



Een gezonder Nederland

Een gezonder Nederland

Kernboodschappen van de
Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

Colofon

Redactie Kernboodschappen

N. Hoeymans
A.J.M. van Loon
M. van den Berg
M.M. Harbers
H.B.M. Hilderink
J.A.M. van Oers
C.G. Schoemaker

Ontwerp

Irene van Kuik, VijfKeerBlauw

Fotografie

Hollandse Hoogte

Infographics

Frédéric Ruys

Contact

vtv2014@rivm.nl

Auteursrechten voorbehouden
© 2014, Rijksinstituut voor
Volksgezondheid en Milieu,
Bilthoven

Delen uit deze publicatie
mogen worden overgenomen
op voorwaarde van bron-
vermelding: 'Rijksinstituut
voor Volksgezondheid en
Milieu (RIVM), de titel van
de publicatie en het jaar
van uitgave'.

ISBN/EAN 9789069602738

Een publicatie van:
**Rijksinstituut voor
Volksgezondheid en Milieu**
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

Voorwoord

Voor u ligt de zesde editie van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Een schat aan informatie over hoe het is gesteld met de gezondheid van de Nederlander en met onze gezondheidszorg.

Gelukkig gaat het in veel opzichten goed. We leven steeds langer. Dat is te danken aan onze gezondheidszorg, die steeds beter presteert. Door op tijd risico's op te sporen. Door betere behandelingen, apparatuur en geneesmiddelen. Het kan nog beter: door gezonder te leven.

Tegelijkertijd zien we dat meer mensen chronisch ziek zijn. Voor een deel komt dat door die betere zorg. Wie ouder wordt, heeft meer kans op een ouderdomskwaal. En met ziektes waar mensen vroeger jong aan dood gingen, zoals diabetes en hart- en vaatziekten, kun je nu prima oud worden.

Wat opvalt is dat mensen met een chronische aandoening, of ze nu oud zijn of jong, steeds vaker volop meedoen in de samenleving. Ouderen wonen langer thuis. En wie nog kan werken, blijft werken. Mensen zijn goed op de hoogte van hun aandoening. Dankzij internet. En ze gebruiken graag de nieuwste technologie om zo zelfstandig mogelijk te leven.

De samenleving verandert, de wensen van mensen zijn veranderd. Tel daarbij op dat de kosten van de zorg te hard stijgen en je weet: we moeten de zorg anders organiseren. Thuis of dichtbij huis. Met volop online mogelijkheden. Met de inzet van slimme technologie. Zo'n omslag maakt de zorg nog beter en draagt bij aan de betaalbaarheid. Daarnaast moeten we nieuwe bedreigingen aanpakken: de toename van antibioticaresistentie bijvoorbeeld. Dat kunnen we alleen samen. Ik zeg: werk aan de winkel voor een nóg gezonder Nederland!

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,



Edith Schippers



Over de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 (VTV-2014)

Deze Kernboodschappen maken deel uit van de VTV-2014. De volledige rapportage is te lezen op www.eengezondernederland.nl.

De VTV-2014 beschrijft de volksgezondheid op hoofdlijnen. Deze informatie is mede gebaseerd op andere RIVM-websites, zoals het Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl), de Nationale Atlas Volksgezondheid (www.zorgatlas.nl), de Kosten van ziekten website (www.kostenvanziekten.nl), Zorggegevens (www.zorggegevens.nl), het Loket Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl) en de Zorgbalans (www.gezondheidszorgbalans.nl). Vanuit www.eengezondernederland.nl wordt rechtstreeks verwezen naar deze websites.

In het kader van deze VTV verschenen ook vier themarapporten: over gezondheid en maatschappelijke participatie, preventie in de zorg, burgers en gezondheid en maatschappelijke kosten en baten (zie Eerder verschenen VTV-2014 publicaties, pag. 51). De resultaten van deze themarapporten zijn verwerkt in de volledige rapportage en deze Kernboodschappen.

De totstandkoming van de VTV-2014 is begeleid door een Wetenschappelijke Adviescommissie, een Beleidsadviesgroep en een Klankbordgroep RIVM (zie Auteurs en adviescommissies VTV-2014, pag. 48). Daarnaast hebben veel anderen een bijdrage geleverd (voor een overzicht zie www.eengezondernederland.nl). In de aanloop naar de VTV-2014 zijn op de website www.vtv2014.nl tussenproducten gepresenteerd en met de bezoekers bediscussieerd.

Een gezonder Nederland

'Een gezonder Nederland', de zesde Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), brengt opnieuw een grote hoeveelheid actuele informatie samen over gezondheid en zorg in Nederland. De volledige rapportage van de VTV-2014 is te lezen op www.eengezondernederland.nl.

De vorige VTV's, waarvan de eerste in 1993 uitkwam, verschenen in een periode van geleidelijke veranderingen in het volksgezondheidsbeleid. Het beleid kende vooral continuïteit, met als belangrijkste uitgangspunten: iedereen zo lang mogelijk gezond houden, zieken zo snel mogelijk beter maken, mensen met beperkingen ondersteunen en maatschappelijke participatie bevorderen. Inmiddels zijn de veranderingen op het terrein van de volksgezondheid in een stroomversnelling geraakt. De mondige burger deed zijn intrede in het publieke debat, in de spreekkamer en via sociale media, bedrijven ontdekten gezondheid als groeimarkt en de economische recessie rekende af met het idee dat de bomen tot de hemel groeien. Daarnaast worden momenteel enkele stelselwijzigingen doorgevoerd. Veel taken en verantwoordelijkheden op het terrein van de volksgezondheid gaan van de landelijke overheid over naar gemeentelijke overheden.

We richten ons niet alleen op het ministerie van VWS, maar ook op andere ministeries en gemeentelijke overheden, bedrijven, partijen in het maatschappelijk middenveld, professionals en burgers. We kijken daarbij ver vooruit. Ons doel is om strategische discussies te ondersteunen en te verhelderen.

Vier maatschappelijke opgaven voor de toekomstige volksgezondheid zijn in deze verkenning centraal komen te staan:

1. Iedereen zo lang mogelijk gezond houden en zieken zo snel mogelijk beter maken.
2. Kwetsbare mensen ondersteunen en maatschappelijke participatie bevorderen.
3. Autonomie en keuzevrijheid van de burger stimuleren.
4. De zorg betaalbaar houden.

In Deel A van deze Kernboodschappen beschrijven we de cijfermatige trends voor elk van deze vier opgaven en enkele ontwikkelingen op de achtergrond. In Deel B gaan we nader in op de opgaven en de samenhang ertussen. Immers: inzetten op de ene opgave kan het verminderen van andere opgaven vergemakkelijken, of juist bemoeilijken. We beschrijven strategische kansen en keuzes voor de toekomst.



Deel A

Trends in de volks- gezondheid

Deel A geeft een overzicht van de huidige stand van de volksgezondheid en beschrijft trends in het verleden én in de toekomst.

De toekomstige trends zijn gebaseerd op de analyse van historische trends en modellering, aangevuld met uitkomsten van literatuuronderzoek en oordelen van experts.

Dit trendscenario vormt het 'business as usual' scenario waarin de huidige maatschappelijke ontwikkelingen en het bestaande beleid worden doorgetrokken naar de toekomst.

De toekomstige trends beschrijven we tot 2030, waar mogelijk met een doorkijkje naar 2040.

Levensverwachting, ziekten en determinanten

Levensverwachting blijft stijgen, maar minder hard dan de afgelopen 10 jaar

De levensverwachting van Nederlandse mannen is 79 jaar en behoort daarmee tot de hoogste van de Europese Unie. Vrouwen kunnen verwachten gemiddeld 83 jaar te worden. Zij scoren gemiddeld ten opzichte van andere Europese vrouwen, omdat ze in het verleden relatief veel rookten. De levensverwachting in Nederland steeg de laatste 10 jaar sterk, met meer dan 3 jaar. Volgens het trendscenario zal de levensverwachting blijven stijgen, zij het minder hard dan in de afgelopen 10 jaar; tussen 2012 en 2030 krijgen Nederlandse mannen er ongeveer 3 jaar bij en vrouwen ruim 2 jaar. In vergelijking met andere EU-landen blijft Nederland daarmee rond plaats 6 staan.

Dementie belangrijkste doodsoorzaak in 2030

Longkanker en coronaire hartziekten waren de belangrijkste doodsoorzaken in 2011. Voor de toekomst verwachten we een verdere daling van de sterfte aan coronaire hartziekten en beroerte. Volgens onze projectie in het trendscenario neemt het aantal mensen dat zal overlijden aan dementie of een valongeval toe, vooral bij ouderen. In 2030 zal dementie de belangrijkste doodsoorzaak zijn. De sterfte aan infectieziekten is op dit moment laag, al doen zich regelmatig grotere en kleinere epidemieën voor. De toekomst is wat dat betreft onzeker: elk moment kan een nieuwe infectieziekte zich aandienen. Bovendien zijn steeds meer bacteriën in toenemende mate resistent tegen antibiotica, terwijl er maar weinig nieuwe antibiotica worden ontwikkeld.

Vooral preventie en zorg deden levensverwachting fors stijgen

De relatief snelle toename van de levensverwachting in het afgelopen decennium was voor een groot deel toe te schrijven aan inzet en gebruik van betere gezondheidsvoorzieningen. Zo is de zorg inmiddels op belangrijke punten effectiever. Dat geldt op veel terreinen. In het oog springen daarbij de zorg rond diabetes mellitus, zwangerschap, hart- en vaatziekten en kanker. Van de totale daling aan sterfte aan coronaire hartziekten komt naar schatting 40% op het conto van verbeterde behandelingsmogelijkheden. Ook preventie heeft bijgedragen aan de toegenomen levensverwachting, vooral door antirookmaatregelen, meer gebruik van preventieve bloeddruk- en cholesterolverlagende middelen, bevolkingsonderzoeken, verwijdering van transvetzuren uit de voeding en toegenomen verkeersveiligheid. Voor de toekomst verwachten we bij gelijkblijvend beleid een verdere verbetering van de preventie- en behandelmogelijkheden, waardoor de levensverwachting verder zal stijgen.

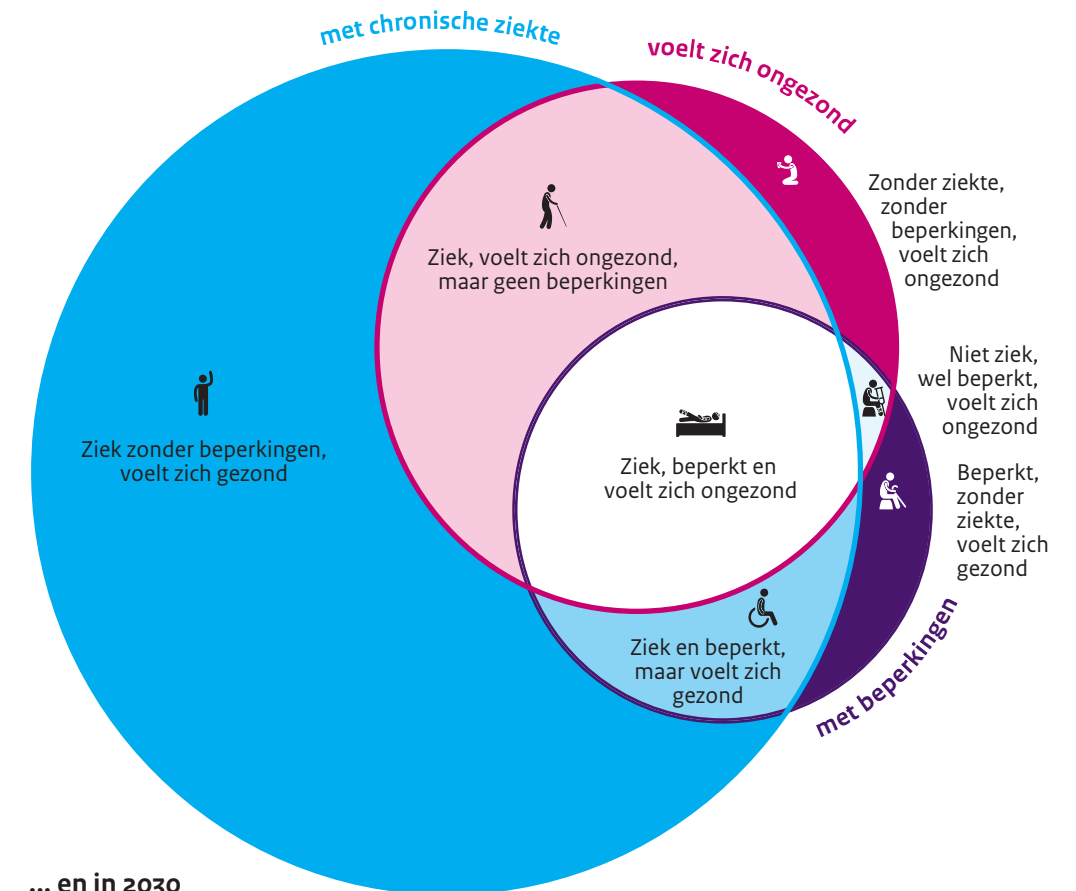
Aantal mensen met een chronische ziekte stijgt; beperkingen blijven stabiel

Mede door de verbeteringen in de zorg en de vergrijzing steeg de prevalentie van de meeste ziekten het afgelopen decennium en die stijging zet naar verwachting door. Vroegopsporing van ziekten plus een betere behandeling maken dat mensen langer leven met ziekte. Zo steeg het aantal mensen met diabetes mellitus van 0,4 miljoen in 2000 tot 0,8 miljoen in 2011 en verwachten we een verdere stijging tot 1,2 miljoen in 2030. Ook het aantal mensen met artrose, gehoorstoornissen en coronaire hartziekten zal elk rond of boven het miljoen uitkomen. In totaal verwachten we dat het aantal mensen met een chronische ziekte zal stijgen van 5,3 miljoen in 2011 (32% van de bevolking) naar 7 miljoen in 2030 (40%), waarbij ook het aantal mensen met twee of meer aandoeningen (multimorbiditeit) zal toenemen. Het gaat hier om mensen bij wie een arts een diagnose heeft gesteld; overgewicht, hypertensie, een bril of gehoorapparaat worden niet meegeteld. Nederland wijkt in het aantal chronisch zieken overigens niet af van andere Europese landen. De stijging van het aantal chronisch zieken in de bevolking heeft niet geleid tot een stijging van het aantal mensen met beperkingen; ondanks de vergrijzing zal dit aantal ook in de toekomst ongeveer gelijk blijven (zie figuur op pagina 11). Slechts een deel van de volwassenen met een zelfgerapporteerde chronische aandoening voelt zich ongezond (35%) of ervaart beperkingen (21%) (zie figuur op pagina 11). Hier komen we verderop in Deel A nog op terug.

Meeste ziektelast door psychische stoornissen, hart- en vaatziekten en kanker

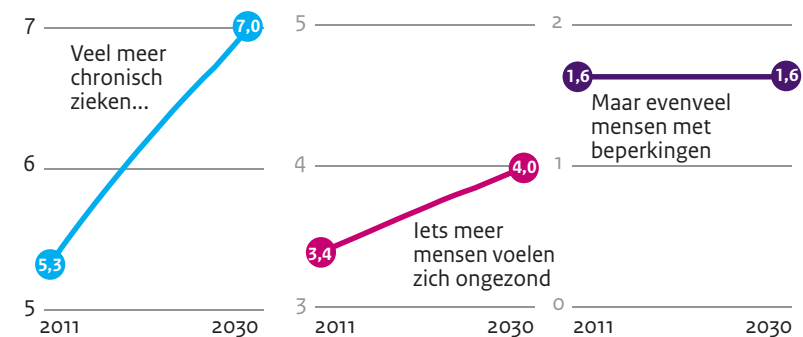
Chronische ziekten zoals psychische stoornissen, hart- en vaatziekten en kanker zijn in Nederland verantwoordelijk voor de grootste ziektelast in 2011 (zie figuur op pagina 12-13). Binnen deze hoofdgroepen van ziekten veroorzaken coronaire hartziekten de meest ziektelast gevolgd door diabetes mellitus, beroerte, angststoornissen, COPD (chronische bronchitis en longemfyseem), longkanker, stemmingsstoornissen en nek- en rugklachten. De ziekten in de figuur omvatten samen ongeveer 70% van de totale ziektelast. De ziektelast is hoog als de ziekte vaak voorkomt, lang duurt, relatief ernstig is en/of veel sterfte veroorzaakt. Volgens onze projecties in het trendskenario zijn coronaire hartziekten en diabetes in 2030 nog steeds de ziekten met de hoogste ziektelast.

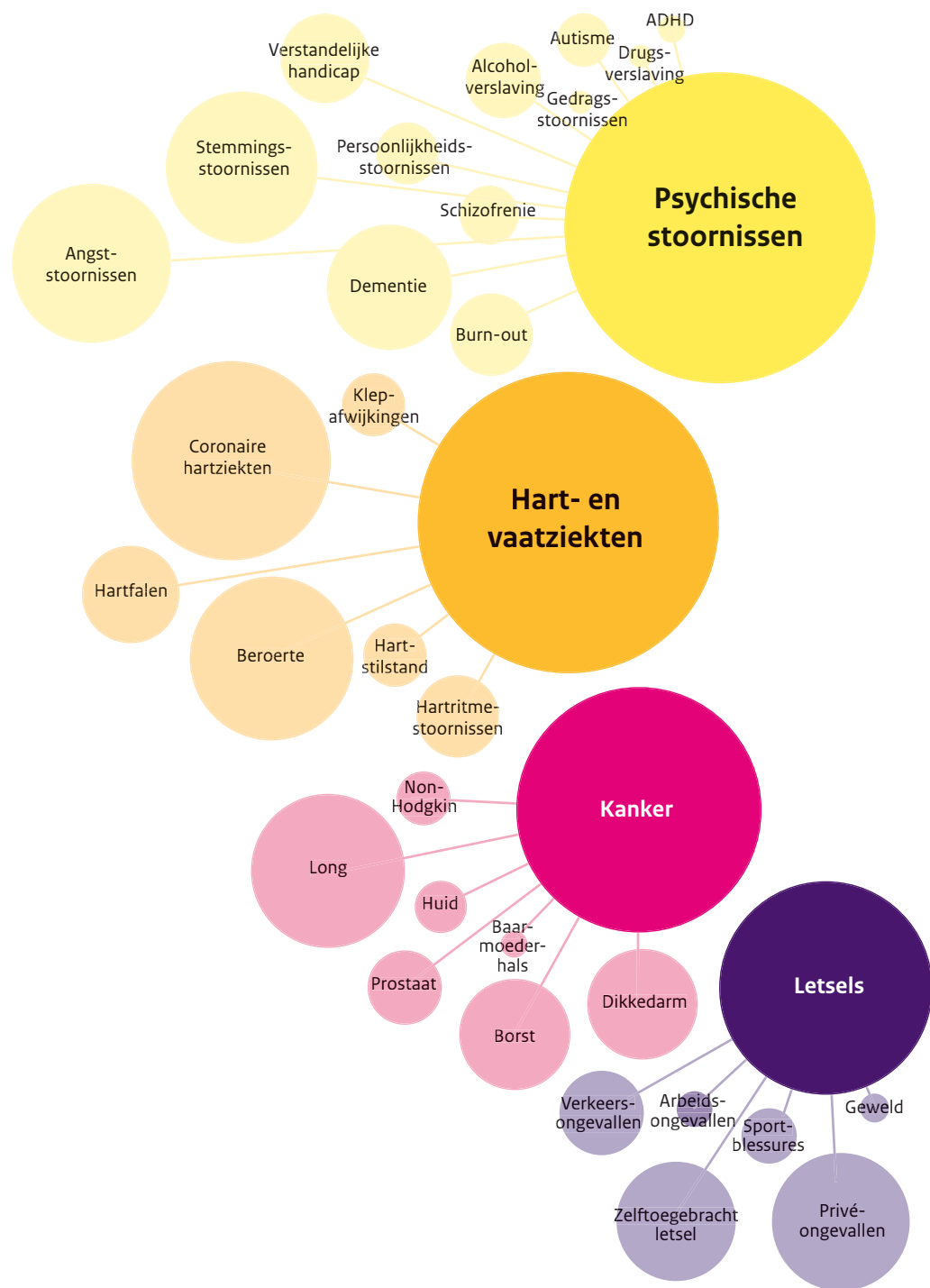
Ziekten, ervaren gezondheid en beperkingen nu...



... en in 2030

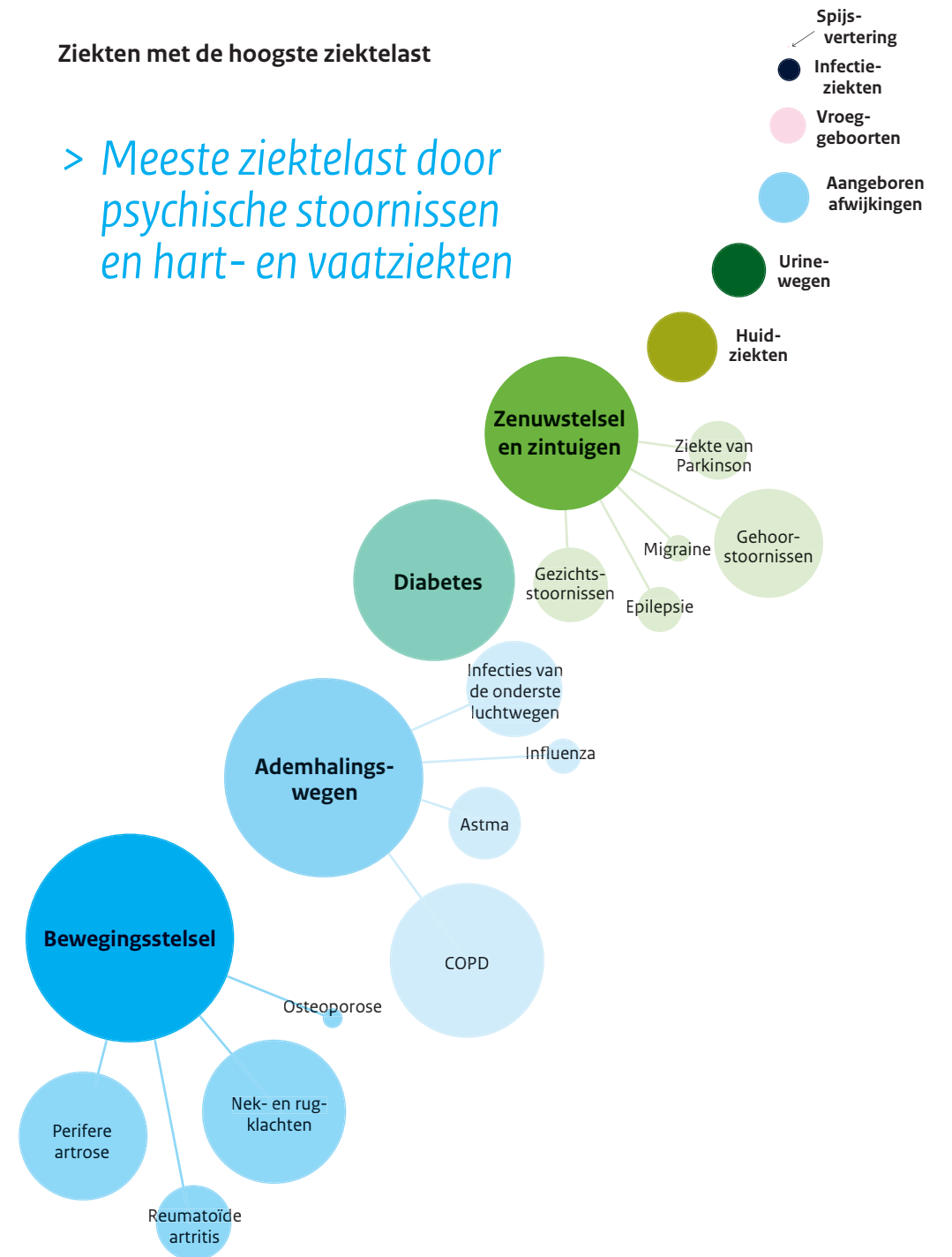
Het aantal chronisch zieken zal tot 2030 blijven toenemen





Ziekten met de hoogste ziektelast

> Meeste ziektelast door psychische stoornissen en hart- en vaatziekten



Trends in leefstijl niet langer ongunstig

Roken is nog steeds verreweg de belangrijkste oorzaak van sterfte en ziekte (met 13% van de ziektelast), gevolgd door overgewicht en weinig bewegen (zie figuur). Wel daalt het percentage volwassen rokers al lange tijd. Het aantal rokende Nederlandse mannen is iets lager en het aantal rokende vrouwen gelijk aan dat in andere EU-landen. Als we de trend uit het verleden doortrekken zal het percentage Nederlandse rokers in de toekomst verder dalen, van 23% in 2012 naar 19% in 2030. Onder laagopgeleiden is het percentage rokers anderhalf keer zo groot als onder hoogopgeleiden en dit verschil is in de periode 1990-2012 iets groter geworden. Voor overgewicht lijkt vooralsnog een eind te komen aan de jarenlange ongunstige ontwikkelingen. Het percentage mensen met overgewicht zal in het trendscenario niet verder toenemen. Wel blijft het onverminderd hoog (48%). Een op de drie Nederlanders beweegt weinig en dit zal ook in 2030 zo zijn. Het percentage zware drinkers zal in 2030 net als in 2012 uitkomen op 10%. Mogelijk zijn de ontwikkelingen in specifieke groepen zoals laagopgeleiden minder gunstig. Ook onder jongeren zijn niet alle trends gunstig. Weliswaar zijn jongeren minder gaan roken en drinken, maar het aantal jongeren dat extreem veel drinkt is onverminderd hoog. Ook drinken Nederlandse jongeren nog steeds vaak vergeleken met jongeren in andere landen.

Ongunstige sociale en fysieke omgeving dragen bij aan ziektelast

Naast leefstijl zijn ook de sociale en fysieke omgeving van belang voor het ontstaan van ziekte. Zo dragen ongunstige arbeidsomstandigheden en milieufactoren elk voor ongeveer 5% tot 6% bij aan de ziektelast. Gezondheidsbeschermende maatregelen hebben de omgeving schoner en veiliger gemaakt; de blootstelling aan fijn stof is gedaald en we verwachten de komende jaren een verdere daling. Dit geldt echter in veel mindere mate voor andere milieufactoren, zoals verkeersgeluid, ozon en radon. De belangrijkste ongunstige arbeidsomstandigheden zijn blootstelling aan gevaarlijke stoffen, psycho-sociale en fysieke arbeidsbelasting.

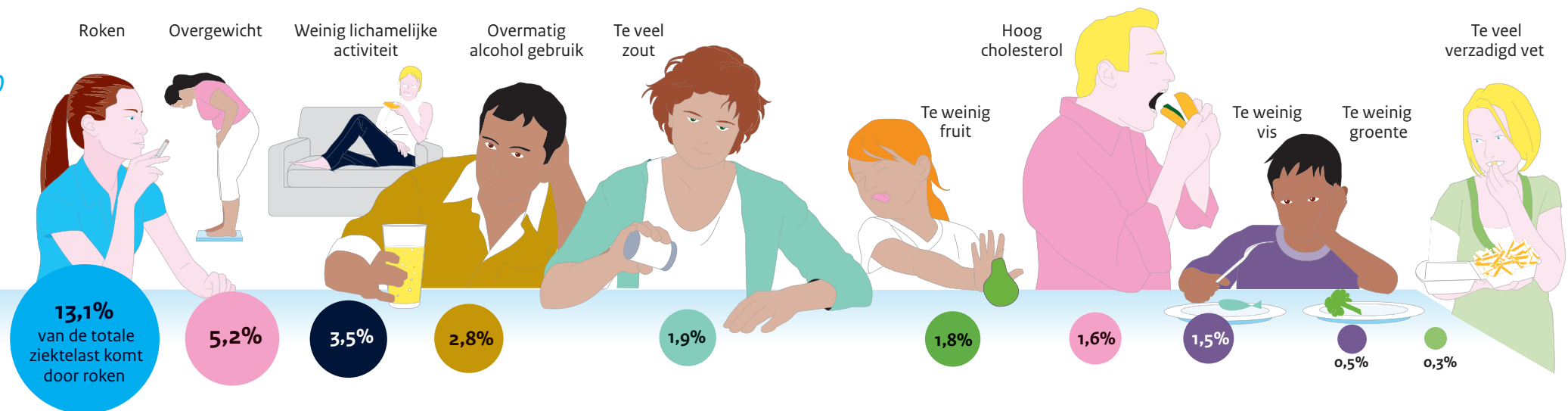
Omgeving kan ook leiden tot meer gezondheid

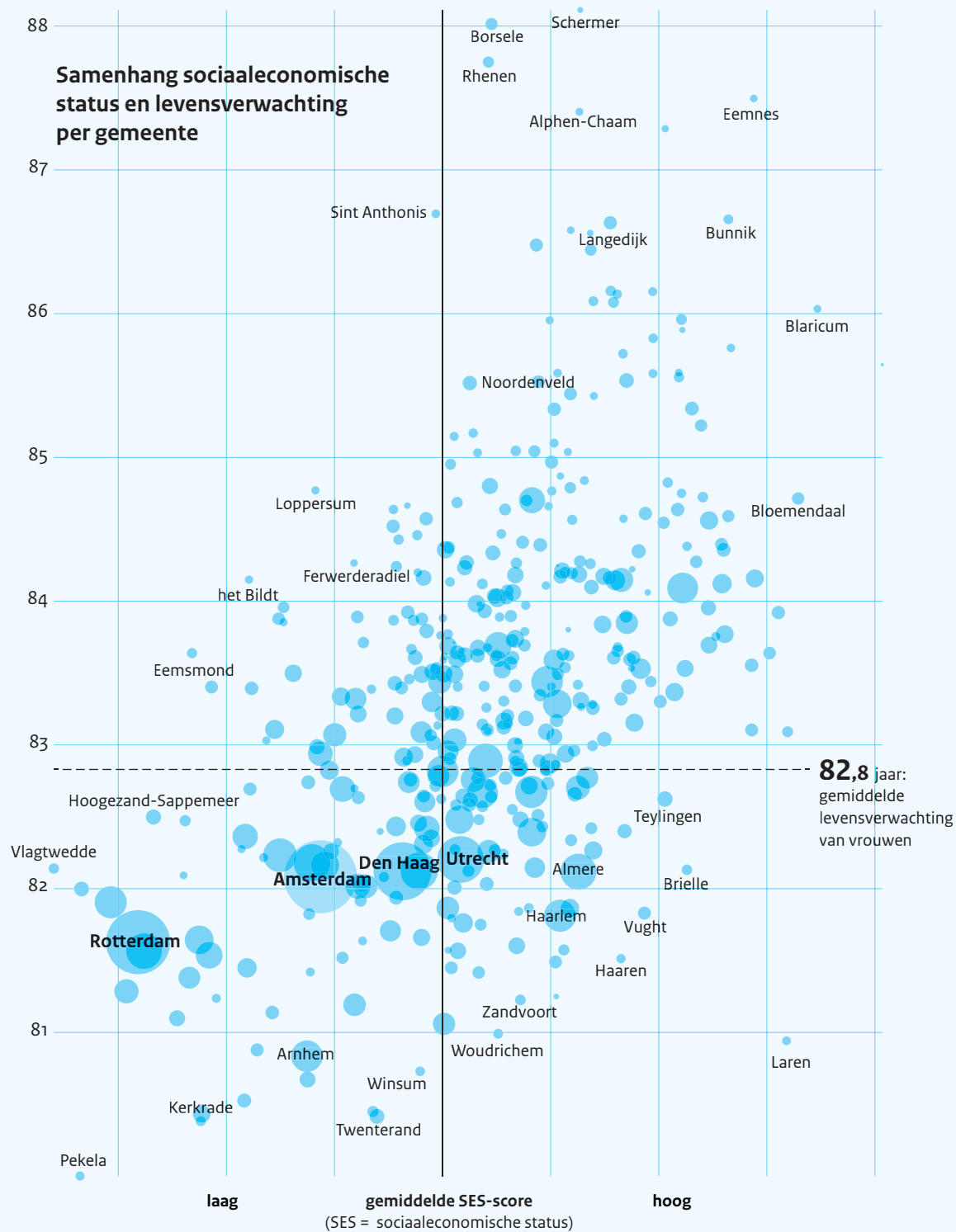
De laatste jaren is de inrichting van de omgeving steeds meer gericht op het bevorderen van gezondheid. Zo hebben het aantrekkelijk maken van openbare ruimten voor fietsen, sporten en buitenspelen en het aanleggen van groen en plekken waar mensen elkaar kunnen ontmoeten een positief effect op sociale cohesie en gezondheid. Het gebruik van deze ruimten kan expliciet worden gestimuleerd, maar de inrichting van de omgeving kan het gedrag van mensen ook subtiel sturen, door zogenoemde 'nudges'. Nudging 'duwt' mensen in een bepaalde richting, zonder verbod of financiële prikkels. Denk bijvoorbeeld aan de inrichting van bedrijfskantines.

Bijdrage van verschillende determinanten aan de totale ziektelast

Percentages kunnen niet bij elkaar worden opgeteld.

Roken
grootste
impact op
ziektelast
>





Kwetsbare groepen en maatschappelijke participatie

Sociaaleconomische verschillen in gezondheid zijn groot

De levensverwachting is voor laagopgeleiden gemiddeld 6 jaar korter dan voor hoogopgeleiden. Voor de levensverwachting in goed ervaren gezondheid is dit verschil 19 jaar. Ook tussen autochtonen en allochtonen bestaan gezondheidsverschillen. Deze gezondheidsverschillen hangen sterk samen met werk en inkomen. En deze maatschappelijke determinanten hangen weer samen met de fysieke en sociale leefomstandigheden, leefstijl, toegang tot de zorg, en daarmee met gezondheid. In deze vergelijkingen blijven de meest kwetsbaren, zoals dak- en thuislozen, asielzoekers en illegalen vaak buiten beschouwing. Nederland telt ongeveer 27 duizend daklozen, hun aantal is sinds 2009 met 9 duizend toegenomen.

Grote verschillen in levensverwachting tussen gemeenten

Daarnaast zijn er verschillen in levensverwachting tussen regio's en gemeenten in Nederland. Zo worden mensen in grote steden bijvoorbeeld gemiddeld minder oud (zie figuur op pagina 16). Sociaaleconomische status verklaart een deel van deze verschillen, naast vele andere factoren. Gemeenten die te maken hebben met bevolkingskrimp zien bijvoorbeeld de meest gezonde mensen wegtrekken.

< *Bewoners van grote steden leven korter*

Mogelijke toename verschillen in gezondheid naar opleiding

De levensverwachting is het laatste decennium ook voor de groep laagopgeleiden sterk gestegen. Het verschil met hoger opgeleiden bleef ongeveer even groot. Dat geldt ook voor de gezonde levensverwachting. Voor de nabije toekomst verwachten we dat de verschillen mogelijk groter worden. Veel effecten van de recente economische recessie, zoals werkloosheid, zijn nu pas merkbaar en treffen vooral mensen met een lage opleiding en andere kwetsbare groepen. Of en hoe deze trend doorzet op de langere termijn is onzeker.

Meeste volwassenen met chronische ziekte hebben een betaalde baan

Ruim twee derde van de mensen met een zelfgerapporteerde chronische ziekte van 20 tot 65 jaar werkt 12 uur of meer per week. Zij werken daarmee minder dan mensen zonder ziekte, van wie 80% een betaalde baan heeft. Dit geldt echter vooral voor degenen die ook beperkingen hebben (40% werkt) of hun gezondheid als minder goed beoordelen (49% werkt) (zie figuur op pagina 19).

Twee derde deel van de 20-65-jarigen met een chronische ziekte heeft geen beperkingen en beoordeelt de eigen gezondheid als goed. Van deze groep heeft vrijwel hetzelfde percentage betaald werk als de niet chronisch zieken (77%). Voor arbeidsparticipatie is dus niet zozeer de diagnose bepalend, als wel de ervaren beperkingen en de gezondheidsbeleving. Dit geldt ook voor het doen van vrijwilligerswerk.

Meeste chronisch zieken werken even vaak als mensen zonder ziekte



Maatschappelijke participatie is meestal goed voor de gezondheid

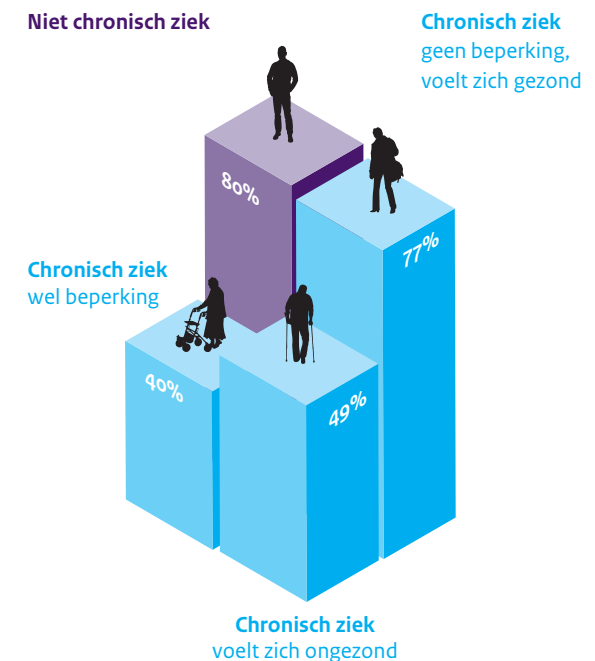
Maatschappelijke participatie in de vorm van onderwijsdeelname, werk en vrijwilligerswerk bevordert de gezondheid. Zo leidt minder schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten tot een hoger opleidingsniveau en hiermee tot een hogere sociaaleconomische positie en betere kansen in de rest van het leven, inclusief betere kansen op gezondheid. Ook arbeid en vrijwilligerswerk hebben over het geheel genomen positieve effecten op gezondheid. Behalve bij blootstelling aan ongunstige arbeidsomstandigheden.

Mantelzorg heeft soms negatieve effecten op de gezondheid

Mantelzorg is een andere vorm van maatschappelijke participatie. Hiervoor zijn de effecten op de gezondheid niet altijd even gunstig. Eén op de vijf oudere mantelzorgers vindt dat zijn gezondheid achteruit is gegaan door de mantelzorg. Dit zijn vooral de mantelzorgers die intensieve of complexe zorg bieden of die zorgen voor iemand met gedragsproblemen. Een ander mogelijk knelpunt is dat de stijging van de arbeidsparticipatie, juist in de groep 55-65 jarigen, de druk op veel mantelzorgers verhoogt. En dit terwijl de druk vanuit de maatschappij om vrijwilligerswerk te doen en voor mensen in de omgeving te zorgen, eerder toe- dan afneemt.

Percentage 20-65 jarigen met een betaalde baan

12 uur per week of langer



Autonomie en keuzevrijheid

Veranderende betekenis van gezondheid, meer nadruk op eigen regie

Trends laten zien dat er steeds meer chronisch zieken zijn, die langer leven, zich vaak gezond voelen, lang niet altijd beperkingen hebben en vaak maatschappelijk meedoen. Dit betekent dat er een enorme variëteit zit binnen de grote groep chronisch zieken. Tegelijkertijd is er een discussie gaande over een nieuw concept van gezondheid. In dit concept ligt minder nadruk op iemands ziekte of gezondheidstoestand als zodanig en meer op de vraag hoe iemand met eventuele gezondheidsproblemen kan omgaan. Niet zozeer een medische diagnose is van belang voor de gezondheid, maar het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren.

Meer keuzevrijheid en eigen regie in de zorg en in de buurt

Gemeenten betrekken hun burgers steeds meer bij het vormgeven van het gezondheidsbeleid. Ook het betrekken van de patiënt bij de eigen zorg wordt steeds gebruikelijker, waar mogelijk ondersteund door technologie en e-health. Voor patiënten betekent dit meer zorg op maat, zelfmanagement en eigen regie; voor zorgverleners betekent dit dat zij patiënten die ruimte moeten geven en zelf meer een ondersteunende rol moeten nemen. In de nieuwe Wet Cliëntenrechten Zorg krijgen patiënten en cliënten(raden) meer bevoegdheden. Tegelijk met deze versterking van de rechtspositie van de burger, doet de overheid ook een dringender beroep op zelfredzaamheid en het eigen netwerk van mensen. Bijna iedere burger is bereid om incidenteel hulp te verlenen aan ouders of bekenden. De helft wil dit zelfs vaak doen. Daar staat tegenover dat lang niet iedereen (slechts 25% van de 65-plus-sers) hulp van familieleden bij persoonlijke verzorging wil ontvangen.

Niet iedereen is even zelfredzaam

Keuzevrijheid en eigen regie veronderstellen zelfredzaamheid van de burger. Maar niet alle burgers zijn in gelijke mate zelfredzaam. Er zijn groepen in de samenleving die de mogelijkheden en vaardigheden ontberen om zelf regie te voeren. Dat komt vooral voor onder laagopgeleiden en kwetsbare ouderen. Ongeveer 10% van de Nederlanders is laaggeletterd en 29% heeft weinig gezondheidsvaardigheden. Elders in Europa ligt dit laatste percentage hoger. Zij missen de vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen dan wel te gebruiken bij het nemen van beslissingen rondom hun gezondheid. Kwetsbare groepen hebben daarom ondersteuning nodig die is aangepast aan hun capaciteiten en wensen.

Toekomst: mogelijkheden voor eigen regie worden groter

Voor de toekomst verwachten we over de hele linie een toename van de mogelijkheden voor eigen regie. Niet alleen omdat de technologische en maatschappelijke trends doorzetten, ook omdat opleidingen veranderen (zowel het niveau als de inhoud) en de jonge generaties in de toekomst meer in staat zullen zijn tot zelfregie. Daardoor zullen toekomstige generaties patiënten ook uit zichzelf meer behoefte hebben aan shared decision making. Zorgopleidingen besteden de laatste jaren meer aandacht aan de inbreng van patiënten. In sommige zorgsectoren is dit nu al gebruikelijk, voor sommige andere sectoren zal dit nog een relatief grote omslag blijken.

Zorguitgaven per ziektegroep
x 1 miljard € in 2011

€ 67 miljard

€ 13 miljard
 Zo'n 16% van de kosten is niet toewijsbaar aan ziekten



Zorguitgaven

Uitgaven het hoogst voor hart- en vaatziekten en psychische stoornissen

Het meeste geld gaat naar de zorg voor patiënten met hart- en vaatziekten, overige psychische stoornissen (zoals schizofrenie, depressie en alcoholafhankelijkheid) en verstandelijke handicaps (zie figuur op pagina 22). Relatief snel stegen de zorguitgaven voor kanker, ziekten van zenuwstelsel en zintuigen en stofwisselingsziekten. Dit zijn ziekten die vooral bij ouderen optreden waardoor het effect van vergrijzing relatief sterk is. Bovendien zijn voor ziekten in deze groepen de laatste jaren veel nieuwe, relatief dure medicijnen ter beschikking gekomen.

Zorguitgaven gestegen van 9,5% naar bijna 14% van het BBP

In 2012 gaven we 83 miljard euro uit aan de gezondheidszorg volgens de definitie die het Centraal Planbureau hanteert in haar analyses van de zorguitgaven. Dit is bijna 5.000 euro per hoofd van de bevolking. De Nederlandse zorguitgaven zijn vergelijkbaar met die in Frankrijk en Duitsland, maar hoger dan andere Europese landen. De zorguitgaven stegen tussen 2000 en 2012 gemiddeld met 4 tot 5% per jaar (bij gelijkblijvende prijzen), waarbij de groei de laatste jaren overigens lager uitviel. Als percentage van het bruto binnenlands product (BBP) stegen de zorguitgaven in deze periode van 9,5% naar bijna 14%.

< *Uitgaven aan hart- en vaatziekten, overige psychische stoornissen en verstandelijke handicap het hoogst*

Zorguitgaven blijven stijgen, maar onzeker hoe hard

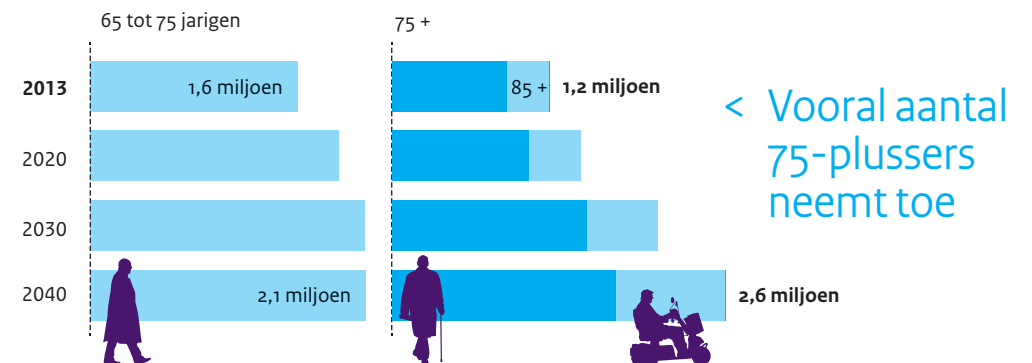
Wanneer deze trend zou doorzetten, stijgen de uitgaven aan zorg naar ongeveer 8.500 euro per hoofd van de bevolking in 2030. In totaal gaat het dan om 150 miljard euro, ofwel 19% van het BBP. Recente maatregelen in de curatieve zorg en de voorgenomen veranderingen in de organisatie en financiering van de langdurige zorg zijn mede bedoeld om deze trendmatige stijging af te buigen. Wanneer deze maatregelen inderdaad het verwachte effect sorteren, dan leidt dat in 2018 tot een substantiële afbuiging van de trend in de zorguitgaven. Over de precieze omvang van deze afbuiging ontstaat de komende jaren meer duidelijkheid. Dan zal ook duidelijk worden wat de effecten van deze maatregelen zijn op de andere opgaven.

Ontwikkelingen op de achtergrond

Aandeel ouderen stijgt tot een kwart van de bevolking in 2030

De hiervoor beschreven ontwikkelingen in de volksgezondheid worden beïnvloed door andere, bredere ontwikkelingen. Zo vormen demografische ontwikkelingen een van de belangrijkste krachten achter de ontwikkelingen in de volksgezondheid. De Nederlandse bevolking groeit van 16,7 miljoen inwoners in 2012 naar 17,6 miljoen in 2030. Vooral de leeftijdsopbouw verandert sterk. Het aandeel 65-plussers is gestegen van 14% in 2000 naar 16% in 2012 en neemt verder toe tot 24% in 2030, om daarna relatief stabiel te blijven rond de 26%. Binnen de groep ouderen zijn er ook veranderingen (zie figuur). Er komen steeds meer 75-plussers, terwijl de 80-jarige van 2030 waarschijnlijk gezonder zal zijn dan de 80-jarige van nu.

Verwachte trend in aantal ouderen tot 2040



Opleidingsniveau en arbeidsparticipatie nemen toe

Het aantal schoolverlaters zonder startkwalificatie is gehalveerd. In 2012 zat 7,3% van de 15- tot 25-jarigen niet meer op school en had ook geen startkwalificatie. In 2001 was dat nog 15%. De verwachting is dat onderwijsdeelname verder zal toenemen en het aantal mensen zonder diploma blijft dalen. Ook de gemiddelde opleidingsgraad zal naar verwachting tot 2020 verder stijgen en daarna stabiliseren. Een stijging van het gemiddelde opleidingsniveau gaat gepaard met meer gezondheidsvaardigheden, kennis en mogelijkheden van mensen. Naast onderwijsparticipatie is ook arbeidsparticipatie toegenomen, vooral onder oudere werknemers. Vooral door beperking van de mogelijkheden voor vervroegd pensioen is de gemiddelde pensioenleeftijd gestegen, van 61 jaar in 2006 naar 64 jaar in 2012.

Economische recessie lijkt voorbij, beperkte groei verwacht

Economische ontwikkelingen kennen een grillig verloop. In de periode 1991-2000 was de economische groei in Nederland gemiddeld 3,2% per jaar, terwijl dit in het eerste decennium van deze eeuw 1,4% was. In de periode 2008-2012 was de gemiddelde groei slechts 0,1%. De gevolgen van de economische recessie zijn nog steeds zichtbaar, bijvoorbeeld in de cijfers over werkloosheid, maar de economie lijkt zich begin 2014 weer voorzichtig te herstellen. De openheid van de Nederlandse economie en daarmee de afhankelijkheid van tal van (onzekere) externe factoren maakt dat een projectie op langere termijn gepaard gaat met veel onzekerheid. Voor de komende 4 jaar verwacht het CPB een gemiddelde groei van 1,25%. Op langere termijn wordt er een gemiddelde BBP groei van 1,7% per jaar verondersteld. Wanneer de economische groei hoger uitvalt dan de groei in de zorguitgaven, neemt het aandeel van het BBP dat we uitgeven aan zorg dus af.

Technologie verweven met dagelijks leven en zorg

Technologie nestelt zich in snel tempo in ons leven. De computer veranderde van desktop via laptop naar tablet. Steeds meer mensen doen online hun boodschappen, delen informatie via sociale media en werken plaatsonafhankelijk. Ook in preventie en zorg zien we steeds meer toepassingen. De impact varieert van het beter kunnen stellen van diagnoses tot regeneratieve geneeskunde en het faciliteren van zelfstandig wonen. Zo kunnen met onderzoek naar het genetisch profiel gerichtere medicijnen worden voorgeschreven en leidt sensortechnologie tot instrumenten voor monitoring van de gezondheidsstatus (quantified self) en domotica in het huis. Technologie kent ook risico's en ethische vragen. Vooral aan het begin en het einde van het leven kunnen ethische dilemma's optreden.

Samenvattend

Deel A geeft een overzicht van de belangrijkste trends in de volksgezondheid. Mede dankzij preventie en zorg steeg de levensverwachting het afgelopen decennium met meer dan 3 jaar. Het verschil in levensverwachting tussen laag- en hoogopgeleiden bleef ongeveer 6 jaar. Ruim 5 miljoen mensen hebben een chronische ziekte. Hart- en vaatzieken, kanker en psychische stoornissen veroorzaken de meeste ziektelast; roken en overgewicht zijn belangrijke beïnvloedende factoren. Het percentage rokers daalt en ook de trend in andere leefstijlfactoren is niet langer ongunstig. Veel mensen met een ziekte voelen zich gezond, hebben geen beperkingen en doen maatschappelijk mee. De nadruk ligt steeds meer op het vermogen om zich aan te passen en eigen regie te voeren. Kwetsbare groepen hebben daarbij ondersteuning nodig, aangepast aan hun capaciteiten en wensen. De zorguitgaven stegen tussen 2000 en 2012 van 9,5% naar bijna 14% van het BBP.

Voor de toekomst kunnen we een aantal langjarige trends met redelijk veel zekerheid doortrekken. Tot 2030 neemt de levensverwachting nog met 2 à 3 jaar toe. Het aantal mensen met een chronische ziekte zal toenemen naar 7 miljoen in 2030. Daarnaast voorzien we ook trendbreuken. Zo zijn enkele negatieve trends in leefstijl de laatste jaren afgebogen; of dat ook zo doorzet is nog de vraag. Van alle trends is vooral de toekomstige ontwikkeling van de zorguitgaven onzeker. Van veel voorgenomen en recent ingezet beleid zijn de effecten op de langere termijn nog niet bekend.

Op grond van alleen trendmatige gegevens is niet te zeggen of aan de stijgende zorguitgaven meer gewicht moet worden toegekend dan aan de stijging van het aantal chronisch zieken. Of andersom. Dat is sterk afhankelijk van normen en waarden: iedereen denkt daar anders over. En wat het extra ingewikkeld maakt, is dat een ingreep om de ene trend om te buigen ook invloed kan hebben op de andere trends. Over dat soort discussies en afwegingen gaat Deel B.



Deel B

Perspectieven op de toekomst

Deel B gaat over de vraag naar de meest wenselijke toekomst voor de volksgezondheid. Daarover bestaat geen consensus. Het is afhankelijk van normatieve voorkeuren welke maatschappelijke opgaven mensen het belangrijkste vinden. Vier perspectieven op de volksgezondheid maken deze diversiteit in visies expliciet. Binnen elk perspectief staat een van de opgaven centraal. Beleid vanuit zo'n perspectief heeft meestal ook gevolgen voor de andere opgaven. Dat kan positief zijn, maar ook negatief. Aan de hand van de verwachte 'bij-effecten' beschrijven we strategische kansen en keuzes voor de toekomst.

Vier perspectieven

De vier maatschappelijke opgaven voor de volksgezondheid vormen het startpunt van Deel B. Deze opgaven kwamen naar voren in onze discussiebijeenkomsten met stakeholders. Ze zijn niet nieuw. De opgaven zijn bij voorbeeld ook te herkennen in de beleidsnota's over volksgezondheid en zorg van de laatste jaren. Ze spelen daarnaast een belangrijke rol in maatschappelijke discussies over de volksgezondheid:

1. Iedereen zo lang mogelijk gezond houden en zieken zo snel mogelijk beter maken.
2. Kwetsbare mensen ondersteunen en maatschappelijke participatie bevorderen.
3. Autonomie en keuzevrijheid van de burger stimuleren.
4. De zorg betaalbaar houden.

Samen met stakeholders vertaalden we de maatschappelijke opgaven in vier perspectieven op de volksgezondheid: 'Op en top gezond', 'Iedereen doet mee', 'Heft in eigen handen' en 'Gezonde welvaart' (zie pagina 32-33). In elk perspectief staat één van de vier maatschappelijke opgaven centraal; de andere opgaven zijn daaraan ondergeschikt. Uit onderzoek van TNS-NIPO in de volwassen bevolking bleek dat alle perspectieven herkenbaar én voldoende onderscheidend zijn.

Op pagina 32-33 is te zien dat begrippen als gezondheid, preventie, zorg en kwaliteit van zorg in ieder perspectief anders worden ingevuld. Zo is gezondheid in het perspectief 'Op en top gezond' vooral de afwezigheid van ziekte, terwijl in 'Iedereen doet mee' ziekte-diagnoses er niet altijd toe doen: daar gaat het vooral om meedoen in de maatschappij. In het derde perspectief, 'Heft in eigen handen', bestaat geen algemeen geldende invulling van gezondheid; elke patiënt bepaalt dat voor zichzelf. In het vierde perspectief, 'Gezonde welvaart', staat gezondheid vooral voor zo min mogelijk zorguitgaven.

Op en top gezond



Opgaven en drijfveren	<ul style="list-style-type: none"> > Lang en gezond leven > Een gezonde leefstijl > Bescherming tegen gezondheidsgevaaren > Effectieve preventie en effectieve zorg
Gezondheid	Je bent gezond als je geen ziekte hebt. Je leeft gezond als je niet rookt, gezond eet en voldoende beweegt.
Preventie en zorg	Bij zorg denk je aan preventie en aan zorg gericht op genezing.
Definitie kwaliteit van zorg	Zorg is goed als zieken worden genezen, en vroegtijdig overlijden wordt voorkomen.

> Vier perspectieven op de volksgezondheid

Iedereen doet mee



Opgaven en drijfveren	<ul style="list-style-type: none"> > We beschermen en steunen de zwakkeren > We sluiten niemand uit > Mensen met gezondheidsproblemen doen mee > Preventie en zorg richten zich op kwetsbare groepen
Gezondheid	Het gaat goed met je als je meedoet.
Preventie en zorg	Zorg is veel breder dan medische zorg. Ook welzijnswerk en arbodiensten vallen hieronder. Gehandicaptenzorg en de GGZ spelen een belangrijke rol.
Definitie kwaliteit van zorg	Zorg is goed als mensen daardoor weer kunnen meedoen. Dat geldt vooral voor de maatschappelijk zwakkeren.

Heft in eigen handen



Opgaven en drijfveren	<ul style="list-style-type: none"> > We weten zelf het beste wat goed voor ons is > Het gaat om de kwaliteit van ons leven > De overheid biedt ruimte aan plannen van burgers > Zorgverleners luisteren naar ons
Gezondheid	Gezondheid betekent vooral 'kwaliteit van leven'. Wat dat precies inhoudt, bepaalt ieder voor zichzelf.
Preventie en zorg	Preventie en zorg zijn brede begrippen. Ook alternatieve geneeswijzen, en 'life coaches' kunnen hieronder vallen.
Definitie kwaliteit van zorg	Zorg is goed als de patiënt tevreden is. Wat in deze beoordeling meeweegt, bepaalt iedere patiënt voor zichzelf.

Gezonde welvaart



Opgaven en drijfveren	<ul style="list-style-type: none"> > Welvaart, ook voor komende generaties > De overheid houdt voldoende geld over voor onderwijs en andere overheidstaken > Burgers en werkgevers kunnen de zorgpremies blijven betalen > Doelmatige zorg voor wie het echt nodig heeft
Gezondheid	Je bent gezond als je geen zorguitgaven vergoed krijgt van de zorgverzekeraar.
Preventie en zorg	Zorg wordt in dit perspectief versmald tot noodzakelijke zorg, betaald uit de collectieve middelen.
Definitie kwaliteit van zorg	Zorg is goed als deze zinnig en zuinig is. Dat beoordeelt de minister van VWS samen met zorgverzekeraars.

Kwaliteit van zorg is belangrijk: daar is iedereen het over eens. Maar de invulling verschilt per perspectief (zie pagina 32-33). In 'Op en top gezond' is zorg vooral goed als zieken worden genezen en vroegtijdig overlijden wordt voorkomen, terwijl in 'Iedereen doet mee' de effecten op maatschappelijke participatie op de voorgrond staan. In 'Heft in eigen handen' bepaalt iedere patiënt zelf wat goede zorg is. In het vierde perspectief, 'Gezonde welvaart', is goede zorg vooral doelmatige zorg voor wie het echt nodig heeft.

De vier perspectieven maken de diversiteit in visies op gezondheid en zorg expliciet. Zij kunnen politici, beleidsmakers, wethouders, professionals en patiëntenorganisaties helpen bij het zoeken naar verbindingen tussen diverse partijen. Deze verbindingen kunnen alleen ontstaan wanneer elke gesprekspartner zich bewust is van de diversiteit in opvattingen, en daar rekening mee houdt.

Voor elk perspectief stelden we een toekomstscenario op waarin het beoogde toekomstbeeld kan worden bereikt, anticiperend op mogelijke toekomstige maatschappelijke ontwikkelingen. Deze toekomstscenario's vormen ideaaltypische toekomstbeelden. Ze zijn daarmee hypothetisch: geen van deze toekomstscenario's zal los van de andere opgaven werkelijkheid worden.

Om de mogelijkheden van verbindingen tussen de perspectieven in kaart te brengen, verkenden we in vier expertbijeenkomsten wat inzet vanuit elk van de perspectieven zou doen met de drie andere maatschappelijke opgaven. Hiermee wordt duidelijk waar positieve bijeffecten kunnen optreden en zinvolle verbindingen tussen opgaven te maken zijn. Het maakt ook inzichtelijk waar negatieve bijeffecten kunnen optreden en waar (politieke) keuzes of extra inspanningen opportuun zijn.

Dankzij de gevolgde methode kunnen we de soms hoog oplopende discussies van een afstand beschouwen. We kiezen daarbij uitdrukkelijk niet voor één van de perspectieven. De belangrijkste resultaten vatten we hieronder samen, waarbij de expertoordelen zo veel mogelijk zijn aangevuld met resultaten uit onderzoek.

Voor een uitgebreide beschrijving van de gevolgde methode en de resultaten verwijzen we naar www.eengezondernederland.nl.



Inzetten op meer gezondheid en participatie versterkt elkaar

Wanneer wordt ingezet op meer gezondheid en een langer leven vanuit het perspectief 'Op en top gezond', leidt dat ook tot minder beperkingen voor chronisch zieken: een opgave vanuit het perspectief 'Iedereen doet mee'. En andersom geldt dat wanneer vanuit het perspectief 'Iedereen doet mee' wordt ingezet op meer arbeidsparticipatie en onderwijsdeelname van kwetsbare groepen, dat leidt tot minder ziektelast, een opgave vanuit het perspectief 'Op en top gezond'.

Werk maakt een substantieel deel uit van het leven van veel mensen. Werk biedt de basis voor een inkomen, het biedt kans op persoonlijke ontwikkeling, geeft eigenwaarde en zelfvertrouwen, uitdaging, zingeving, structuur en kan bijdragen aan een goede gezondheid. In het themarapport over gezondheid en maatschappelijke participatie beschreven we een onderzoek van het Erasmus MC waarin werkloze personen werden verwezen naar een re-integratiecentrum. Het hervatten van betaald werk ging al binnen een half jaar gepaard met positieve gezondheidseffecten, vooral op het mentale vlak. Daarnaast constateerden de onderzoekers ook minder beperkingen en een beter sociaal functioneren.

'Werk is gezond en gezond werken kan beter', aldus de Kabinetsnota 'Alles is gezondheid'. Het ligt voor de hand dat de beleidsterreinen van volksgezondheid en sociale zaken hier een gezamenlijke agenda hanteren. Dat geldt niet alleen voor beleidsmakers op landelijk niveau, maar ook op plaatselijk niveau en zelfs voor professionals onderling, zoals de bedrijfsarts en de huisarts. Dat gaat echter niet vanzelf; daar is van beide kanten nog een cultuuromslag nodig. Als binnen het domein van sociale zaken wordt gesproken over gezondheid, dan gaat het vooral over ziekmakende arbeidsomstandigheden of over het invoeren van gezondheidsbevordering op de werkvloer. Het feit dat werken op zich meestal positieve gezondheidseffecten heeft, blijft vaak onbesproken. Anderzijds blijft het feit dat veel mensen dankzij een behandeling weer aan het werk kunnen, of met een chronische ziekte kunnen blijven werken, in het zorgdomein meestal buiten beeld.

Dit verhaal is eenvoudig te verbreden naar onderwijsdeelname en vrijwilligerswerk. Dagelijks naar school gaan, of op zaterdag coachen langs de lijn, heeft voor de meeste mensen een positief effect op de gezondheid. Ook hier versterken gezondheid en participatie elkaar wederzijds. Dat geldt echter niet zomaar voor het bieden van mantelzorg als vorm van maatschappelijke participatie. Mantelzorg geeft weliswaar vaak veel voldoening, maar kan ook leiden tot negatieve gezondheidseffecten, zeker als het langdurig en intensief is. Dan verminderen ook welbevinden en autonomie. Voor mantelzorgers geldt daarbij nog sterker dan voor anderen, dat er een evenwicht moet worden gezocht tussen werken en zorgen. Dat evenwicht moet bovendien flexibel zijn, afhankelijk van het vaak sterk wisselende beroep dat op mantelzorgers wordt gedaan.



Meer gezondheid en participatie leiden tot meer welvaart

Zoals we hierboven zagen, versterken gezondheid en onderwijs- en arbeidsparticipatie elkaar. Vervolgens leiden meer gezondheid, onderwijsdeelname en arbeidsproductiviteit, belangrijke uitkomsten in de perspectieven 'Op en top gezond' en 'Iedereen doet mee', samen ook tot meer welvaart, een belangrijke uitkomst in het perspectief 'Gezonde welvaart'. Er is dan ook meer geld beschikbaar voor de zorg.

Preventie en zorg hebben belangrijke baten voor de mensen zelf: langer leven in gezondheid, een grotere inzetbaarheid en meer pensioenopbouw. Wanneer mensen hun betere gezondheid gebruiken om langer te leren en meer te werken, leidt dat op nationaal niveau tot meer welvaart. De komende jaren zal de pensioenleeftijd meestijgen met de levensverwachting. Dat zal ook leiden tot meer arbeidsparticipatie van oudere werknemers en daarmee tot meer welvaart. Om deze arbeidsbaten daadwerkelijk te kunnen behalen, is inzet van werkgevers en werknemers nodig, gericht op duurzame inzetbaarheid, bijvoorbeeld in fysiek zware beroepen. Het ministerie van SZW vat duurzame

inzetbaarheid daarbij vrij breed op: het doel is om mensen gezond, gemotiveerd én goed geschoold aan het werk te houden. Ook werkplezier en betrokkenheid bij het werk spelen daarin een belangrijke rol.

Bij verbetering van gezondheid worden de kosten vooral gemaakt door premiebetalers, zorgverzekeraars, gemeenten en het ministerie van VWS. De baten komen vooral terecht bij patiënten, arbeidsongeschiktheidsverzekeraars en werkgevers. Ze worden daarnaast gerekend tot de opbrengsten van de ministeries van onderwijs en SZW. Om degenen die de kosten maken te stimuleren om dat te blijven doen in het belang van de totale welvaart, is het belangrijk om gemeenschappelijke doelstellingen te formuleren en samen te investeren.

Meer gezondheid en participatie en hogere zorguitgaven

Wanneer vanuit de perspectieven ‘Op en top gezond’ en ‘Iedereen doet mee’ wordt ingezet op meer gezondheid, participatie en kleinere gezondheidsverschillen, leidt dat mogelijk tot hogere zorguitgaven. Andersom geldt: wanneer vanuit het perspectief ‘Gezonde welvaart’ wordt ingezet op de houdbaarheid van de zorguitgaven, leidt dat mogelijk tot negatieve effecten op gezondheid, participatie en gezondheidsverschillen.

Dit keuzeprobleem is te vertalen in twee concrete vragen. Hoe kan goede zorg worden geleverd, ook voor kwetsbare groepen, zonder dat het leidt tot al te veel extra uitgaven? En hoe is de groei van de zorguitgaven af te remmen zonder al te grote negatieve effecten op gezondheid, gezondheidsverschillen en participatie van de maatschappelijk zwakkeren? In de literatuur wordt bij het beantwoorden van deze vragen vooral geschreven over efficiencywinst en doelmatigheid. Dat speelt op dit moment al op verschillende niveaus. Zo lopen in enkele lokale proeftuinen experimenten met vormen van populatiebekostiging. Naar verwachting krijgt doelmatigheid (kosteneffectiviteit) de komende jaren een steeds belangrijker plek in de behandelrichtlijnen van de beroepsgroepen.

In Deel A zagen we dat er momenteel veel beleidsveranderingen plaatsvinden in de curatieve en de langdurige zorg, mede gericht op de beteugeling van de zorguitgaven. In hoeverre deze maatregelen daadwerkelijk zullen leiden tot een afbuiging van de trendmatige stijging van de zorguitgaven, is op dit moment nog niet te zeggen. Daarover ontstaat de komende jaren meer duidelijkheid. Dan zal ook duidelijk worden wat de effecten van deze maatregelen zijn op gezondheid, autonomie en de participatie van de maatschappelijk zwakkeren. Ook deze ontwikkelingen verdienen monitoring.

Om de doelmatigheid van beleidsmaatregelen van tevoren in te schatten, zou de methode van de Maatschappelijke Kosten-Baten Analyse (MKBA) goede diensten kunnen bewijzen, zo bleek uit het themarapport hierover. In een MKBA worden de verwachte gezondheidseffecten en de arbeidseffecten van nieuwe maatregelen in geld uitgedrukt. Zo zijn ze direct te vergelijken met de verwachte veranderingen in de zorguitgaven als gevolg van dezelfde maatregelen. Het zorgvuldig inventariseren van alle mogelijke kosten en baten, en van verschuivingen van welvaart tussen groepen mensen, komt niet in de plaats van het politieke besluitvormingsproces, maar het kan in strategische discussies wel zeer behulpzaam zijn.





Volksgezondheid verbeteren door aandacht voor kwetsbare groepen

Wanneer vanuit het perspectief 'Iedereen doet mee' wordt ingezet op ondersteuning en begeleiding van kwetsbare groepen, zoals mensen met een lichamelijke of geestelijke beperking of inwoners van een achterstandswijk, leidt dat mogelijk ook tot minder ziektelast in de totale bevolking: een opgave vanuit het perspectief 'Op en top gezond'.

Eén manier om de gemiddelde levensverwachting omhoog te krijgen, is de levensverwachting te verhogen in kwetsbare groepen. Concreet valt te denken aan de aanpak van ongezonde factoren die vooral voorkomen bij laagopgeleiden, zoals roken, overgewicht en minder goede woon- en leefomstandigheden.

Tegenwoordig is er veel aandacht voor interventies specifiek ontworpen voor specifieke risicogroepen, gericht op het individu én de omgeving en zich richtend op verschillende risicofactoren tegelijk. De hiermee samenhangende brede, integrale initiatieven zijn gericht op het voorkómen van diverse chronische ziekten tegelijk. Dit stimuleert om op beleidsmatig niveau, los van specifieke ziekten, na te denken over maatregelen ter verbetering van de volksgezondheid.

Mogelijk vormt de beoogde decentralisatie van taken een prikkel voor gemeenten en zorgverzekeraars om samen te werken aan de gezondheid in achterstandswijken. En voor gemeenten om binnen het lokale beleid de Wpg, Wmo, Jeugdwet en Participatiewet op elkaar af te stemmen of zelfs te integreren. Onderzoeken naar de integrale wijkaanpak in achterstandswijken laten zien dat ook positieve gezondheidseffecten ontstaan door maatregelen gericht op de leefbaarheid van de wijk.

Eigen regie niet altijd haalbaar voor iedereen

Wanneer wordt ingezet op meer ruimte voor diversiteit en keuzevrijheid, opgaven vanuit het perspectief 'Heft in eigen handen', zullen er kwetsbare groepen zijn die daarvoor onvoldoende zijn toegerust, waardoor ze niet meer volwaardig kunnen participeren in de samenleving. Dat is een opgave vanuit het perspectief 'Iedereen doet mee'.

Keuzevrijheid en eigen regie veronderstellen zelfredzaamheid van de burger. Maar niet alle burgers zijn in gelijke mate zelfredzaam, zoals bleek uit ons themarapport over burgers en gezondheid. Er zijn kwetsbare groepen in de samenleving met minder mogelijkheden en vaardigheden om zelf regie te voeren. Dat geldt vooral voor laagopgeleiden en kwetsbare ouderen. Kwetsbare groepen, inclusief de dak- en thuislozen, zullen altijd ondersteuning op maat nodig hebben. Daar houden overheden ook in de toekomst een rol, bij voorbeeld via de Wmo.

Ditzelfde geldt ook voor de gezondheidszorg. Ongeveer 40% van de patiënten is minder goed in staat om voor zichzelf te zorgen (zelfmanagement) of zorg te organiseren. Het zijn relatief vaak ouderen, mensen met een laag opleidingsniveau, alleenstaanden en mensen met een slechte algemene gezondheid, emotionele problemen of fysieke beperkingen. Deze groep is vaak op meer vlakken kwetsbaar, bijvoorbeeld omdat een sociaal netwerk ontbreekt of vanwege beperkte financiële mogelijkheden. Dit vraagt een extra inspanning van zorgverleners.



Aandacht voor kwetsbare groepen bevordert autonomie

Wanneer wordt ingezet op het bevorderen van participatie van kwetsbare groepen vanuit het perspectief ‘Iedereen doet mee’, dan leidt dat mogelijk ook tot meer welbevinden, autonomie en shared decision making: opgaven vanuit het perspectief ‘Heft in eigen handen’.

Het klinkt op het eerste gezicht misschien tegenstrijdig: de zorg voor de zwakkeren die van oudsher een vrij paternalistisch, ‘betuttelend’ karakter wordt toegedicht, leidt mogelijk tot meer onafhankelijke en autonome burgers. Toch is dit momenteel de inzet in veel wijken en buurtcentra. Het zijn initiatieven die in de praktijk zijn ontstaan, en niet zijn afgeleid van bestaande wetenschappelijke onderbouwde interventies. Er is vooralsnog weinig bewijs voorhanden dat dergelijke initiatieven ook daadwerkelijk leiden tot meer autonomie.

Ook de theorievorming over de verbanden tussen begeleiding en autonomie is nogal versnipperd. Binnen patiëntenorganisaties wordt vaak het begrip ‘empowerment’ gehanteerd. Er zijn onderzoekers die wijzen op het Zweedse model van de ‘civil society’, waarin welzijn centraal staat. En de ‘capabilities approach’ die is gebaseerd op de theorievorming over ontwikkelingssamenwerking, kan hier ook als inspiratie dienen. Deze en andere ideeën kunnen mogelijk helpen om deze verbanden beter te begrijpen.

Tot slot is er nog vrijwel geen consensus over wat er precies wordt bedoeld met zelfregie of autonomie, en hoe je dat meet. Wanneer autonomie en zelfregie inderdaad gelden als belangrijke uitkomsten, is snelle consensus noodzakelijk. Alleen op die manier zijn ze in de toekomst goed te monitoren.

Ruimte voor autonomie ontstaat niet vanzelf

Inzetten op meer gezondheid en langer leven vanuit het perspectief ‘Op en top gezond’, leidt door een sterkere druk op gezond ‘moeten’ leven mogelijk tot minder autonomie en shared decision making, opgaven in het perspectief ‘Heft in eigen handen’. Datzelfde gebeurt wanneer vanuit het perspectief ‘Gezonde welvaart’ de keuzevrijheid wordt beperkt om de groei van de zorguitgaven te beheersen.

De wenselijkheid van een grotere rol van de burger staat in veel beleidsstukken en rapporten. Die rol zal zonder extra inspanningen niet vanzelf groter worden; autonomie en keuzevrijheid raken snel op de achtergrond als andere opgaven in het geding zijn. Wanneer lang leven zonder ziekte het hoogste doel is, wordt keuzevrijheid van patiënten vaak gezien als een probleem. En wanneer gelijke rechten het hoogste doel is, ontstaat vaak complexe regelgeving die aanspraken zo precies omschrijft dat de keuzevrijheid wel in het geding moet komen. En wanneer grip op de zorguitgaven het hoogste doel is, dan is de keuzevrijheid van de patiënt in de ogen van veel economen vooral een kostenoprijvende factor. Zij nemen aan dat de zorg duurder wordt naarmate mensen zelf meer ruimte krijgen om te

bepalen welke zorg ze nodig hebben. Het zou interessant zijn om te onderzoeken of dit laatste effect in alle gevallen daadwerkelijk optreedt. Er zijn aanwijzingen dat kritische patiënten beter weerstand kunnen bieden tegen het aanbod vanuit de zorg.

Meer ruimte voor autonome patiënten vraagt om een verdere cultuuromslag in de zorg, met als vertrekpunt niet het aanbod, maar de wensen en verwachtingen van de patiënt. In een gesprek tussen patiënt en zorgverlener kan duidelijk worden welke persoonlijke en omgevingsfactoren daarbij een rol spelen. Samen met de patiënt denken zorgverleners na over wenselijke en haalbare doelen en manieren om die doelen te bereiken. Niet om vervolgens een kant-en-klare interventie uit de kast te trekken, maar om gezamenlijk zorg op maat af te spreken. Of dit ook tot betere gezondheidseffecten leidt, zou een belangrijke onderzoeksvraag zijn. Daarbij moet men ook kijken naar de effecten van een dergelijke aanpak op de zorguitgaven, zelfmanagement, zelfredzaamheid, kwaliteit van leven en het gevoel van eigenwaarde van patiënten.

Autonome burgers vragen van overheid en zorgverleners andere manieren van organiseren en begeleiden. Er zijn op dit gebied heel veel lokale initiatieven gaande, sommige succesvol, andere minder. Naar verwachting zullen er de komende tijd nog vele volgen. Onbekend is nog wat hiervan de effecten zijn op gezondheid, zorg, participatie en uitgaven aan zorg en preventie. Wie profiteert het meest, en voor wie zijn de effecten minder gunstig?



Samenvattend

Over de vraag wat de meest wenselijke toekomst is voor de volksgezondheid bestaat geen consensus. Het is afhankelijk van normatieve voorkeuren welke maatschappelijke opgaven mensen het meest belangrijk vinden. De vier perspectieven op de volksgezondheid maken deze diversiteit in opvattingen expliciet. Zo kunnen ze helpen bij het voeren van strategische discussies binnen en tussen verschillende partijen.

In Deel B hebben we enkele mogelijkheden geschetst om partijen en belangen met elkaar te verbinden. Uit deze verkenning blijkt onder meer dat maatregelen om de ene opgave te verminderen, soms ook andere opgaven verminderen. Zo leidt inzetten op meer gezondheid over het algemeen ook tot meer participatie en daarmee tot meer welvaart. En inzetten op participatie van kwetsbare groepen leidt mogelijk tot meer autonomie. Het expliciet maken van deze ‘bij-effecten’ maakt verbindingen mogelijk. En in het geval opgaven niet vanzelf samen gaan, maakt het duidelijk waar keuzes nodig zijn, of aanvullende inzet. Zo staat inzetten op het voorkomen van ziekte soms op gespannen voet met keuzevrijheid en autonomie.

Op de website www.eengezondereNederland.nl zijn deze kansen en keuzes nader uitgewerkt.

Nawoord

Sinds 1993 heeft de VTV zich ontwikkeld tot dé bron van geïntegreerde kennis over de volksgezondheid in Nederland. Met deze zesde VTV willen we deze lijn voortzetten. Daarnaast zochten we met stakeholderparticipatie en -consultatie de belangrijkste maatschappelijke discussies actief op. Met het verschijnen van de VTV-2014 is dat proces nog niet afgerond. In feite begint het pas: we presenteren hier de eerste resultaten. Ons uiteindelijke doel is dat onze analyses gebruikt zullen worden voor diverse strategische discussies en afwegingen.

Op enkele terreinen gebeurt dat al. Zo heeft het Ministerie van VWS langetermijndoelen voor het Nationaal Programma Preventie (NPP) geformuleerd op grond van het trend-scenario. Bij het uitwerken en monitoren van deze NPP-doelstellingen zullen de vier perspectieven mogelijk ook een rol spelen. ZonMw zette de vier opgaven centraal in het nieuwe 5e Preventie Programma.

We richten ons daarnaast expliciet ook op de lokale beleidsmakers. Om hen vertrouwd te maken met de VTV-2014 lieten we een serious game ontwikkelen waarin zowel op nationaal als op lokaal niveau kan worden gespeeld. Deze game staat op onze website www.eengezondernederland.nl. Een aantal GGD'en heeft contact met ons opgenomen om deze methode van toekomstverkennen met stakeholders, projecties en perspectieven ook toe te passen op lokaal niveau.

Ook vanuit de zorg is er interesse, mede naar aanleiding van een korte artikelenserie over de VTV-2014 in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. We zijn op dit moment met diverse partijen in gesprek. Hierbij nodigen we andere partijen uit om samen met ons na te gaan hoe onze methode en resultaten geschikt te maken zijn voor hun discussies en afwegingen.

De komende tijd zal het RIVM al deze ervaringen evalueren, om daar lering uit te trekken voor de opzet van de volgende VTV. Daarbij zullen we blijven inzetten op het aanvullen en verbeteren van het modellen-instrumentarium en de kwaliteit van de benodigde data.



Auteurs & adviescommissies

VTV-2014

Deze Kernboodschappen zijn onderdeel van
Een gezonder Nederland
De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

Auteurs van de VTV-2014 (RIVM)

N. Hoeymans (projectleiding), **A.J.M. van Loon** (projectleiding),
P.W. Achterberg, M. van den Berg, M.M. Harbers,
F.R.J. den Hertog, H.B.M. Hilderink, G.J. Kommer,
J.M. Melse, J.A.M. van Oers, M.H.D. in 't Panhuis -
Plasmans, R.A.A. Vonk, C.G. Schoemaker (projectleiding)

Projectondersteuning en eindredactie

A.M. van Bakel, L.I. Hartman, N. Kupper, E.M. Slichter

Wetenschappelijke Adviescommissie

Dr. R.V. Bijl

Prof.dr. J. Brug

Prof.dr. A. Burdorf

Prof.dr. W.A. van Gool

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

Prof.dr. P.P. Groenewegen

Prof.dr. K. Horstman

Prof.dr. M.J. IJzerman

Prof.dr. J.A. Knottnerus

Prof.dr. D. Ruwaard, MD

Drs. H. Smid

Prof.dr. J. Spijker

Prof.dr. K. Stronks

Prof.dr. A.N. van der Zande, voorzitter

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

Beleidsadviesgroep

Y.M. Boersma

Drs. A.M.P. van Bolhuis, MBA

Drs. A. Derksen

Prof.dr. M.C.H. Donker, voorzitter

Mr. M.H. Floor

Ing. H.M.A. Geron

Drs. L.J. van der Heiden

E.J. Hemke

Dr. L.M. van Herten

Drs. M. Holling

M.J.M. van der Hoog, arts

Drs. J.C. Hulleman, secretaris

Dr. J.B.F. Hutten

M. Koorneef, MPH

Drs. L. Leliveld, secretaris

Ing. G.C.C. Molenaar

Dr.ir. M.N. Pieters

Sociaal Cultureel Planbureau

Vrije Universiteit Medisch Centrum, EMGO Institute for
Health and Care Research

Erasmus Universiteit, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam
Maatschappelijke Gezondheidszorg

Gezondheidsraad

Erasmus Universiteit, Instituut Beleid en Maatschappelijke
Gezondheidszorg

Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Universiteit Maastricht, Instituut voor Gezondheidsethiek/

Psychologie

Universiteit Twente, Faculteit Management & Bestuur

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid

Universiteit Maastricht, Faculty of Health, Medicine and Life
Science Life Science, School for Public Health and Primary Care

ZonMw

Radboud Universiteit van Nijmegen, Pro Persona Academisch
Psychisch Behandelcentrum Volwassenen

Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum,
Sociale Geneeskunde

RIVM, directeur-generaal

RIVM, Bureau Directieraad

OCW, Directie Voortgezet Onderwijs

RIVM, Domein Volksgezondheid en Zorg

Vereniging van Nederlandse Gemeenten

VWS, Directie Publieke Gezondheid

VWS, Directie Maatschappelijke Ondersteuning

SZW, Directie Gezond en Veilig Werken

VWS, Directie Publieke Gezondheid/Openbare Gezondheid

EZ, Directie Natuur en Biodiversiteit

VWS, Directie Macro-Economische Vraagstukken en

Arbeidsmarkt

VWS, Directie Langdurige Zorg

VWS, Directie Macro-Economische Vraagstukken en

Arbeidsmarkt

VWS, Directie Publieke Gezondheid/Openbare Gezondheid

VWS, Directie Publieke Gezondheid

VWS, Directie Sport

VWS, Directie Publieke Gezondheid/Openbare Gezondheid

VWS, Directie Markt en Consument

RIVM, Domein Volksgezondheid en Zorg

Dr. H.A.J.M. Reinen
Dr. P.G.J. Reulings
Dr. J.W.A. Ridder
Drs. E.C.S. van der Stegen
J. Tanis
M. van der Voet
Drs. J.B. van den Wijngaard
Drs. A.J.M. Zengerink
M. van der Zouw

VWS, Directie Voeding Gezondheidsbescherming en Preventie
VWS, Inspectie Gezondheidszorg
OCW, Directie Onderzoek en Wetenschapsbeleid
SZW, Gezond en Veilig Werken
VWS, Directie Jeugd
VWS, Directie Sport
VWS, Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie
VWS, Directie Curatieve Zorg
SZW, Gezond en Veilig Werken

Klankbordgroep RIVM

Dr. M.J. van den Berg
Drs. A.M.P. van Bolhuis, MBA
Ir. X. Gravestijn
Dr. M.E.E. Kretzschmar
Prof.dr.ir. E. Lebret
Prof.dr. J.A.M. van Oers, voorzitter
Dr.ir. M.N. Pieters
Prof.dr. J.J. Polder
Prof.dr.ir. A.J. Schuit
Dr. M.T.M. van Raaij
Drs. L. Stokx
Dr. M.A.B. van der Sande
Dr. A. de Vries
Drs. N. Tamsma

RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
RIVM, Domein Volksgezondheid en Zorg
RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
RIVM, Bureau Directieraad
RIVM, Bureau Directieraad
RIVM, Bureau Directieraad
RIVM, Domein Volksgezondheid en Zorg
RIVM, Bureau Directieraad
RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
RIVM, Domein Milieu en Veiligheid
RIVM, Bureau Directieraad
RIVM, Centrum Epidemiologie en Surveillance van Infectieziekten
RIVM, Centrum Gezondheidsbescherming
RIVM, Bureau Directieraad

Eerder verschenen VTV-2014 publicaties

Hoeymans N, Loon AJM van, Schoemaker CG (2011). Definitierapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM Rapport 270241002/2011.

Hoeymans N, Loon AJM van, Schoemaker CG (2012). Ontwerprapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM Briefrapport 270241003/2012.

Harbers MM, Hoeymans N. Gezondheid en maatschappelijke participatie. Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM Rapport 010003001/2013.

Berg M van den (red.), Post NAM, Hamberg-van Reenen HH, Baan CA, Schoemaker CG (red.). Preventie in de zorg. Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM Rapport 010003002/2013.

Hoeymans N, Gijzen R, Slobbe LCJ. 59 belangrijke volksgezondheidsproblemen. Een selectie van ziekten voor het monitoren van de volksgezondheid. Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157:A5994

Hoeymans N, Kooiker S (red.). Zelf. RIVM-SCP magazine over burgers en gezondheid. Bilthoven: RIVM, 2013.

Gils, PF van, Schoemaker CG, Polder JJ. Hoeveel mag een gewonnen levensjaar kosten? Onderzoek naar de waardering van de QALY. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A6507

Pomp M, Schoemaker CG, Polder JJ. Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg. Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM Rapport 010003003/2014.

Kooiker S, Hoeymans N. Burgers en gezondheid. Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM Rapport 010003005/2014.

Schoemaker CG, van Loon AJM, Hoeymans N. Een trendscenario en vier perspectieven voor 2040. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7477

Hoeymans N, Harbers MM, Hilderink HBM. Langer leven, meer ziekte, minder beperkingen. Trends in de volksgezondheid van 2000 tot 2030. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014, in druk.

.....

Auteurs

N. Hoeymans | A.J.M. van Loon | M. van den Berg |
M.M. Harbers | H.B.M. Hilderink | J.A.M. van Oers |
C.G. Schoemaker

.....

Deze Kernboodschappen maken deel uit van Een gezonder Nederland, de zesde Volksgezondheid Toekomst Verkenning. In de VTV-2014 zijn vier opgaven voor de volksgezondheid centraal komen te staan:

- Iedereen zo lang mogelijk gezond houden en zieken beter maken.
- Kwetsbare mensen ondersteunen en maatschappelijke participatie bevorderen.
- Autonomie en keuzevrijheid stimuleren.
- De zorg betaalbaar houden.

Deel A van de Kernboodschappen geeft een actueel overzicht van de belangrijkste trends in de volksgezondheid. In Deel B verkennen we de toekomst aan de hand van vier perspectieven op de gezondheid. In elk van deze perspectieven staat een van de opgaven op de voorgrond. Met deze VTV draagt het RIVM bij aan het volksgezondheidsbeleid in Nederland. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gebruikt de VTV om de landelijke nota gezondheidsbeleid op te stellen. De informatie kan ook andere ministeries, gemeentelijke overheden, professionals, het maatschappelijk middenveld en burgers ondersteunen in hun strategische discussies. De volledige rapportage is te vinden op www.eengezondereNederland.nl.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

juni 2014

