

VTV-2018: Een gezond vooruitzicht

Synthese

Dit document bevat de definitieve Word versies van de webartikelen voor de Synthese van de VTV-2018, die zal verschijnen op www.vtv2018.nl. Dat wil zeggen dat deze versies zijn gebruikt als basis voor invoer in de website. Tijdens het invoerproces kunnen er nog kleine wijzigingen doorgevoerd zijn, zoals de correctie van typefouten, het netjes maken van referenties of aanpassingen in de layout. Hierdoor kunnen (kleine) verschillen zijn ontstaan tussen de versies in dit document en de uiteindelijke web-versies van de teksten.

Contents

Over deze Volksgezondheid Toekomst Verkenning.....	2
Kernboodschappen VTV-2018	6
Toekomstige ontwikkelingen: wat komt er op ons af?	10
De vergrijzing heeft grote impact op volksgezondheid en zorg.....	10
Meer gezondheid maar ook meer ziekte	13
De druk op ons dagelijkse leven neemt toe	18
Leefstijl én leefomgeving hebben invloed op gezondheid.....	21
Vaak opeenstapeling van gezondheids- én sociale problemen bij kwetsbare groepen.....	28
De zorguitgaven stijgen door demografie en technologie	35
De zorg verandert door technologie en veranderende rol patiënt.....	39
Alertheid op bekende én nieuwe risico's nodig.....	41
Handelingsopties: hoe kunnen we omgaan met de opgaven die op ons afkomen?	44
Belangrijke opgaven voor de toekomst volgens burgers, professionals en studenten.....	44
Handelingsopties voor drie maatschappelijke opgaven	48
Kansen en speerpunten voor beleid en maatschappij.....	54
Kennishiaten: input voor de onderzoeks- en ontwikkelagenda's.....	63

Over deze Volksgezondheid Toekomst Verkenning

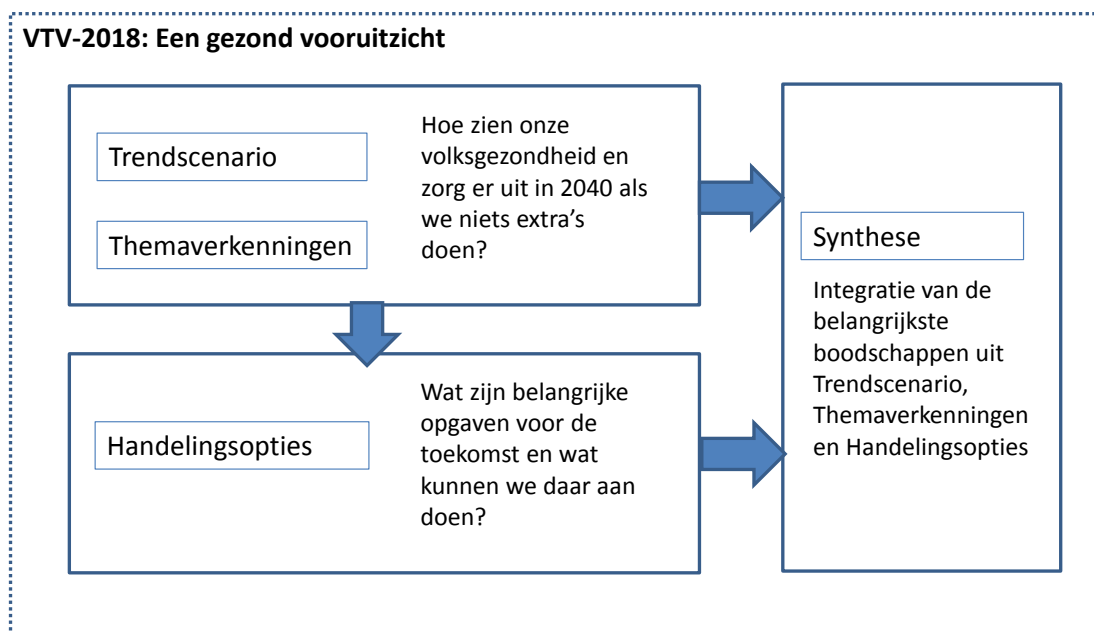
Wat is de Volksgezondheid Toekomst Verkenning?

De vierjaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) geeft inzicht in de belangrijkste toekomstige maatschappelijke opgaven op het gebied van ziekte en gezondheid, gezondheidsdeterminanten, preventie en gezondheidszorg in Nederland. De inzichten uit de VTV vormen de basis voor de Landelijke nota gezondheidsbeleid van het ministerie van VWS en voor het lokale volksgezondheidsbeleid. De VTV wordt gemaakt door het RIVM in opdracht van het ministerie van VWS. Het RIVM werkt hierbij samen met veel partijen in het veld (beleid, onderzoek en praktijk) [[link naar Wie maken deze VTV](#)].

De VTV-2018 bestaat uit verschillende onderdelen

De VTV-2018 bestaat uit meerdere onderdelen: een Trendscenario, de Themaverkenningen, Handelingsopties en een Synthese (zie figuur). Het [Trendscenario](#) [[link](#)] bevat kwantitatieve projecties voor verschillende indicatoren op het gebied van levensverwachting, gezondheid, aandoeningen, leefstijl, zorguitgaven en gezondheidsverschillen. De Themaverkenningen zijn beschrijvend van aard en gaan over de [zorgvraag](#) [[link](#)], de [bredere determinanten van gezondheid](#) [[link](#)] en [technologie](#) [[link](#)]. Het Trendscenario en de Themaverkenningen brengen in beeld hoe onze volksgezondheid en zorg zich de komende 25 jaar ontwikkelen als we op de huidige voet door zouden gaan en niets extra's zouden doen. Op deze manier worden de maatschappelijke opgaven voor de toekomst in kaart gebracht. Het Trendscenario en de Themaverkenningen samen geven dus antwoord op de vraag: wat komt er op ons af? In het onderdeel over [Handelingsopties](#) [[link](#)] wordt gekeken naar wat we hier aan zouden kunnen doen. In de [Synthese](#) [[link](#)] worden de belangrijkste conclusies van de drie onderdelen van de VTV-2018 geïntegreerd (zie figuur). Hieronder vindt u meer informatie over de Handelingsopties en de Synthese.

Figuur: De verschillende onderdelen van de VTV-2018



Selectie van drie opgaven voor uitwerken handelingsopties

Samen brengen het Trendskenario en de Themaverkenningen een groot aantal ontwikkelingen in beeld, die opgaven voor de toekomst met zich meebrengen. Voor drie van deze opgaven zijn in deze VTV handelingsoptie uitgewerkt. Deze selectie van opgaven is gebaseerd op de uitkomsten van een vragenlijst. Voor deze vragenlijst zijn het Trendskenario en de Themaverkenningen samengevat in 41 ontwikkelingen. Deze zijn vervolgens voorgelegd aan burgers en professionals en studenten in het volksgezondheidsdomein, met de vraag welke ontwikkelingen zij het meest urgent vonden. [Hier](#) [link naar webartikel vragenlijst] kunt u meer lezen over de uitkomsten van deze vragenlijst. Voor de selectie zijn ook aanvullende criteria gebruikt, zoals aansluiting bij thema's die relevant zijn voor lokaal beleid. Verder is gekeken naar voor welke opgaven het uitwerken van handelingsopties door de VTV de meeste toegevoegde waarde heeft, en naar welke opgaven meerdere facetten van gezondheid beslaan. Daarbij is in kaart gebracht welke opgaven niet alleen een impact hebben op de aan- of afwezigheid van ziekte, maar bijvoorbeeld ook op participatie en autonomie. Meer informatie over de selectieprocedure vindt u [hier](#) [link naar achtergronddocument vragenlijst].

De vragenlijst sloot zo nauw mogelijk aan bij de inhoud van het Trendskenario en de Themaverkenningen. Hierdoor waren ontwikkelingen in de vragenlijst vaak tamelijk specifiek, en niet breed of overkoepelend van aard. Een voorbeeld van een ontwikkeling uit de vragenlijst is: 'Hart- en vaatziekten en kanker blijven de ziektegroepen die de meeste sterfte veroorzaken'. Om recht te doen aan de breedte van – in dit geval – de toekomstige opgave rondom hart- en vaatziekten en kanker is het echter van belang om niet alleen naar diagnostiek en behandeling te kijken, maar ook naar preventie en naar het leven met een chronische aandoening. In de uiteindelijke selectie van opgaven zijn sommige ontwikkelingen, die de respondenten van de vragenlijst zeer urgent vonden, daarom verbreed. Door deze combinatie van een vragenlijst en aanvullende criteria sluiten de geselecteerde opgaven zo goed mogelijk aan bij wat er leeft onder burgers en professionals en studenten in het volksgezondheidsdomein, en bij thema's die relevant zijn voor beleid. De uiteindelijke selectie van opgaven vindt u in de figuur hieronder.

Figuur: Procedure en criteria voor selectie van opgaven voor het uitwerken van handelingsopties



Handelingsopties: belangrijke actierichtingen op basis van input stakeholders

Het doel van de Handelingsopties is om een overzicht te geven van belangrijke actierichtingen voor de drie geselecteerde opgaven. Beleidsmakers en andere stakeholders kunnen dit gebruiken om prioriteiten voor actie te stellen, en als aanzet voor de verdere concrete invulling van strategieën en interventies. De uitwerking van de handelingsopties is gebaseerd op de aanbevelingen van stakeholders. Om deze aanbevelingen te verzamelen, is voor elk van de drie opgaven een brede stakeholderbijeenkomst georganiseerd. De opgaven bestaan uit verschillende facetten en kunnen vanuit verschillende invalshoeken benaderd worden. Op basis van de input van de stakeholders zijn daarom voor elke opgave verschillende doelen geformuleerd. Denk bijvoorbeeld aan doelen over preventie, diagnostiek en behandeling, en het leven met een chronische aandoening voor de opgave over hart- en vaatziekten en kanker. Voor elk van deze doelen zijn vervolgens mogelijke actierichtingen beschreven, en welke actoren hier een bijdrage aan zouden kunnen leveren. In de uitwerking zijn de bijdragen van de stakeholders aangevuld met literatuur en inspirerende en goede voorbeelden. Hierbij moet opgemerkt worden dat de drie opgaven verschillend van aard zijn. Over bijvoorbeeld de aanpak van hart- en vaatziekten en kanker is al relatief veel bekend, terwijl de opgave over de toenemende mentale druk een meer signalerend karakter heeft. Hierdoor zijn de actierichtingen bij de ene opgave soms concreter ingevuld dan bij de andere.

Drie geselecteerde opgaven zijn onderdeel van totaalbeeld van toekomstige opgaven

In deze VTV zijn voor drie geselecteerde opgaven handelingsopties uitgewerkt. Deze drie opgaven zijn representatief voor een aantal van de grote opgaven waar we voor staan, maar vormen niet het héle verhaal. Alle ontwikkelingen uit het Trendscenario en de Themaverkenningen samen geven het totaalbeeld van de belangrijkste toekomstige opgaven voor de volksgezondheid en zorg in Nederland. Conform het doel van de VTV, kunnen de nationale en lokale overheden op basis van dit

totaalbeeld hun beleidsprioriteiten stellen. De handelingsopties voor de geselecteerde opgaven kunnen hierbij ter inspiratie dienen voor de uitwerking van handelingsopties voor andere opgaven. Voor het lokale beleid is het ook van belang om het landelijke beeld van de VTV te vertalen naar een lokaal beeld. Problemen die op landelijk niveau urgent zijn hoeven dat immers niet in elke lokale context te zijn, en andersom.

Synthese brengt alle onderdelen VTV-2018 samen

Het Trendscenario en de Themaverkenningen brengen in beeld hoe onze volksgezondheid en zorg zich de komende 25 jaar ontwikkelen als we op de huidige voet door zouden gaan en niets extra's zouden doen; wat komt er op ons af? In het onderdeel over handelingsopties wordt gekeken naar wat we hier aan zouden kunnen doen. De synthese van de VTV-2018 brengt de belangrijkste conclusies uit deze verschillende onderdelen samen. De belangrijkste toekomstige ontwikkelingen uit het Trendscenario en de Themaverkenningen worden samengevat in acht thema's, en de belangrijkste bevindingen uit de Handelingsopties zijn weergegeven in drie webartikelen. Deze gaan over de belangrijkste aanbevelingen van de geraadpleegde stakeholders, overkoepelende kansen en speerpunten voor beleid en maatschappij, en aandachtspunten voor de kennis- innovatie-agenda's. Er is ook een webartikel over de belangrijkste uitkomsten van de vragenlijst over de urgentie van de toekomstige ontwikkelingen in de VTV. De synthese bevat daarnaast de kernboodschappen van de VTV-2018 (zie figuur).

Figuur: Schematische weergave van de opbouw van de synthese van de VTV -2018



Kernboodschappen VTV-2018

De VTV-2018: een gezond vooruitzicht

Het gaat goed met onze volksgezondheid. We worden steeds ouder, en de meeste mensen voelen zich gezond en niet beperkt. Toch staan we voor een aantal grote toekomstige opgaven. Deels is dit de keerzijde van ons succes: omdat het aantal ouderen toeneemt, stijgt het aantal mensen met chronische aandoeningen en sociale problemen zoals eenzaamheid. Ook zijn er nieuwe ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op onze volksgezondheid, zoals een toenemende druk op ons dagelijks leven. De vraagstukken waar we voor staan vragen om een integrale aanpak, en de brede inzet van betrokken partijen. Er gebeurt al veel in de maatschappij om deze opgaven aan te pakken. Hier kunnen we op verder bouwen om beter voorbereid te zijn op de toekomst.

Toekomstige ontwikkelingen; wat komt er op ons af?

Deze kernboodschappen zijn gebaseerd op het Trendscenario en de Themaverkenningen van de VTV-2018. Ze geven een beeld van hoe onze volksgezondheid en zorg zich de komende 25 jaar ontwikkelen als we op de huidige voet door zouden gaan en niets extra's zouden doen. Deze kernboodschappen laten zien voor welke toekomstige opgaven we staan als maatschappij.

De vergrijzing heeft grote impact op de volksgezondheid en zorg

Het aandeel ouderen in de samenleving neemt toe. Ook bereiken mensen steeds vaker een hoge leeftijd. Hierdoor hebben steeds meer mensen een chronische aandoening zoals artrose, nek- en rugklachten, diabetes en dementie. Bovendien hebben mensen steeds vaker meerdere aandoeningen tegelijk. Dementie veroorzaakt in 2040 de meeste sterfte en de hoogste ziektelast. Niet alleen medische maar ook sociale problemen nemen toe. Het aantal eenzame ouderen stijgt. Ouderen wonen vaker zelfstandig en ook vaker alleen. Door deze ontwikkelingen ontstaat er meer druk op zowel de formele als de informele zorg. Zorgvoorzieningen komen het meest onder druk te staan in de krimpregio's.

Meer gezondheid maar ook meer ziekte

De levensverwachting stijgt van 81,5 jaar in 2015 naar bijna 86 jaar in 2040. Nagenoeg alle jaren die we er bij krijgen zijn in goede ervaren gezondheid. Ook gaan we niet meer beperkingen ervaren. Wél stijgt het aantal mensen met een chronische aandoening. We worden steeds ouder doordat mensen vaker aandoeningen zoals hart- en vaatziekten en kanker overleven, onder meer door betere behandelingen. Dit is, naast de vergrijzing, een belangrijke oorzaak voor de sterke toename van dementie als doodsoorzaak. Doordat steeds minder mensen overlijden aan hart- en vaatziekten en kanker, hebben steeds meer mensen te maken met de langetermijnevolgen ervan.

De druk op ons dagelijkse leven neemt toe

De samenleving krijgt op verschillende gebieden te maken met toenemende druk. Dit kan stress en gezondheidsproblemen veroorzaken. Zo ervaren scholieren en studenten steeds meer prestatiedruk. Ook op de arbeidsmarkt zijn er ontwikkelingen die kunnen leiden tot meer druk en stress, zoals de steeds grotere invloed van de 24-uurseconomie en de verdere flexibilisering van arbeidsrelaties. Vooral voor de groep mensen die werk, zorg voor de kinderen en mantelzorg moet combineren lijken

veel drukverhogende ontwikkelingen samen te komen. Verdergaande verstedelijking zorgt ook voor meer druk en drukte, en kan leiden tot minder ruimte voor groen en water waar mensen kunnen ontspannen.

Leefstijl én leefomgeving hebben invloed op gezondheid

Op het gebied van leefstijl zijn er zowel gunstige als ongunstige toekomstige ontwikkelingen. Minder mensen roken en meer mensen bewegen. Daar staat tegenover dat meer mensen te zwaar zijn. Ongezond gedrag is verantwoordelijk voor bijna 20 procent van de ziektelast. Roken is hiervan de belangrijkste oorzaak. Een ongezond binnen- en buitenmilieu veroorzaakt 4 procent van de ziektelast, met luchtverontreiniging als de belangrijkste oorzaak. Ongezonde arbeidsomstandigheden veroorzaken bijna 5 procent van de ziektelast. Deze ontwikkelingen zijn niet voor alle bevolkingsgroepen hetzelfde. Roken daalt harder bij mensen met een hoge sociaaleconomische status, en ernstig overgewicht stijgt harder bij degenen die een lage sociaaleconomische status hebben.

Vaak opeenstapeling van gezondheids- én sociale problemen bij kwetsbare groepen

Een deel van de ouderen bevindt zich door een opeenstapeling van chronische aandoeningen en andere medische en sociale problemen in een kwetsbare situatie. Deze groep wordt groter in de toekomst. Mensen met een lagere sociaaleconomische status hebben vaker een ongezonde leefstijl. Ook hebben zij vaker te maken met sociale problemen, die stress met zich meebrengen. Negatieve effecten van ontwikkelingen op de arbeidsmarkt als robotisering en digitalisering treffen vooral laagopgeleiden. Dit kan de sociale problemen en stress in deze groep versterken. Vaak moeten eerst deze achterliggende sociale problemen worden opgelost, voordat er ruimte ontstaat om aan een gezonde leefstijl te werken.

De zorguitgaven stijgen door demografie en technologie

De zorguitgaven stijgen met gemiddeld 2,9 procent per jaar tot 174 miljard euro in 2040. Dat is een verdubbeling ten opzichte van 2015. Een derde deel van deze groei komt door de vergrijzing en de groei van de bevolking, en twee derde door andere factoren zoals technologie. Technologische ontwikkelingen, waaronder (vaak dure) nieuwe medicijnen, zorgen voor een grote groei in de uitgaven aan bijvoorbeeld kanker. In 2040 wordt ruim vier maal zoveel uitgegeven aan de behandeling van kanker als in 2015. De relatie tussen technologie en zorguitgaven is complex. Technologische innovaties in de zorg kunnen kosten besparen, maar dan moeten wel kosteneffectieve interventies worden gebruikt en de oude technologie worden vervangen. Dit vraagt veel van de manier waarop de zorg wordt georganiseerd.

De zorg verandert door technologie en veranderende rol patiënt

Technologie kan veel voor onze volksgezondheid betekenen en de zorg ingrijpend veranderen. Het gebruik van technologie in de zorg neemt toe, maar vooral de digitalisering gaat minder snel dan in andere domeinen van ons dagelijks leven. Hieraan liggen verschillende oorzaken ten grondslag, zowel binnen als buiten de zorg. Dit maakt het ingewikkeld om technologie in de zorg uit te breiden. Patiënten doen steeds meer zelf, en dit wordt versterkt door nieuwe technologische mogelijkheden. Dit vergt nieuwe en andere vaardigheden van zorgverleners en patiënten, maar ook aandacht voor groepen die er moeite mee hebben.

Alertheid op bekende én nieuwe risico's nodig

Antibioticaresistentie blijft een bedreiging vormen voor onze volksgezondheid. Blijvende aandacht voor dit probleem is nodig. Andere aandachtspunten zijn het goed inzetten van groen en water in de leefomgeving om de effecten van klimaatverandering op te vangen en de dalende vaccinatiegraad. Er zijn ook nieuwe ontwikkelingen die mogelijk risico's met zich meebrengen. Zo kunnen technologieën als virtual reality en 3D-printing nog onbekende gezondheidseffecten hebben als ze vaker gebruikt gaan worden. Verder zullen er meer medicijnresten, microplastics en nanodeeltjes in ons milieu komen. De gezondheidseffecten hiervan zijn nu nog niet duidelijk.

Handelingsopties: hoe kunnen we omgaan met de opgaven die op ons afkomen?

Deze kernboodschappen zijn gebaseerd op het onderdeel over Handelingsopties van de VTV-2018. Dit onderdeel bestaat uit verschillende elementen. Het biedt inzicht in welke ontwikkelingen uit het Trendscenario en de Themaverkenningen burgers en (toekomstige) volksgezondheidsprofessionals het meest urgent vinden, en beschrijft handelingsopties voor een selectie van toekomstige opgaven en daaruit voortvloeiende kansen en speerpunten voor beleid en maatschappij. Deze opgaven zijn: de blijvend hoge ziektelast door hart- en vaatziekten en kanker; de groter wordende de groep zelfstandig wonende ouderen met dementie en andere complexe problemen; en toenemende mentale druk op jongeren. De handelingsopties zijn gebaseerd op de opbrengsten van een aantal brede stakeholderbijeenkomsten.

Belangrijke opgaven voor de toekomst volgens burgers, professionals en studenten

Van alle ontwikkelingen in het Trendscenario en de Themaverkenningen van de VTV-2018 vinden burgers de dreiging van antibioticaresistentie de meest urgente maatschappelijke opgave voor de toekomst. Professionals en studenten in het volksgezondheidsdomein vinden dit ook een urgente opgave. Daarnaast worden sterfte door hart- en vaatziekten en kanker, de verdubbeling van het aantal mensen met dementie en de stijging van de zorguitgaven als heel urgent gezien. Professionals vinden de achterstand in gezonde levensverwachting bij mensen met een lagere sociaaleconomische status het meest urgent, en studenten de toenemende druk op jongeren en jongvolwassenen.

Complexe opgaven vragen om integrale aanpak, met inzet van veel verschillende partijen

Een aantal van de grote opgaven waar we voor staan zijn complex van aard, en kunnen het best aangepakt worden met een integrale en patiëntgerichte aanpak. Dit vraagt inzet van veel verschillende partijen: van beleidsmakers, zorg- en volksgezondheidsprofessionals, onderzoekers, en burgers, én van maatschappelijke stakeholders zoals patiëntenorganisaties, gezondheidsfondsen, zorgverzekeraars, werkgevers, industrie, detailhandel en scholen. Daarnaast is brede samenwerking nodig: niet alleen tussen verschillende soorten zorgprofessionals, maar over de grenzen van volksgezondheid en zorg heen. Integraal beleid vergt naast lokaal initiatief óók samenwerking tussen ministeries, zeker als het gaat om de fysieke en sociale leefomgeving.

Om echt een slag te kunnen slaan met integraal beleid is een andere manier van werken nodig

Op lokaal en regionaal niveau is al de nodige ervaring opgedaan met de ontwikkeling van integraal en patiëntgericht beleid, maar er is nog weinig inzicht in hoe effectief dit beleid is. Dat komt onder andere doordat de gebruikelijke manier om naar bewijs over effectiviteit te kijken niet goed past bij

complexe problemen. Er moet daarom een nieuwe manier van werken ontwikkeld worden. Dit vereist nieuwe rollen en vaardigheden van beleidsmakers, professionals, onderzoekers én burgers.

Technologie en inrichting leefomgeving bieden kansen

Technologische toepassingen zoals apps, sensoren en alarmsystemen lijken veelbelovend bij de aanpak van een aantal toekomstige opgaven, zoals de zorg voor mensen met dementie en het ondersteunen van zelfmanagement bij chronische aandoeningen. De inrichting van de leefomgeving kan een belangrijke bijdrage leveren aan het bevorderen van gezond gedrag, maar ook bijvoorbeeld aan het stimuleren van ontspanning en sociale interactie, het voorkomen van hittestress en het verbeteren van de luchtkwaliteit. De Omgevingswet biedt kansen voor integraal lokaal beleid met expliciete aandacht voor gezondheid.

Er zijn al veel initiatieven waar we van kunnen leren en verder op kunnen bouwen

Er gebeurt al veel in de maatschappij en in de zorg om voorbereid te zijn op de toekomst. Hier kunnen we van leren en verder op bouwen. Veel van de dreigende problemen voor de toekomst hebben raakvlakken met bestaand volksgezondheidsbeleid. Dit biedt aanknopingspunten om de aanpak van de lange-termijn-opgaven, die deze VTV signaleert, hierbij aan te laten sluiten. Aansluiting bij beleid op andere terreinen biedt ook kansen om onze volksgezondheid te verbeteren door een veilige, schone en inclusieve leef-, werk- en leeromgeving te creëren.

Toekomstige ontwikkelingen: wat komt er op ons af?

Toekomstige ontwikkelingen –webartikel 1

De vergrijzing heeft grote impact op volksgezondheid en zorg

Leeswijzer

Dit webartikel is gebaseerd op het [Trendscenario](#) [link] en de [Themaverkenningen](#) [link] van deze VTV. De onderbouwing voor de hier gepresenteerde teksten, cijfers en figuren kunt u in deze onderdelen vinden, tenzij anders aangegeven. Het Trendscenario en de Themaverkenningen geven een beeld van hoe onze volksgezondheid en zorg zich de komende 25 jaar ontwikkelen als we op de huidige voet door zouden gaan en niets extra's zouden doen. Op deze manier kunnen de maatschappelijke opgaven voor de toekomst in kaart gebracht worden

Kernboodschap:

Het aandeel ouderen in de samenleving neemt toe. Ook bereiken mensen steeds vaker een hoge leeftijd. Hierdoor hebben steeds meer mensen een chronische aandoening zoals artrose, nek- en rugklachten, diabetes en dementie. Bovendien hebben mensen steeds vaker meerdere aandoeningen tegelijk. Dementie veroorzaakt in 2040 de meeste sterfte en de hoogste ziektelast. Niet alleen medische maar ook sociale problemen nemen toe. Het aantal eenzame ouderen stijgt. Ouderen wonen vaker zelfstandig en ook vaker alleen. Door deze ontwikkelingen ontstaat er meer druk op zowel de formele als de informele zorg. Zorgvoorzieningen komen het meest onder druk te staan in de krimpregio's.

Forse toename van ouderdomsziekten

De komende 25 jaar zet de vergrijzing door. Dit betekent dat het aandeel ouderen in de bevolking toeneemt. Ook bereiken steeds meer mensen een hoge leeftijd, waardoor het aantal oude ouderen stijgt. Zo zijn er in 2040 1,7 miljoen meer 65-plussers, en ruim 200 duizend meer 90-plussers. Hierdoor zullen er in de toekomst meer mensen zijn met chronische aandoeningen zoals artrose, nek- en rugklachten en diabetes. In 2040 zijn er bijvoorbeeld ruim een miljoen mensen meer met artrose dan in 2015. Het aantal mensen met dementie zal verdubbelen van 154.000 in 2015 tot 330.000 in 2040. Hoewel er andere aandoeningen zijn die veel vaker voorkomen, heeft dementie een heel grote impact op de volksgezondheid. In 2040 is het de aandoening die de meeste sterfte en de hoogste ziektelast veroorzaakt.

Meerdere aandoeningen en problemen tegelijk

Niet alleen zullen er meer mensen zijn die een chronische aandoening hebben, ook zullen er steeds meer mensen zijn die meerdere aandoeningen tegelijk hebben. Dit noemen we ook wel multimorbiditeit. Naast chronische aandoeningen hebben ouderen ook vaak last van problemen zoals vallen, geheugenproblemen, gezichts- en gehoorstoornissen, beperkingen in het dagelijks functioneren, incontinentie, eenzaamheid en polyfarmacie (het gebruik van meerdere geneesmiddelen tegelijkertijd). Door de vergrijzing zullen er in de toekomst ook meer ouderen last hebben van deze problemen. Een opeenstapeling van zulke problemen vergroot de kwetsbaarheid van ouderen.

Ook meer eenzaamheid en minder eigen regie door de vergrijzing

Het aantal eenzame mensen van 75 jaar en ouder neemt toe van ruim 600 duizend in 2015 naar ruim 1,3 miljoen in 2040. Dit is de helft van de mensen van 75 jaar en ouder. Eenzaamheid komt voor onder alle leeftijdsgroepen maar vaker onder ouderen. In totaal neemt het aantal eenzamen toe van 5,2 miljoen in 2015 naar bijna 5,9 miljoen in 2040. Eenzaamheid neemt in de toekomst harder toe onder mensen die alleenstaand zijn dan onder mensen die samenwonen. Tussen 2015 en 2040 neemt het aantal 75-plussers dat alleen woont toe met bijna 600 duizend. Ouderen hebben ook vaker onvoldoende het gevoel regie over het eigen leven te hebben dan jongere leeftijdsgroepen. Tussen 2015 en 2040 neemt het aantal 75-plussers dat onvoldoende eigen regie ervaart toe van 270 duizend naar 570 duizend. Mannen ervaren gemiddeld iets meer eigen regie dan vrouwen.

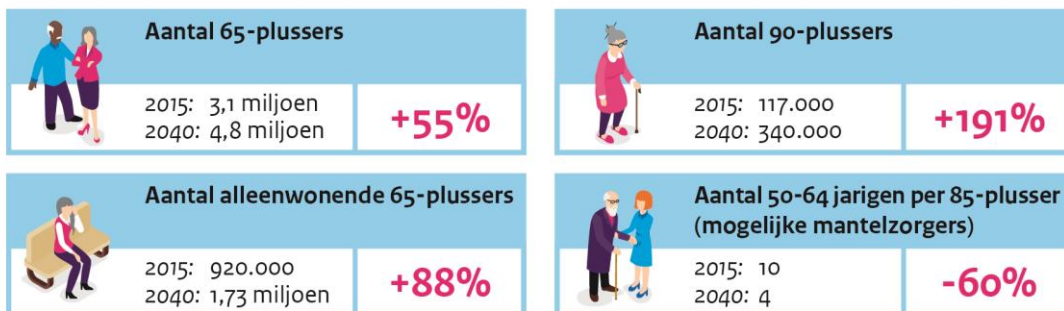
Toenemende druk op zowel formele als informele zorg

Door de vergrijzing zal de druk op de zorg toenemen. Veel meer mensen hebben in de toekomst een aandoening en moeten hiervoor behandeld worden. De zorgvraag zal door de toenemende multimorbiditeit ook complexer worden. Er zal niet alleen meer druk zijn op de formele zorg, maar ook op de informele zorg (mantelzorg). Dit komt omdat steeds meer ouderen zelfstandig wonen. Ook neemt het aantal alleenwonende ouderen toe. Tegelijkertijd daalt de verhouding tussen 85-plussers en 50-64 jarigen – de generatie kinderen die voor de 85-plussers kan zorgen – van 1:10 nu naar 1:4 in 2040. Er zijn in de toekomst dus minder kinderen om voor hun ouders te zorgen.

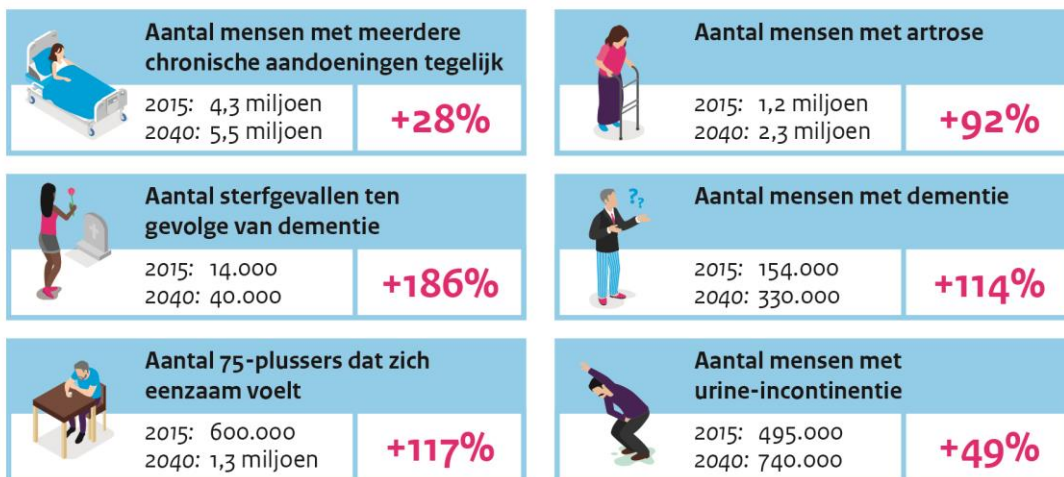
De behoeften van ouderen liggen niet alleen op het gebied van medische zorg, maar ook op het gebied van welzijn. Meer inzet op welzijn kan ouderen helpen om een goede kwaliteit van leven te behouden ondanks ziekte en beperkingen. Dit vraagt niet alleen om een betere samenwerking tussen zorgprofessionals onderling, maar ook tussen zorgprofessionals, welzijnsprofessionals en mantelzorgers. In bepaalde gebieden van Nederland, de zogeheten krimpregio's, komen zorg- en andere voorzieningen onder druk te staan doordat er steeds minder mensen wonen. Tegelijkertijd neemt hier de vergrijzing het hardst toe, waardoor er juist meer vraag naar zorg zal zijn.

Impact van de vergrijzing

Veranderingen in de bevolking



Gevolgen voor de volksgezondheid



Gevolgen voor de zorg



Deze infographic laat zien hoe onze volksgezondheid en zorg zich ontwikkelen als we als maatschappij op de huidige voet zouden doorgaan en niets extra's zouden doen.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, April 2018

Toekomstige ontwikkelingen –webartikel 2

Meer gezondheid maar ook meer ziekte

Leeswijzer

Dit webartikel is gebaseerd op het [Trendscenario \[link\]](#) en de [Themaverkenningen \[link\]](#) van deze VTV. De onderbouwing voor de hier gepresenteerde teksten, cijfers en figuren kunt u in deze onderdelen vinden, tenzij anders aangegeven. Het Trendscenario en de Themaverkenningen geven een beeld van hoe onze volksgezondheid en zorg zich de komende 25 jaar ontwikkelen als we op de huidige voet door zouden gaan en niets extra's zouden doen. Op deze manier kunnen de maatschappelijke opgaven voor de toekomst in kaart gebracht worden.

Kernboodschap

De levensverwachting stijgt van 81,5 jaar in 2015 naar bijna 86 jaar in 2040. Nagenoeg alle jaren die we er bij krijgen zijn in goede ervaren gezondheid. Ook gaan we niet meer beperkingen ervaren. Wél stijgt het aantal mensen met een chronische aandoening. We worden steeds ouder doordat mensen vaker aandoeningen zoals hart- en vaatziekten en kanker overleven, onder meer door betere behandelingen. Dit is, naast de vergrijzing, een belangrijke oorzaak voor de sterke toename van dementie als doodsoorzaak. Doordat steeds minder mensen overlijden aan hart- en vaatziekten en kanker, hebben steeds meer mensen te maken met de langetermijengevolgen ervan.

Ondanks de vergrijzing voelen we ons niet ongezonder

De levensverwachting stijgt van 81,5 jaar in 2015 naar bijna 86 jaar in 2040. Steeds meer mensen bereiken in de toekomst een hoge leeftijd. De keerzijde van deze gunstige ontwikkelingen is dat er steeds meer mensen met chronische aandoeningen zullen komen. Ondanks deze toename voelen we ons in de toekomst even gezond en ervaren we niet meer beperkingen. Zowel in 2015 als in 2040 voelt bijna 80 procent van de bevolking zich gezond, en ervaart ongeveer 86 procent geen beperkingen in activiteiten. Deze percentages liggen voor ouderen wat lager, maar ook ouderen gaan zich in de toekomst niet ongezonder of beperkter voelen. Het percentage ouderen dat zich gezond voelt is in 2040 zelfs licht gestegen. Dit geldt ook voor het percentage ouderen dat geen beperkingen ervaart.

Het hebben van een chronische aandoening wil dus niet meteen zeggen dat mensen daardoor ook gehinderd worden in hun dagelijkse functioneren. De meerderheid van de mensen met een chronische aandoening voelt zich gezond en niet beperkt in het uitvoeren van activiteiten op het gebied van zien, horen en bewegen. Het hebben van een chronische aandoening betekent ook niet altijd dat mensen hiervoor regelmatig zorg gebruiken. Van de mensen met een chronische aandoening heeft 65% het afgelopen jaar hiervoor contact gehad met de huisarts.

Nauwelijks meer jaren zonder aandoeningen, wel meer jaren in goede gezondheid

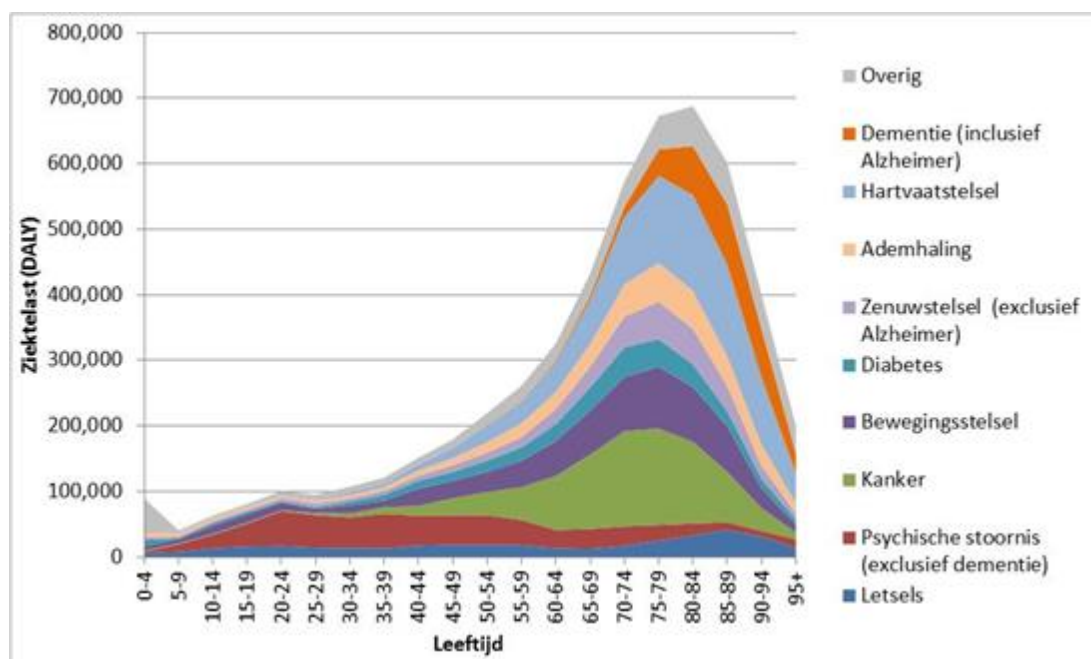
Zowel de totale levensverwachting als de levensverwachting in goede ervaren gezondheid stijgen tussen 2015 en 2040 met ongeveer vier jaar. Dit betekent dat nagenoeg alle jaren die we er tot 2040 bij krijgen in goede ervaren gezondheid zijn. Ook krijgen we er ongeveer vijf jaar zonder beperkingen bij. Het aantal jaren zonder chronische aandoeningen neemt maar met ongeveer een half jaar toe

tussen nu en 2040. Ondanks dat we er nauwelijks ziektevrije jaren bij krijgen, krijgen we er dus wel een aantal jaren in goede gezondheid en zonder beperkingen bij.

Veranderingen in vóórkomen van aandoeningen; meer ouderdomsziekten

Door de vergrijzing zal het vóórkomen van ouderdomsziekten toenemen. Ouderdomsziekten zijn aandoeningen die vaker bij ouderen voorkomen dan bij jongere leeftijdsgroepen. Voorbeelden zijn artrose, gezicht- en gehoorstoornissen, diabetes, kanker, hart- en vaatziekten en dementie. Dementie kan door verschillende aandoeningen veroorzaakt worden. Sommigen daarvan vallen onder de categorie aandoeningen van het zenuwstelsel, en sommigen onder psychische aandoeningen. Andere psychische aandoeningen, zoals depressie en angststoornissen, komen voor onder alle leeftijdsgroepen. De vergrijzing heeft daarom veel minder effect op het vóórkomen hiervan. Toch blijven deze aandoeningen, net als nu, in de toekomst veel ziektelast veroorzaken, vooral bij jongvolwassenen. Bij ouderen veroorzaken aandoeningen als kanker, hart- en vaatziekten en dementie veel ziektelast. In absolute zin neemt de ziektelast sterk toe met de leeftijd (zie figuur).

Figuur: Ziektelast in Disability Adjusted Life Years (DALYs) voor groepen van aandoeningen per leeftijdscategorie in 2040



Bron: RIVM

Lees meer

Gebruikte indicator(en): Ziektelast in 2040 naar ICD-hoofdgroep voor 5-jaarsleeftijdsklassen, met dementie apart weergegeven. Ziektelast in Disability Adjusted Life Years (DALY's), een maat voor gezonde levensjaren die verloren gaan door ziekte (ziektejaarequivalenten) en vroegtijdig overlijden (verloren levensjaren). Onder dementie vallen de ICD codes F01-F03, G30. Deze vallen onder de hoofdgroepen zenuwstelsel (Alzheimer) en psychische stoornissen (onder meer vasculaire dementie). Onder de categorie Overig zijn de overige ICD-hoofdgroepen samengenomen (onder andere bloedziekten, huidziekten, zwangerschap, bevalling en kraambed, aangeboren afwijkingen, perinatale aandoeningen).

Gebruikte bron(nen): Ziekte last berekend door het RIVM op basis van verschillende bronnen.

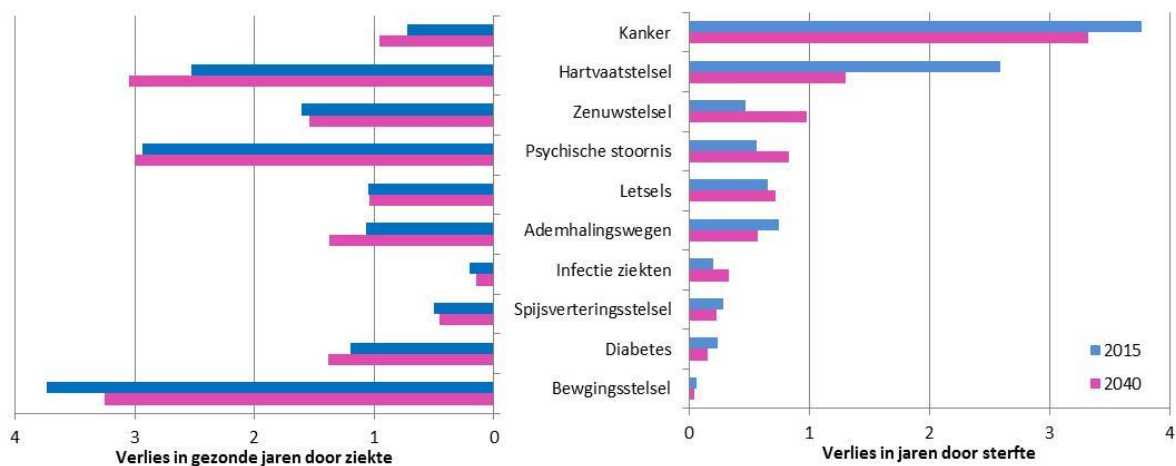
Meer informatie:

- Methoden, achtergronden en aanvullende data bij het Trends scenario

Aandeel van kanker en hart- en vaatziekten in de totale sterfte neemt af

Er zijn ook verschuivingen in doodsoorzaken te zien. Door betere overleving neemt het aandeel van kanker en hart- en vaatziekten in de totale sterfte af, terwijl deze aandoeningen in 2040 wel veel vaker voor zullen komen. Dit is, naast de vergrijzing, ook een oorzaak voor de scherpe toename van dementie als doodsoorzaak in de toekomst [zie webartikel [De impact van de vergrijzing](#)]. Hoewel mensen dus steeds vaker hart- en vaatziekten en kanker zullen overleven, veroorzaken deze twee ziektegroepen in de toekomst nog steeds het meeste verlies aan levensverwachting. Het verlies aan levensjaren door hart- en vaatziekten is in 2040 ongeveer de helft van wat het in 2015 was. Bij kanker is dit verschil veel kleiner. Het verlies in gezonde jaren door ziekte blijft ook in 2040 groot bij hart- en vaatziekten. Dit is ongeveer 3 jaar. Psychische en gedragsstoornissen en aandoeningen aan het botspierstelsel (onder meer artrose) veroorzaken een ongeveer even groot verlies aan gezonde jaren (zie figuur).

Figuur. Verlies aan (gezonde) levensverwachting door groepen van aandoeningen



Bron: RIVM

Lees meer

Gebruikte indicator(en): Health-Adjusted Life expectancy (HALE) naar ICD hoofdgroep (selectie), in 2015 en 2040. HALE is een maat voor gezonde levensverwachting die verloren gaat door ziekte (ziektejaarequivalenten), en vroegtijdig overlijden (verloren levensjaren).

Gebruikte bron(nen): HALE berekend door RIVM op basis van verschillende bronnen.

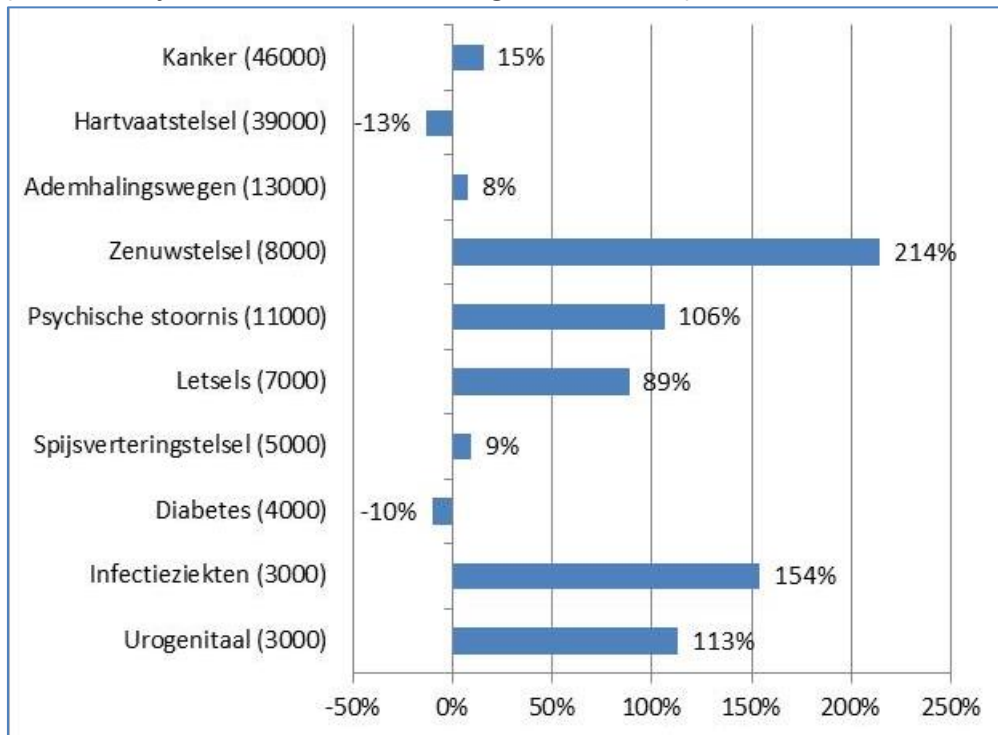
Meer informatie:

- Methoden en achtergronden bij de Synthese

Grote relatieve toename in sterfte door privéongevallen en infecties

Andere opvallende verschuiven in doodsoorzaken tussen nu en 2040 zijn een grote relatieve toename van sterfgevallen ten gevolge van uitwendige oorzaken en infecties (zie figuur). De stijging in sterfte door uitwendige oorzaken komt vooral door een toename van privéongevallen. Zowel de stijging van sterfte door privéongevallen als door infectieziekten zijn voor een belangrijk deel toe te schrijven aan de vergrijzing.

Figuur: Relatieve verandering in sterfte tussen 2015 en 2040 voor een selectie van doodsoorzaken (tussen haakjes absolute aantallen sterfgevallen in 2015)



Bron: CBS, RIVM

Lees meer:

Gebuurkte indicator(en): Relatieve verandering in sterfte tussen 2015 en 2040 voor ICD-hoofdgroepen met meer dan 3 duizend doden in 2015. Ziekten van het urogenitale stelsel zijn ziekten van het urinewegstelsel en de voortplantingsorganen. In de grafiek staan tussen haakjes de absolute aantallen sterfgevallen in 2015, afgerond op duizendtallen.

Gebuurkte bron(nen): CBS doodsoorzakenstatistiek, gegevens bewerkt door RIVM.

Meer informatie:

- Methoden, achtergronden en aanvullende data bij het Trendscenario

Betere overleving heeft ook gevolgen voor het leven van (ex-)patiënten

Betere overleving heeft ook een effect op de gevolgen van aandoeningen. Door steeds betere overleving bij bepaalde vormen van kanker bijvoorbeeld zijn er steeds meer mensen die met de langetermijnevolgen van de ziekte en de behandeling leven. Zo kampen veel (ex-)kankerpatiënten met concentratieverlies, chronische vermoeidheid en zenuwpijn. Ook komen angst en depressie vaker voor bij mensen die kanker hebben of hebben gehad. Dit heeft niet alleen een effect op de

zorgvraag, maar ook op het leven de (ex-)patiënten zelf en hun omgeving. Zo hebben volwassenen vaker te maken met relatieproblemen, arbeidsongeschiktheid en werkloosheid, terwijl bij kinderen schoolprestaties achterblijven.

Toekomstige ontwikkelingen –webartikel 3

De druk op ons dagelijkse leven neemt toe

Leeswijzer

Dit webartikel is gebaseerd op het [Trendscenario \[link\]](#) en de [Themaverkenningen \[link\]](#) van deze VTV. De onderbouwing voor de hier gepresenteerde teksten, cijfers en figuren kunt u in deze onderdelen vinden, tenzij anders aangegeven. Het Trendscenario en de Themaverkenningen geven een beeld van hoe onze volksgezondheid en zorg zich de komende 25 jaar ontwikkelen als we op de huidige voet door zouden gaan en niets extra's zouden doen. Op deze manier kunnen de maatschappelijke opgaven voor de toekomst in kaart gebracht worden.

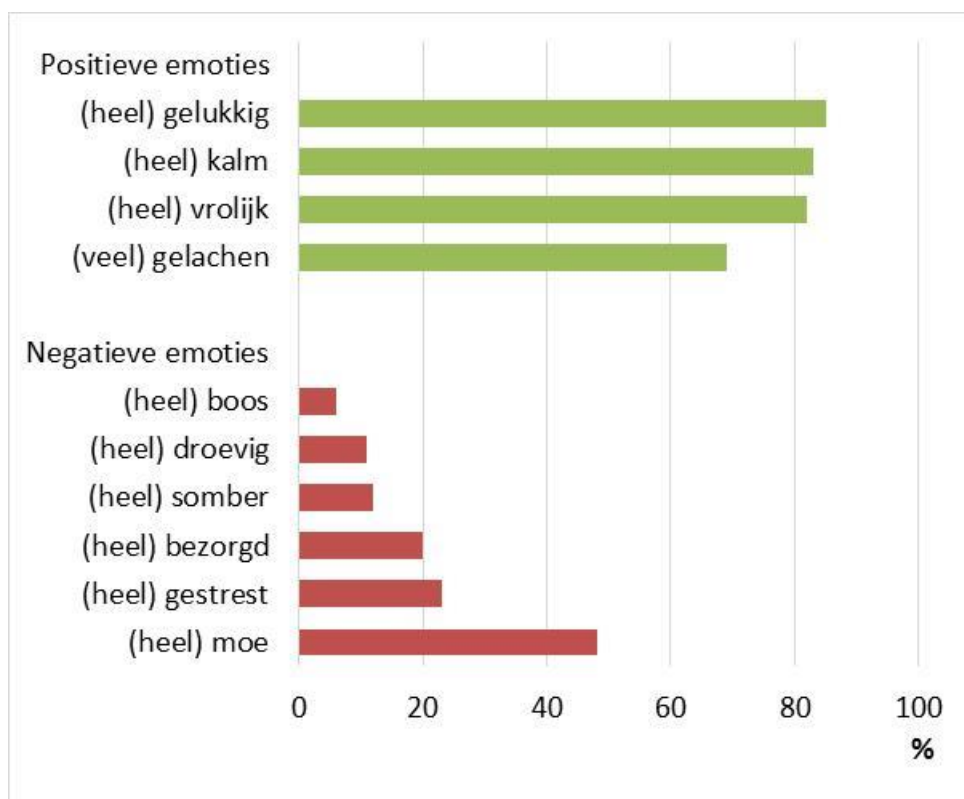
Kernboodschap

De samenleving krijgt op verschillende gebieden te maken met toenemende druk. Dit kan stress en gezondheidsproblemen veroorzaken. Zo ervaren scholieren en studenten steeds meer prestatiedruk. Ook op de arbeidsmarkt zijn er ontwikkelingen die kunnen leiden tot meer druk en stress, zoals de steeds grotere invloed van de 24-uurseconomie en de verdere flexibilisering van arbeidsrelaties. Vooral voor de groep mensen die werk, zorg voor de kinderen en mantelzorg moet combineren lijken veel drukverhogende ontwikkelingen samen te komen. Verdergaande verstedelijking zorgt ook voor meer druk en drukte, en kan leiden tot minder ruimte voor groen en water waar mensen kunnen ontspannen.

Jongeren en jongvolwassenen ervaren steeds meer prestatiedruk

Er zijn verschillende ontwikkelingen die zorgen voor een toenemende druk op ons dagelijkse leven. Dit kan leiden tot meer stress en daarmee samenhangende gezondheidsproblemen. Scholieren en studenten ervaren steeds meer prestatiedruk. Studentpsychologen geven aan dat ze steeds meer studenten in hun spreekkamer zien met steeds ernstiger en complexere klachten, waardoor meer jongeren moeten worden doorverwezen naar de huisarts of geestelijke gezondheidszorg. Ook gebruiken veel studenten ADHD-medicatie zonder hiervoor een recept te hebben van een huisarts of specialist. Ze gebruiken deze middelen om zich beter en langer te kunnen concentreren. Bijna de helft van de jongeren van 18-25 jaar geeft aan (heel) moe te zijn, en ongeveer een op de vijf voelt zich (heel) bezorgd of (heel) gestrest. Tegelijkertijd voelt ruim 80 procent zich gelukkig en vrolijk (zie figuur).

Figuur: Ervaren emoties van jongeren (18 tot 25 jaar), 2016



Bron: CBS

Lees meer

Gebruikte indicator(en): Verschillende ervaren positieve en negatieve emoties van jongeren van 18 tot 25 jaar in 2016, zelfrapportage.

Gebruikte bron(nen): CBS, Jaarrapport 2017 Landelijke Jeugdmonitor.

Social media gebruik kan ook de druk op jongeren vergroten. Het kan ertoe leiden dat ze bang zijn om dingen te missen, en dat ze willen voldoen aan het ideaalbeeld dat via het selectief delen van hoogpunten wordt gestimuleerd. Dit kan druk en stress veroorzaken, en in sommige gevallen leiden tot psychische problemen zoals angst, depressie en slaapproblemen. De toenemende mentale druk op jongeren en jongvolwassenen zou gevolgen kunnen hebben voor hun psychische gezondheid, en kan er bijvoorbeeld toe leiden dat er meer burn-out in deze groep gaat voorkomen.

Combineren van werk, zorg en leren onder druk

Ook op de arbeidsmarkt zijn er verschillende ontwikkelingen die kunnen leiden tot meer druk en stress. Door de steeds groter wordende invloed van de 24-uurseconomie kunnen werknemers het gevoel hebben altijd bereikbaar te moeten zijn, en met de toename van smartphones en andere ICT devices kunnen zij dat ook. Verdere flexibilisering van arbeidsrelaties heeft positieve effecten op autonomie en eigen regie, maar brengt ook baan- en inkomensonzekerheid met zich mee, en daarmee negatieve effecten op de psychische gezondheid. Dit laatste geldt ook voor robotisering. Een andere ontwikkeling op de arbeidsmarkt is de steeds verdergaande digitalisering. Dit vraagt om andere competenties van werknemers, die bovendien snel veranderen. Een leven lang leren wordt hierdoor cruciaal. Voor sommige groepen, zoals laagopgeleiden, ouderen, flexwerkers en mensen met een slechte gezondheid, zal het lastig zijn om aan deze eisen te voldoen. Maar ook voor mensen

die deze ontwikkeling wel bij kunnen benen, betekent een leven lang leren een toenemende druk op het dagelijks leven.

Vooraf voor de groep die werk, zorg voor de kinderen en mantelzorg moet combineren, lijken veel drukverhogende ontwikkelingen samen te komen. Naast de hierboven beschreven ontwikkelingen op de arbeidsmarkt wordt er ook steeds meer gevraagd van de mantelzorg. Dit komt omdat het aantal ouderen toeneemt door de vergrijzing, terwijl de generatie kinderen van deze ouderen in verhouding kleiner wordt. Er zijn in de toekomst dus minder kinderen om voor de ouderen te zorgen. Daarnaast wonen steeds meer ouderen zelfstandig en/of alleen [zie webartikel [De impact van de vergrijzing](#)].

Steeds meer mensen wonen in de (drukke) stad

Driekwart van de totale bevolkingsgroei tot 2040 zal plaatsvinden in de grote en middelgrote gemeentes van de Randstad. Doordat steeds meer mensen in de stad willen wonen, zullen ook panden die nu leeg staan of anders worden gebruikt, zoals kerken of kantoren, worden toegevoegd aan het woningbestand. De woningdichtheid zal daardoor toenemen. Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat het steeds drukker wordt in de stad.

Meer drukte en meer geluidsoverlast leiden tot meer stress en mentale vermoeidheid, en ook tot meer ziekte. Het intensievere gebruik van de steden is ook een bedreiging voor de ruimte die nu nog beschikbaar is voor groen en blauw (water). Groen en blauw kunnen een positief effect op de gezondheid hebben. Ontspanning en activiteiten in het groen en de nabijheid tot water kunnen chronische stress en concentratieproblemen verminderen. Ook bevorderen meer groen en water in de leefomgeving mogelijkheden tot contact, en daarmee de sociale samenhang. De verdergaande verstedelijking heeft ook positieve kanten. Het zorgt voor een verdere concentratie van economische activiteit, waardoor er meer draagvlak is voor voorzieningen en de invoer van innovaties zoals elektrisch vervoer of afvalscheiding en –hergebruik.

Leefstijl én leefomgeving hebben invloed op gezondheid

Leeswijzer

Dit webartikel is gebaseerd op het [Trendscenario \[link\]](#) en de [Themaverkenningen \[link\]](#) van deze VTV. De onderbouwing voor de hier gepresenteerde teksten, cijfers en figuren kunt u in deze onderdelen vinden, tenzij anders aangegeven. Het Trendscenario en de Themaverkenningen geven een beeld van hoe onze volksgezondheid en zorg zich de komende 25 jaar ontwikkelen als we op de huidige voet door zouden gaan en niets extra's zouden doen. Op deze manier kunnen de maatschappelijke opgaven voor de toekomst in kaart gebracht worden.

Kernboodschap

Op het gebied van leefstijl zijn er zowel gunstige als ongunstige toekomstige ontwikkelingen. Minder mensen roken en meer mensen bewegen. Daar staat tegenover dat meer mensen te zwaar zijn. Ongezond gedrag is verantwoordelijk voor bijna 20 procent van de ziektelast. Roken is hiervan de belangrijkste oorzaak. Een ongezond binnen- en buitenmilieu veroorzaakt 4 procent van de ziektelast, met luchtverontreiniging als de belangrijkste oorzaak. Ongezonde arbeidsomstandigheden veroorzaken bijna 5 procent van de ziektelast. Deze ontwikkelingen zijn niet voor alle bevolkingsgroepen hetzelfde. Roken daalt harder bij mensen met een hoge sociaaleconomische status, en ernstig overgewicht stijgt harder bij degenen die een lage sociaaleconomische status hebben.

Gezonder maar ook ongezonder gedrag

Op het gebied van leefstijl zijn er zowel gunstige als ongunstige toekomstige ontwikkelingen. Een positieve ontwikkeling is dat de dalende trend in roken doorzet. Het percentage volwassen rokers daalt van 25 procent in 2015 naar 14 procent in 2040. Ook voldoen in de toekomst meer mensen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Een ongunstige ontwikkeling is dat meer mensen overgewicht zullen hebben. Het percentage volwassen Nederlanders dat te zwaar is stijgt van 49 procent in 2015 (6,6 miljoen mensen) naar 62 procent in 2040 (9,1 miljoen mensen).

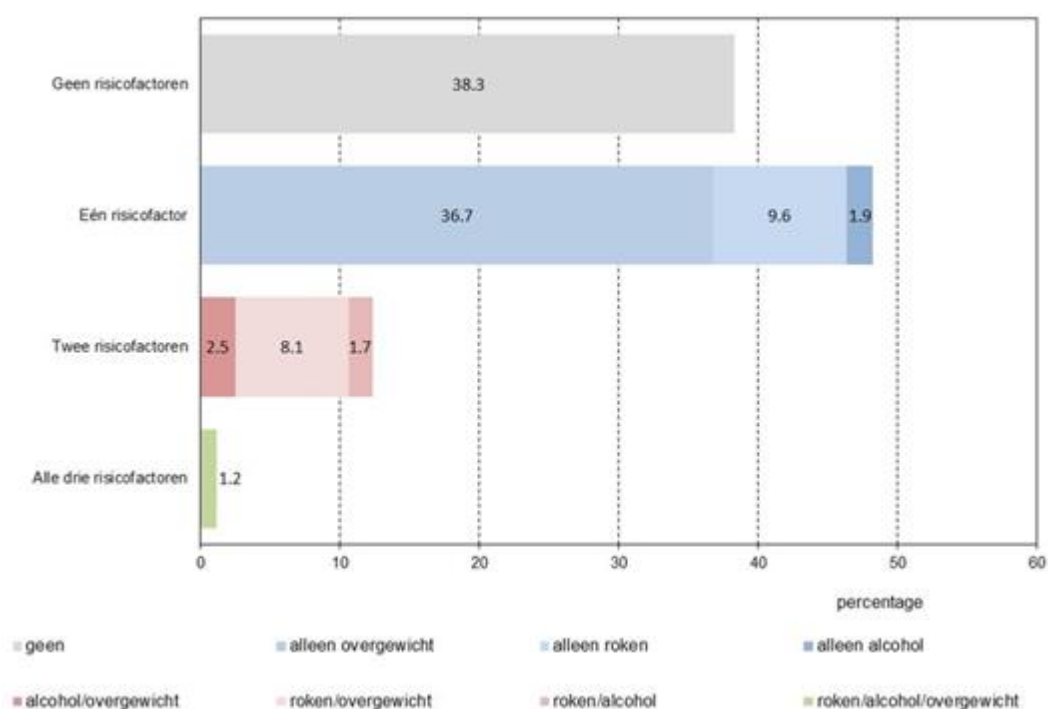
Andere belangrijke leefstijlfactoren zijn alcoholgebruik, voeding en slaap. Momenteel drinkt 9 procent van de volwassen Nederlanders overmatig. Maar heel weinig mensen eten volledig volgens de Richtlijnen Gezonde Voeding. Wel is de dalende trend in groente- en fruitconsumptie de laatste jaren gestabiliseerd. Onze slaapduur is de afgelopen 25 jaar niet veranderd. Er zijn geen gegevens over hoe de kwaliteit van onze slaap zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld. We geven 1 op de 5 Nederlanders aan slaapproblemen te hebben. Dit kan naast problemen met dagelijks functioneren ook negatieve effecten hebben op gezondheid. De toekomstige ontwikkeling van deze leefstijlfactoren is onzeker.

Deze ontwikkelingen zijn niet voor alle bevolkingsgroepen hetzelfde. Zo is het percentage rokers onder mensen met een lage sociaaleconomische status in 2040 bijna drie keer zo groot als onder mensen met een hoge sociaaleconomische status. Overgewicht neemt toe in alle sociaaleconomische groepen, maar ernstig overgewicht stijgt harder bij mensen met een lage sociaaleconomische status.

Bij ruim een op de tien Nederlanders combinatie van roken, drinken en/of overgewicht

Ongeveer 38 procent van de volwassen Nederlanders rookt niet, drinkt niet overmatig en is niet te zwaar. Bij iets minder dan de helft komt één van deze risicofactoren voor. Hierbij is overgewicht met bijna 37 procent veruit de meest voorkomende leefstijlfactor. Driekwart van de mensen met overgewicht heeft geen van de twee andere risicofactoren. Roken en alcohol komen verhoudingsgewijs vaker in combinatie met de andere leefstijlfactoren voor. In totaal komen bij 12 procent van de bevolking twee van deze drie risicofactoren samen voor, en iets meer dan 1 procent rookt, drinkt overmatig én is te zwaar (zie figuur).

Figuur: Clustering van leefstijlfactoren (roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht) in de volwassen Nederlandse bevolking



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen GGD'en, CBS en RIVM 2016

Lees meer:

Gebruikte indicator(en): Percentage (19+) met overgewicht (BMI \geq 25) en/of wel eens roken (inclusief dagelijks roken) en/of overmatig drinken. De BMI is gebaseerd op de verhouding tussen lengte en gewicht. Overmatig drinken is gedefinieerd als meer dan 21 glazen alcohol per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen.

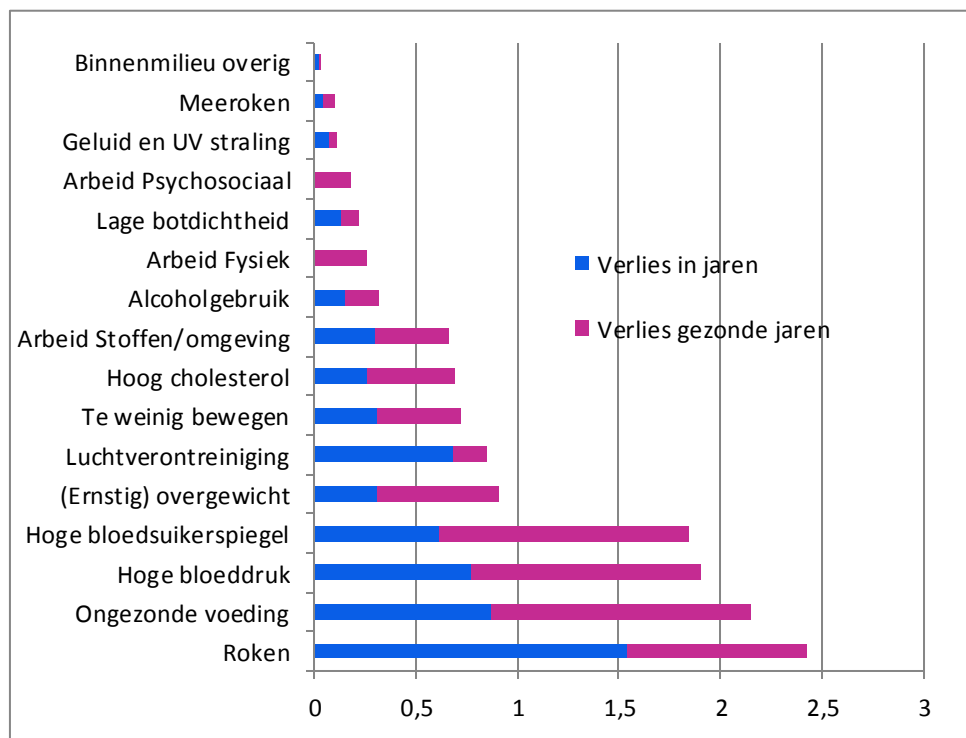
Percentages kunnen afwijken van het Trendscenario omdat hier de Gezondheidsmonitor als bron is gebruikt, terwijl in het Trendscenario de Gezondheidsenquête is gebruikt als bron voor roken, alcoholgebruik en overgewicht.

Gebruikte bron(en): Gezondheidsmonitor Volwassenen, GGD'en, CBS en RIVM, 2016.

Gezondheid wordt bepaald door een veelheid aan factoren

Onze gezondheid wordt beïnvloed door roken, overgewicht en alcoholgebruik, maar ook door veel andere leefstijlfactoren zoals bewegen, voeding en het hebben van een hoge bloeddruk. Om de impact van leefstijlfactoren op de volksgezondheid in kaart te brengen, kan gekeken worden naar hoeveel verlies aan levensjaren zij veroorzaken door vroegtijdige sterfte, en hoeveel verlies aan gezonde levensjaren door ziekte. Roken is dan verantwoordelijk voor het meeste verlies aan jaren, met 1,5 jaar door vroegtijdige sterfte en nog eens bijna 1 jaar door ziekte. Door ongezonde voeding verliezen we in totaal ruim twee jaar. Naast de leefstijlfactoren zijn ook de sociale en fysieke leefomgeving van belang. Door luchtverontreiniging verliezen we bijna 1 jaar, en ook de gezondheidsgevolgen van arbeid leiden tot 1 jaar verlies. Gedrag, leefstijl en de omgeving waarin we wonen, werken en leren beïnvloeden onze gezondheid dus in belangrijke mate. De factoren die wat verder afstaan van het individu, maar wel invloed hebben op gezondheid, worden wel de bredere determinanten van gezondheid genoemd [zie ook de Themaverkenning over Bredere determinanten van gezondheid].

Figuur: Verlies aan jaren door vroegtijdige sterfte en gezonde jaren door ziekte voor verschillende determinanten, 2015



Bron: RIVM

Lees meer:

Gebruikte indicator(en): Health-Adjusted Life expectancy (HALE) naar determinanten, 2015. HALE is een maat voor gezonde levensverwachting die verloren gaat door ziekte (ziektejaarequivalenten), en vroegtijdig overlijden (verloren levensjaren).

Gebruikte bron(nen): HALE berekend door RIVM op basis van verschillende bronnen.

Meer informatie:

- Methoden en achtergronden bij de Synthese

Leefomgeving kan negatieve maar ook positieve effecten op gezondheid hebben

Lucht-, water- en bodemkwaliteit verbeteren naar verwachting in de toekomst. Er blijft wel regionale variatie bestaan door lokale omstandigheden zoals verkeer, veeteelt, houtkachels en industrie. De verdergaande verstedelijking kan in de toekomst leiden tot plaatselijk hoge(re) concentraties van luchtverontreiniging. Intensieve veehouderij brengt naast de uitstoot van fijn stof ook andere risico's voor de volksgezondheid met zich mee, bijvoorbeeld door verspreiding van ziekteverwekkers en resistente bacteriën. Ondanks ingezet beleid om de gezondheidseffecten te beperken, blijft dit een aandachtspunt omdat de vermenging van veehouderijen en burgerbewoning in Nederland groot is: ruim 350.000 burgerwoningen liggen binnen 250 meter van een veehouderij.

De inrichting van de leefomgeving speelt een belangrijke rol bij het opvangen van de gevolgen van klimaatverandering. Gezondheidseffecten van klimaatverandering hebben onder andere te maken met hittestress en de verspreiding van ziekteverwekkers en allergenen. Het goed inzetten van groen en water in de leefomgeving is van belang om deze gezondheidseffecten te beperken. Groen en water in de leefomgeving kunnen ook helpen bij het stimuleren van beweging, en van sociale interactie en ontspanning. Het is bij de inzet van groen en water wel van belang om ook rekening te houden met mogelijk ongewenste neveneffecten, zoals ongedierte, verspreiding van infectieziekten en het vóórkomen van allergenen. Maatregelen zoals het stimuleren van openbaar vervoer en het autoluw maken van binnensteden kunnen de luchtkwaliteit verbeteren.

Op het gebied van arbeid is het doorzetten van de 24-uurseconomie een belangrijke toekomstige ontwikkeling. Hierdoor zal avond- en nachtwerk meer gaan vóórkomen. Langdurig werken in de nacht heeft een duidelijk verband met meer slaapproblemen en ziekten zoals diabetes en hart- en vaatziekten.

Ongezonde leefstijl veroorzaakt veel ziekte, sterfte en zorguitgaven

Ongezond gedrag, zoals roken, alcoholgebruik, te weinig bewegen en ongezonde voeding, was in 2015 verantwoordelijk voor bijna 20 procent van de ziektelast, ruim 35 duizend doden en 9 miljard aan zorguitgaven. Roken is hierbij de belangrijkste oorzaak van sterfte en ziekte (20 duizend doden en 9 procent van de ziektelast), gevolgd door ongezonde voeding, alcoholgebruik en weinig bewegen. Naast gedrag zijn de zogenoemde persoonsgebonden determinanten belangrijk. Dit zijn determinanten die zich vaak ontwikkelen door een wisselwerking tussen genen, gedrag en omgevingsfactoren. Hierbinnen zijn hoge bloeddruk, hoge bloedsuikerspiegel en overgewicht de belangrijkste determinanten. De persoonsgebonden determinanten samen veroorzaken iets minder sterfte en ziektelast dan gedrag, maar brengen wel hogere zorguitgaven met zich mee (10 miljard).

Naast gedrag en persoonsgebonden factoren zijn ook determinanten in de sociale en fysieke omgeving van belang. Een ongezond binnen- en buitenmilieu veroorzaakt 4 procent van de ziektelast. Binnen de categorie buitenmilieu is luchtverontreiniging een belangrijke determinant, die bijna 11 duizend doden veroorzaakt. Onder buitenmilieu vallen ook de gezondheidseffecten van UV-straling en geluidsoverlast. Mensen die veel blootgesteld zijn aan geluid overlijden vaker aan hart- en vaatziekten. Ongezonde arbeidsomstandigheden, zoals blootstelling aan stoffen en fysieke en psychische belasting, veroorzaken bijna 5 procent van de ziektelast, en bijna 2 miljard aan zorguitgaven.

Al deze determinanten samen verklaren ongeveer de helft van alle sterfte, een derde van alle ziektelast en een vijfde van alle zorguitgaven. Het merendeel komt dus door andere factoren die we

of (nog) niet kennen, of waarvoor er nog onvoldoende bewijs over de gezondheidseffecten is, zoals bij stress. Deze resultaten geven de effecten van de determinanten op de uitkomstmaten ziektelast, sterfte en zorguitgaven weer. Hier vallen effecten op uitkomstmaten zoals slaapverstoring, hinder en ziekteverzuim buiten. Meer informatie over de gebruikte methoden voor deze berekeningen vindt u [hier](#) [link methoden en achtergronden Synthese].

















Infographic. Bijdrage van determinanten aan ziektelast, sterfte en zorguitgaven. De getallen kunnen niet bij elkaar worden opgeteld. Door verbeterde methodiek kunnen deze resultaten niet vergeleken worden met de resultaten in de VTV-2014.

Bijdrage van verschillende determinanten aan ziektelast, sterfte en zorguitgaven





















⚠ Getallen kunnen niet bij elkaar worden opgeteld!

Gedrag	Persoonsgebonden
Ziektelast: 18,5 % Sterfte: 35.700 Zorguitgaven: € 8,6 mld	Ziektelast: 14,5 % Sterfte: 26.300 Zorguitgaven: € 9,9 mld

Gedrag











	ZIEKTELAST (%)	STERFTE (x1000)	ZORGUIGAVEN € (x miljard)
 Roken	 9,4%	 20,0	 2,4
 Ongezonde voeding	 8,1%	 12,9	 6,0
 Weinig beweging	 2,3%	 5,8	 2,7
 Alcohol gebruik	 1,5%	 1,8	 0,9

Persoonsgebonden


 Hoge bloeddruk	 6,7%	 12,6	 5,6
 Hoge bloed-suikerspiegel	 6,6%	 10,2	 5,8
 Overgewicht	 3,7%	 4,2	 1,5
 Cholesterol	 0,9%	 1,1	 0,4
 Lage botdichtheid	 0,7%	 2,9	 0,4



Arbeid

		ZIEKTELAST (%)	STERFTE (x1000)	ZORGUITGAVEN € (x miljard)
	Stoffen/omgeving	 3,0%	 4,1	 1,1
	Psychische belasting	 0,9%	0,0	 0,2
	Fysieke belasting	 0,7%	0,0	 0,3

Milieu

	Buitenmilieu	 3,5%	 11,9	 0,8
	Binnenmilieu	 0,5%	 1,1	 0,4

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, April 2018

Vaak opeenstapeling van gezondheids- én sociale problemen bij kwetsbare groepen

Leeswijzer

Dit webartikel is gebaseerd op het [Trendscenario \[link\]](#) en de [Themaverkenningen \[link\]](#) van deze VTV. De onderbouwing voor de hier gepresenteerde teksten, cijfers en figuren kunt u in deze onderdelen vinden, tenzij anders aangegeven. Het Trendscenario en de Themaverkenningen geven een beeld van hoe onze volksgezondheid en zorg zich de komende 25 jaar ontwikkelen als we op de huidige voet door zouden gaan en niets extra's zouden doen. Op deze manier kunnen de maatschappelijke opgaven voor de toekomst in kaart gebracht worden.

Kernboodschap

Een deel van de ouderen bevindt zich door een opeenstapeling van chronische aandoeningen en andere medische en sociale problemen in een kwetsbare situatie. Deze groep wordt groter in de toekomst. Mensen met een lagere sociaaleconomische status hebben vaker een ongezonde leefstijl. Ook hebben zij vaker te maken met sociale problemen, die stress met zich meebrengen. Negatieve effecten van ontwikkelingen op de arbeidsmarkt als robotisering en digitalisering treffen vooral laagopgeleiden. Dit kan de sociale problemen en stress in deze groep versterken. Vaak moeten eerst deze achterliggende sociale problemen worden opgelost, voordat er ruimte ontstaat om aan een gezonde leefstijl te werken.

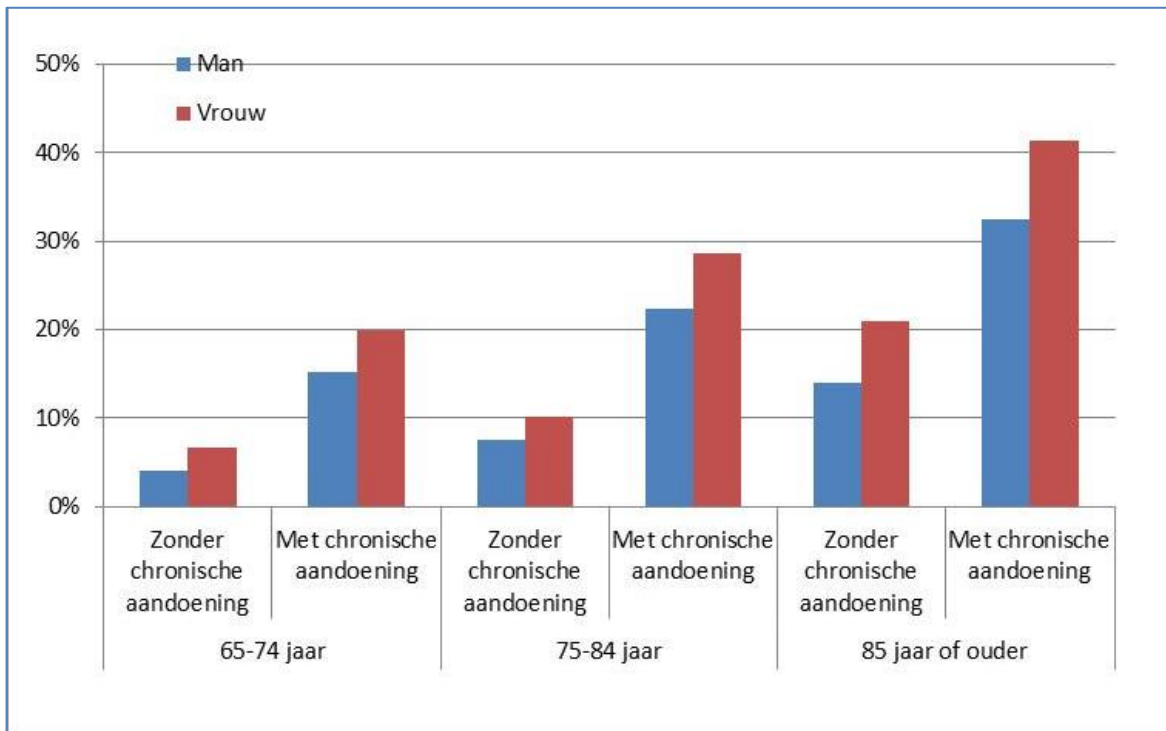
Opeenstapeling van problemen maakt ouderen kwetsbaar

Door de vergrijzing neemt het aandeel ouderen in de bevolking toe. Ouderen hebben vaak meerdere chronische aandoeningen tegelijk. Dit heet ook wel multimorbiditeit. Ook hebben ouderen vaak last van problemen zoals vallen, geheugenproblemen, gezichts- en gehoorstoornissen, beperkingen in het dagelijks functioneren, incontinentie, depressie, eenzaamheid en polyfarmacie (het gebruik van meerdere geneesmiddelen tegelijkertijd). Een deel van de ouderen bevindt zich door een stapeling van chronische aandoeningen en andere medische en sociale problemen in een kwetsbare situatie. Zij redden zich nu nog wel, maar een kleine verandering kan hen al uit balans brengen. Er zijn verschillende ontwikkelingen die bijdragen aan een toename van het aantal kwetsbare ouderen in de toekomst. Dit komt niet alleen omdat het aantal ouderen stijgt, maar ook doordat ouderen steeds vaker een heel hoge leeftijd zullen bereiken. Daarnaast zullen ouderen in de toekomst steeds vaker zelfstandig wonen en steeds vaker alleenstaand zijn.

In toenemende mate wordt verwacht dat mensen zelf de regie nemen bij het regelen van sociale steun en zorg. Veel mensen willen dat ook. Maar er zijn ook mensen die hier moeite mee hebben of dat niet willen. Ouderen hebben vaker het gevoel dat ze onvoldoende regie hebben over hun eigen leven dan andere leeftijdsgroepen. Dit geldt ook voor mensen met een chronische aandoening (zie figuur). Door de vergrijzing zal het aantal mensen dat onvoldoende regie ervaart daarom toenemen. Dit leidt dus tot een situatie waarin er meer ouderen zullen zijn met complexe problemen en er meer verwacht wordt van de actieve rol van ouderen bij het oplossen hiervan, terwijl de groep ouderen die hier moeite mee heeft groeit. Overigens hebben niet alleen ouderen moeite met het voeren van de regie over het eigen zorgproces. Dit komt onder alle leeftijdsgroepen voor, en ook onder zowel laag- als hoogopgeleiden. Het komt wel vaker voor bij ouderen dan bij andere leeftijdsgroepen. Juist voor ouderen die te maken hebben met een opeenstapeling van problemen kan het lastig zijn om hun wensen en behoeften goed te verwoorden. Dit geldt ook voor andere kwetsbare groepen zoals

ouderen met een migratieachtergrond en ouderen met een cognitieve beperking. Deze laatste groep wordt groter omdat de levensverwachting van mensen met een cognitieve beperking stijgt.

Figuur: Percentage 65-plussers met en zonder chronische aandoeningen dat onvoldoende regie over het eigen leven ervaart, 2016



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen GGD'en, CBS en RIVM 2016

Lees meer:

Gebruikte indicator(en): Percentage Nederlanders (65+) dat onvoldoende regie ervaart over hun eigen leven, voor mensen met en zonder chronische aandoening(en), per 10-jaarsleeftijdsklasse.

Gebruikte bron(en): Gezondheidsmonitor Volwassenen, GGD'en, CBS en RIVM, 2016.

Vaker ongezonde leefstijl en ook vaker sociale problemen bij lager opgeleiden

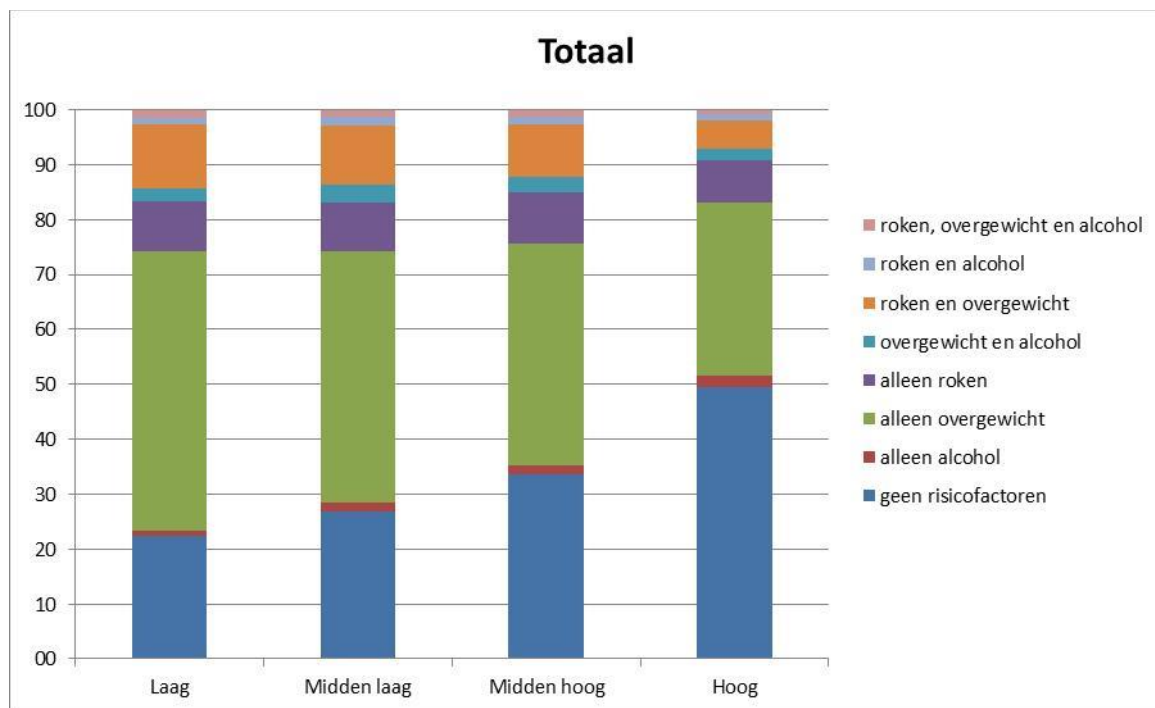
Mensen met een lagere opleiding hebben vaker een ongezonde leefstijl dan mensen met een hogere opleiding. Als we kijken naar roken, overmatig drinken en overgewicht, heeft 27 procent van de mensen met een lbo of mavo opleiding géén van deze ongunstige leefstijlfactoren. Bij mensen met een hbo of universitaire opleiding is dat 49 procent. Mensen met een lagere opleiding zijn vaker te zwaar en ook de combinatie overgewicht en roken komt in deze groep vaker voor. Dit patroon is nog duidelijker als er, naast opleidingsniveau, ook naar verschillen tussen mannen en vrouwen wordt gekeken. Bijna 60% van de vrouwen met een hogere opleiding heeft geen van deze drie risicofactoren; bij vrouwen met een lagere opleiding is dat 25%. Hoger opgeleide vrouwen drinken wel vaker overmatig dan vrouwen met lagere opleiding (zie figuur). In het algemeen drinken mannen echter vaker overmatig dan vrouwen.

Bij lager opgeleiden speelt ook vaker sociale problematiek, zoals werkeloosheid en armoede. Een aantal toekomstige ontwikkelingen op de arbeidsmarkt kunnen deze problematiek versterken,

omdat ze naar verwachting een grotere impact op lager opgeleide dan op hoger opgeleide werknemers hebben. Dit zijn vooral technologische ontwikkelingen, zoals robotisering en digitalisering. Door deze steeds complexer wordende technologieën zal er meer vraag zijn naar hoogopgeleide werknemers, met nieuwe vaardigheden, terwijl robots het werk van laagopgeleiden kunnen vervangen. De verdergaande digitalisering vraagt om andere competenties van werknemers, die bovendien snel veranderen. Een leven lang leren wordt hierdoor cruciaal. Laagopgeleiden, maar ook ouderen, flexwerkers en mensen met een slechte gezondheid zullen hierin mogelijk achterblijven.

Deze sociale problematiek levert stress op, en dat kan weer een ongunstig effect hebben op leefstijl. Er ontstaat vaak pas ruimte om te werken aan een gezonde leefstijl als de achterliggende oorzaken van deze stress zijn opgelost. Het inzetten op interventies als arbeidsbemiddeling of schuldhulpverlening is in dit soort gevallen daarom vaak een beter startpunt voor het verbeteren van de gezondheid dan het aanpakken van leefstijlfactoren.

Figuur: Percentage volwassen Nederlanders met geen, één, twee of drie risicofactoren (roken, overmatig alcohol gebruik, overgewicht) naar opleidingsniveau, 2016



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen GGD'en, CBS en RIVM 2016

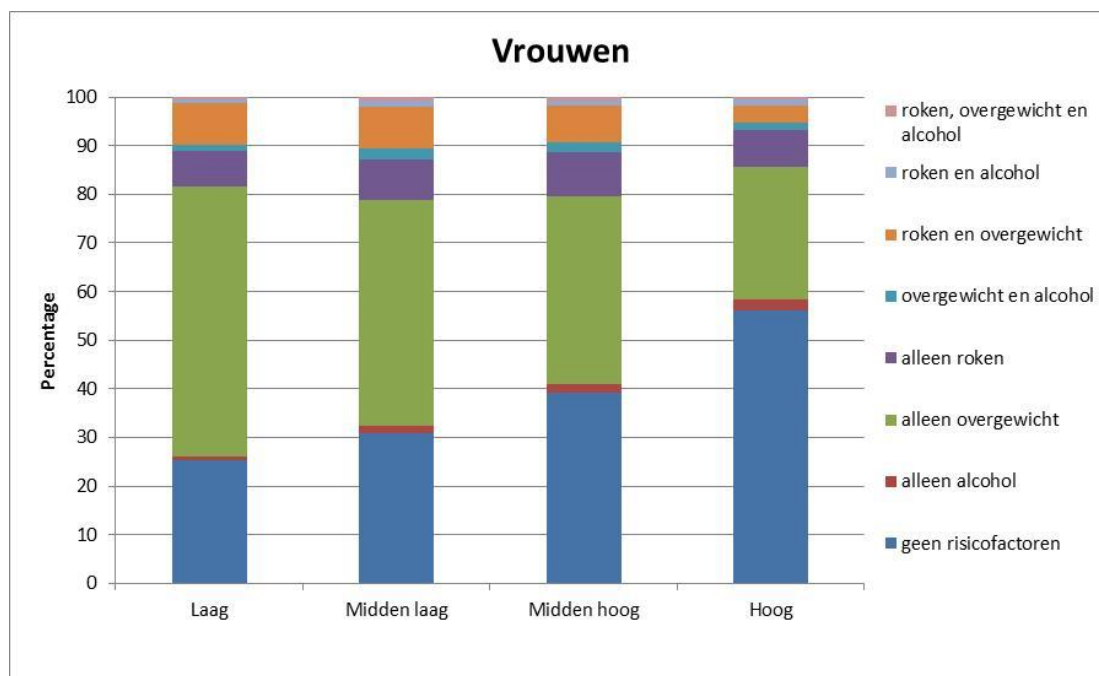
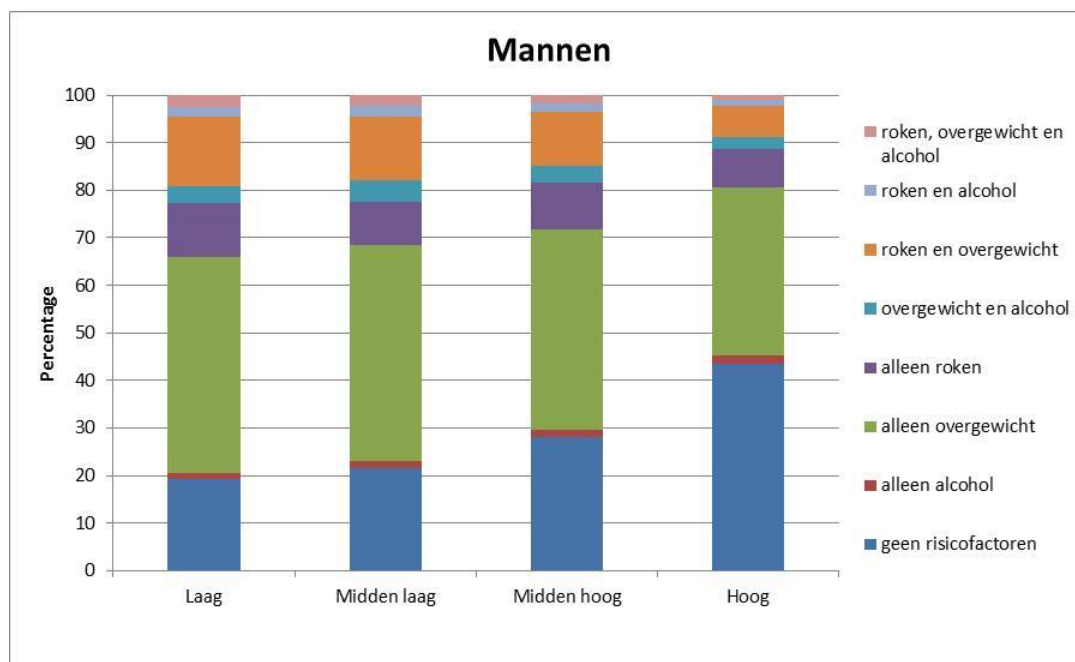
Lees meer:

Gebruikte indicator(en): Percentage (25+) met overgewicht (BMI≥25) en/of wel eens roken (inclusief dagelijks roken) en/of overmatig drinken, naar opleidingsniveau. De BMI is gebaseerd op de verhouding tussen lengte en gewicht. Overmatig drinken is gedefinieerd als meer dan 21 glazen alcohol per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen. Opleidingsniveau: Laag (geen opleiding, lager onderwijs), Midden laag (lbo, mavo), Midden hoog (mbo, havo, vwo), Hoog (hbo, wo).

Percentages kunnen afwijken van het Trendscenario omdat hier de Gezondheidsmonitor als bron is gebruikt, terwijl in het Trendscenario de Gezondheidsenquête is gebruikt als bron voor roken, alcoholgebruik en overgewicht.

Gebruikte bron(en): Gezondheidsmonitor Volwassenen, GGD'en, CBS en RIVM, 2016.

Figuur: Percentage volwassen Nederlanders met geen, één, twee of drie risicofactoren (roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht) naar opleidingsniveau en geslacht, 2016



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen GGD'en, CBS en RIVM 2016

Lees meer:

Gebruikte indicator(en): Percentage (25+) met overgewicht (BMI \geq 25) en/of wel eens roken (inclusief dagelijks roken) en/of overmatig drinken, naar opleidingsniveau en geslacht. De BMI is gebaseerd op

de verhouding tussen lengte en gewicht. Overmatig drinken is gedefinieerd als meer dan 21 glazen alcohol per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen. Opleidingsniveau: Laag (geen opleiding, lager onderwijs), Midden laag (lbo, mavo), Midden hoog (mbo, havo, vwo), Hoog (hbo, wo).

Percentages kunnen afwijken van het Trendskenario omdat hier de Gezondheidsmonitor als bron is gebruikt, terwijl in het Trendskenario de Gezondheidsenquête is gebruikt als bron voor roken, alcoholgebruik en overgewicht.

Gebruikte bron(en): Gezondheidsmonitor Volwassenen, GGD'en, CBS en RIVM, 2016.

Meer psychische problemen bij mensen met migratieachtergrond door opeenstapeling van risicofactoren

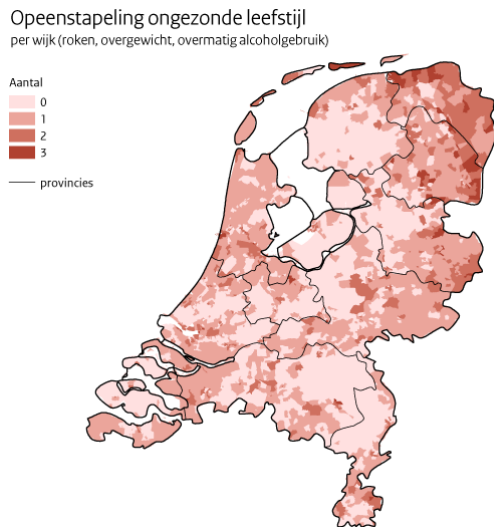
Dementie lijkt onder bepaalde groepen met een migratieachtergrond vaker voor te komen. Het aantal ouderen met een migratieachtergrond met dementie zal de komende jaren waarschijnlijk sneller stijgen dan het aantal ouderen met dementie met een Nederlandse achtergrond. Ook andere psychische problemen en psychische aandoeningen, zoals zich ontheemd voelen, psychose en depressie, komen vaker voor onder mensen met een migratieachtergrond. Dit komt waarschijnlijk door een opeenstapeling van risicofactoren, zoals een laag inkomen, lage gezondheidsvaardigheden, eenzaamheid, en het vaker voorkomen van hart- en vaatziekten en diabetes. Ook stress ten gevolge van de achterliggende oorzaken van migratie zoals oorlog en onzekere migratieprocessen spelen hierbij een rol.

Opeenstapeling van problemen ook op wijkniveau; veel clustering in Noordoost Nederland

Een opeenstapeling van problemen komt niet alleen voor bij individuen, maar ook in bepaalde wijken. Wijken waarin mensen vaker dan gemiddeld roken, overmatig alcohol drinken en overgewicht hebben, komen verspreid over heel Nederland voor. Er is echter wel een duidelijke clustering in het Noorden en het uiterste Oosten van het land. Om zicht te krijgen op waar zich ook veel sociale problemen voordoen, wordt gekeken naar wijken waar veel gebruik gemaakt wordt van regelingen op het gebied van arbeidsparticipatie en inkomensondersteuning. Ook de wijken waarin relatief veel gebruik gemaakt wordt van deze regelingen liggen verspreid over het hele land, met ook weer een duidelijke clustering in het Noordoosten (zie figuur). Er is dus overlap tussen de wijken waarin veel sociale problematiek voorkomt en wijken waarin veel ongezonde leefstijl voorkomt. Er is vooral overlap tussen het gebruik van sociale regelingen en roken en overgewicht. Voor meer informatie zie het [document met achtergronden en methoden](#) bij de Synthese [link].

De wijken waar veel mensen met lagere inkomens wonen hebben vaak een opeenstapeling van negatieve kenmerken, zoals meer luchtverontreiniging en geluidsoverlast door de nabijheid van (snel)wegen, slechtere isolatie van woningen, een minder beweegvriendelijke inrichting van de wijk en een groter aanbod van ongezond voedsel. Door verdergaande verstedelijking zal er binnen de steden verdringing plaatsvinden. Zo zorgen stijgende woningprijzen er voor dat alleen mensen met hoge inkomens zich een woning kunnen veroorloven in de meest gewilde buurten, vaak in en rond het centrum. Daardoor verandert de samenstelling van deze buurten, en wordt deze minder gevarieerd. Deze ontwikkeling versterkt de tweedeling; er komen wijken met vooral mensen met hogere inkomens en wijken waarin vooral mensen met lagere inkomens wonen. Dit zal ook de gezondheidsverschillen tussen wijken scherper maken.

Figuur: Opeenstapeling van bovengemiddeld voorkomen van risicofactoren (roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht) op wijkniveau.



Bron: SMAP-data RIVM in samenwerking met GGD'en

Lees meer:

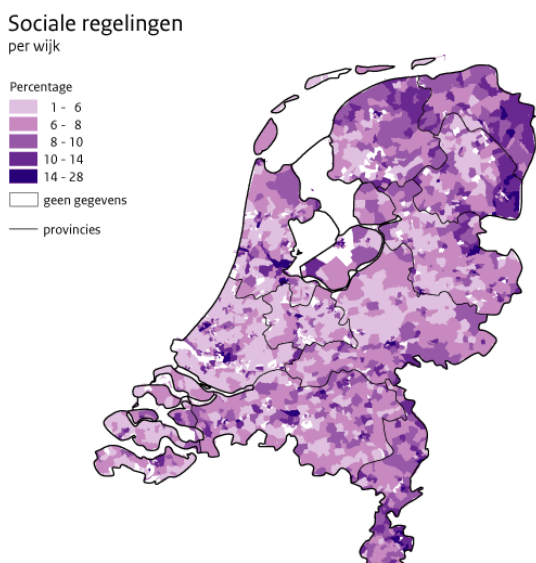
Gebruikte indicator(en): Bovengemiddeld voorkomen van risicofactoren (roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht) op wijkniveau.

Gebruikte bron(en): Bron: SMAP-data RIVM in samenwerking met GGD'en; gebaseerd op Gezondheidsmonitor Volwassenen, GGD'en, CBS en RIVM, 2016.

Meer informatie:

- Methoden en achtergronden bij de Synthese

Figuur: Percentage huishoudens dat gebruik maakt van regelingen op het gebied van inkomensondersteuning en arbeidsparticipatie op wijkniveau.



Bron: CBS, via Waarstaatjegemeente.nl

Lees meer:

Gebruikte indicator(en): Percentage huishoudens dat gebruik maakt van regelingen op het gebied van inkomensondersteuning en arbeidsparticipatie op wijkniveau.

Gebruikte bron(en): Bron: CBS stapelingsmonitor, via Waarstaatjegemeente.nl

Meer informatie:

- Methoden en achtergronden bij de Synthese

De zorguitgaven stijgen door demografie en technologie

Leeswijzer

Dit webartikel is gebaseerd op het [Trendscenario](#) [link] en de [Themaverkenningen](#) [link] van deze VTV. De onderbouwing voor de hier gepresenteerde teksten, cijfers en figuren kunt u in deze onderdelen vinden, tenzij anders aangegeven. Het Trendscenario en de Themaverkenningen geven een beeld van hoe onze volksgezondheid en zorg zich de komende 25 jaar ontwikkelen als we op de huidige voet door zouden gaan en niets extra's zouden doen. Op deze manier kunnen de maatschappelijke opgaven voor de toekomst in kaart gebracht worden.

Kernboodschap

De zorguitgaven stijgen met gemiddeld 2,9 procent per jaar tot 174 miljard euro in 2040. Dat is een verdubbeling ten opzichte van 2015. Een derde deel van deze groei komt door de vergrijzing en de groei van de bevolking, en twee derde door andere factoren zoals technologie. Technologische ontwikkelingen, waaronder (vaak dure) nieuwe medicijnen, zorgen voor een grote groei in de uitgaven aan bijvoorbeeld kanker. In 2040 wordt ruim vier maal zoveel uitgegeven aan de behandeling van kanker als in 2015. De relatie tussen technologie en zorguitgaven is complex. Technologische innovaties in de zorg kunnen kosten besparen, maar dan moeten wel kosteneffectieve interventies worden gebruikt en de oude technologie worden vervangen. Dit vraagt veel van de manier waarop de zorg wordt georganiseerd.

De zorguitgaven verdubbelen tot 174 miljard euro in 2040

De zorguitgaven stijgen met gemiddeld 2,9 procent per jaar tot 174 miljard euro in 2040. Dat is een verdubbeling ten opzichte van 2015. De zorguitgaven per persoon stijgen van 5.100 euro in 2015 tot 9.600 euro in 2040. Uitgaven zijn hier uitgedrukt in prijzen van 2015, en omvatten zowel collectieve als private uitgaven. Het aandeel van de zorguitgaven als percentage van het BBP neemt toe van 12,7 procent in 2015 naar 16,4 procent in 2040. Dit is gebaseerd op een veronderstelde groei van het BBP van 1,8 procent per jaar. Een derde deel van de groei in zorguitgaven komt door de vergrijzing en de groei van de bevolking. Twee derde is toe te schrijven aan andere factoren zoals technologie. Technologie omvat bijvoorbeeld nieuwe medicijnen, maar ook nieuwe apparatuur voor diagnostiek en behandeling, zoals scanapparatuur en operatierobots.

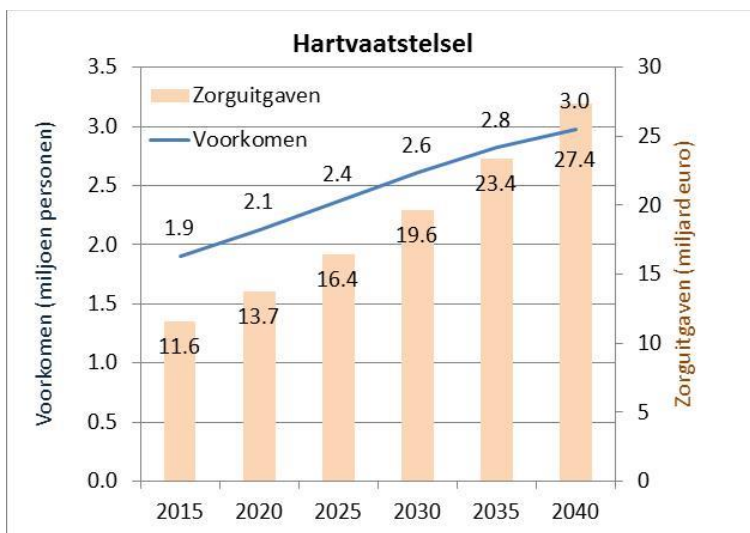
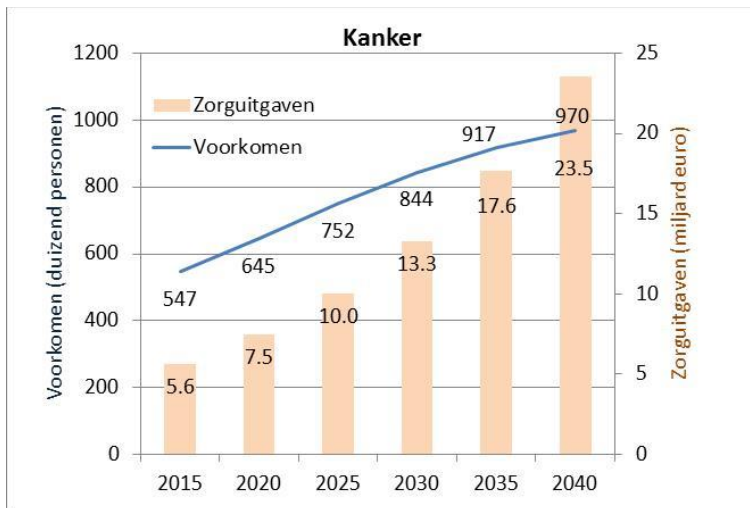
Van de uitgaven aan verschillende ziektegroepen groeien die voor de behandeling van kankers het snelst

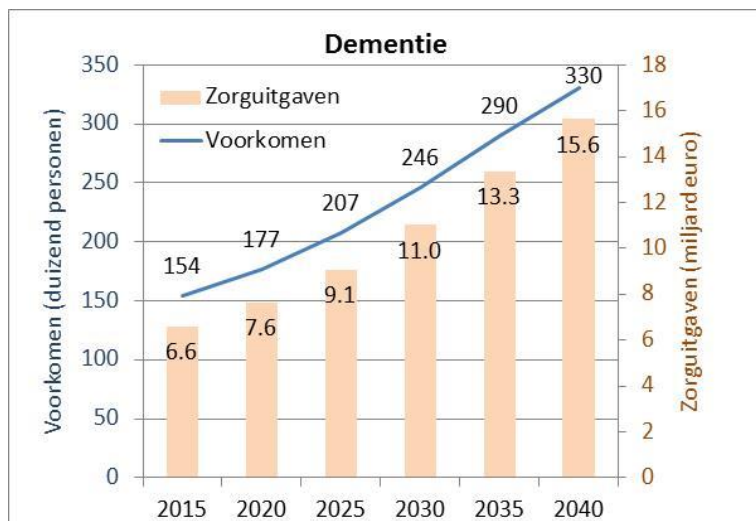
De groep van psychische stoornissen, inclusief dementie en verstandelijke beperking, blijft ook in 2040 de ziektegroep waaraan het meest wordt uitgegeven. In de periode 2015-2040 stijgen de uitgaven aan de behandeling van kanker het snelst, met gemiddeld 6 procent per jaar. In 2040 wordt ruim vier maal zoveel uitgegeven aan de behandeling van kanker als in 2015. Het aandeel van deze diagnosegroep in de totale zorguitgaven stijgt van 7 procent in 2015 naar 14 procent in 2040.

Van de groei in uitgaven aan kanker is een zesde deel toe te schrijven aan demografische ontwikkelingen, en vijf zesde deel aan andere factoren zoals technologie. Technologie bestaat hier

voor een belangrijk deel uit nieuwe medicijnen. Hierdoor zien we dat de groei in de mate waarin kanker voorkomt en de zorguitgaven aan kanker uit elkaar gaan lopen. Eenzelfde patroon, maar iets minder sterk, zien we bij hart- en vaatziekten. Bij dementie lopen de mate van voorkomen en de zorguitgaven grotendeels gelijk op (zie figuur).

Figuur: Ontwikkeling tussen 2015 en 2040 in de mate van voorkomen van en zorguitgaven aan kanker, hart- en vaatziekten en dementie





Bron: NIVEL, NKR, RIVM

Gebruikte indicator(en): Het aantal mensen met een bepaalde aandoening, en de absolute zorguitgaven aan bepaalde aandoeningen, 2015-2040.

Het aantal mensen met een bepaalde aandoening wordt op verschillende manieren geoperationaliseerd (o.a. jaarpreevalentie, 10-jaarpreevalentie), afhankelijk van de aard van de aandoening. Onder hart- en vaatziekten vallen: beroerte, coronaire hartziekten, endocard/klepaafwijkingen, hartfalen en hartritmestoornissen. Onder dementie vallen de ICD codes F01-F03, G30. Deze vallen onder de hoofdgroepen zenuwstelsel (Alzheimer) en psychische stoornissen (onder meer vasculaire dementie). Voor kanker is de gehele ICD hoofdgroep genomen (alle tumoren).

Gebruikte bron(nen): NIVEL Zorgregistraties eerste lijn; Nederlandse Kanker Registratie; Kosten van Ziektenstudies van het RIVM

Meer informatie:

- Methoden, achtergronden en aanvullende data bij het Trends scenario

Van de uitgaven aan verschillende zorgsectoren groeien die aan ouderenzorg het snelst

Van alle zorgsectoren stijgen de uitgaven aan de ouderenzorg het snelst, van 20 procent van de totale zorguitgaven in 2015 naar 25 procent in 2040. Absoluut gezien betekent dit een toename van 17 miljard naar 43 miljard. Ongeveer driekwart van deze groei is toe te schrijven aan demografische ontwikkelingen. Het aandeel van de uitgaven aan zorg voor 65-plussers stijgt van 43 procent in 2015 naar 58 procent in 2040.

De relatie tussen zorguitgaven en technologie is complex

Technologische ontwikkelingen verklaren een belangrijk deel van de groei in zorguitgaven. Technologische innovatie heeft daarin een dubbel gezicht. Trends in het verleden laten zien dat technologie leidt tot meer zorguitgaven. Maar de inzet van technologie kan ook leiden tot besparingen. De relatie tussen zorguitgaven en technologie is complex, en meerdere mechanismen spelen hierbij een rol. Nieuwe technologie schept bijvoorbeeld vaak meer vraag naar zorg. Denk aan minder invasieve operatietechnieken die ook voor fragiele patiënten geschikt zijn. Daarnaast slaan

positieve effecten van zorg in het algemeen en zorgtechnologie in het bijzonder ook neer buiten de zorg, zoals een toegenomen arbeidsparticipatie. Deze effecten worden niet meegenomen bij de evaluatie van de inzet van nieuwe zorgtechnologie. Ook worden de technologische mogelijkheden in de zorg sterk beïnvloedt door ontwikkelingen buiten de zorg. Dit maakt sturing lastig.

Kosten besparen door inzet technologie gaat niet vanzelf

Een voorwaarde voor het bereiken van kostenbesparing door de inzet van nieuwe technologie is dat er gestuurd wordt op het toepassen van kosteneffectieve interventies en het tijdig stoppen met het bekostigen van achterhaalde technologie. Dat vereist een actief beleid. Nieuwe technologieën maken ook verplaatsing van zorg van de duurdere tweede naar de goedkopere eerste lijn mogelijk. Dit leidt tot kostenbesparing, mits 'oude' vormen van zorg worden uitgefaseerd. Dat gaat niet vanzelf, omdat niet alleen het werk, maar ook de financieringsstroom wordt verschoven. Dit kan weerstand veroorzaken omdat dit leidt tot verlies van inkomen in de tweede lijn. Er zijn ook innovaties die juist tot vertrek van zorg uit de eerste naar de tweede lijn leiden, omdat het leidt tot complexere zorg. Verplaatsing van 'duur' naar 'goedkoop' gaat dus niet vanzelf, en vraagt veel van de manier waarop de zorg is georganiseerd.

Handen aan het bed zijn moeilijk te automatiseren

Ondanks alle technologische vooruitgang blijft zorg voor een groot deel nog altijd mensenwerk, goed voor 1,4 miljoen banen in Nederland. Anders dan in de landbouw, industrie en zakelijke dienstverlening, laten veel banen in de zorg zich niet weg automatiseren. Daardoor zal de productiviteit nooit zo sterk kunnen stijgen als in die andere sectoren, wat de inzet van arbeid relatief steeds duurder maakt. Er is nu al een tekort aan arbeidskrachten in bepaalde domeinen, zoals in de ouderenzorg, en door de vergrijzing zal de zorgvraag stijgen. In combinatie met het feit dat veel zorg zich niet gemakkelijk laat automatiseren is het garanderen van voldoende handen aan het bed daarom een belangrijk aandachtspunt is voor de toekomst.

De zorg verandert door technologie en veranderende rol patiënt

Leeswijzer

Dit webartikel is gebaseerd op het [Trendscenario](#) [link] en de [Themaverkenningen](#) [link] van deze VTV. De onderbouwing voor de hier gepresenteerde teksten, cijfers en figuren kunt u in deze onderdelen vinden, tenzij anders aangegeven. Het Trendscenario en de Themaverkenningen geven een beeld van hoe onze volksgezondheid en zorg zich de komende 25 jaar ontwikkelen als we op de huidige voet door zouden gaan en niets extra's zouden doen. Op deze manier kunnen de maatschappelijke opgaven voor de toekomst in kaart gebracht worden.

Kernboodschap

Technologie kan veel voor onze volksgezondheid betekenen en de zorg ingrijpend veranderen. Het gebruik van technologie in de zorg neemt toe, maar vooral de digitalisering gaat minder snel dan in andere domeinen van ons dagelijks leven. Hieraan liggen verschillende oorzaken ten grondslag, zowel binnen als buiten de zorg. Dit maakt het ingewikkeld om technologie in de zorg uit te breiden. Patiënten doen steeds meer zelf, en dit wordt versterkt door nieuwe technologische mogelijkheden. Dit vergt nieuwe en andere vaardigheden van zorgverleners en patiënten, maar ook aandacht voor groepen die er moeite mee hebben.

Technologie kan de zorg ingrijpend veranderen...

Technologieën zoals robotisering, 3D-printing, gentechnologie en Virtual Reality (VR) kunnen in de toekomst veel voor onze volksgezondheid betekenen en de zorg ingrijpend veranderen. Dit geldt ook voor data-gedreven technologie zoals eHealth, Big Data, en Artificial Intelligence. Er worden veel innovatieve technieken ontwikkeld, ook in de zorg. Er zijn bijvoorbeeld VR toepassingen die succesvol worden ingezet bij de handeling van posttraumatische stressstoornis en angststoornissen. Gentechnologie kan voor de diagnostiek en behandeling van veel aandoeningen van grote betekenis zijn. Bij kanker is het bijvoorbeeld mogelijk de genetische eigenschappen van een tumor te bepalen om daarmee te voorspellen welke behandeling het beste zal aanslaan. Hierdoor kunnen patiënten zorg op maat krijgen (personalised medicine). Ook eHealth toepassingen zoals sensoren en wearables maken zorg op maat mogelijk.

Diagnoses en behandelingen worden in de toekomst dus steeds specifiek. Dit leidt tot een toename van unieke behandelingspaden. Net als in veel andere landen is de gezondheidszorg in Nederland ingericht op een manier die uitgaat van het bereiken van een zo groot mogelijke groep met de best mogelijke behandeling. Hiervoor wordt vaak gebruik gemaakt van standaardisatie van medische behandelingen, logistieke processen en infrastructuur. De organisatie van de zorg zal zich dus aan moeten passen aan de toenemende personalised medicine.

Door de voortschrijdende technologische mogelijkheden verschuift zorg ook steeds meer naar bij de patiënten thuis. Zo zal naar verwachting een deel van de zorg voor mensen met kanker zich in de toekomst verplaatsen van de polikliniek naar het eigen huis van de patiënt. Dit vergt aanpassingen in het zorgsysteem en in de vaardigheden van zorgprofessionals en patiënten.

... maar invoering en brede toepassing in de zorg gaan niet vanzelf

Het gebruik van technologie in de zorg neemt toe, maar blijft achter bij de mogelijkheden. Vooral de digitalisering gaat minder snel dan in andere domeinen van ons dagelijks leven. Meerdere factoren lijken hierbij een rol te spelen. Zorgverleners en –inkopers ervaren belemmeringen in de zorginkoop, kostenbeheersing en wet- en regelgeving. Ook zijn zij niet altijd op de hoogte zijn van alle mogelijkheden. Verder zijn er belemmerende factoren in de zorgsector zelf. De toepassing van technologieën zoals eHealth vraagt veel van de organisatie van de zorg. Zo moeten zorgverleners én patiënten over de juiste digitale vaardigheden beschikken. Voor sommige mensen, zoals laaggeletterden en ouderen, zal dit lastig zijn. Deze groepen vragen daarom speciale aandacht van de zorg en de zorgverlener. Ook zijn er mensen die misschien wel de vaardigheden hebben, maar die niet mee willen in de steeds verdere digitalisering. Patiënten en zorgverleners zijn vaak behoudend (status quo bias) en ook wordt vaak niet geleerd van succesvolle voorbeelden (het not invented here-syndroom). Een andere belemmering is dat IT-systemen niet goed op elkaar aansluiten. De uitbreiding van technologie in de zorg is met al deze factoren een erg complex vraagstuk.

Nieuwe technologieën brengen naast kansen voor de volksgezondheid ook risico's met zich mee. Denk aan het schenden van de privacy als de groeiende hoeveelheid gezondheidsdata voor verkeerde doeleinden worden gebruikt. Ook het stimuleren van inactiviteit en de steeds grotere afhankelijkheid van internet en van elektriciteit zijn risico's van het toenemend gebruik van technologie. De inzet van nieuwe technieken roept ook ethische dilemma's op, zoals vraagstukken over het recht om dingen niet te willen weten, en het manipuleren van genetische informatie en maakbaarheid. Een ander vraagstuk dat zich aandient met de inzet van nieuwe techniek is wie er verantwoordelijk en aansprakelijk is als het onverhoopt misgaat.

De patiënt doet steeds meer zelf

Leven met een chronische aandoening vergt veel van patiënten. De komende decennia neemt het aantal mensen met chronische aandoeningen toe en zal zelfmanagement steeds belangrijker worden. Zelfmanagement is de actieve rol die mensen met een chronische aandoening hebben om complicaties te voorkomen en de aandoening goed in te passen in het dagelijks leven. In de toekomst zal waarschijnlijk een steeds groter beroep worden gedaan op een actieve rol van mensen zelf. Het is de verwachting dat nieuwe technologieën zoals eHealthtoepassingen dit verder zullen ondersteunen.

Zelfmanagement zorgt voor spanningen in de relatie tussen patiënten en zorgverleners. Wat voor de zorgverlener belangrijk is, is dat namelijk lang niet altijd voor de patiënt. Het omgaan met deze verschillen en de vrijheid die patiënten nemen als ze hun ziekte zelf moeten managen is voor zorgverleners soms lastig. Autonomie betekent namelijk ook dat patiënten de vrijheid hebben om af te wijken van bewezen effectieve behandelingen. Patiënten willen dat zorgverleners erkennen dat zij als ervaringsdeskundigen ook specifieke en nuttig kennis hebben over hun aandoening. Door deze ontwikkelingen zal de rol van de zorgverlener veranderen. Zij zullen in de toekomst door patiënten steeds vaker worden aangesproken als 'coach', medenker of voorlichter. De ondersteuning van patiënten en hun omgeving bij het maken van keuzes en het formuleren van hun wensen en behoeftes hoort daarom bij de nieuwe vaardigheden van zorgverleners.

Alertheid op bekende én nieuwe risico's nodig

Leeswijzer

Dit webartikel is gebaseerd op het [Trendscenario](#) [link] en de [Themaverkenningen](#) [link] van deze VTV. De onderbouwing voor de hier gepresenteerde teksten, cijfers en figuren kunt u in deze onderdelen vinden, tenzij anders aangegeven. Het Trendscenario en de Themaverkenningen geven een beeld van hoe onze volksgezondheid en zorg zich de komende 25 jaar ontwikkelen als we op de huidige voet door zouden gaan en niets extra's zouden doen. Op deze manier kunnen de maatschappelijke opgaven voor de toekomst in kaart gebracht worden.

Kernboodschap

Antibioticaresistentie blijft een bedreiging vormen voor onze volksgezondheid. Blijvende aandacht voor dit probleem is nodig. Andere aandachtspunten zijn het goed inzetten van groen en water in de leefomgeving om de effecten van klimaatverandering op te vangen en de dalende vaccinatiegraad. Er zijn ook nieuwe ontwikkelingen die mogelijk risico's met zich meebrengen. Zo kunnen technologieën als virtual reality en 3D-printing nog onbekende gezondheidseffecten hebben als ze vaker gebruikt gaan worden. Verder zullen er meer medicijnresten, microplastics en nanodeeltjes in ons milieu komen. De gezondheidseffecten hiervan zijn nu nog niet duidelijk.

Blijvende aandacht nodig voor antibioticaresistentie, klimaatveranderingen en dalende vaccinatiegraad

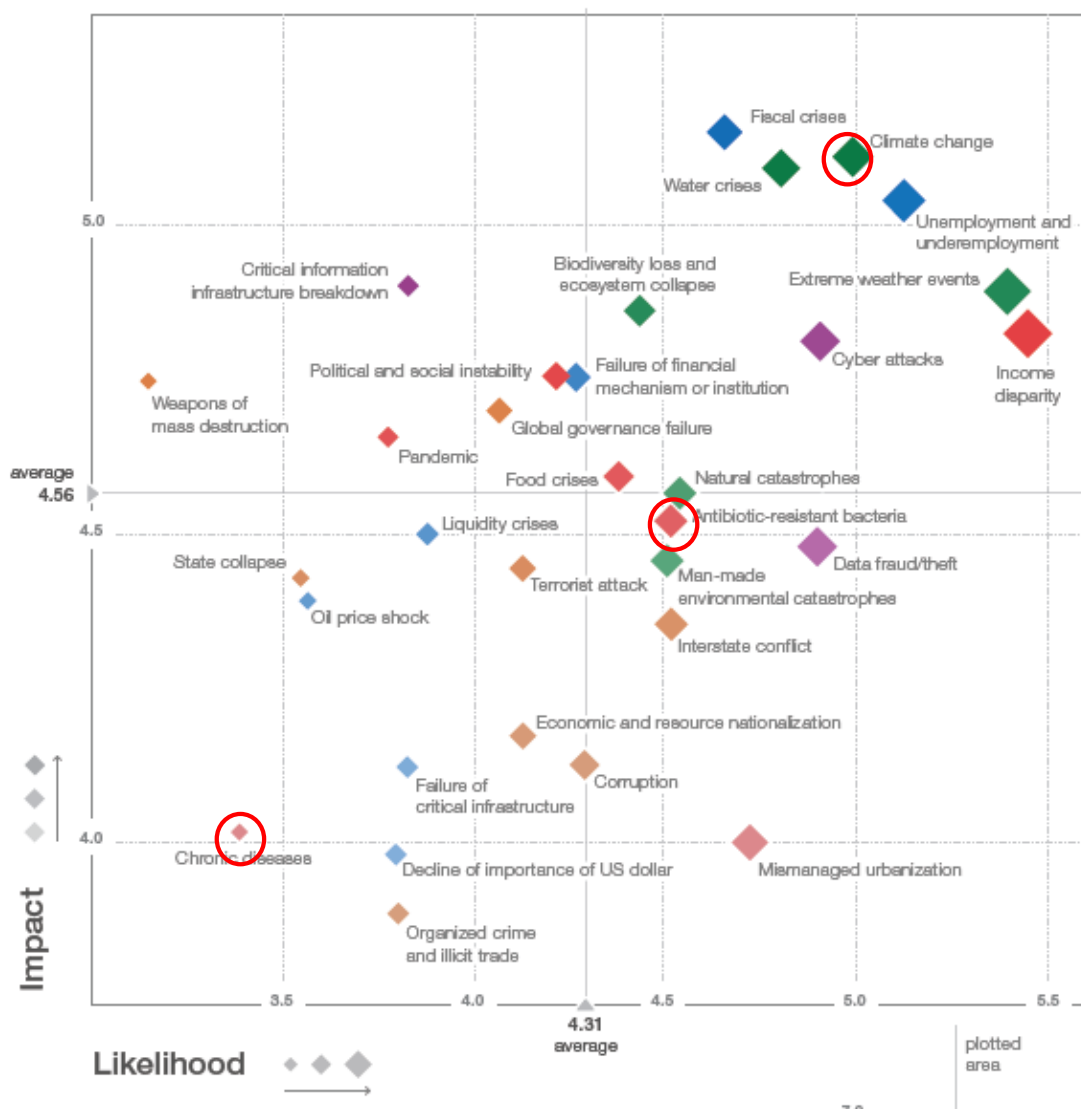
Antibioticaresistentie en klimaatverandering zijn bekende bedreigingen voor onze volksgezondheid. Ook op mondiale schaal worden deze twee ontwikkelingen gezien als belangrijke risico's voor instabiliteit, met een gemiddeld tot hoge waarschijnlijkheid en impact (zie figuur). Antibioticaresistentie en klimaatverandering hebben momenteel een relatief klein effect op de volksgezondheid in Nederland, maar kunnen potentieel wel een groot effect hebben in de toekomst als deze ontwikkelingen niet goed opgevangen zouden worden. Een mogelijk gevolg van toenemende antibioticaresistentie is dat infecties in de toekomst niet meer goed behandeld kunnen worden. Dit kan grote gevolgen voor onze volksgezondheid hebben. Er is al veel beleid ingezet om dit te voorkomen. Dit beleid richt zich op het verminderen van de verspreiding van resistentie bacteriën en op het verminderen van het gebruik van antibiotica, zowel bij mensen als bij dieren. Ook wordt er ingezet op de ontwikkeling van nieuwe antibiotica. Antibioticaresistentie in Nederland wordt ook beïnvloed door wat er in het buitenland gebeurt. Daarom is het van belang continu in de gaten te houden hoe het probleem zich ontwikkelt, en is zowel een nationale als internationale aanpak nodig. Door de vergrijzing zullen er in de toekomst meer mensen verplaatst worden tussen verschillende zorginstellingen. Dit verhoogt het risico op verspreiding van resistente bacteriën. Ook het feit dat mensen steeds meer gaan reizen draagt bij aan verdere verspreiding. (Zie ook het verdiepende webartikel over [antibioticaresistentie](#) [link]).

Ook voor de dreigende effecten van klimaatverandering is al langere tijd aandacht. Het goed inzetten van groen en water in de leefomgeving om deze effecten op te vangen blijft hierbij van belang, zeker omdat groen en water in stedelijke gebieden onder druk kunnen komen te staan door de verdergaande verstedelijking. Door klimaatverandering kan de verspreiding van ziekteverwekkers en allergenen toenemen. Ook leidt het tot meer hittestress. Vooral ouderen en andere kwetsbare

groepen zoals jonge kinderen, mensen met luchtwegaandoeningen en mensen met hart- en vaataandoeningen zijn hier gevoelig voor. Door de vergrijzing zal het belang van hittestress als volksgezondheidsprobleem in de toekomst toenemen.

Een derde bekend probleem dat blijvende aandacht verdient, is de dalende vaccinatiegraad. Nederland zit nu voor de eerste en tweede vaccinatie voor bof, mazelen en rode hond (BMR) onder de norm van 95% van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Een dalende vaccinatiegraad vergroot het risico op toekomstige uitbraken. Dit risico is het grootst voor mazelen omdat dit een zeer besmettelijke ziekte is, met kans op ernstige gevolgen. Eenzelfde daling is zichtbaar voor andere vaccinaties in het Rijksvaccinatieprogramma.

Figuur: Overzicht van grootste bedreigingen voor stabiliteit in de wereld, 2014



Bron: World Economic Forum

Nieuwe technologie heeft mogelijk negatieve effecten op de volksgezondheid

Naast bekende bedreigingen komen er ook verschillende nieuwe ontwikkelingen op ons af, die mogelijk een effect hebben op de volksgezondheid. Een aantal daarvan heeft te maken met technologie. Zo is het voorstelbaar dat langdurig verblijf in een virtuele werkelijkheid psychische en lichamelijke problemen kan veroorzaken. Hier hebben we nu nog geen goed zicht op. Als er in de toekomst meer 3D-geprinte producten worden gebruikt, kan dit mogelijk gevaren voor de volksgezondheid opleveren. Door de decentralisatie van productie kan de overheid burgers minder goed beschermen tegen onveilige situaties en inferieure producten. Centrale kwaliteitscontrole is dan lastiger. Dat geldt zowel voor de controle op het productieproces als op het eindresultaat. Tijdens het smelten van grondstoffen en tijdens het printen kunnen er giftige stoffen vrijkomen en het eindproduct kan gebreken vertonen, waardoor het onveilig is.

Het is bekend dat veelvuldig gebruik van koptelefoons bij een hoge geluidssterkte schade kan toebrengen aan het gehoor. Daarnaast is aangetoond dat het langdurig kijken naar schermen leidt tot lichamelijke problemen, zoals bijziendheid, en een verstoord bioritme en slaapproblemen door 'blauw licht'. Door de verdergaande digitalisering is het waarschijnlijk dat we in de toekomst steeds meer gebruik zullen maken van schermen. Dit kan dus een negatief effect op hebben op de volksgezondheid. Het is nu echter nog niet duidelijk hoe groot die impact zal zijn.

Meer medicijnresten, microplastics en nanodeeltjes in ons milieu

Door de vergrijzing zullen er in de toekomst meer medicijnen gebruikt worden. Dit zal leiden tot meer medicijnresten in het oppervlaktewater. Deze worden namelijk slechts gedeeltelijk verwijderd bij de zuivering van afvalwater. Er is nog weinig bekend over de gevolgen hiervan voor de volksgezondheid. Door toenemend gebruik van plastics zullen er ook steeds meer microplastics in het oppervlaktewater en op andere plekken in de leefomgeving komen, zoals de voedselketen. Dit kan nieuwe, nu nog onbekende, gezondheidsrisico's met zich meebrengen, zeker ook omdat plastics nauwelijks afbreken en er vele additieven aan worden toegevoegd.

Voor de toekomst wordt ook een verdere groei van toepassingen van nanotechnologie verwacht. Hierbij kunnen nanodeeltjes vrijkomen in het milieu. Het is echter niet duidelijk wat hiervan de gevolgen zijn. Er is wel kennis over de schadelijkheid van sommige nanomaterialen. Slecht oplosbare nanodeeltjes kunnen bij inademen bijvoorbeeld leiden tot lokale ontstekingen in de longen. Sommige deeltjes kunnen in de bloedbaan belanden en zich ophopen in organen als de lever en de milt. Ook is bekend dat bepaalde soorten nanovezels asbestachtige reacties kunnen veroorzaken. Er is echter weinig inzicht in de werkelijke blootstelling van mensen aan nanodeeltjes, waardoor de impact op de volksgezondheid nu niet te bepalen is.

Handelingsopties: hoe kunnen we omgaan met de opgaven die op ons afkomen?

Handelingsopties: hoe kunnen we omgaan met de opgaven die op ons afkomen? – webartikel 1

Belangrijke opgaven voor de toekomst volgens burgers, professionals en studenten

Leeswijzer

De webartikelen in het onderdeel 'Toekomstige ontwikkelingen' van deze Synthese laten zien hoe onze volksgezondheid en zorg zich de komende 25 jaar ontwikkelen als we op de huidige voet door zouden gaan en niets extra's zouden doen. Al deze ontwikkelingen samen geven een beeld van de opgaven waar we als maatschappij voor staan. Dit webartikel beschrijft welke van deze ontwikkelingen burgers en professionals en studenten in het volksgezondheidsdomein het meest urgent vinden; waar zouden we als maatschappij nu actie op moeten ondernemen, om problemen in de toekomst te voorkomen? Dit is onderzocht met behulp van een vragenlijst. De uitkomsten van deze vragenlijst zijn gebruikt om een selectie te maken van drie opgaven, waarvoor in deze VTV [handelingsopties \[link\]](#) zijn uitgewerkt. De handelingsopties zijn uitgewerkt op basis van brede stakeholderbijeenkomsten. Deze Synthese bevat drie webartikelen over en naar aanleiding van de handelingsopties: een met een samenvatting van de [belangrijkste aanbevelingen van de stakeholders voor de handelingsopties \[link\]](#), een over een aantal overkoepelende [kansen en speerpunten voor beleid en maatschappij \[link\]](#), en een met [aandachtspunten voor de kennis- innovatie-agenda's \[link\]](#).

Kernboodschap

Van alle ontwikkelingen in het Trendsscenario en de Themaverkenningen van de VTV-2018 vinden burgers de dreiging van antibioticaresistentie de meest urgente maatschappelijke opgave voor de toekomst. Professionals en studenten in het volksgezondheidsdomein vinden dit ook een urgente opgave. Daarnaast worden sterfte door hart- en vaatziekten en kanker, de verdubbeling van het aantal mensen met dementie en de stijging van de zorguitgaven als heel urgent gezien. Professionals vinden de achterstand in gezonde levensverwachting bij mensen met een lagere sociaaleconomische status het meest urgent, en studenten de toenemende druk op jongeren en jongvolwassenen.

Uitkomsten vragenlijst laat overlap maar ook verschillen tussen respondenten zien

Samen brengen het Trendsscenario en de Themaverkenningen van de VTV-2018 een groot aantal toekomstige ontwikkelingen in beeld. Deze ontwikkelingen zijn allemaal van belang voor de volksgezondheid en zorg in Nederland. Om inzicht te krijgen in wat verschillende groepen in de maatschappij hiervan het meest urgent vinden, is een vragenlijst ontwikkeld. Hiervoor zijn het Trendsscenario en de Themaverkenningen samengevat in 41 ontwikkelingen. Aan burgers en professionals en studenten in het volksgezondheidsdomein is vervolgens gevraagd aan te geven hoe urgent zij deze toekomstige ontwikkelingen vinden.

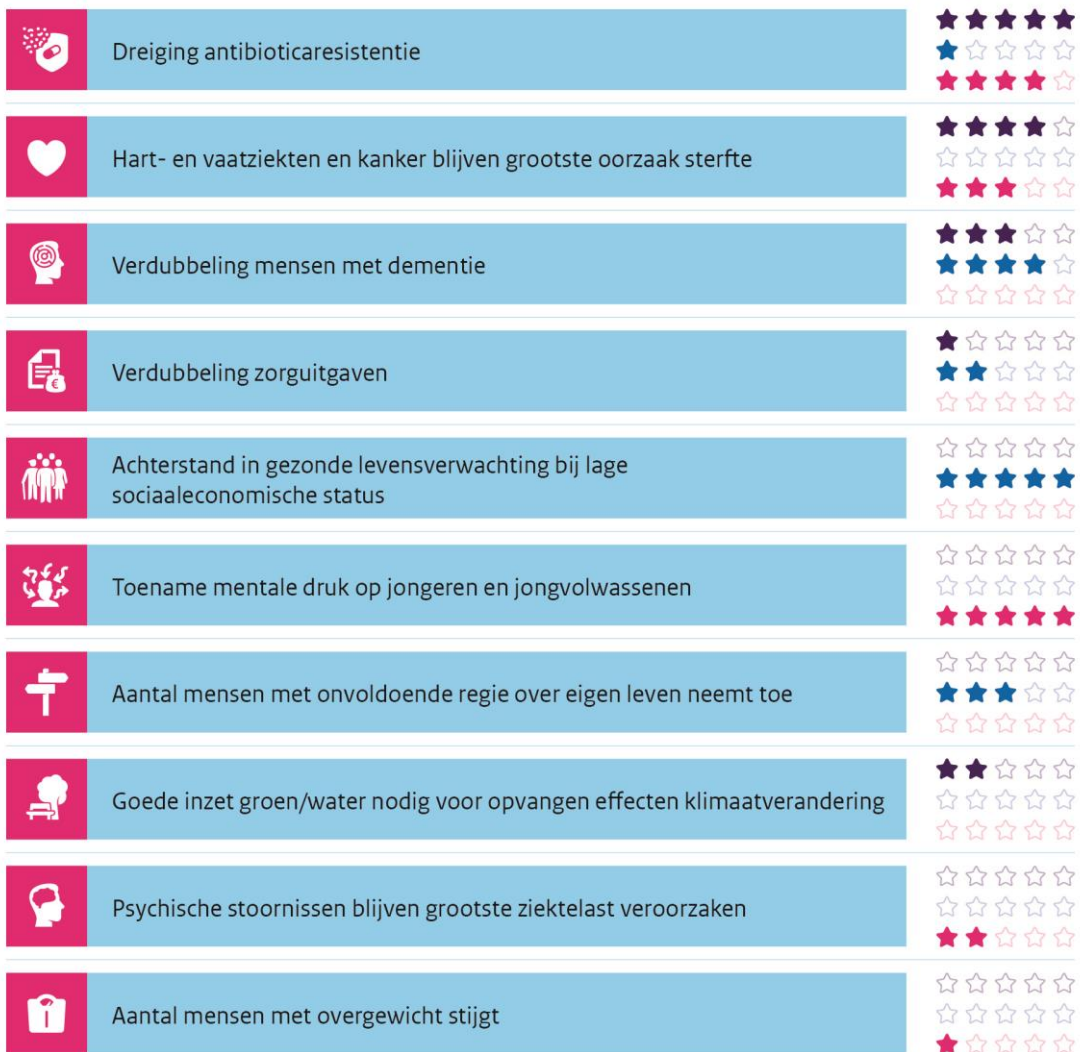
De uitkomsten van de vragenlijst laten zien dat alle drie de respondentgroepen de dreiging van antibioticaresistentie een urgente maatschappelijke opgave vinden. Burgers en professionals vinden ook de verdubbeling van het aantal mensen met dementie en de verdubbeling van de zorguitgaven urgent. Burgers en studenten vinden het feit dat hart- en vaatziekten en kanker het grootste deel van de sterfte blijven veroorzaken een urgente ontwikkeling. Naast overlap zien we ook verschillen. Professionals vinden sociaaleconomische gezondheidsverschillen heel urgent, terwijl burgers en

studenten deze minder urgent vinden. Studenten vinden de toenemende mentale druk op jongeren en jongvolwassenen het meest urgent. Ontwikkelingen die gerelateerd zijn aan leefstijl en technologie worden vaak als minst urgent genoemd (zie infographic).

De uitkomsten van de vragenlijst zijn gebruikt om een selectie te maken van drie opgaven, waarvoor in deze VTV handelingsopties zijn uitgewerkt. [Hier](#) [link naar webartikel vragenlijst onder Handelingsopties] kunt u meer lezen over de vragenlijst en de selectieprocedure. Meer informatie over de handelingsopties vindt u [hier](#) [link naar landingspagina handelingsopties].

Vragenlijst urgentie toekomstige ontwikkelingen

Wat vinden respondenten het **meest urgent**?







De vragenlijst bevatte in totaal 41 toekomstige ontwikkelingen

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, April 2018

Vragenlijst urgentie toekomstige ontwikkelingen

Wat vinden respondenten het **minst urgent**?

Burgers	Professionals	Studenten
★ 1.077 ondervraagd	★ 269 ondervraagd	★ 154 ondervraagd
Representatieve steekproef	Beleid, volksgezondheid, zorg en wetenschap	WO en HBO studies gerelateerd aan volksgezondheid en zorg

	In 2040 rookt een op de zeven volwassenen	★★★★☆ ★☆☆☆☆ ★★★☆☆
	Technologie veroorzaakt het grootste deel van de stijging van de zorguitgaven	☆☆☆☆☆ ★★★★★ ★★★☆☆
	Het toenemend gebruik van data brengt risico's voor de privacy met zich mee	☆☆☆☆☆ ★★★★★ ★☆☆☆☆
	De meeste mensen eten niet volgens de richtlijnen gezonde voeding	★★★★☆ ★☆☆☆☆ ☆☆☆☆☆
	Bijna een op de tien volwassenen drinkt overmatig	★★★☆☆ ☆☆☆☆☆ ★★☆☆☆
	Er roken drie keer zoveel mensen met een lage als met een hoge sociaal-economische status	★★★★★ ☆☆☆☆☆ ☆☆☆☆☆
	Voor sommige groepen werknemers zal het moeilijk zijn om de digitalisering bij te benen	☆☆☆☆☆ ☆☆☆☆☆ ★★★★★
	Nieuwe technologieën kunnen nieuwe gezondheidsrisico's met zich meebrengen	☆☆☆☆☆ ★★★☆☆ ☆☆☆☆☆
	Flexibilisering van de arbeidsmarkt en robotisering kunnen negatieve effecten op de gezondheid hebben	☆☆☆☆☆ ★★☆☆☆ ☆☆☆☆☆
	Nieuwe technieken, zoals gentechnologie, roepen ethische vragen op	★☆☆☆☆ ☆☆☆☆☆ ☆☆☆☆☆

De vragenlijst bevatte in totaal 41 toekomstige ontwikkelingen

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, April 2018

Handelingsopties: hoe kunnen we omgaan met de opgaven die op ons afkomen? – webartikel 2

Handelingsopties voor drie maatschappelijke opgaven

Leeswijzer

De webartikelen in het onderdeel ‘Toekomstige ontwikkelingen’ van deze Synthese laten zien hoe onze volksgezondheid en zorg zich de komende 25 jaar ontwikkelen als we op de huidige voet door zouden gaan en niets extra’s zouden doen. Al deze ontwikkelingen samen geven een beeld van de opgaven waar we als maatschappij voor staan. Op basis van de [uitkomsten van een vragenlijst](#) [link naar webartikel Synthese over vragenlijst] zijn uit al deze ontwikkelingen drie opgaven geselecteerd, waarvoor in deze VTV [handelingsopties](#) [link naar onderdeel Handelingsopties] zijn uitgewerkt; wat is er nodig om deze opgaven aan te pakken, en wie kan daarbij een rol spelen? De handelingsopties zijn uitgewerkt op basis van brede stakeholderbijeenkomsten. Dit webartikel vat de belangrijkste aanbevelingen van de stakeholders samen. Op basis van de handelingsopties voor de drie geselecteerde opgaven kunnen ook een aantal overkoepelende kansen en speerpunten voor beleid en maatschappij geïdentificeerd worden (zie [webartikel](#)) [link], en een aantal aandachtspunten voor de kennis- innovatie-agenda’s (zie [webartikel](#)) [link].

Kernboodschap

Een aantal van de grote opgaven waar we voor staan zijn complex van aard, en kunnen het beste aangepakt worden met een integrale en persoonsgerichte aanpak. Dit vraagt inzet van veel verschillende partijen: van beleidsmakers, zorg- en volksgezondheidsprofessionals, onderzoekers, en burgers, én van maatschappelijke stakeholders zoals patiëntenorganisaties, gezondheidsfondsen, zorgverzekeraars, werkgevers, industrie, detailhandel en scholen. Daarnaast is brede samenwerking nodig: niet alleen tussen verschillende soorten zorgprofessionals, maar ook over de grenzen van volksgezondheid en zorg heen. Integraal beleid vergt naast lokaal initiatief óók samenwerking tussen ministeries, zeker als het gaat om de fysieke en sociale leefomgeving.

Handelingsopties voor een selectie van drie opgaven

In deze VTV zijn voor drie toekomstige opgaven handelingsopties uitgewerkt. De selectie van deze opgaven is gebaseerd op de uitkomsten van een vragenlijst, waarin aan burgers en professionals en studenten in het volksgezondheidsdomein is gevraagd welke ontwikkelingen uit het Trends scenario en de Themaverkenningen van deze VTV zij het meest urgent vinden. Meer informatie over de uitkomsten van deze vragenlijst vindt u [hier](#) [link naar webartikel Synthese over vragenlijst]. Voor de selectie zijn ook aanvullende criteria gebruikt. Meer informatie over de selectieprocedure vindt u [hier](#) [link naar achtergronddocument vragenlijst]. In de kadertekst hieronder vindt u de uiteindelijke selectie van de drie opgaven waarvoor [handelingsopties](#) zijn uitgewerkt [link naar onderdeel Handelingsopties]. De handelingsopties zijn gebaseerd op de opbrengsten van brede stakeholderbijeenkomsten, en zijn een weergave van wat volgens stakeholders de belangrijkste actierichtingen zijn om met de opgaven om te gaan. Het zijn geen uitputtende overzichten van alle mogelijke acties en actierichtingen. Dit webartikel vat de belangrijkste aanbevelingen van de stakeholders samen.

Kadertekst 1. Geselecteerde opgaven

Voor de volgende drie opgaven zijn in deze VTV handelingsopties uitgewerkt:

- Hart- en vaatziekten en kanker blijven veelvoorkomende ziekten, die ook in 2040 nog het grootste deel van de sterfte veroorzaken, en een grote impact hebben op het leven van patiënten;
- De groep zelfstandig wonende ouderen met de mentie en andere complexe problemen wordt veel groter;
- De mentale druk op jongeren en jongvolwassenen neemt toe, met mogelijke gevolgen voor hun psychische gezondheid;

Met kwetsbare groepen als specifiek aandachtspunt bij de uitwerking van alle drie de opgaven.

De handelingsopties voor deze opgaven vindt u [hier](#) [link naar onderdeel Handelingsopties].

Deze selectie is gebaseerd op de uitkomsten van een vragenlijst, waarin aan burgers en professionals en studenten in het volksgezondheidsdomein is gevraagd welke ontwikkelingen uit het Trendscenario en de Themaverkenningen van de VTV-2018 zij het meest urgent vinden. Behalve ontwikkelingen die gerelateerd zijn aan de drie hierboven beschreven opgaven, vonden deze groepen ook antibioticaresistentie en de stijgende zorguitgaven heel urgent. Hier zijn geen handelingsopties voor uitgewerkt, maar wel een [verdiepende beschrijving](#) van de toekomstige opgaven die deze ontwikkelingen met zich meebrengen [link naar webartikelen met verdiepende beschrijvingen].

Hart- en vaatziekten en kanker: inzetten op integrale preventie, andere zorg en beter omgaan met gevolgen chronische aandoeningen

Hart- en vaatziekten en kanker blijven tussen nu en 2040 veelvoorkomende aandoeningen. Beide ziektegroepen veroorzaken bovendien het grootste deel van de totale sterfte in Nederland, ook in 2040 (zie [Trendscenario](#) [link]). Op basis van de [opbrengsten van een brede stakeholderbijeenkomst](#) over deze opgave [link naar verslag], zijn drie maatschappelijke doelen voor het omgaan met deze opgave geformuleerd. Ten eerste is het belangrijk om te voorkomen dat mensen kanker of hart- en vaatziekten krijgen. Hierbij is een integrale aanpak van belang, die niet alleen gericht is op individuele leefstijlfactoren, maar tegelijkertijd ook op de sociale en fysieke leefomgeving. Ten tweede is het van belang dat als mensen toch ziek worden, ze goede zorg krijgen. Hierbij spelen verschillende ontwikkelingen een rol, zoals de opmars van genetische informatie en mogelijkheden voor zelfdiagnostiek, een snel veranderend zorglandschap en toenemende kennis over specifieke patiëntengroepen. Een derde doel is het beter omgaan met de gevolgen van chronische aandoeningen. Doordat steeds meer mensen deze aandoeningen overleven, zullen er meer mensen te maken hebben met langetermijneffecten. Het beter omgaan met de gevolgen van chronische aandoeningen wordt daardoor steeds belangrijker. Het gaat daarbij om zowel persoonlijke lichamelijke of psychische gezondheidsklachten, maar óók om de maatschappelijke gevolgen van de aandoening en behandeling, en om de rol van zelfmanagement. In de kadertekst vindt u de belangrijkste actierichtingen voor deze drie maatschappelijke doelen. De volledige uitwerking van de handelingsopties voor deze opgave vindt u [hier](#) [link naar Handelingsopties voor opgave over hart- en vaatziekten en kanker].

Kadertekst 2. Belangrijkste actierichtingen volgens geraadpleegde stakeholders voor drie maatschappelijke doelen voor de opgave over de hoge ziektelast door hart- en vaatziekten en kanker

Maatschappelijk doel: werken aan integrale preventie

- Inzetten op integrale programma's, die zich richten op zowel leefstijl als de fysieke en sociale leefomgeving.

- Meer werk maken van interdepartementale samenwerking, zeker als het gaat om aanpassingen in de fysieke en sociale leefomgeving.
- Aandacht voor achterliggende sociale problematiek bij kwetsbare groepen.

Maatschappelijk doel: andere zorg door technische toepassingen en andere organisatievormen

- Inzetten op het ontwikkelen van betrouwbare testen en mogelijkheden voor betere en snelle informatie-uitwisseling, om de mogelijkheden van zelfdiagnostiek en genetische testen goed te kunnen benutten.
- Goed omgaan met spanningen tussen ethische en juridische overwegingen en zorginhoudelijke belangen bij genetische informatie via wet- en regelgeving en afspraken tussen verschillende partijen in de zorg.
- Met alle betrokken partijen (patiënten, zorgverleners, zorginstellingen en de overheid) bepalen welke zorg thuis kan plaatsvinden en welke niet.
- Verbeteren en uitbreiden structurele samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals, gemeenten en GGD-en om goed te kunnen inspelen op de zorgvraag van mensen met meerdere aandoeningen tegelijkertijd (multimorbiditeit).
- Opschalen van de kennisontwikkeling over man/vrouw-verschillen in de uitingsvorm en behandeling van aandoeningen zoals hart- en vaatziekten en kanker, en het sneller doorvoeren van nieuwe inzichten hierover in de medische praktijk.

Maatschappelijk doel: beter omgaan met de fysieke, mentale én maatschappelijke gevolgen van chronische aandoeningen

- Meer aandacht voor de medische en sociale late effecten van kanker en hart- en vaatziekten; hiervoor is betrokkenheid van zorgprofessionals én van partijen buiten de zorg nodig, zoals werkgevers, onderwijsinstellingen, banken en verzekeraars.
- Het aanleren van vaardigheden bij zowel patiënten als zorgverleners om goed om te kunnen gaan met zelfmanagement.
- Ondersteunen van mensen die niet zelf de regie over hun zorgproces kunnen of willen nemen, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van een casemanager of organiseren van peer support.

Zelfstandig wonende ouderen: betere zorg en ondersteuning, een ouderenvriendelijke leefomgeving, en aandacht voor mantelzorgers

Het aantal ouderen in Nederland neemt tussen nu en 2040 fors toe. Dit heeft gevolgen voor de volksgezondheid. Ouderen hebben vaker dan jongeren meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd (multimorbiditeit). Vaak zijn dit ouderdomsziekten zoals dementie, artrose of diabetes. Bovendien hebben ouderen ook vaker van andere medische en sociale problemen, zoals incontinentie, vallen, polyfarmacie (het gebruik van meerdere geneesmiddelen tegelijkertijd) en eenzaamheid. Ouderen zullen tussen nu en 2040 vaak langer thuis wonen en ook vaker alleen (zie het [Trendscenario](#) [link] en de Themaverkenning over de [zorgvraag](#) [link]). Op basis van de [opbrengsten van een brede stakeholderbijeenkomst over deze opgave](#) [link naar verslag], zijn drie maatschappelijke doelen voor het omgaan met deze opgave geformuleerd. Ten eerste is het belangrijk om te zorgen voor betere zorg en ondersteuning voor de groep zelfstandig wonende ouderen met dementie en andere complexe problemen. Net als bij de opgave over hart- en vaatziekten en kanker is een integrale aanpak hier van belang: naast medische zorg gaat het immers ook vaak om welzijn en sociale ondersteuning. Een tweede maatschappelijk doel is zorgen voor een ouderenvriendelijke leefomgeving. Hierdoor kan een deel van de zorgvraag van ouderen in de eigen

leefomgeving opgevangen worden. Een goede inrichting van de leefomgeving draagt ook bij aan preventie. Zelfstandig wonende ouderen ontvangen vaak mantelzorg. De druk op mantelzorgers is hoog, vooral voor mantelzorgers voor mensen met dementie. Het zorgen voor goede ondersteuning van mantelzorgers is daarom een derde belangrijk maatschappelijk doel. In de kadertekst vindt u de belangrijkste actierichtingen voor deze drie maatschappelijke doelen. De volledige uitwerking van de handelingsopties voor deze opgave vindt u [hier](#) [link naar Handelingsopties voor opgave over zelfstandig wonende ouderen].

Kadertekst 3. Belangrijkste actierichtingen volgens geraadpleegde stakeholders voor drie maatschappelijke doelen voor de opgave over zelfstandig wonende ouderen met dementie en andere complexe problemen

Maatschappelijk doel: betere zorg en ondersteuning van zelfstandig wonende ouderen

- Organiseer de zorg voor ouderen rond datgene wat ze nog wel kunnen en willen. Dit vraagt om integrale zorgnetwerken (zorg, welzijn, ondersteuning) rondom zelfstandig wonende ouderen met een onafhankelijke coördinator.
- Ondersteun mensen die moeite hebben met het verwoorden van hun wensen en behoeften, zoals ouderen met een migratieachtergrond, ouderen met een cognitieve beperking en kwetsbare ouderen.
- Wees als gemeente, zorgprofessional of zorgverzekeraar flexibel als ouderen zelf het initiatief nemen bij het organiseren van zorg in hun eigen omgeving. Dit soort burgerinitiatieven werken vaak buiten de bestaande kaders van zorg en welzijn.

Maatschappelijk doel: zorgen voor een ouderenvriendelijke leefomgeving

- Houd rekening met wat er nodig is om gezond, veilig en prettig oud te worden bij het inrichten van de leefomgeving (steden, publieke ruimte, woningen).
- Zorg voor een gebalanceerd beeld over ouderen en ouder worden: meer aandacht voor datgene wat ouderen nog wél kunnen is belangrijk bij het ouderenvriendelijk maken van de samenleving.

Maatschappelijk doel: goed zorgen voor mantelzorgers

- Zorg voor meer ondersteuning van mantelzorgers. Het gaat hierbij om informatie en handvatten voor hoe om te gaan met moeilijke situaties, maar ook om sociale, materiële en financiële steun en het aanbieden van respijtzorg (dagbesteding en andere vormen van tijdelijke opvang).
- Wees alert op 'vraagverlegenheid' bij mantelzorgers. Veel mantelzorgers hebben behoefte aan ondersteuning, maar vinden het lastig om hierom te vragen.
- Heb aandacht voor de zorgvraag van de mantelzorger zelf, die kan ontstaan door psychische en lichamelijke belasting.

Mentale druk op jongeren: kennisontwikkeling, mentaal gezond blijven, en acceptatie van psychische klachten

Uit de Themaverkenning over de [zorgvraag](#) [link] blijkt dat dat de ervaren druk om te presteren toe zal nemen onder jongeren en volwassenen tussen nu en 2040 als we niets extra's doen. Dit heeft mogelijk gevolgen voor hun psychische gezondheid. Op basis van de [opbrengsten van een brede stakeholderbijeenkomst](#) over deze opgave [link naar verslag], zijn drie maatschappelijke doelen voor het omgaan met deze opgave geformuleerd. De toenemende mentale druk op jongeren is een nieuw probleem, en daarom is er nog relatief weinig over bekend. Kennisontwikkeling is daarom een

belangrijk eerste doel. Hierbij zijn zowel het ontwikkelen van heldere terminologie en een eenduidig begrippenkader, als het genereren van meer kennis over de stressoren en de achterliggende werkingsmechanismen van mentale druk van belang. Ook is het nodig om de mogelijkheden te verbeteren om mentale druk en mentale gezondheid goed te kunnen monitoren. Een tweede maatschappelijk doel is om jongeren en jongvolwassenen mentaal gezond te houden. Hierbij zijn zowel het versterken van kennis en vaardigheden om om te gaan met mentale druk, als het verminderen van drukfactoren in de omgeving (school, werk) van belang. Een derde maatschappelijk doel voor deze opgave is het tegengaan van stigmatisering. Dit is nodig om te zorgen dat jongeren en jongvolwassenen bij psychische problemen volwaardig mee kunnen blijven doen in de maatschappij. In de kadertekst vindt u de belangrijkste actierichtingen voor deze drie maatschappelijke doelen. De volledige uitwerking van de handelingsopties voor deze opgave vindt u [hier](#) [link naar Handelingsopties voor opgave over mentale druk].

Kadertekst 4. Belangrijkste actierichtingen volgens geraadpleegde stakeholders voor drie maatschappelijke doelen voor de opgave over toenemende mentale druk op jongeren en jongvolwassenen

Maatschappelijk doel: kennisontwikkeling mentale druk

- Ontwikkelen van eenduidig begrippenkader en heldere terminologie om begripsverwarring over mentale druk tegen te gaan.
- Meer kennis ontwikkelen over de stressoren en achterliggende werkingsmechanismen die mentale druk en psychische problemen bij jongeren en jongvolwassenen veroorzaken.
- Monitoren van mentale gezondheid bij jongeren en jongvolwassenen met vergelijkbare data om zicht op aard en omvang van het probleem te krijgen.
- Ontwikkelen van meer praktijkkennis over wat wel en niet werkt en ervaringsdeskundigen hierbij betrekken.

Maatschappelijk doel: mentaal gezond blijven

- Aanbod vergroten van interventies gericht op het versterken van vaardigheden van jongeren en jongvolwassenen om met drukfactoren om te gaan en mentaal gezond te blijven.
- Doorvoeren van aanpassingen in de leeromgeving, zoals inzet op studentenwelzijn in hoger onderwijs en gezonde middelbare scholen.
- Meer inzetten op mentale gezondheidsbevordering bij jonge werknemers in de werksetting, met specifieke aandacht voor persoonlijke ontwikkeling en groei.
- Inzetten op vroegsignalering en ondersteuning op plekken waar jongeren en jongvolwassen komen en een passend (integraal) aanbod bieden met interventies vanuit welzijn en zorg.

Maatschappelijk doel: acceptatie van psychische klachten

- Tegengaan van stigmatisering van psychische klachten door communicatie-activiteiten, zoals landelijke en lokale campagnes en voorlichting.
- Inzetten van ervaringsdeskundigen om de drempel om hulp te zoeken voor jongeren met psychische klachten zo laag mogelijk te maken.
- Blijven inzetten op een inclusieve samenleving waarin jongeren en jongvolwassen met psychische klachten volwaardig mee kunnen (blijven) doen.

Complexe problemen vragen om een integrale en patiëntgerichte aanpak ...

De drie opgaven waarvoor handelingsopties zijn uitgewerkt in deze VTV zijn complex van aard. Ze hebben meerdere oorzaken en zijn discipline- en domein-overstijgend. De handelingsopties voor de opgave over zelfstandig wonende ouderen bijvoorbeeld maken duidelijk dat de medische en sociale problemen waar een deel van deze ouderen mee kampen, opgevangen moet worden met een combinatie van formele en informele zorg en ondersteuning. Dit vraagt de inzet van verschillende disciplines (zoals (huis)artsen, wijkverpleegkundigen, welzijnsprofessionals en mantelzorgers) en domeinen (zoals medische zorg, sociale ondersteuning, en ruimtelijke ordening). Bij de opgave over toenemende druk op jongeren en jongvolwassenen is ook een brede aanpak nodig, waarbij onder andere onderwijsinstellingen, zorgverleners en werkgevers een rol hebben, en ingezet wordt op verschillende aspecten, zoals het verbeteren van de weerbaarheid van jongeren, het verminderen van druk in de omgeving en laagdrempelige en adequate zorg. Om een gezonde leefstijl te bevorderen ter preventie van hart- en vaatziekten en kanker zijn interventies nodig zich niet alleen richten op persoonlijke leefstijlfactoren, maar tegelijkertijd ook op de sociale en fysieke leefomgeving. En bij de groep mensen met hart- en vaatziekten en kanker spelen naast lichamelijke en psychische gezondheidsklachten vaak ook problemen met relaties en werk. Complexe problemen vragen dus om een integrale aanpak, waarbij de behoeften en wensen van mensen centraal staan. Dit is een in het oog springende rode draad door de handelingsopties heen.

... en brede betrokkenheid van maatschappelijke stakeholders, ook over grenzen volksgezondheid heen

De handelingsopties laten zien dat er een breed scala aan betrokken partijen is die zouden kunnen bijdragen aan het omgaan met de toekomstige opgaven waar we voor staan. Het gaat hierbij niet alleen om beleidsmakers, zorg- en volksgezondheidsprofessionals, onderzoekers en burgers, maar ook om allerlei andere maatschappelijke organisaties en partijen, zoals patiëntenorganisaties, gezondheidsfondsen, zorgverzekeraars, werkgevers, industrie, detailhandel en scholen. Een belangrijke notie die uit de handelingsopties naar voren komt is het belang van samenwerking over de grenzen van de volksgezondheid en zorg heen. Voor een gezonde toekomst zijn een gezonde omgeving, school en werkplek namelijk van groot belang. Om dit voor elkaar te krijgen is een interdepartementale aanpak nodig, waarin niet alleen het ministerie van VWS, maar ook andere ministeries zich samen inspannen voor een betere volksgezondheid, zoals de ministeries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid; Economische Zaken en Klimaat; Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit; Financiën; Infrastructuur en Waterstaat; Binnenlandse Zaken en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. De handelingsopties maken duidelijk dat, naast lokale en regionale samenwerking, er ook een interdepartementale aanpak nodig is om de complexe problemen waar we voor staan het hoofd te kunnen bieden.

Kansen en speerpunten voor beleid en maatschappij

Leeswijzer

De webartikelen in het onderdeel 'Toekomstige ontwikkelingen' van deze Synthese laten zien hoe onze volksgezondheid en zorg zich de komende 25 jaar ontwikkelen als we op de huidige voet door zouden gaan en niets extra's zouden doen. Al deze ontwikkelingen samen geven een beeld van de opgaven waar we als maatschappij voor staan. Op basis van de uitkomsten van een vragenlijst [link naar webartikel Synthese over vragenlijst] zijn uit al deze ontwikkelingen drie opgaven geselecteerd, waarvoor in deze VTV handelingsopties [link naar onderdeel Handelingsopties] zijn uitgewerkt; wat is er nodig om deze opgaven aan te pakken, en wie kan daarbij een rol spelen? De handelingsopties zijn uitgewerkt op basis van brede stakeholderbijeenkomsten. Op basis van de handelingsopties voor de drie geselecteerde opgaven kunnen een aantal overkoepelende kansen en speerpunten voor beleid en maatschappij gesignaleerd worden. Deze worden in dit webartikel beschreven. Twee andere webartikelen beschrijven een samenvatting van de belangrijkste aanbevelingen van de stakeholders voor de handelingsopties [link], en een aantal aandachtspunten voor de kennis- innovatie-agenda's [link].

Kernboodschappen

Om echt een slag te kunnen slaan met integraal beleid is een andere manier van werken nodig. Op lokaal en regionaal niveau is al de nodige ervaring opgedaan met de ontwikkeling van integraal en persoonsgericht beleid, maar er is nog weinig inzicht in hoe effectief dit beleid is. Dat komt onder andere doordat de gebruikelijke manier om naar bewijs over effectiviteit te kijken niet goed past bij complexe problemen. Er moet daarom een nieuwe manier van werken ontwikkeld worden. Dit vereist nieuwe rollen en vaardigheden van beleidsmakers, professionals, onderzoekers én burgers.

Technologie en inrichting leefomgeving bieden kansen

Technologische toepassingen zoals apps, sensoren en alarmsystemen lijken veelbelovend bij de aanpak van een aantal toekomstige opgaven, zoals de zorg voor mensen met dementie en het ondersteunen van zelfmanagement bij chronische aandoeningen. De inrichting van de leefomgeving kan een belangrijke bijdrage leveren aan het bevorderen van gezond gedrag, maar ook bijvoorbeeld aan het stimuleren van ontspanning en sociale interactie, het voorkomen van hittestress en het verbeteren van de luchtkwaliteit. De Omgevingswet biedt kansen voor integraal lokaal beleid met expliciete aandacht voor gezondheid.

Er zijn al veel initiatieven waar we van kunnen leren en verder op kunnen bouwen

Er gebeurt al veel in de maatschappij en in de zorg om voorbereid te zijn op de toekomst. Hier kunnen we van leren en verder op bouwen. Veel van de dreigende problemen voor de toekomst hebben raakvlakken met bestaand volksgezondheidsbeleid. Dit biedt aanknopingspunten om de aanpak van de langetermijnopgaven, die deze VTV signaleert, hierbij aan te laten sluiten. Aansluiting bij beleid op andere terreinen biedt ook kansen om onze volksgezondheid te verbeteren door een veilige, schone en inclusieve leef-, werk- en leeromgeving te creëren.

Omgaan met toekomstige opgaven: kansen en speerpunten voor beleid en maatschappij

In deze VTV zijn voor drie toekomstige opgaven handelingsopties [link naar onderdeel Handelingsopties] uitgewerkt op basis van brede stakeholderbijeenkomsten. De drie opgaven zijn:

- Hart- en vaatziekten en kanker blijven veelvoorkomende ziekten, die ook in 2040 nog het grootste deel van de sterfte veroorzaken, en een grote impact hebben op het leven van patiënten;
- De groep zelfstandig wonende ouderen met dementie en andere complexe problemen wordt veel groter;
- De mentale druk op jongeren en jongvolwassenen neemt toe, met mogelijke gevolgen voor hun psychische gezondheid.

Kwetsbare groepen zijn een specifiek aandachtspunt bij de uitwerking van alle drie de opgaven.

Een samenvatting van de belangrijkste aanbevelingen van de geraadpleegde stakeholders voor actierichtingen voor deze opgaven vindt u in [hier](#) [link naar webartikel Synthese over Handelingsopties]. Op basis van de handelingsopties kunnen een aantal overkoepelende kansen en speerpunten voor beleid en maatschappijgeïdentificeerd worden. Uit de handelingsopties komt naar voren dat een integrale en persoonsgerichte aanpak essentieel is bij het goed omgaan met een aantal grote toekomstige opgaven. Wat is er nodig om hier echt verder mee te komen? Wat zijn hierbij kansrijke oplossingsrichtingen, en welke initiatieven zijn er al waarbij kan worden aangesloten? Deze kansen en speerpunten worden in dit webartikel beschreven.

Integrale en persoonsgerichte aanpak: succesfactoren bekend, maar nog weinig inzicht in effectiviteit

Ervaring met ontwikkeling integraal beleid geeft inzicht in succesfactoren

Uit de [Handelingsopties](#) komt naar voren dat een integrale benadering essentieel is bij het aanpakken van een aantal grote toekomstige opgaven [link naar webartikel Synthese Handelingsopties voor drie maatschappelijke opgaven]. Er is al de nodige ervaring opgedaan met het ontwikkelen van een integrale aanpak. Zo zijn er in verschillende regio's initiatieven gestart gericht op 'populatiemanagement'. Deze aanpak houdt in dat aanbieders van preventie, zorg en welzijn, en zorgverzekeraars, gemeenten en burgers zich samen inzetten voor het verbeteren van de gezondheid van de populatie, de kwaliteit van de zorg, en het beheersen van de kosten; de zogeheten 'triple aim'. Negen van dit soort samenwerkingsverbanden zijn door het ministerie van VWS aangewezen als proeftuin 'betere zorg met minder kosten'. Naast zorginhoudelijke projecten zijn er in de proeftuinen ook projecten gestart over randvoorwaarden, zoals nieuwe bekostigingsvormen, gezamenlijke data-infrastructuur en het ontwikkelen van een gedeelde toekomstvisie. Ook worden er steeds meer domeinoverstijgende interventies ontworpen en toegepast, zoals experimenten met het sociale wijkteam en een gezamenlijk preventieprogramma van een gemeente en een zorgverzekeraar. Resultaten van specifieke interventies (bijvoorbeeld over doelmatig voorschrijven) en van interventies gericht op een beperkte doelgroep (bijvoorbeeld diabetespatiënten) hebben al zichtbare resultaten opgeleverd. Daarnaast hebben de ervaringen in de proeftuinen inzicht opgeleverd in succesfactoren om de kans van slagen van het ontwikkelen van integraal beleid te vergroten. Een gedeelde ambitie en visie en een gezamenlijk voordeel zijn hierbij van belang. Ook onderling vertrouwen tussen betrokken partijen is een cruciale factor (1). Andere succesfactoren zijn onder andere het betrekken van burgers bij de ontwikkeling van beleid en het beschikbaar zijn van voldoende financiering en capaciteit (zie figuur) (2,3).

Figuur. Succesfactoren voor integraal beleid



Bron: [Loketgezondleven](#)

Ervaring proeftuin: voldoende ruimte voor ontwikkelen integrale interventies, wel behoefte aan ondersteuning

Bestuurders en managers van eerste- en tweedelijnszorgorganisaties, gemeenten, verzekeraars en andere betrokkenen bij de proeftuin 'betere zorg met minder kosten' geven aan dat er momenteel voldoende ruimte is in het zorgsysteem om een integrale aanpak van zorg en ondersteuning vorm te geven. Er is momenteel dus geen aanpassing van wet- en regelgeving nodig volgens hen, maar wel behoefte aan ondersteuning van de landelijke overheid. Zo verwachten bestuurders en managers dat een wijziging in budgetten en grenzen nodig is om het werken aan integrale aanpak minder vrijblijvend te maken en de nieuwe aanpak te versnellen, bijvoorbeeld het verschuiven van geldstromen van de tweede naar de eerste lijn, of het soepeler omgaan met de maximaal toegestane groei van ziekenhuisbudgetten. Ze verwachten daarbij van het ministerie van VWS ook aanvullende ondersteuning in de vorm van bijvoorbeeld vertrouwen, helderheid over wat toegestaan is binnen het huidige stelsel, of financiële ondersteuning in de benodigde overkoepelende investeringen zoals coördinatie. Daarnaast hebben de bestuurders en managers behoefte aan meer inzicht in de vraag en behoefte, het aanbod, de kwaliteit en de kosten (effectiviteit) van interventies op het terrein van preventie, zorg en welzijn. Het is de verwachting dat zulke kennis bijdraagt aan bewustwording en de bereidheid om mee te werken om het aanbod te wijzigen. Ook helpt dit bij het gericht vormgeven van de benodigde verbeteringen richting een integrale aanpak en bij de verantwoording voor de benodigde investeringen.

Persoonsgerichte zorg lastig te realiseren in de praktijk

Uit de [Handelingsopties](#) komt naar voren dat, naast een integrale, ook een persoonsgerichte aanpak essentieel is bij het goed omgaan met een aantal grote toekomstige opgaven [link naar webartikel Synthese Handelingsopties voor drie maatschappelijke opgaven]. Ook hier is al de nodige ervaring mee opgedaan. Dit zijn echter vaak kleinschalige initiatieven, waarvan het opschalen en een structurele inbedding in het zorgproces moeilijk blijken. Er zijn namelijk aanpassingen nodig in alle lagen van het zorgsysteem om tot een duurzame verandering te komen. Hierbij gaat het niet alleen om aanpassingen in de organisatie van de zorg, maar ook om bijvoorbeeld gedrags- en

cultuurverandering en om de ontwikkeling van nieuwe vaardigheden van zorgverleners. Specifieke aandachtspunten bij het verder ontwikkelen van goede zorg rondom mensen met meerdere aandoeningen en problemen tegelijk zijn shared decision making, het gebruik van persoonlijke, samen met de patiënt/cliënt opgestelde zorgplannen, en het betrekken van de sociale omgeving, inclusief mantelzorgers. Ook het breder kijken dan de eigen medische discipline, en de samenwerking zoeken met andere betrokken zorgverleners uit bijvoorbeeld het sociale domein, is een belangrijke voorwaarde voor succes. Randvoorwaarden die kunnen helpen bij het ontwikkelen en toepassen van persoonsgerichte zorg zijn onder andere ondersteuning vanuit nationaal en regionaal beleid, financiële ondersteuning voor innovatie, en mogelijkheden voor training en coaching (4,5).

Nog weinig bekend over effectiviteit interventies, en vooral niet over integrale aanpak

Zoals hierboven beschreven, is er al wel de nodige ervaring met het ontwikkelen van integraal beleid, en welke randvoorwaarden er belangrijk zijn om dit van de grond te krijgen. Er is echter nog weinig inzicht in hoe effectief dit beleid is. In het algemeen is maar van een klein deel van de bestaande interventies bekend of zij effectief zijn. Voor het merendeel van de interventies is hier nog geen of onvoldoende onderzoek naar gedaan. De interventies waarvoor er wél bewijs is dat ze effectief zijn, zijn vaak gericht op een enkele risicofactor of een enkel probleem in een specifieke setting. Bijvoorbeeld een zelfhulpprogramma om te stoppen met roken, of een trainingsprogramma om vallen onder ouderen te voorkomen. Voor integrale interventies, waarbij op meerdere terreinen tegelijkertijd acties worden ingezet, is slechts op (kleine) onderdelen informatie over de effectiviteit beschikbaar. Ook is er verhoudingsgewijs meer bekend over leefstijlinterventies, en minder over interventies gericht op maatschappelijke en sociale problematiek onder jongeren en ouderen. (Voor meer informatie, zie het [achtergronddocument over erkende interventies](#) [link]).

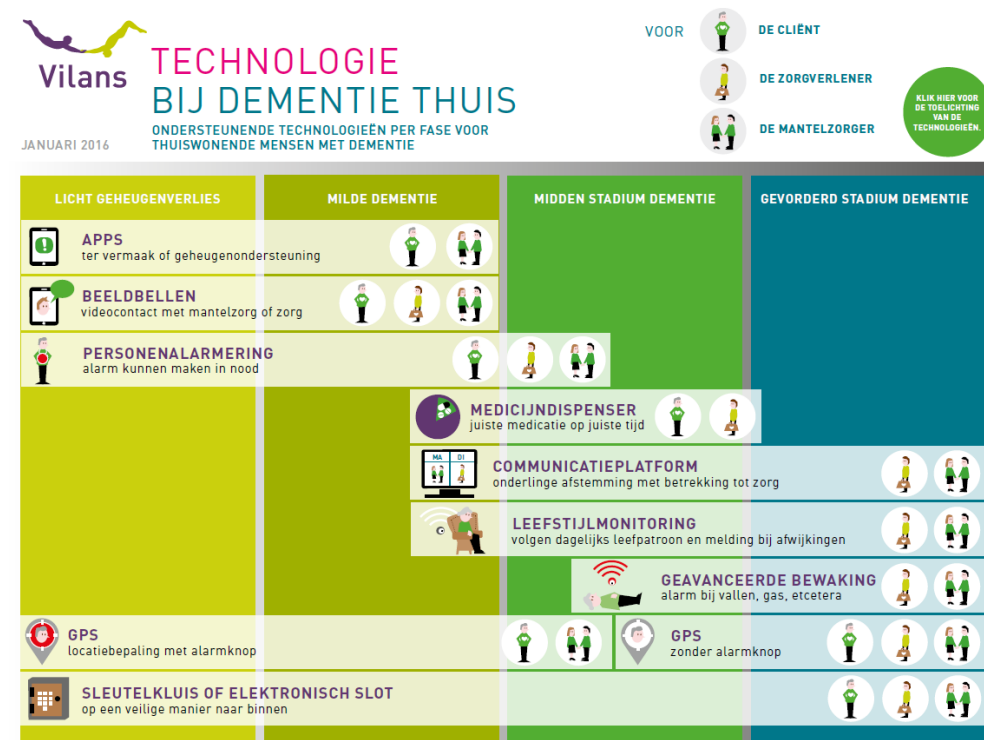
Inzet technologie en inrichting leefomgeving bieden kansen

Technologie kan mensen met chronische aandoeningen en hun mantelzorgers ondersteunen

Technologie heeft veel potentie om onze volksgezondheid te verbeteren en de zorg beter en efficiënter te maken. Bij technologische innovatie wordt vaak gedacht aan 'high tech' zoals operatierobots en geavanceerde scanapparatuur. Maar juist ook de meer 'low tech' toepassingen lijken veelbelovend bij de aanpak van een aantal grote toekomstige opgaven. Zo zijn er steeds meer technologische toepassingen om mensen met dementie en hun (mantel)zorgers te ondersteunen, zoals apps, sensoren om leefstijl te monitoren en alarmsystemen die helpen om bijvoorbeeld de nachtzorg efficiënter in te richten (zie figuur). Apps en zelfmetingen bieden ook kansen voor het ondersteunen van mensen bij het goed omgaan met chronische aandoeningen zoals diabetes en hart- en vaatziekten. Zo houden steeds meer mensen zelf bij hoe het staat met hun bloeddruk, cholesterolniveau of bloedsuikerspiegel.

Digitale toepassingen in de zorg worden vaak aangeduid met eHealth. In de GGZ is al de nodige ervaring opgedaan met eHealth, zowel in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg als de huisartsenpraktijk. Er zijn bijvoorbeeld diverse eHealthinterventies beschikbaar voor of rond de behandeling van angst en depressie. Die zijn ook vaak aantoonbaar effectief. Daarnaast wordt steeds vaker gebruik gemaakt van beeldbellen (telefoneren terwijl je elkaar ziet), bijvoorbeeld bij de behandeling van angstklachten. Deze voorbeelden laten zien dat met relatief simpele oplossingen veel bereikt kan worden. Omdat ongeveer 82% van de Nederlanders dagelijks internet gebruikt, past de toename in eHealthinterventies goed in het digitale klimaat van Nederland.

Figuur: Infographic Technologie bij dementie thuis



Bron: [Vilans](#)

Via de leefomgeving op meerdere terreinen tegelijkertijd gezondheidswinst boeken

De inrichting van de leefomgeving kan een belangrijke bijdrage leveren aan het bevorderen van gezond gedrag. Denk bijvoorbeeld aan het beweegvriendelijk maken van de omgeving, het gezonder maken van het voedingsaanbod en het rookvrij maken van schoolpleinen en wacht rijen. Op deze manier kan via de leefomgeving worden bijgedragen aan het voorkomen van chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, kanker, diabetes en (vasculaire) dementie. Maar er kan nog meer gezondheidswinst behaald worden door het goed inrichten van de leefomgeving. Zo stimuleert goed gebruik van groen en water in de leefomgeving niet alleen bewegen, maar ook sociale interactie en ontspanning. Daarnaast helpt het bij het opvangen van de gezondheidseffecten van klimaatverandering, zoals hittestress. Maatregelen zoals het autoluw maken van binnensteden en het stimuleren van openbaar vervoer kunnen de luchtkwaliteit verbeteren en tegelijkertijd een actieve leefstijl bevorderen. Met de komst van de Omgevingswet, die in 2021 van kracht wordt, moeten gemeenten gezondheid meewegen in hun omgevingsvisie en -plan. Deze toekomstige wet biedt dus kansen voor integraal en multisectoraal beleid, waarbij verschillende milieu-, fysieke en sociale omgevingsfactoren in samenhang worden beoordeeld. Hierop vooruitlopend worden er nu al door verschillende partijen tools ontwikkeld, die helpen bij het maken van een integrale afweging voor lokaal omgevingsbeleid. Voorbeelden zijn de [Gelderse Gezondheidswijzer](#), de [Gids Gezonde Leefomgeving](#) en het [Stappenplan agendasetting gezondheid en Omgevingswet](#).

Er is een nieuwe manier van werken nodig voor beleidsmakers, professionals, onderzoekers én burgers

Complexe problemen vragen om een andere manier van bewijs verzamelen en beoordelen

In de volksgezondheid wordt meestal uitgegaan van een direct oorzakelijk verband tussen een interventie en een gezondheidsuitkomst. Bij de opgaven waar we voor staan wordt gezondheid echter bepaald door meerdere factoren, die elkaar ook nog eens beïnvloeden. Een benadering waarin een probleem en de achterliggende factoren als een onderling samenhangend geheel worden gezien, past daarom beter bij dit soort complexe problemen. Dit noemen we ook wel een systeembenadering. De centrale vraag in volksgezondheidsonderzoek is dan niet: 'lost deze interventie dit probleem op?', maar: 'helpt deze interventie bij het in gunstige zin bijsturen van het systeem, en zo ja, hoe?' (6). Een systeembenadering vraagt om een andere manier van bewijs verzamelen over de effecten van interventies. Het is namelijk gebruikelijk om van te voren een onderzoeksopzet te bedenken en hier tot het einde van het experiment aan vast te houden. Om grip te krijgen op complexe problemen is een andere aanpak nodig, met opeenvolgende, kortdurende rondes van proberen, monitoren en aanpassen. Bij zo'n aanpak hoort ook dat er niet alleen informatie over effecten op gezondheid worden verzameld, maar ook over het proces en contextuele factoren. Dit is ook belangrijk omdat het vaak lang duurt voordat de effecten van interventies zichtbaar worden in gezondheidsuitkomsten. Als er alleen maar op gezondheidsuitkomsten wordt gefocust, kan ten onrechte de conclusie worden getrokken dat een interventie geen effect heeft.

De gouden standaard voor effectiviteitsonderzoek is de Randomized Controlled Trial (RCT). Dit is een onderzoeksopzet waarbij er een interventiegroep en een controlegroep zijn. Wie aan de ene en wie aan de andere groep wordt toebedeeld, wordt door het lot bepaald. De RCT heeft een hoge bewijskracht en is een goede manier om causaliteit aan te tonen. Deze opzet is echter vooral geschikt voor enkelvoudige interventies die onder gecontroleerde omstandigheden kunnen worden uitgevoerd, en past dus niet goed bij de meer experimentele onderzoeksopzet die nodig is bij een systeembenadering. De afgelopen jaren is het inzicht gegroeid dat er meer flexibiliteit in onderzoeksdesigns gewenst en noodzakelijk is. Er is echter nog onvoldoende kennis over hoe alternatieve designs werken en in welke setting welk alternatief de beste oplossing is (7). Ook moet er nog meer kennis worden ontwikkeld over hoe de uitkomsten van onderzoek op basis van alternatieve designs het beste beoordeeld en gewogen kunnen worden.

Nieuwe rollen en vaardigheden nodig van beleidsmakers, professionals, onderzoekers én burgers

Veel van de toekomstige opgaven voor onze volksgezondheid zijn complex van aard en vragen een integrale en persoonsgerichte aanpak. Om goed met deze opgaven om te kunnen gaan is een andere manier van kijken naar volksgezondheid en een andere manier van werken nodig. Dit brengt ook veranderingen in de rollen en vaardigheden van belanghebbenden met zich mee. Niet alleen van onderzoekers en zorg- en volksgezondheidsprofessionals, maar ook van beleidsmakers en burgers (zie tabel).

Tabel. Nieuwe rollen en vaardigheden die nodig zijn voor het omgaan met complexe problemen

Wie?	Wat? Nieuwe rollen en vaardigheden voor complexe problemen	
Beleidsmaker	<ul style="list-style-type: none">• Faciliteert maatschappelijke initiatieven.• Ontwikkelt andere verantwoording voor beleid (op de korte termijn meer gericht op proces dan op gezondheidsuitkomsten).	Multi disciplinaire en domein
Zorg- en volksgezondheids-professional	<ul style="list-style-type: none">• Is meer coach en minder behandelaar.• Werkt meer (samen) in zorgnetwerken.	

Onderzoeker	<ul style="list-style-type: none"> • Benadert volksgezondheid anders (als complex systeem) en ontwikkelt beter passende vormen van meten en beoordelen van effectiviteit. • Betreft burgers bij onderzoek en ontwikkelt daarvoor nieuwe methoden (citizen science). 	overstijgende samenwerking
Burger	<ul style="list-style-type: none"> • Denkt en beslist mee (in het zorgproces (eigen regie, shared decision making), en bij de ontwikkeling van interventies op bijvoorbeeld wijkniveau). • Doet mee (zelfmanagement, citizen science). 	

Om zulke rolveranderingen voor elkaar te krijgen, zullen bestaande patronen en gewoonten moeten veranderen. Dat is niet gemakkelijk. Een meer faciliterende rol van de overheid betekent bijvoorbeeld accepteren dat er minder controle kan zijn. Andere, minder harde uitkomstmaten gebruiken betekent accepteren dat niet alles direct meetbaar en 'afrekenbaar' is. Zorgprofessionals zullen er aan moeten wennen dat patiënten soms beslissingen zullen nemen die niet in lijn zijn met hun eigen inzichten en richtlijnen. Voor onderzoekers betekent deze nieuwe manier van werken onder andere dat ze in het begin tegen de bestaande wetenschappelijke normen en standaarden in moeten zwemmen. Ook burgers zullen moeten wennen aan hun nieuwe rol. Het leren omgaan met technologische toepassingen, die deze actieve rol kunnen ondersteunen, is hiervan onderdeel. Niet iedereen zal echter zo'n actieve rol kunnen of willen oppakken. Voor deze groepen is ook aandacht nodig.

Al veel initiatieven waar we van kunnen leren en verder op kunnen bouwen

Maatschappijen zorg al in beweging om voorbereid te zijn op de toekomst

Er worden al veel maatschappelijke initiatieven ontplooid die een bijdrage leveren aan het omgaan met de opgaven waar we voor staan. Zorgcoöperaties en andere burgerinitiatieven laten bijvoorbeeld zien hoe een gemeenschap zelf zorg kan organiseren voor ouderen. Ook ontstaan er steeds meer nieuwe woonvormen waar ouderen zelfstandig kunnen wonen, zoals 'studentenhuizen' voor ouderen, woongroepen, wijken waarin verschillende generaties samen wonen, en hofjes waar burens elkaar helpen. Ook de gezondheidsfondsen anticiperen op de toekomstige veranderingen in onze volksgezondheid. Een sprekend voorbeeld is het Meerjarenprogramma Gezonde Generatie van de Samenwerkende GezondheidsFondsen. Daarnaast zien we steeds meer programma's ontstaan, waarbij niet alleen de overheid, maar een breed palet aan maatschappelijke stakeholders betrokken is. Voorbeelden zijn het Deltaplan Dementie, Alles is Gezondheid (onderdeel van het Nationaal Programma Preventie), en het Pact voor de Ouderenzorg. Ook op lokaal niveau worden soortgelijke samenwerkingsverbanden opgezet, zoals het Zorgpact Teylingen. Hieruit blijkt dat maatschappelijke organisaties en partijen zich in toenemende mate bewust zijn van hun rol bij het aanpakken van grote opgaven voor onze volksgezondheid, en ook hun steentje bij willen dragen.

Ook in de zorg zijn er veel initiatieven. Soms is dit in reactie op een acuut probleem, zoals de toenemende druk op de spoedeisende hulp (en vervolgens op ziekenhuisbedden) omdat steeds meer ouderen zich daar melden. Maar er wordt ook gekeken naar structurele aanpassingen om ook op de lange termijn de beschikbaarheid en toegankelijkheid van passende zorg te kunnen garanderen. Dit gebeurt onder andere in de hierboven beschreven proeftuinen 'betere zorg met minder kosten'. Er is binnen deze proeftuinen een goede voedingsbodem gelegd voor verdere samenwerking. Hierdoor verwachten betrokken bestuurders en managers dat het eenvoudiger zal zijn om bestaande interventies uit te breiden naar grotere doelgroepen en naar meer zorgaanbieders. Daarnaast

verwacht men dat nieuwe projectideeën versneld kunnen worden ontwikkeld en ingevoerd, omdat er nu kortere lijnen bestaan tussen organisaties (1).

Toekomstige opgaven hebben raakvlakken met huidig beleid

Veel van de toekomstige opgaven die in deze VTV geïdentificeerd zijn hebben raakvlakken met bestaand en voorgenomen volksgezondheidsbeleid en -akkoorden. In 2014 ging bijvoorbeeld het Nationaal Programma Preventie (8) van start waarin doelen voor de speerpunten roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, bewegen, depressie en diabetes zijn gesteld. De drie aandachtsgebieden in het preventieakkoord, dat in 2018 gesloten zal worden, zijn roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht. Dit zijn belangrijke determinanten van hart- en vaatziekten, kanker en andere chronische aandoeningen. Ook op het gebied van onder andere ouderenzorg, dementie, eenzaamheid, de zorgarbeidsmarkt en psychische gezondheid is recent veel beleid ontwikkeld en is er veel in ontwikkeling. Onder de noemer 'de juiste zorg op de juiste plek' werkt het ministerie van VWS aan een structurele verandering in de zorg, waarbij onder andere een verschuiving in focus van ziekte naar functioneren en zelfredzaamheid, en het aanbieden van samenhangende zorg belangrijke aandachtspunten zijn (9).

Deze raakvlakken bieden kansen voor een samenhangende aanpak, waarbij acties gericht op de lange termijn opgaven die de VTV signaleert, aan kunnen sluiten bij het bestaande beleid. Het nadenken over de lange termijn is een strategische exercitie die inzicht geeft in toekomstige opgaven en doelen, in aanvulling op de problemen die in het hier en nu spelen. Het lange termijn perspectief kan daarbij bijvoorbeeld leiden tot aanvullende acties of (accent)verschuivingen in de focus van bestaand beleid. Er zijn niet alleen raakvlakken met het beleid van het ministerie van VWS, maar ook met het beleid van andere ministeries. Dit kan gaan om maatregelen zoals accijnsverhoging en andere prijsmaatregelen, of het beperken van verkooppunten, maar ook om het inrichten van een leefomgeving die gezond gedrag stimuleert, of gezondheidsbeschermende maatregelen gericht op bijvoorbeeld schone lucht en veilige arbeidsomstandigheden. Door het creëren van een veilige, schone en inclusieve leef-, werk- en leeromgeving kan er via andere beleidsterreinen een belangrijke bijdrage geleverd worden aan het omgaan met de toekomstige opgaven voor onze volksgezondheid.

Referenties

1. Drewes H, van Vooren N, Struijs J, Steenkamer B, Buist Y, de Vries E et al. Proeftuinen populatiegerichte aanpak: nu en in de toekomst Tussenrapportage Landelijke Monitor Proeftuinen RIVM Factsheet, april 2017. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2017.
https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Uitgaven/Preventie_Ziekte_Zorg/VPZ/Proeftuinen_populatiegerichte_aanpak_nu_en_in_de_toekomst_Tussenrapportage_Landelijke_Monitor_Proeftuinen
2. RIVM. Loketgezondleven.nl. Gezonde wijkaanpak. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Website bezocht op 30-mei 2018.
<https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/gezonde-wijkaanpak>
3. Storm, I. Towards a HiAP cycle: Health in All Policies as a practice-based improvement process. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam. 2016. <http://dare.uvu.vu.nl/handle/1871/54580>
4. van der Heide I, Snoeijis SP, Boerma WGW, Schellevis FG, Rijken MP. How to strengthen patientcentredness in caring for people with multimorbidity in Europe? Policy brief 22. Utrecht: NIVEL & Berlijn: TU Berlijn. 2016.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/337571/PB_22.pdf?ua=1
5. Wosko P & Ruppe G (editors). Integrated care for older people living at home. Current situation and ambition of sites participating in the SUSTAIN project. Oostenrijk: Wenen. 2016.

- http://www.sustain-eu.org/wp-content/uploads/sites/4/2016/10/EU-baseline-report_final_ABOVO.pdf
6. Rutter HMB, Savona N, Glonti K, Bibby J, Cummins S, Finegood DT et al. The need for a complex systems model of evidence for public health. *The Lancet*. 2017;390:10112:2602-2604. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31267-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31267-9)
 7. May A & Mathijssen J. Alternatieven voor RCT bij de evaluatie van effectiviteit van interventies!? Eindrapportage. Utrecht, Tilburg: Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht, TRANZO, Wetenschappelijk Centrum voor Zorg en Welzijn, Tilburg University. 2015. https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/333891/Eindrapportage_27okt2015_FINAL_Anne_Jolanda.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 8. Rijksoverheid. Nationaal Programma Preventie. Den Haag: Rijksoverheid. Website bezocht op 30 mei 2018. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/nationaal-programma-preventie>
 9. Rijksoverheid. De juiste zorg op de juiste plek. Den Haag: Rijksoverheid. Website bezocht op 30 mei 2018. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>

Kennishiaten: input voor de onderzoeks- en ontwikkelagenda's

Leeswijzer

Deze VTV beschrijft belangrijke toekomstige ontwikkelingen voor onze volksgezondheid en zorg, en handelingsopties voor drie maatschappelijke opgaven die hiermee samenhangen. Uit deze handelingsopties komen kennishiaten naar voren die van belang zijn om beter zicht te krijgen op de toekomstige opgaven en om deze goed aan te kunnen pakken. Deze worden in dit webartikel beschreven.

Kennis – en innovatieagenda

Integrale aanpak: meer informatie over effectiviteit, maar wel op een andere manier onderzoeken en beoordelen ...

Voor slechts een klein deel van de bestaande interventies is bekend of zij effectief zijn. Dit geldt nog sterker voor integrale interventies; hiervoor is er slechts op (kleine) onderdelen informatie beschikbaar. Er is dus behoefte aan meer informatie over effectiviteit. Dit geldt voor verschillende typen interventies, zoals integrale leefstijlinterventies in de wijk en nieuwe aanpakken van persoonsgerichte zorg. In de gevallen dat er wel informatie beschikbaar is over de effectiviteit van persoonsgerichte zorg, zijn er vooral gegevens over de effecten op de patiënt zelf verzameld. Er is weinig bekend over de effecten op zorgverleners, zorginstellingen en het zorgsysteem (1). Persoonlijke zorgplannen zijn een belangrijk onderdeel van persoonsgerichte zorg. Er is op dit moment nog weinig zicht op of het gebruik van dergelijke zorgplannen ook echt zinvol is, en voor welke doelgroepen ze de meeste meerwaarde hebben. Om de toepassing en opschaling van persoonlijke zorgplannen te verbeteren is meer zicht nodig op stimulerende en remmende factoren (2).

Er is dus behoefte aan meer inzicht in wat werkt en wat niet. Tegelijkertijd is duidelijk dat de tot nu gebruikelijke manier van onderzoek doen naar effectiviteit niet voldoet voor integrale interventies. Het is daarom nodig om nieuwe onderzoeksmethoden te ontwikkelen, en meer kennis op te doen over welk onderzoeksdesign in welke setting de beste oplossing is. Het ontwikkelen van adequate (proces)uitkomstmaten voor de korte en middellange termijn is hierbij een specifiek aandachtspunt. Vervolgens zullen er dan ook nieuwe afwegingskaders ontwikkeld moeten worden voor het beoordelen van de uitkomsten van effectiviteitsonderzoek dat is gebaseerd op de nieuwe onderzoeksdesigns.

... en betere ontsluiting en toepassing van wat al wél bekend is

Er is dus nog weinig kennis over de effectiviteit van interventies, in het bijzonder van integrale interventies. Tegelijkertijd zou de kennis die wél aanwezig is, beter benut kunnen worden. Er zijn diverse tools beschikbaar voor professionals waarin zij informatie kunnen vinden over (effectieve) interventies, zoals de interventiedatabases van het RIVM (3), Movisie (4) en het NJI (5). De ervaring leert echter dat lokale beleidsmakers en professionals maar weinig gebruik maken van bestaande interventies. Men wil toch liever zelf iets ontwikkelen om zo te zorgen dat de interventie goed aansluit bij de lokale behoeften én bij wat er al in de wijk/regio gebeurt. Dit heeft geleid tot het

huidige beeld: er gebeurt weliswaar heel veel op lokaal niveau, maar initiatieven blijven vaak kleinschalig en er is veel versnippering en overlap.

Om te zorgen dat bestaande kennis toch beter benut wordt, kunnen zogeheten werkzame elementen onderscheiden worden in interventies. Het doel hiervan is inzichtelijk te maken welke onderdelen essentieel zijn en niet mogen ontbreken bij aanpassing van de interventie, en welke minder essentieel zijn. Zo is bijvoorbeeld de combinatie van de leerlingcomponent met de oudercomponent een werkzaam element in de PAS-interventie (Preventie Alcoholgebruik Scholieren, Trimbos). Afzonderlijk lieten deze componenten geen effecten zien, maar gecombineerd wel. Met informatie over werkzame elementen kunnen professionals hun interventie afstemmen op de lokale context zonder dat de werkzaamheid van de interventie aangetast wordt. Behalve op het niveau van individuele interventies kunnen werkzame elementen ook beschreven worden voor een groep van interventies (zoals alcoholpreventie op scholen), of voor een specifiek thema (zoals valpreventie) of specifieke doelgroep (zoals het bereiken van kwetsbare groepen). Beleidsmakers en professionals kunnen hiermee nagaan in hoeverre het lokale aanbod voldoet en aanvullen wat nog ontbreekt.

Informatie over werkzame elementen zou in de vorm van kennisdossiers aangeboden kunnen worden door de kennisinstituten in combinatie met hun interventiedatabases. De databases kunnen dan dienen ter inspiratie voor hoe een interventie rond één of meerdere werkzame elementen vormgegeven kan worden. Hoewel er al wel een start is gemaakt met het kijken naar werkzame elementen, ligt hier nog veel ontwikkelwerk. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de ontwikkeling van methoden om werkzame elementen goed te beschrijven, inzicht krijgen in de toegevoegde waarde en bruikbaarheid van werkzame elementen voor het veld, en kennisontwikkeling over hoe informatie over de effectiviteit van werkzame elementen mogelijk gebruikt kan worden om al voor de toepassing ('ex ante') iets te kunnen zeggen over de effectiviteit van nieuw samengestelde interventies (6).

Uit handelingsopties VTV komen aantal specifieke kennishiaten naar voren

In deze VTV zijn voor drie toekomstige opgaven handelingsopties uitgewerkt. Deze opgaven gaan over de blijvend hoge ziektelast door kanker en hart- en vaatziekten, de groter wordende groep zelfstandig wonende ouderen met dementie en andere complexe problemen, en toenemende mentale druk op jongeren en jongvolwassenen. De handelingsopties zijn gebaseerd op de opbrengsten van een aantal brede stakeholderbijeenkomsten. De geraadpleegde stakeholders hebben voor deze drie opgaven, naast actierichtingen, ook een paar specifieke kennishiaten signaleerd.

Voor hart- en vaatziekten en kanker is er behoefte aan meer inzicht in man/vrouw verschillen. Dit kan gaan om verschillen tussen mannen en vrouwen in de uitingsvorm (symptomen) van een aandoening. Maar er zijn bijvoorbeeld ook verschillen in hoe geneesmiddelen werken bij mannen en vrouwen. Hoewel de inzichten over zulke man/vrouw verschillen toenemen, is er behoefte aan verdere kennisontwikkeling op dit gebied. Ook zouden nieuwe inzichten hierover sneller doorgevoerd kunnen worden in de medische praktijk.

Met betrekking tot de opgave over zelfstandig wonende ouderen is het ontbreken van kennis over de relatie tussen de leefomgeving (inclusief huisvesting) en gezondheid een belangrijk hiaat. Een goede inrichting van de leefomgeving kan een positief effect hebben op gezondheid en welbevinden. Over de precieze werkingsmechanismen hierachter is echter weinig bekend. Meer inzicht hierin kan handvatten bieden voor het ontwikkelen van effectieve interventies.

De derde opgave waarvoor handelingsopties zijn uitgewerkt, is de toenemende mentale druk op jongeren en jongvolwassenen. Over dit probleem is nog weinig bekend. De geraadpleegde stakeholders geven aan dat het nodig is om een eenduidig begrippenkader en heldere terminologie voor dit onderwerp te ontwikkelen, en te zorgen voor meer kennis over de stressoren en achterliggende werkingsmechanismen die mentale druk en psychische problemen veroorzaken. Ook is er behoefte aan het verbeteren van de mogelijkheden om mentale druk en mentale gezondheid goed te kunnen monitoren.

Technologische innovaties: behoeften gebruiker centraal, meer informatie over effectiviteit, en stimuleren ethisch debat

Technologische innovaties in de zorg zijn nu nog te vaak gebaseerd op ideeën van ontwikkelaars. Daardoor sluiten ze vaak niet goed aan bij de behoeften en vaardigheden van patiënten en (mantel)zorgers. Dit is één van de redenen waarom de toepassing van technologie in de zorg achterblijft bij de mogelijkheden. Uitgaan van de behoeften van de gebruiker is daarom een belangrijk aandachtspunt bij de ontwikkeling van nieuwe technologieën. Dit zal mogelijk ook resulteren in de ontwikkeling van meer 'low tech' toepassingen, omdat daar naar verwachting veel behoeften van patiënten liggen. Denk bijvoorbeeld aan tools ter ondersteuning van zelfmanagement van chronische aandoeningen en toepassingen die het veilig zelfstandig wonen van ouderen ondersteunen. Dit is dus breder dan technologie in de zorg, en gaat ook over technologie in de leefomgeving.

Er is nog maar weinig kennis over de effecten van technologie op onze gezondheid en op de zorguitgaven. Er kan alleen aangetoond worden dat bijvoorbeeld domotica, apps of wearables waarmee patiëntgegevens worden verzameld daadwerkelijk tot betere gezondheid en minder complicaties leiden, als deze data ook daadwerkelijk worden geanalyseerd. Zonder investering in de data-analyse en zonder monitoring van de effecten van zulke data-gedreven oplossingen dreigt het risico van technologie push, waarbij er wel extra kosten worden gemaakt voor hard- en software, zonder een (aangetoond) positief effect op de volksgezondheid. Ook voor andere technologische toepassingen in de zorg, zoals virtual reality en 3D-printing, is nog weinig bekend over de effectiviteit.

Nieuwe technologieën roepen nieuwe ethische vraagstukken op, bijvoorbeeld met betrekking tot privacy, maakbaarheid en het recht om dingen niet te willen weten. Ontwikkeling van kennis over (hoe om te gaan met) deze ethische vraagstukken is daarom een belangrijk aandachtspunt bij de verdere ontwikkeling en toepassen van technologie. Het stimuleren van een maatschappelijke discussie over deze vraagstukken is daar een essentieel onderdeel van.

Data- en informatieagenda

Toekomstige ontwikkelingen: nieuwe data beschikbaar, maar die zijn niet vanzelf goed bruikbaar

Door de verdergaande digitalisering en voortschrijdende technologische mogelijkheden zullen steeds meer gegevens steeds sneller (soms zelfs real-time) beschikbaar komen. Onderzoekers kunnen met data-gedreven technologie grote hoeveelheden medische gegevens, persoonsgegevens en gegevens over de leefomgeving ('Big Data') in samenhang analyseren. Dit kan nieuwe inzichten opleveren over de gezondheidstoestand van de bevolking en de oorzaken en gevolgen van aandoeningen. Er zijn wel enkele goede voorbeelden van dergelijke toepassingen, maar nog niet heel veel. 'Big Data' betekent ook 'Big Noise', en tot nu toe is het lastig gebleken de bruikbare signalen te scheiden van het 'lawaaï'.

De beschikbaarheid van grote hoeveelheden data brengt ook het risico met zich mee dat er allerlei statistische verbanden in de data gevonden worden, zonder dat daar een goede theoretische onderbouwing voor is. Zulke verbanden zijn van weinig betekenis voor onze volksgezondheid, maar kunnen wel veel onrust veroorzaken. Er is daarom behoefte aan meer kennis over hoe Big Data kunnen bijdragen aan (het monitoren van de) volksgezondheid. De bescherming van persoonlijke gezondheidsgegevens is hierbij een belangrijk aandachtspunt.

Het sneller beschikbaar komen van data kan helpen bij het monitoren van de effecten van nieuwe, integrale zorgvormen over instellingen en domeinen heen. In de zogeheten proeftuinen 'betere zorg met minder kosten' wordt met dergelijke interventies geëxperimenteerd. Daar is de ervaring dat de ontwikkelingen op IT gebied nog achter lopen op de gewenste informatiebehoefte. Bestuurders en managers van de proeftuinen geven aan dat ze behoefte hebben aan meer informatie over wat er wel en niet kan met betrekking tot de koppeling van data uit verschillende bronnen (7).

Een ander probleem dat hier speelt is dat er in de zorg heel veel verschillende informatiesystemen worden gebruikt, die vaak niet op elkaar aansluiten. Er zijn dus wel veel data beschikbaar, maar omdat deze niet op de juiste wijze gecombineerd kunnen worden, zijn ze niet goed bruikbaar om de effecten van veranderingen in het zorgproces te kunnen monitoren. Slechte data-uitwisseling is natuurlijk ook nadelig voor de directe patiëntenzorg. Dit is een bekend probleem en er zijn ook al diverse initiatieven om tot oplossingen te komen. Het Informatieberaad Zorg bijvoorbeeld werkt aan gestandaardiseerde gegevensuitwisseling en eenheid van taal (8). Omdat er echter steeds meer data beschikbaar zullen komen, ook van nieuwe bronnen zoals data die door patiënten zelf verzameld zijn met apps of sensoren, blijft het optimaliseren van veilige uitwisseling van gegevens tussen systemen een belangrijk aandachtspunt.

Monitoring: voor aantal belangrijke onderwerpen geen of onvoldoende data beschikbaar....

In deze VTV wordt een brede definitie van gezondheid gehanteerd, waarin niet alleen naar ziekte en sterfte, maar ook naar maten zoals ervaren gezondheid, ervaren beperkingen in activiteiten, eenzaamheid en eigen regie wordt gekeken. Sommige van deze maten, zoals eenzaamheid en eigen regie, worden pas sinds kort gemonitord. Voor deze onderwerpen zijn er daarom (nog) geen langjarige trenddata. Door nieuwe inzichten ontstaan ook nieuwe monitoringsbehoeften. Zo wordt er steeds meer bekend over de rol van stress en slaap als determinant van gezondheid. Deze VTV besteedt ook aandacht aan stress en slaap. Hiervoor zijn echter nog geen goede gegevens op populatieniveau beschikbaar.

Leefstijlfactoren zijn altijd een belangrijk aandachtspunt in de VTV, omdat er veel ziektelast mee geassocieerd is, en omdat leefstijl een belangrijk aangrijpingspunt is voor beleid. Toch is de onderliggende databasis suboptimaal, bijvoorbeeld voor (het samenspel tussen) overgewicht en de achterliggende determinanten bewegen en voeding. Hoewel er voor losse indicatoren wel gegevens beschikbaar zijn, bleek het in deze VTV door een gebrek aan meer gedetailleerde informatie niet goed mogelijk om een geïntegreerd beeld te krijgen van (ontwikkelingen in) de balans tussen energie-inname en -verbruik op populatieniveau. Voor een goede duiding van het overgewichtprobleem in Nederland, en voor het vinden van handvatten voor beleid, zou het echter heel wenselijk zijn om dat inzicht wél te hebben. Hierbij moet opgemerkt worden dat het lastig is om goede gegevens te verzamelen over voedingspatronen en beweggedrag door middel van een algemene vragenlijst over gezondheid; dit vergt vaak specifieke dataverzamelingen.

Een andere belangrijke uitkomstmaat waarvoor recente gegevens missen is aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven. Vanaf 2014 wordt de zogeheten SF-12 niet langer uitgevraagd in de jaarlijkse CBS gezondheidsenquête. Er zijn wel andere indicatoren beschikbaar voor kwaliteit van

leven, maar de SF-12 is specifiek voor volksgezondheidsmonitoring relevant, omdat dit instrument twee scores oplevert: één score voor de lichamelijke aspecten van kwaliteit van leven en één voor de psychische aspecten. Omdat de SF-12 niet meer wordt uitgevraagd, is het nu ook niet meer mogelijk om een relatie te leggen tussen het hebben van een specifieke chronische aandoening en aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven.

Soms zijn data wel beschikbaar, maar niet goed toegankelijk, omdat er hoge kosten gemoeid zijn met het gebruik ervan. Dit geldt bijvoorbeeld voor de gegevens van Dutch Hospital Data (DHD) en de Vektis data over declaraties in de zorg.

... meer afstemming gewenst over integrale maten...

Voor het monitoren van de volksgezondheid wordt gekeken naar 'losse' indicatoren, zoals het percentage rokers of het aantal mensen met diabetes. Voor een geïntegreerd beeld wordt daarnaast gebruik gemaakt van overkoepelende maten, waarin verschillende aspecten van gezondheid, ziekte en zorg in onderlinge samenhang worden bekeken. In deze VTV zijn bijvoorbeeld integratiematen gebruikt waarin ziektelast, sterfte en zorguitgaven worden toegewezen aan verschillende determinanten. Om dergelijke berekeningen te kunnen maken zijn veel data nodig. Een belangrijk onderdeel hiervan vormen de relaties tussen determinanten en aandoeningen, de relatieve risico's. Deze moeten uit wetenschappelijke studies gehaald worden. Voor het bepalen welke relatieve risico's het beste gebruikt kunnen worden is veel expertise nodig op tal van onderwerpen, zoals roken, alcoholgebruik, voeding, hoge bloeddruk en luchtverontreiniging. Voor het maken van een zo goed mogelijke schatting voor deze integratieve maten voor Nederland is daarom afstemming nodig tussen meerdere kennisinstituten. Zulke afstemming vindt al wel plaats, maar heeft vaak een ad hoc karakter. Het is aan te bevelen dat dit meer structureel wordt.

...en meer aandacht nodig voor onzekerheden

Rondom veel van de indicatoren die gebruikt worden voor volksgezondheidsmonitoring zit een zekere mate van onzekerheid. Deze onzekerheid heeft meerde oorzaken, zoals de gehanteerde codering en definities, de manier van dataverzameling en de gebruikte methode voor het doen van analyses en projecties. Zo heeft de het invoeren van de automatische codering van doodsoorzaken door het CBS ertoe geleid dat er bijvoorbeeld een hogere sterfte aan dementie toegewezen wordt. Hiervoor is overigens gecorrigeerd in de analyses voor deze VTV [link naar methodedocument Trendsscenario]. Zelfgerapporteerde gegevens voor leefstijlindicatoren hebben vaak te maken met onderrapportage. Ook is de mate van representativiteit van data voor de Nederlandse bevolking, nodig om een steekproef te vertalen naar een landelijk beeld, niet altijd geheel duidelijk. Er zijn ook altijd onzekerheden gemoeid met het analyseren van historische trends en het maken van toekomstprojecties, mede doordat de kennis over (de complexe samenhang van) de achterliggende drijvende krachten en determinanten beperkt is. Voor de juiste interpretatie van indicatoren en om inzicht te krijgen in waar de belangrijkste onzekerheden zitten en hoe hier mogelijk meer grip op gekregen kan worden, is het van belang om meer aandacht te besteden aan de onzekerheden rondom de gebruikte cijfers.

Regionale data steeds meer versnipperd, en internationale data niet altijd leverbaar

De decentralisaties van zorgbeleid en –verantwoordelijkheden van de landelijke overheid naar de gemeentes hebben een grote impact op het datalandschap. Gemeentes hebben deels overlappende maar deels ook eigen, specifieke informatiebehoefte. Om hierin te voorzien maken ze gebruik van 'traditionele' informatieverstrekters zoals het RIVM en andere kennisinstituten én van andere

aanbieders zoals Academische Werkplaatsen, Regionale Ondersteuningsstructuren en consultancybureaus (9). Hierdoor ontstaat versnippering in zowel informatievragen als de informatievoorziening. Dit heeft tot gevolg dat het steeds lastig kan worden om op basis van regionale data tot een landelijk beeld te komen. De Gezondheidsmonitor van de GGD'en kan een belangrijke rol spelen bij het tegengaan van versnippering.

In de internationale databases van bijvoorbeeld de EU, OECD en WHO zijn niet voor alle indicatoren (recente) gegevens voor Nederland te vinden. Dit kan komen doordat de benodigde data niet aanwezig of lastig te verkrijgen en/of berekenen zijn. Het versnipperde datalandschap in Nederland speelt hierbij een rol (zie ook de paragraaf *Verbeteren datalandschap vraagt om brede afstemming* hieronder). Vanaf volgend jaar zal het door een verandering in dataverzamelingen bijvoorbeeld niet langer mogelijk zijn om de OECD indicator 'suicide na opname voor schizofrenie/bipolaire stoornis' te berekenen. In het geval van Europees vragenlijstonderzoek (European Health Interview Survey) heeft Nederland voor een aantal indicatoren een uitzonderingspositie, en hoeft niet aan de dataverplichtingen te voldoen. Hierdoor zijn er bijvoorbeeld geen internationaal vergelijkbare cijfers voor Nederland voor indicatoren zoals bewegen en alcoholgebruik. Deze keuze is gemaakt zodat er geen trendbreuken ontstaan in de nationale dataverzamelingen. De internationale definities verschillen namelijk van de nationale definities.

Toekomst verkennen: belang van goede trenddata

Voor het kunnen maken van projecties zijn robuuste trenddata nodig, die de langjarige ontwikkeling over de tijd laten zien. Zulke data zijn niet altijd beschikbaar. Voor de VTV is de Gezondheidsenquête van het CBS een belangrijke bron. Door methodebreuken in de manier van uitvragen en in gehanteerde definities is het voor sommige indicatoren niet mogelijk om robuuste trends uit de Gezondheidsenquête te halen. Dit is bijvoorbeeld het geval voor alcoholgebruik. Een andere beperking is het relatief lage aantal respondenten van 10.000. Hierdoor is het niet altijd mogelijk om uitsplitsingen te maken voor specifieke subgroepen. Dit bemoeilijkt de analyse van bijvoorbeeld sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Een specifiek aandachtspunt is dat de groep oudere ouderen (75-plussers) in de Gezondheidsenquête een relatief kleine groep is met maar weinig respondenten. Deze leeftijdsgroep is voor de analyses dan ook vaak samengenomen. Gezien de doorzettende vergrijzing is het juist belangrijk om ook goede gegevens te hebben over verschillen binnen deze leeftijdsgroep. De Gezondheidsmonitor van GGD'en, CBS en RIVM is ook een belangrijke bron voor de VTV. Deze heeft wel veel meer respondenten, maar wordt maar eens in de vier jaar uitgevoerd. Ook de Gezondheidsmonitor heeft te maken met veranderingen in vraagstellingen en dus met methodebreuken.

Verbeteren datalandschap vraagt om brede afstemming

Voor het goed monitoren van de volksgezondheid zijn veel data uit verschillende soorten bronnen nodig. Zoals hierboven beschreven zijn er diverse verbeteringen mogelijk in het datalandschap waardoor er beter gemonitord zou kunnen worden. Het datalandschap in Nederland is erg versnipperd en kent een groot aantal dataeigenaren. Dit zijn zowel publieke als (semi)private partijen. Om de hierboven beschreven problemen in het datalandschap op te lossen, is daarom brede afstemming nodig tussen het ministerie van VWS als systeemverantwoordelijke en de diverse data-eigenaars en partijen die de data gebruiken om kennisproducten mee te maken. Er zijn al verschillende initiatieven waarin meerdere betrokkenen samenwerken aan een efficiëntere en eenduidige datavoorziening. Een voorbeeld is het consortium van de Staat van Volksgezondheid en Zorg, waarin verschillende kennisinstituten en het ministerie van VWS samenwerken aan een gezamenlijk informatieproduct met eenduidige cijfers (10). Voor het verder verbeteren van het

datalandschap is het blijven ondersteunen en verder ontwikkelen van zulke samenwerkingsverbanden van belang, gekoppeld aan een breed overzicht van databehoeften (wat is er nodig om de volksgezondheid en (het functioneren van) zorg goed in beeld te brengen?) en databeschikbaarheid. Hierbij zou gekeken moeten worden naar zowel nationaal als regionaal en internationaal niveau. Op deze manier kunnen hiaten in de datavoorziening gezamenlijk geprioriteerd en opgelost worden, en kan zo efficiënt mogelijk gebruik gemaakt worden van beschikbare data.

Referenties

1. van der Heide I, Snoeijs SP, Boerma WGW, Schellevis FG, Rijken MP. How to strengthen patientcentredness in caring for people with multimorbidity in Europe? Policy brief 22. Utrecht/Berlijn NIVEL & TU Berlijn. 2016. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/337571/PB_22.pdf?ua=1
2. Heijmans, M, Jansen, D, Rijken, M. Het gebruik van individuele zorgplannen in de zorg voor mensen met een chronische ziekte. Utrecht: NIVEL. 2015. <https://www.nivel.nl/nl/het-gebruik-van-individuele-zorgplannen-de-zorg-voor-mensen-met-een-chronische-ziekte-2015>
3. RIVM. Loketgezondleven.nl. Interventies Zoeken. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Website bezocht op 30-mei 2018. <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken>
4. Movisie. Databank Effectieve sociale interventies. Utrecht: Movisie. Website bezocht op 30 mei 2018. <https://www.movisie.nl/databank-effectieve-sociale-interventies>
5. NJI. Databank Effectieve Jeugdinterventies. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (NJI). Website bezocht op 30 mei 2018. <https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>
6. van Dale D, Lanting L, van Delden J. Werkzame elementen, is dat de toekomst? Tijdschr Gezondheidswet. 2015;93:199. <https://doi.org/10.1007/s12508-015-0079-6>
7. Drewes H, van Vooren N, Struijs J, Steenkamer B, Buist Y, de Vries E et al. Proeftuinen populatiegerichte aanpak: nu en in de toekomst Tussenrapportage Landelijke Monitor Proeftuinen RIVM Factsheet, april 2017. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). 2017. https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Uitgaven/Preventie_Ziekte_Zorg/VPZ/Proeftuinen_populatiegerichte_aanpak_nu_en_in_de_toekomst_Tussenrapportage_Landelijke_Monitor_Proeftuinen
8. Ministerie van VWS. Website Informatieberaad. Den Haag: Ministerie van VWS. Website bezocht op 30 mei 2018. <https://www.informatieberaadzorg.nl/>
9. Faasse P & Koens L. Gezond verstand. Publieke kennisorganisaties in de gezondheidszorg. Den Haag: Rathenau Instituut. 2017. <https://www.rathenau.nl/nl/kennis-voor-beleid/gezond-verstand>
10. RIVM. Website De Staat van Volksgezondheid en Zorg. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Website bezocht op 30 mei 2018. <https://www.staatvenz.nl/over-de-staat>