecties van de bovenste luchtwegen (waaronder verkoudheid), privé-ongevallen en nek- en rugklachten (zie tabel 2).

**Verlies aan kwaliteit van leven.** De gevolgen van ziekten voor de kwaliteit van leven kunnen worden uitgedrukt in ziektejaarequivalenten. Deze gezondheidsmaat combineert namelijk informatie over het aantal jaren dat in ziekte wordt doorgebracht met informatie over de ernst van de ziekte of aandoening. Veelvoorkomende aandoeningen als nek- en rugklachten, gehoorstoornissen en contacteczeem komen niet terug in de topvijf als de ernst meegewogen wordt. Vooral psychische stoornissen, coronaire hartziekten en COPD gaan gepaard met verlies in kwaliteit van leven (zie tabel 2). Bij mannen staat alcoholafhankelijkheid bovenaan, gevolgd door coronaire hartziekten en angststoornissen. Bij vrouwen vormen angststoornissen, depressie en artrose de topdrie. Dat met name psychische stoornissen voor veel verlies van kwaliteit van leven zorgen, heeft ermee te maken dat deze sterk aangrijpen op het cognitieve en emotionele functioneren. Daarbij tasten ze in feite de complexere en hogere capaciteiten van de mens aan.<sup>7</sup> Daar komt bij dat psychische stoornissen in Nederland relatief vaak vóórkomen, evenals in andere (westerse) landen.<sup>8-10</sup> Resultaten uit recent gepubliceerd onderzoek suggereren overigens wel dat de momenteel bekende prevalentiecijfers aan de hoge kant zijn.<sup>11</sup>

**Ziektelast.** Ziektejaarequivalenten zeggen dus iets over zowel het vóórkomen als de ernst van ziekten. Bij het bepalen van ziektelast wordt daarnaast ook meegerekend dat sommige ziekten vroegtijdig tot sterfte leiden. Ziektelast kan worden uitgedrukt in voor gezondheidsverlies gecorrigeerde levensjaren ('disability-adjusted life years'; DALY's), een samenvattende maat voor de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten. Van de hier bestudeerde ziekten veroorzaken coronaire hartziekten, angststoornissen, beroerte en COPD de meeste ziektelast (zie tabel 2). Het verlies aan DALY's door coronaire hartziekten, beroerte en COPD wordt veroorzaakt door zowel verloren levensjaren als kwaliteit van leven. Bij angststoornissen speelt alleen het verlies aan kwaliteit van leven een rol. Voor mannen en vrouwen zijn deels andere ziekten verantwoordelijk voor de grootste ziektelast: bij mannen is het DALY-verlies door coronaire hartziekten het grootst, gevolgd door alcoholafhankelijkheid en COPD. Voor vrouwen

staan angststoornissen, coronaire hartziekten en depressie in de topdrie.

#### VERANDERINGEN

Het is ook van belang te weten welke ziekten en aandoeningen in aantal zijn toe- of afgenomen, en waar de sterftrends zijn gewijzigd. In tabel 3 zijn de ziekten en aandoeningen opgenomen die de grootste veranderingen laten zien in de jaren 1990-2000. Met groot wordt hier bedoeld dat de toe- of afname, na correctie voor leeftijd, absoluut gezien groot is.

TABEL 4. De verwachte verandering in het aantal nieuwe en bekende gevallen van de voor de 'Volksgezondheid Toekomst Verkenningen' geselecteerde ziekten en aandoeningen in 2020 ten opzichte van 2000 door ontwikkelingen in de bevolkingsomvang en -opbouw naar leeftijd en geslacht<sup>\*†12</sup>

verandering (in %)	ziekte/aandoening
-6-0	aids (i), multiple sclerose (i), aangeboren afwijkingen centraal zenuwstelsel (i), aangeboren afwijkingen hart-vaatstelsel (i), zeer vroeg geboren (i), downsyndroom (i)
0-5	verstandelijke handicaps (p), astma (i), constitutioneel eczeem (i), aangeboren afwijkingen centraal zenuwstelsel (p), aangeboren afwijkingen hart-vaatstelsel (p), suicide (pogingen) (i), geweld (i), arbeidsongevallen (i), sportongevallen (i)
5-15	infecties maag-darmkanaal (i), tuberculose (i), hersenvliesontsteking (i), schizofrenie (i; p), depressie (i; p), angststoornissen (i; p), multiple sclerose (p), epilepsie (i), influenza (i), astma (p), infecties bovenste luchtwegen (i), inflammatoire darmziekten (i; p), constitutioneel eczeem (p), contacteczeem (i; p), nek- en rugaandoeningen (i; p), verkeersongevallen (i), privé-ongevallen (i)
15-25	borstkanker (i), epilepsie (p), zweren maag en twaalfvingerige darm (i; p), infecties onderste luchtwegen (i), urineweginfecties (i), reumatoïde artritis (i)
25-35	sepsis (i), borstkanker (p), non-hodgkinlymfomen (p), diabetes mellitus (i), decubitus (i; p), reumatoïde artritis (p), osteoporose (i; p)
35-45	slokdamkanker (p), dikkedarm- en endeldarmkanker (i), non-hodgkinlymfomen (i), huidkanker (i; p), diabetes mellitus (p), dementie (i; p), ziekte van Parkinson (i; p), gezichtsstoornissen (i; p), coronaire hartziekten (i; p), hartfalen (p), beroerte (i; p), ouderdoms- en lawaaidoofheid (i; p), COPD (i; p), artrose (i; p), heupfractuur (i)
45-55	slokdamkanker (i), maagkanker (i; p), dikkedarm- en endeldarmkanker (p), longkanker (i; p), hartfalen (i)
55-67	prostaatkanker (i; p), aneurysma van de buikaorta (i)

i = incidentie; p = prevalentie.

\*De rangorde van ziekten en aandoeningen is op basis van de 'International Classification of Diseases' (ICD)-code.

†Geen demografische projectie opgesteld van seksueel overdraagbare aandoeningen, afhankelijkheid van alcohol of drugs en privé-ongevallen wegens het ontbreken van geschikte leeftijdspecifieke cijfers.

De ontwikkelingen in gezondheidsproblematiek in Nederland zijn ten dele het gevolg van veranderend gedrag en preventie. Een duidelijk voorbeeld hiervan is de toenemende sterfte aan longkanker, COPD en slokdarmkanker onder vrouwen en de dalende longkankersterfte onder mannen. Deze trends weerspiegelen de veranderingen in het rookgedrag in de jaren zeventig van de vorige eeuw. Veranderend gedrag, maar dan op een heel ander vlak, heeft ook geleid tot een toenemend aantal privé-ongevallen ('letsels in en om het huis'). Deze staan nu hoog in de topvijf van aandoeningen met de hoogste incidentie. De toename is waarschijnlijk mede het gevolg van het feit dat mensen meer vrije tijd hebben en die ook steeds actiever besteden.

Ook verbeterde behandelingen dragen bij aan gunstige ontwikkelingen. Met name was dit het geval bij de sterftecijfers voor coronaire hartziekten, beroerte en aids. Sommige trends tenslotte weerspiegelen waarschijnlijk vooral veranderingen in diagnostiek en zorgvraag. Angststoornissen en depressie zijn de afgelopen jaren door de huisarts vaker geregistreerd. Dat het hier gaat om een echte stijging is onwaarschijnlijk. Hier speelt zeker ook mee dat huisartsen, patiënten en hun omgeving deze aandoeningen beter herkennen.

**Bevolkingsgroei en vergrijzing.** In de toekomst zal de bevolking naar verwachting groeien en vergrijzen. Volgens de CBS-bevolkingsprognose uit 2000 zal de totale bevolking met 10,1% toenemen van 15,9 miljoen in 2000 tot 17,5 miljoen in 2020. Het percentage mensen van 65 jaar en ouder op de totale bevolking neemt toe van 13,6 in 2000 tot 18,4 in 2020. De levensverwachting bij de geboorte van vrouwen zal stijgen van 80,6 jaar in 2000 naar 81,7 jaar in 2020. Voor de mannen wordt een stijging van 75,5 jaar in 2000 naar 78,0 jaar in 2020 verwacht. Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen zal dan dus teruglopen van ruim 5 jaar in 2000 naar nog geen 4 jaar in 2020. De bevolkingsgroei en de vergrijzing zullen leiden tot veranderingen in het aantal nieuwe en bestaande ziektegevallen (tabel 4).

Zoals verwacht, blijkt dat aandoeningen die gespreid vóórkomen over de leeftijden of die juist de jonge leeftijden treffen (waaronder veel infectieziekten) een gering veranderingspercentage kennen, van -6 tot 15. Voor ongeveer de helft van de ziekten en aandoeningen liggen de stijgingspercentages tussen 25 en 60. Hierbij gaat het vooral om aandoeningen die bij ouderen vóórkomen. Naast groei en vergrijzing van de bevolking kunnen andere sociaal-demografische factoren (burgerlijke staat, opleidingsniveau, aantal allochtonen) aanzienlijke effecten hebben op de gezondheidstoestand. Sommige van deze factoren zullen het effect van de vergrijzing versterken (zoals de toename van het aantal alleenstaanden), anderen zullen het vergrijzingseffect tenminste gedeeltelijk tenietdoen (bijvoorbeeld een stijging van het opleidingsniveau).

TOT SLOT

De kracht van het Nationaal Kompas Volksgezondheid is dat het gegevens uit velerlei bronnen samenbrengt. Daardoor is het mogelijk om integratieve overzichten te maken, zoals beschreven in dit artikel of rapportages.<sup>12</sup> De onderwerpen in het kompas worden regelmatig geactualiseerd. Voorbeelden van onlangs geactualiseerde onderwerpen zijn lichaamsgewicht, roken, hartfalen, beroerte en infecties van de onderste luchtwegen.

Blijvende en betrouwbare informatievoorziening over de volksgezondheid is onder meer voor beleidsmakers van groot belang. Zij maken gebruik van deze informatie voor het stellen van prioriteiten en het bepalen van doelgroepen, inhoud en effecten van interventies. Het kompas speelt inmiddels een belangrijke rol als informatiebron tussen het veld en het ministerie van VWS. Zo heeft het ministerie onlangs de Nota 'Langer gezond leven 2004-2007; ook een kwestie van gezond gedrag' uitgebracht, die grotendeels op informatie uit het kompas gebaseerd is.<sup>13</sup> Het Nationaal Kompas Volksgezondheid kan op haar beurt niet bestaan zonder de welwillende bijdrage van deskundigen 'in het veld', die het steeds weer opbrengen om de benodigde gegevens te registreren en teksten voor het kompas te schrijven of te beoordelen. De voortzetting van deze inspanningen is onmisbaar om ook in de toekomst integrale overzichten van de volksgezondheid te kunnen blijven maken.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 17 augustus 2004

---

#### Literatuur

- 1 Perenboom RJM, Mulder YM, Herten LM van, Oudshoorn K, Hoeymans N. Trends in gezonde levensverwachting: Nederland 1983-2000. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid; 2002.
- 2 Robine JM, Romieu I, Michel JP. Trends in health expectancies. In: Robine JM, Jagger C, Mathers CD, Crimmins EM, Suzman RM. Determining health expectancies. Chicester: Wiley; 2003.
- 3 Mulder YM, Perenboom RJM, Herten LM van, Oudshoorn K, Hoeymans N. Regionale verschillen in gezonde levensverwachting. TNO-rapport 2002.114. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid; 2002.
- 4 Herten LM van, Oudshoorn K, Perenboom RJM, Mulder YM, Hoeymans N, Deeg DJH. Gezonde levensverwachting naar sociaal-economische status. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid; 2002.

- 5 Hoogenboezem J, Israëls AZ. Sterfte naar doodsoorzaak onder Turkse en Marokkaanse ingezetenen in Nederland, 1979-1988. *Maandbericht Gezondheid (CBS)* 1990;8:5-20.
- 6 Uitenbroek DG, Swart WAJM, Middelkoop BJC, Mazurkiewicz ES. Sterfte in de grote steden. In: Lucht F van der, Verkleij H, redacteurs. *Gezondheid in de grote steden. Achterstanden en kansen. Thema-rapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2001. p. 34-7.
- 7 Ormel J, VonKorff M, Ustun B, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. *JAMA* 1994;272: 1741-8.
- 8 Copeland JR, Beekman AT, Dewy ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, et al. Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *Br J Psychiatry* 1999;174:312-21.
- 9 WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull WHO* 2000;78:413-26.
- 10 Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12:19-29.
- 11 Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;420(Suppl):21-7.
- 12 Oers, JAM van. *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2002*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2002.
- 13 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). *Langer gezond leven 2004-2007; ook een kwestie van gezond gedrag*. Den Haag: ministerie van VWS; 2003.

---

## Abstract

### Health and disease in the Netherlands: the Dutch National Public Health Compass as a source of information

- The Dutch National Public Health Compass has been available on the Internet ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)) since 2001. This website, developed and managed by the National Institute for Public Health and the Environment, contains data and information on the population's health status, its determinants, prevention and care. The Compass brings together information from various data sources, research and expert opinions.
- On the basis of this Compass, an overview has been made of the health of the Dutch population.
- Both the life expectancy and the healthy life expectancy in the Netherlands increased after 1980.
- Mortality from coronary heart disease, cerebrovascular accidents and lung cancer decreased, but they are still the most important causes of death.
- Especially psychological disorders (alcohol dependence, anxiety disorders and depression), coronary heart disease and COPD are associated with a significant decrease in quality of life.
- There are important health differences in the Netherlands between rich and poor, urban and rural areas, natives and immigrants.
- The difference in life expectancy between men and women will decrease from more than 5 years in 2000 to less than 4 years in 2020.
- A permanent facility for the provision of accurate public-health information is of great importance. The collaboration of registration holders and experts in maintaining the Compass is and will remain essential so that an integral overview of the health of the Dutch population can also be made in the future.

*Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:226-31