



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Definitierap- port Volksgezond- heid Toekomst Verkenning

Definitierapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Definitierapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

RIVM Rapport 270241002/2011

Colofon

© RIVM 2011

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

N. Hoeymans
A.J.M. van Loon
C.G. Schoemaker

Contact:
Nancy Hoeymans
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
Nancy.Hoeymans@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van Kennisbasis programma 1, Kennisvraag 1.1 - Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014, Samenvattend rapport.

Rapport in het kort

Elke vier jaar verschijnt de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) waarin het RIVM rapporteert over de huidige toestand en toekomstige ontwikkeling van de volksgezondheid. De VTV draagt hiermee bij aan het volksgezondheidsbeleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Dit zogeheten definitierapport bevat de hoofdlijnen van de zesde editie, die in 2014 verschijnt.

Elke VTV beschrijft de laatste ontwikkelingen op het gebied van gezondheid, ziekte, determinanten, preventie, zorg, gezondheidsverschillen en regionale en internationale vergelijkingen. Recente ontwikkelingen in beleid, wetenschap en praktijk van de volksgezondheid zijn van invloed op de manier waarop deze vervolgens worden uitgewerkt. Zo zal de komende editie aandacht besteden aan gevolgen van ziekten in termen van zelfredzaamheid, functioneren en maatschappelijke participatie. Ook krijgt de veranderende rol van burgers en patiënten een plaats in de VTV-2014.

Andere belangrijke ontwikkelingen zijn de invloed van de omgeving op gezond gedrag en gezondheid, preventie in de zorg, technologische innovaties en de verschuiving van taken, voornamelijk van de nationale naar de regionale overheid. Uitgaande van recente ontwikkelingen in de uitvoering van toekomstverkenningen, zal de VTV in dit proces diverse stakeholders betrekken.

Begin 2012 verschijnt het ontwerp van de VTV, waarin de definitieve onderwerpen worden bepaald en uitgewerkt. Drie commissies adviseren het VTV-team over de aansluiting bij het beleid, de wetenschappelijke kwaliteit en de afstemming binnen het RIVM. Behalve het samenvattend rapport en de websites zullen de komende jaren artikelen en rapporten verschijnen die deel uitmaken van de VTV-2014.

Trefwoorden: Preventie, Toekomstverkenningen, Volksgezondheid, Ziekte, Zorg.

Abstract

Every four years, a new Public Health Status and Forecast (PHSF) is published in the Netherlands by the RIVM. This report contains the current status and future developments of Dutch population health. In this way, the PHSF can contribute to public health policy development by the Ministry of Health. This publication is the so-called definition report which includes the general outline of the sixth edition of the PHSF, which is to be issued in 2014.

Every PHSF describes the latest developments in health, disease, determinants of health, prevention, care, health inequalities, and regional and international comparisons. The latest developments in health policy, science and practice of public health influence the way in which these subjects are elaborated. The next PHSF will, for example, pay attention to the consequences of diseases in terms of autonomy, functioning and social participation. The changing roles of civilians and patients will also be addressed in the PHSF-2014.

Other important issues are the influence of the environment on health and health behaviour, prevention in health care, technological innovations, and the shift of governmental tasks, especially from national to local government. In line with recent approaches to executing forecasts, the next PHSF will involve many different stakeholders in the process.

In the beginning of 2012 the outline for the PSHF-2014 will be published, in which the final subjects will be determined and specified. Three committees will advise the PHSF team regarding its policy relevance, the scientific quality and the coordination within the RIVM. Besides a summary report and related websites, different articles and reports will be published in the coming years that are also part of the PHSF-2014 effort.

Key words: Care, Disease, Forecasts, Prevention, Public Health.

Inhoud

1	Inleiding—9
2	Mogelijke thema's voor de VTV-2014—13
2.1	Focus verschuift van ziekten naar leven met ziekten—14
2.2	Maatschappelijke baten van gezondheid: participatie—16
2.3	De rol van de patiënt, cliënt en burger verandert—19
2.4	Aandacht voor effect van de omgeving op gezond gedrag en gezondheid—21
2.5	Verschillen in gezondheid—23
2.6	Ontwikkelingen in preventie en zorg—25
2.7	Technologie, nieuwe ontwikkelingen, innovaties, health 2.0—26
2.8	Verschuiving van taken—28
2.9	Rol van wetenschap in het debat verandert—29
3	De opzet van de VTV-2014 nader uitgewerkt—33
3.1	Toekomstverkenningen—33
3.2	Levensverwachting, gezondheid en participatie—34
3.3	Determinanten van gezondheid en participatie—36
3.4	Effectiviteit en kosteneffectiviteit van zorg en preventie—37
3.5	Zorggebruik en kosten—38
3.6	Regionale aspecten—39
3.7	Internationale vergelijkingen—40
4	VTV-2014: Rapporten, artikelen en websites—43
5	Organisatie en proces—45
5.1	Uitvoering—45
5.2	Begeleidingscommissies—45
5.3	Communicatie —46
6	Planning en tijdpad—49
	Literatuur—51
	Bijlage 1. Geraadpleegde personen en organisaties—55
	Bijlage 2. Samenstelling adviescommissies—57

1 Inleiding

De wettelijke basis van de VTV

In de Wet op het RIVM is opgenomen dat het RIVM de taak heeft periodiek te rapporteren over de toestand en de toekomstige ontwikkeling van de volksgezondheid (artikel 3, eerste lid, onder b). Het RIVM rapporteert hierover in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Eens in de vier jaar geeft een samenvattend rapport inzicht in de belangrijkste epidemiologische parameters van het volksgezondheidsbeleid, voor het heden, verleden en de toekomst. In het kader van de VTV wordt daarnaast door het jaar heen informatie beschikbaar gesteld, onder meer via themarapporten en websites.

De VTV als vast onderdeel van de beleidscyclus

De eerste drie VTV's verschenen in 1993, 1997 en 2002. Het ministerie van VWS publiceerde in 2003 de preventienota 'Langer gezond leven', waarin de uitkomsten van de VTV 2002 expliciet werden benut. Vanaf dat moment geldt het samenvattend rapport van de VTV als het vaste startpunt van de vierjaarlijkse beleidscyclus. De VTV biedt inzicht en draagt bouwstenen aan voor de beleidsontwikkeling van het kerndepartement en de uitvoering van inspectietaken op de middellange en lange termijn. In deze zogenaamde preventiecyclus is vervolgens ook plaats voor lokaal gezondheidsbeleid, dat mede wordt gebaseerd op de prioriteiten in de landelijke nota's. Speciaal voor de lokale overheden worden sinds enkele jaren ook regionale VTV's gemaakt door GGD'en, daarbij ondersteund vanuit het RIVM.

De VTV brengt wetenschap, beleid en praktijk dicht bij elkaar

De VTV draagt bij aan het volksgezondheidsbeleid, door het ministerie van VWS te voorzien van feiten en analyses. Deze VTV-informatie en de wijze waarop ze wordt bijeengebracht en geïntegreerd, wordt voortdurend getoetst in de wetenschappelijke wereld. Op die manier is de VTV in staat wetenschappelijke antwoorden te geven op beleidsrelevante vragen. Mede op grond van deze antwoorden kijkt VWS terug op eerder beleid en ontwikkelt het ministerie nieuw beleid, met als doel de volksgezondheid te verbeteren. De verantwoordelijkheid voor dit beleid ligt bij VWS. Maar VWS is niet de enige partij voor wie de VTV wordt gemaakt. De VTV is ook bedoeld voor andere ministeries, lokale overheden, GGD'en en andere partijen in de gezondheidszorg, zoals zorgverleners, verzekeraars of patiëntenverenigingen.

De VTV geeft een integraal beeld van de volksgezondheid

In het samenvattend rapport van de VTV wordt de volksgezondheid vanuit een integraal kader benaderd, met relatief veel aandacht voor de determinanten van ziekte en gezondheid en de mogelijkheden voor preventie. Volksgezondheidsbeleid, in de brede zin van het woord, moet bijdragen aan het voorkómen van vermijdbare sterfte, het terugdringen van vermijdbare gezondheidsverschillen en moet mensen helpen zo lang mogelijk gezond te blijven. In de nadruk op een integraal beeld is de VTV vergelijkbaar met rapporten als De sociale staat van Nederland (Sociaal en Cultureel Planbureau – SCP) of de Natuurverkenning (Planbureau voor de Leefomgeving – PBL). De focus op de volksgezondheid is wat de VTV onderscheidt van deze andere rapporten.

Nadruk op generieke maten om te kunnen vergelijken

Veel rapporten over gezondheid richten zich op specifieke ziekten (diabetes, depressie), risicofactoren (roken, zoönosen), of groepen mensen (jongeren op het VMBO, eenzame ouderen). In de VTV staat de gezondheid van de gehele bevolking van Nederland centraal, uiteraard met aandacht voor verschillen in gezondheid tussen bevolkingsgroepen. Door de nadruk op generieke niet-ziektespecifieke maten (denk aan: kwaliteit van leven, sterfte, QALY's, DALY's, euro's, et cetera) wordt het mogelijk om in de VTV uitspraken te doen over de volksgezondheid als geheel. Ook kunnen aan de hand van deze maten verschillende ziekten, groepen mensen, regio's en risicofactoren rechtstreeks met elkaar worden vergeleken. En door aan te sluiten bij internationaal geaccepteerde indicatoren, wordt het ook mogelijk internationale vergelijkingen te maken.

De VTV is een nationale onderneming

Het RIVM maakt de VTV en de websites niet alleen. Dat gebeurt samen met zo'n driehonderd experts, en in structurele samenwerking met tientallen andere kennisinstituten en de Nederlandse universiteiten. Het is mede dankzij dit brede draagvlak dat de VTV vooral op het terrein van de volksgezondheid gezaghebbend is (Van Egmond et al., 2011; Meijer et al., 2011). Er is consensus over de feiten en analyses zoals neergelegd in de VTV. Hoewel dat niet een expliciet doel is van de VTV, worden het rapport en de achterliggende websites daarnaast veel gebruikt in het hoger onderwijs, aan HBO's en universiteiten. De meeste professionals hebben in hun opleiding iets over de VTV gehoord, wat zeker heeft bijgedragen aan het draagvlak.

Verhouding met andere RIVM-producten

De nadruk op de generieke maten in de VTV betekent dat informatie over specifieke risicofactoren, groepen of ziekten alleen op hoofdlijnen in het samenvattende rapport van de VTV terecht komt. Die informatie staat wel uitgebreid beschreven op de achterliggende websites als het Nationaal Kompas, Kosten van Ziekten, de Atlas, en in rapporten en artikelen. Deze zijn nauw verbonden met de VTV. Daarnaast vinden de uitkomsten van andere RIVM-producten hun weg in de VTV. Naast de VTV maakt het RIVM ook vierjaarlijks de Zorgbalans. In de Zorgbalans wordt aan de hand van 125 indicatoren een beeld gegeven van de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de gezondheidszorg (*cure én care*). Hoewel in de Zorgbalans ook aandacht is voor de volksgezondheid, staat het functioneren van het zorgsysteem daarbij centraal, terwijl in de VTV de volksgezondheid centraal staat. Bij de totstandkoming van beide rapporten wordt samengewerkt; de inhoud wordt op elkaar afgestemd.

Opzet van dit definitierapport

In dit definitierapport worden de contouren geschetst van de VTV-2014, die in het voorjaar van 2014 zal verschijnen. In dit definitierapport zijn de evaluatie van de laatste VTV en de beleidsmatige reactie daarop in de Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' verwerkt (Meijer et al., 2011; VWS, 2011). Daarnaast is kennisgenomen van recente ontwikkelingen in wetenschap en beleid. In een inventarisatieronde langs deskundigen binnen en buiten het RIVM is actief om aanvullende ideeën gevraagd (zie Bijlage 1). Al deze invloeden zijn verwerkt in dit definitierapport waarmee we de lijnen uitzetten voor de komende periode. Naast de vaste onderdelen van iedere VTV, krijgt de volgende VTV ook een eigen thematiek. In hoofdstuk twee beschrijven we negen actuele volksgezondheidsthema's; in hoofdstuk 3 worden de meeste van deze thema's verbonden met de vaste onderdelen van een VTV. In de hoofdstukken 4 tot en met 6 komen achtereenvolgens de publicatievorm, de interactie met het veld, de projectorganisatie en de planning aan bod. Ook daarin komt een deel van de negen thema's terug.

Van definitierapport naar ontwerprapport

In dit definitierapport is een eerste keuze gemaakt voor onderwerpen die in de VTV-2014 verder uitgewerkt kunnen worden. In de tweede helft van 2011 wordt voor de geselecteerde onderwerpen uitgezocht wat de haalbaarheid is van uitwerking en opname in de VTV. De beschikbaarheid van onderzoeksresultaten en data zullen daarbij een belangrijke vereiste zijn. Ook de te maken afspraken over het moment waarop gegevens beschikbaar komen en de mate waarin het VTV-projectteam daarvan gebruik kan maken, zullen bepalend zijn voor de uit te werken thema's. Thema's waarvoor onvoldoende gegevens beschikbaar blijken te zijn, zullen in de

VTV-2014 worden genoemd in een kennisagenda. In het ontwerprapport van de VTV-2014 (op te leveren begin 2012) maken we een beredeneerde keuze uit de thema's. Het ontwerprapport bevat daarnaast een meer gedetailleerde planning, een begroting en een overzicht van de beoogde samenwerkingspartners. Ondertussen wordt in de ontwerpfase ook gewerkt aan een update van de vaste onderdelen van de VTV, zoals die worden beschreven in hoofdstuk 3.

2 Mogelijke thema's voor de VTV-2014

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 gaat, net als eerdere edities van de VTV, over ontwikkelingen in de volksgezondheid. Dit betekent dat de VTV-2014 trends in gezondheid, determinanten van gezondheid, preventie en zorg beschrijft en daarbij zowel achteruit als vooruit kijkt. Elke VTV heeft echter ook eigen thema's. Relevante en actuele ontwikkelingen die leven in praktijk, beleid of wetenschap op het terrein van de volksgezondheid bepalen de keuze van deze thematiek. Dit hoofdstuk beschrijft deze ontwikkelingen en laat zien wat deze betekenen voor de uitwerking van thema's in de VTV-2014. Uiteindelijk zullen deze actuele thema's niet allemaal even uitgebreid aan de orde kunnen komen in de VTV-2014. In de volgende fase zullen daarin keuzes worden gemaakt.

Relevante en actuele thema's zijn geïnventariseerd door:

- gesprekken te houden met deskundigen op het terrein van volksgezondheid (zie Bijlage 1);
- digitale vragenlijsten uit te sturen naar (potentiële) gebruikers van de VTV;
- bijeenkomsten te organiseren binnen verschillende onderdelen van het RIVM;
- relevante nationale en internationale (beleids)documenten te lezen, inclusief de Landelijke nota Gezondheidsbeleid 'gezondheid dichtbij' (VWS, 2011);
- voort te bouwen op de VTV-2010 (Van der Lucht en Polder, 2010) en de evaluatie hiervan (Meijer et al., 2011).

Vervolgens is deze informatie samengevat in negen thema's. In de volgende paragrafen beschrijven we deze thema's, waarbij zowel de actuele maatschappelijke ontwikkelingen als de betekenis voor de VTV-2014 aan bod komen. Achtereenvolgens komen de volgende thema's aan bod:

1. Focus verschuift van ziekten naar leven met ziekten.
2. Maatschappelijke baten van gezondheid: participatie.
3. De rol van de patiënt, cliënt en burger verandert.
4. Aandacht voor effect van de omgeving op gezond gedrag en gezondheid.
5. Verschillen in gezondheid.
6. Ontwikkelingen in preventie en zorg.
7. Technologie, nieuwe ontwikkelingen, innovaties, health 2.0.
8. Verschuiving van taken.
9. Rol van wetenschap in het debat verandert.

2.1 Focus verschuift van ziekten naar leven met ziekten

Door demografische ontwikkelingen meer ziekte in Nederland

De levensverwachting in Nederland neemt toe. Tussen 2003 en 2009 is de levensverwachting met twee jaar gestegen. Een snellere stijging hebben we sinds de Tweede Wereldoorlog niet meer gezien in ons land. Een stijgende levensverwachting betekent dat meer mensen oud worden. Daarbovenop komt dat de eerste lichting van de naoorlogse geboortegolf de grens van 65 jaar aan het passeren is. Dit betekent dat het aandeel ouderen in de samenleving sterker zal stijgen. Recente schattingen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) laten zien dat we er tussen 2010 en 2015 in Nederland ruim een half miljoen 65-plussers bij zullen hebben (CBS, 2011). En met de stijging van het aantal ouderen stijgt ook het aantal mensen met een (chronische) aandoening.

Ook andere redenen voor stijging aantal zieken

Niet alleen vergrijzing leidt tot meer chronisch zieken, er zijn ook andere oorzaken van de toename. Het meest voor de hand liggend lijkt een verandering in de oorzaken van ziekte. Zo is de stijging van het aantal mensen met diabetes deels veroorzaakt door de eerdere stijging in het aantal mensen met overgewicht. Toch is dit maar een deel van het verhaal. De toename van het aantal diabetes komt namelijk ook doordat deze ziekte eerder opgespoord wordt en patiënten daardoor beter behandeld kunnen worden en langer leven (Baan en Schoemaker, 2009). Deze tendens is ook voor andere ziekten beschreven, zoals kanker. Een vierde reden dat het aantal zieken toeneemt is dat het ziektebegrip 'opgerekt' wordt. Zaken die eerder als ongemak geduid werden, krijgen steeds vaker het label ziekte. Hierbij spelen zowel maatschappelijke ontwikkelingen als commerciële belangen een rol. Door alledaagse klachten te medicaliseren, kan de zorgsector haar afzetmarkt immers vergroten.

Focus verschuift van chronische ziekten naar leven met ziekten en beperkingen

Door vergrijzing, veranderende determinanten van ziekten, eerdere opsporing, betere overleving en het sneller labelen van ziekten, zijn er steeds meer mensen met een chronische ziekte. Tegelijkertijd heeft de VTV-2010 duidelijk gemaakt dat deze mensen zichzelf niet automatisch ook als ongezond zien (Van der Lucht en Polder, 2010). Uiteindelijk is niet zozeer het ziekte-label van belang, maar de ervaren klachten, beperkingen en teruggang in kwaliteit van leven die hiermee gepaard kunnen gaan (Zantinge et al., 2011). Dit sluit aan bij het beleidsthema 'Healthy and active ageing' in het ouderenbeleid van de EU. Preventie en zorg richten zich steeds

meer op het terugdringen van beperkingen in het functioneren en het bevorderen van de zelfredzaamheid, kwaliteit van leven en participatie (RVZ, 2010b). En dat geldt niet alleen voor ouderen. Tegenwoordig kunnen ernstig zieke kinderen tijdens een langdurige ziekenhuisopname in het ziekenhuis onderwijs ontvangen, of met hun vrienden naar de ziekenhuisbioscoop gaan. Op die manier wordt de overgang bij ontslag ook minder groot.

Ziekte en gezondheid in de VTV-2014

De verschuiving van aandacht voor ziekten naar aandacht voor zieken kan op verschillende plaatsen in de VTV uitgewerkt worden. Dit zou betekenen dat we trends in de gezondheidstoestand van de Nederlanders niet alleen in termen van ziekten, maar ook in termen van gezondheid, beperkingen en kwaliteit van leven beschrijven. Deze verschuiving heeft ook consequenties voor de organisatie van preventie en zorg. Deze twee aspecten worden hieronder verder uitgewerkt.

Ziekte en gezondheid als verschillende aspecten van volksgezondheid

Voortgaand op de trend die in de vorige VTV is ingezet, bekijken we in hoeverre de VTV-2014 zowel de ontwikkelingen in het ziektepatroon in Nederland, als de ontwikkelingen in andere aspecten van gezondheid zal beschrijven. Gezondheid zullen we daarbij niet in negatieve termen (als de afwezigheid van ziekten), maar in positieve termen uitdrukken. Hierbij laten we ons inspireren door de ideeën van een groep experts, bijeengezet door de Gezondheidsraad en ZonMw. Zij definieerden gezondheid als een dynamisch evenwicht, als de capaciteit om met aspiraties en bedreigingen om te gaan (Huber et al., 2011). Een andere manier van kijken naar gezondheid betekent ook dat we in de VTV-2014 naar andere oorzaken van gezondheid zoeken. Niet pathogenese, maar salutogenese. Als we dit verder uitwerken in de VTV, dan zullen we vragen beantwoorden als: Wat zijn de drijvende krachten die mensen ertoe brengen gezond te zijn en te blijven? Hoe kunnen mensen er voor zorgen dat ze immuniteit opbouwen tegen infectieziekten? Welke capaciteiten kunnen mensen ontwikkelen om betere controle te krijgen over hun gezondheid? Door op deze manier gezondheid te definiëren, kunnen ook mensen met een aandoening gezond zijn. Ook bij deze groep bekijken we dan het belang van capaciteiten om controle te krijgen over de eigen gezondheid.

Consequenties voor (de organisatie van) de zorg

De enorme groei van het aantal chronisch zieken heeft allereerst consequenties voor de uitvoerbaarheid en de betaalbaarheid van de zorg. Daarnaast vraagt het om een zorginhoudelijke omslag. Zo is genezing niet het primaire doel van de behandeling van chronisch zieken, maar het verminderen van klachten en het leven met de ziekte. De relatie tussen de patiënt en de hulpverlener heeft een langduriger karakter,

waarbinnen de hulpverlener de patiënt vooral coacht bij het zelfmanagement. Daarbij kunnen ook interventies gericht op dagelijks gedrag en leefstijl een integraal onderdeel zijn van de behandeling. Tot slot komt in de zorg, en met name in de eerstelijns, steeds meer aandacht voor de preventie van chronische ziekten, om op die manier de groei af te zwakken. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) omschreef deze ontwikkeling als niet langer kiezen voor zorg en ziekte (zz), maar voor gedrag en gezondheid (gg) (RVZ, 2010a). In de VTV willen we laten zien in hoeverre deze ontwikkeling de komende jaren zal doorzetten, en wat daarbij mogelijke kansen en drempels zijn voor verschillende groepen in de bevolking.

Multimorbiditeit

Tot slot nog een ander aspect van de toename van het aantal chronisch zieken. Er komen niet alleen meer mensen met één ziekte, maar ook meer mensen met twee of meer ziekten. Vooral op oudere leeftijd komt multimorbiditeit veel voor. Van de 75-plussers heeft 84% tenminste één chronische ziekte en 59% meerdere chronische ziekten (Van Oostrom et al., 2011). Bij multimorbiditeit hebben mensen vaak te maken met meerdere zorgverleners met mogelijk tegenstrijdige adviezen of medicatie (Gezondheidsraad, 2008). Een ziekteoverstijgende aanpak waarin niet 'de ziekten' centraal staan maar 'de zieken' past mogelijk beter bij patiënten met multimorbiditeit. De uitkomsten van de zorg zijn dan eerder geformuleerd in termen van functioneren, kwaliteit van leven en participatie, dan in ziektespecifieke termen als bloeddruk, HbA1c en andere bloedwaarden. De VTV-2014 zal zo mogelijk ingaan op de consequenties voor de zorg. Zo hebben de recent ontwikkelde ziektegeoriënteerde zorgstandaarden en de integrale bekostiging van chronische zorg (de keten-dbc's) nog onvoldoende aandacht voor multimorbiditeit. Het gaat ook om het overzicht van de verleende zorg en een goede samenwerking en informatie-uitwisseling tussen zorgverleners.

2.2 Maatschappelijke baten van gezondheid: participatie

Maatschappelijke baten van gezondheid zijn en blijven van belang

De VTV-2010 heeft laten zien dat gezondheid van belang is, zowel voor individuen als voor de maatschappij. Een goede gezondheid stelt mensen in staat om de dingen te doen die ze moeten en willen doen. Dat verhoogt het welzijn en de welvaart, zowel op individueel als maatschappelijk niveau. Zo werken gezonde mensen vaker dan mensen met gezondheidsklachten. Bovendien zijn zij productiever. Het effect van gezondheid op participatiekansen is al vroeg in het leven zichtbaar. Kinderen met een goede gezondheid hebben betere schoolprestaties, waardoor ze meer kans hebben op werk en een hogere welvaart later in het leven. Maar gezondheid heeft niet alleen

directe economische baten, het gaat ook om andere zaken die van belang zijn voor een samenleving, zoals vrijwilligerswerk, mantelzorg en andere vormen van participatie. De discussie over de kosten van de zorg krijgt een nieuwe dimensie als ook de baten van de zorg inzichtelijk gemaakt worden. Uit de evaluatie van de VTV-2010 bleek veel waardering voor dit thema; gevraagd werd om hier een vervolg aan te geven in de volgende editie van de VTV.

Maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA)

Op veel beleidsterreinen is het tegenwoordig gebruikelijk om vóór de invoering van maatregelen een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) te doen. In een MKBA wordt geprobeerd om alle kosten en alle baten van een maatregel uit te drukken in een aantal euro's. In de rapportages van MKBA's worden gezondheidseffecten vaak wel genoemd, maar in de uiteindelijke kosten-batenafweging niet meegeteld. Als reden wordt aangevoerd dat het gezondheidseffect niet kan worden gekwantificeerd, of dat het gevonden effect niet kan worden uitgedrukt in geld (gemonetariseerd). Dat heeft tot gevolg dat gezondheidseffecten van maatregelen geen rol spelen in de kosten-batenafweging. In het kader van de VTV-2014 zullen we nagaan wat er nodig is om gezondheidseffecten wel standaard mee te nemen in MKBA's.

Van maatschappelijke baten in de VTV-2010 naar participatie in de VTV-2014

De VTV-2010 heeft de relaties tussen gezondheid, welvaart, het zorgstelsel en maatschappelijk welbevinden modelmatig in kaart gebracht. De vraag wat gezondheid en de gezondheidszorg bijdragen aan maatschappelijk welbevinden en inkomen stond daarbij centraal. De VTV-2014 zal op deze weg voortgaan, waarbij de nadruk meer zal komen te liggen op maatschappelijke participatie. Het begrip maatschappelijke participatie omvat zowel arbeidsparticipatie als andere vormen van participatie zoals mantelzorg, vrijwilligerswerk en sociale participatie. Voor de VTV gaat het dan zowel om het belang van gezondheid voor maatschappelijke participatie als om de bijdrage van preventie en zorg aan participatie. Deze twee aspecten worden hieronder verder uitgewerkt.

Gezondheid bevordert maatschappelijke participatie

In de ontwerpfase van de VTV-2014 bekijken we in hoeverre het mogelijk is om een overzicht te geven van de kennis die er is over de relatie tussen gezondheid en maatschappelijke participatie. We zullen starten met de actualisatie van de informatie uit de vorige VTV over de relatie tussen verschillende gezondheidsmaten en verschillende vormen van participatie. Ook geven we, zo mogelijk, een overzicht van de beschikbare informatie over de gezondheid van mensen die minder actief aan de samenleving deelnemen, zoals werklozen, arbeidsongeschikten, jonge

arbeidsgehandicapten, voortijdige schoolverlaters, dak- en thuislozen, illegalen en (ex-)gedetineerden. De vraag in hoeverre een slechte gezondheid bijdraagt aan de positie in de maatschappij, is daarbij van belang (en andersom). Een ander aspect hierbij is de mate waarin mensen die een (chronische) ziekte hebben toch participeren en welke factoren hierbij een rol spelen. Waarom werken sommige chronisch zieken wel en andere niet? Om deze vraag te kunnen beantwoorden, kijken we naar aspecten van de gezondheid (fitheid, mentaal vermogen, aanwezigheid en ernst van beperkingen), persoonlijkheidskenmerken en effecten van de omgeving (zowel de fysieke als sociale omgeving, inclusief stigmatisering). Hierbij maken we ook gebruik van de informatie die het SCP en het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) verzamelen over participatie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten.

Preventie en zorg bevorderen gezondheid en maatschappelijke participatie

Het primaire doel van preventie en zorg is om ziekten te bestrijden of te genezen, dan wel de gezondheid en kwaliteit van leven te behouden of te verbeteren. Steeds meer richt de aandacht van preventie en zorg zich ook op participatie, waarbij gegeven de lichamelijke of geestelijke beperkingen gezocht wordt naar mogelijkheden. Voorbeelden zijn het Wmo-beleid (Wet maatschappelijke ondersteuning) van gemeenten, en de begeleiding door bedrijfsartsen van verzuimende werknemers. Een ander voorbeeld is dat GGZ-hulpverleners dagelijkse bezigheden en sociale contacten van mensen met psychische problemen stimuleren (www.zorgvoorbeter.nl). Volgens een recent advies van de RVZ zou de kwaliteit van zorg zelfs gedefinieerd moeten gaan worden als de bijdrage aan gezondheid én participatie (RVZ, 2010b). De VTV-2014 zal expliciet aandacht besteden aan de gezondheidseffecten en de effecten op participatie van preventie en zorg.

Tot slot: participatie bevordert gezondheid, meestal

Bovenstaande gaat vooral over de effecten van gezondheid op participatie. De omgekeerde relatie is echter ook relevant. Een goede opleiding, een baan en sociale participatie vergroten de kansen op gezondheid. Anderzijds verkleinen sociale uitsluiting en armoede de kansen op gezondheid (zie ook paragraaf 2.4). Daarmee is de cirkel rond. Investeren in gezondheid, is investeren in welbevinden en welvaart, waardoor ook de gezondheid verder verbetert. De VTV-2014 zal aandacht besteden aan de relatie tussen (arbeids)participatie en gezondheid, en daarbij zowel deze positieve effecten meenemen, als ook negatieve effecten van ongunstige arbeidsomstandigheden of het verlenen van mantelzorg.

2.3 De rol van de patiënt, cliënt en burger verandert

Individualiteit, vrijheid en zelfbeschikking

De laatste jaren is in het beleid meer nadruk komen te liggen op individualiteit en autonomie. Mensen streven naar zelfontplooiing, is de gedachte daarachter. Ze willen vrijheid om hun leven te leiden naar eigen principes en overtuigingen. Dit is zo als het gaat om gezondheid: zo kiezen mensen zelf voor deelname aan vaccinaties. Dit blijft zo als mensen te maken krijgen met een ziekte. Ook vanuit het perspectief van de betaalbaarheid van het zorgsysteem en van het systeem van marktwerking en keuzes maken, worden mensen geacht een actievere rol te spelen. Ze krijgen ook meer verantwoordelijkheid. Zoals in een vorige paragraaf (paragraaf 2.1) al werd beschreven, verandert de rol en verantwoordelijkheid van patiënten in de zorg en preventie. Hieronder gaan we nader in op deze veranderende rol van patiënten, waarbij we ook aandacht zullen besteden aan verschillen tussen mensen.

De burger moet kiezen

De invoering van de marktwerking in de zorg betekent ook een nieuwe rol voor burgers. Mensen zouden niet alleen actief moeten kiezen voor een zorgverzekeraar, maar ook voor hun zorgverleners. Dit kiezen is cruciaal voor het functioneren van een markt: zonder kiezende patiënten kan er geen sprake zijn van marktwerking in de zorgverlenersmarkt. Mensen kiezen hulpverleners of ziekenhuizen dan bij voorkeur op basis van gegevens die iets zeggen over de kwaliteit van de zorg. De vraag hierbij is echter of alle mensen even goed in staat zijn om te bepalen van wie ze de zorg het beste zouden kunnen krijgen. En of ze wel willen kiezen.

Patiënten krijgen meer verantwoordelijkheid en regie

De rol van patiënten in de zorg verandert. Zelfmanagement betekent dat patiënten zelf de regie nemen in hun behandeling. Patiënten worden geacht goed geïnformeerd deze actieve rol op zich te nemen. In de zorg wordt het steeds normaler dat de patiënt meedenkt en meebesluit over de behandeling. Dit zou positieve effecten kunnen hebben, bijvoorbeeld dat de gekozen behandeling zich meer dan nu richt op gezondheidseffecten die de patiënt zelf belangrijk vindt. Maar het is waarschijnlijk niet voor alle patiënten mogelijk: juist de aanwezigheid van ziekte kan het moeilijk maken om als patiënt zelf de regie te nemen (Mol, 2006).

Burgerparticipatie in het volksgezondheidsbeleid

Op veel beleidsterreinen is het gebruikelijk dat de betrokken burgers worden geraadpleegd in de voorbereiding van beleidsbeslissingen. In het volksgezondheidsbeleid is dit echter geen gemeengoed, al zijn er op lokaal niveau wel

initiatieven gaande. Daarbij kan het bijvoorbeeld zo zijn dat burgers meebeslissen over de lokale prioriteitstelling van gezondheidsproblemen (overgewicht, zoönosen of eenzaamheid), doelgroepen (jeugd, ouderen of daklozen) en interventies (extra controles op alcoholconsumptie van minderjarigen of het aanbieden van weerbaarheidstrainingen).

Aandacht voor verantwoordelijkheid van burgers, professionals en overheid in de VTV-2014

De VTV zou de effecten van burgerparticipatie en de verschuiving in verantwoordelijkheid op gezondheid en zorg in kaart kunnen brengen, voor verschillende groepen in de maatschappij. Om delen van deze vraag te kunnen beantwoorden, werken we in de ontwerpfase van de VTV-2014 drie aspecten verder uit.

Ten eerste zullen we de verantwoordelijkheid van de burger voor zijn eigen gezondheid nader beschouwen. Kan de VTV-2014 vragen beantwoorden als: Hoe ziet deze verantwoordelijkheid eruit? Wat hebben mensen nodig om deze op zich te nemen? Willen ze deze verantwoordelijkheid wel? En wat vinden mensen daarbij de verantwoordelijkheid van de professional en de overheid? Met andere woorden: wat mogen burgers van hen verwachten aan informatie, ondersteuning en andere zaken?

Ten tweede besteden we aandacht aan verschillen tussen mensen in de wijze waarop ze deze veranderende rol en verantwoordelijkheid op zich willen en kunnen nemen. Burgers hebben immers verschillende belangen, visies, noden en vaardigheden. Daarbij hebben we ook oog voor de beperkingen van het rationele keuzemodel. Mensen lijken veel minder op de 'homo economicus' dan gedacht. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) laat in zijn rapport 'De menselijke beslisser, over de psychologie van keuze en gedrag' zien hoe keuzes van mensen beïnvloed worden door bijvoorbeeld gewoonten (automatische piloot tegenover bewuste keuzes), emoties en wilskracht (Tiemeijer et al., 2009).

Ten derde inventariseren we wat er al gedaan wordt aan burgerparticipatie, bijvoorbeeld op lokaal niveau. We kijken dan niet alleen naar het terrein van de volksgezondheid, maar ook naar andere beleidsterreinen. Hoe wordt de burgerparticipatie in de praktijk vormgegeven, waar loop je tegenaan, en wat levert het op?

2.4 Aandacht voor effect van de omgeving op gezond gedrag en gezondheid

Individualisering van problemen en oplossingen

We leven in een tijd van individualisering. Ook ziekte en gezondheid worden steeds meer als een individuele aangelegenheid geïdentificeerd: het individu is ziek of leeft ongezond. Wanneer mensen met gezondheidsproblemen in de gezondheidszorg terechtkomen, worden de oplossingen vooral op individueel niveau gezocht, in de vorm van een behandeling of een leefstijladvies (Van der Lucht en Polder, 2010). In die zin is medicalisering ook te zien als een vorm van individualisering. In de gezondheidszorg blijven de maatschappelijke invloeden op het ontstaan van de problemen immers vaak buiten beeld. Ook wordt niet altijd voldoende gebruik gemaakt van mogelijke oplossingen buiten de zorg, zoals omgevingsveranderingen. Overigens lijkt hier in de gezondheidszorg langzaam verandering in te komen (zie ook paragraaf 2.1).

De invloed van de omgeving op gedrag

Gedrag wordt veel minder bepaald door keuzes van het individu dan we denken: het wordt ook sterk beïnvloed door de fysieke en sociale omgeving (Tiemeijer et al., 2009). De invloed van het gedrag van de groep op de keuzes en het gedrag van het individu is zeer groot. De groep waarmee mensen zich identificeren bepaalt hun normen. Veel gedrag is gewoontegedrag, waarbij de fysieke omgeving bepaald gedrag uitlokt of juist dempt. Zo heeft de inrichting van de fysieke ruimte invloed op keuzes en gedrag. Het aanbod in kantines beïnvloedt bijvoorbeeld de keuze van voedingsmiddelen. Andere voorbeelden hebben betrekking op het inrichten van de omgeving en het verkeersgedrag. Deze invloed van de fysieke omgeving op gedrag is in potentie groot, ook als het gaat om gezond gedrag. Onderzoek hiernaar is tot nu toe echter schaars en niet eenduidig. In de VTV-2014 besteden we aandacht aan de invloed van de sociale en fysieke omgeving op gezond gedrag. Zo zullen we bijvoorbeeld beschrijven wat bekend is over het effect van voorzieningen voor sporten en bewegen in de buurt op beweeggedrag.

Omgeving: fysiek en sociaal, dichtbij en ver weg

De omgeving betreft de fysieke en sociale omgeving en daarbij gaat het zowel om de directe leefomgeving als om de leefomgeving in brede zin. Het gaat dus bijvoorbeeld om de fysieke inrichting van de ruimte, sociale netwerken (het gezin, vrienden), de sociale cohesie in de buurt en maatschappelijke factoren. Bij deze laatste factoren gaat het niet langer om individuele eigenschappen, maar om maatschappelijke structuren. Voorbeelden zijn de effecten van het onderwijssysteem, de werkgelegenheid of de inkomensverdeling in een land op de gezondheid. De VTV-

2014 zou een overzicht kunnen geven van wat bekend is over de invloed van maatschappelijke determinanten op gezondheid in Nederland.

Omgeving ook direct van invloed op gezondheid

Behalve dat de omgeving het gezondheidsgedrag beïnvloedt, zijn er ook directe effecten van de omgeving op gezondheid. Maatregelen op het gebied van gezondheidsbescherming zorgen ervoor dat de mensen zo min mogelijk worden blootgesteld aan (onvrijwillige) gezondheidsrisico's. Het is een taak van de overheid om te zorgen voor schoon drinkwater, goede buitenluchtkwaliteit en dat andere milieunormen niet overschreden worden. Ook het bewaken van de veiligheid van voedsel, consumentenproducten en geneesmiddelen is een taak van de overheid. Zij stelt normen en bewaakt deze. Tot slot noemen we hier nog de arbeidsomstandigheden, als belangrijke omgevingsdeterminanten van gezondheid. De VTV-2014 zal een actualisatie geven van de effecten van milieufactoren en arbeidsomstandigheden op de gezondheid.

Beleid in andere sectoren heeft ook gezondheidseffecten

Het volksgezondheidsbeleid is niet het enige beleidsterrein dat effecten heeft op gezondheid en gezond gedrag. Andere sectoren (denk aan onderwijs, sociale zaken, milieu, landbouw) bereiken, al dan niet bedoeld, ook gezondheidseffecten. In de VTV-2014 willen we deze gezondheidseffecten zichtbaar maken. Daarbij besteden we aandacht aan integraal gezondheidsbeleid, waarbij andere sectoren expliciet meewerken aan het behalen van gezondheidseffecten. Tot slot willen we hier de rol van de industrie, in het bijzonder de voedingsindustrie, noemen. Het aanbod van gezonde voeding bepaalt immers mede de inname van voedingsstoffen. Zo eten mensen minder transvet, sinds de industrie in veel producten deze vorm van vet vervangen heeft door gezondere vetten. Op dezelfde manier worden ook initiatieven genomen om de consumptie van zout omlaag te brengen.

Gezondheid heeft ook effect op andere beleidsterreinen

De relatie met de andere beleidsterreinen is wederkerig. Zo heeft een betere gezondheid een positieve invloed op schoolprestaties en op de loopbaan van mensen, en beïnvloedt het de arbeidsparticipatie en het arbeidsverzuim. Op die manier leidt meer gezondheid ook tot economische groei. Ook is gezondheid een belangrijke voorwaarde voor veel andere vormen van maatschappelijke participatie, waaronder mantelzorg en vrijwilligerswerk (Van der Lucht en Polder, 2010). Daarnaast leidt preventie van excessief alcoholgebruik bijvoorbeeld tot meer verkeersveiligheid en tot beperking van het uitgaansgeweld (Van den Berg en Schoemaker, 2010). Op die

manier kan het volksgezondheidsbeleid bijdragen aan het bereiken van de doelen op andere beleidsterreinen.

Infectieziekten

Tot slot noemen we hier de infectieziektebestrijding. Ook hier gaat het immers om de omgeving. Bacteriën, virussen en parasieten worden overgedragen tussen mensen, maar ook van dieren op mensen en vanuit het milieu. Belangrijke aspecten die hier spelen zijn maatschappelijke discussies over vaccinaties, toenemende antibioticaresistentie (onder andere door veelvuldig gebruik in de bio-industrie), effecten van klimaatverandering en besmettingen van dier op mens (zoönosen). Bij zoönosen gaat het bijvoorbeeld om de vraag welke omgevingsfactoren invloed hebben op de verspreiding van zoönosen naar de mens en welke rol de intensieve veehouderij hierin speelt. Dit laatste ligt vooral op het beleidsterrein van het ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie (EL&I). Overigens gaat het niet alleen om de moeilijk beheersbare zoönose-problematiek, zoals Q-koorts, maar ook om vaker voorkomende ziekten, zoals de ziekte van Lyme. Ook de ziektelast van antibioticaresistentie en verschillende zoönosen zou een interessant thema zijn voor de VTV-2014, in het bijzonder om deze te kunnen vergelijken met andere gezondheidsproblemen.

2.5 Verschillen in gezondheid

Gezondheid en ziekten over de levensloop

Op alle leeftijden komen gezondheidsproblemen voor. Wel zijn er aanzienlijke verschillen tussen leeftijdsgroepen in gezondheid en de aard en de omvang van ziekten en gezondheidsproblemen. Zo neemt de fysieke gezondheid gemiddeld genomen na een bepaalde leeftijd sterk af, terwijl de geestelijke gezondheid relatief stabiel is over het leven. Ook oorzaken van ongezondheid verschillen sterk over het leven. Bij jonge kinderen is het grootste deel van de ongezondheid toe te schrijven aan defecten die zijn ontstaan voor of tijdens de geboorte, ongevallen, en astma en andere luchtwegklachten, terwijl ouderen de meeste gezondheid verliezen door ziekten als coronaire hartziekten, beroerte, diabetes en dementie. Voor de groep daartussen in, de (jong)volwassenen en mensen van middelbare leeftijd springen vooral de psychische stoornissen in het oog als belangrijkste oorzaak van gezondheidsverlies.

Gezond leven is van alle leeftijden

Ook de invulling van gezond leven verschilt per levensfase. Zo gaat het in het gezondheidsbeleid gericht op de jeugd om het aanleren van een gezond voedings- en

beweegpatroon, weerbaar zijn tegen de verleidingen van bijvoorbeeld roken, alcohol en andere middelen en aandacht voor de seksuele gezondheid. Later in het leven gaat het bijvoorbeeld ook om meedoen aan bevolkingsonderzoeken en therapietrouw. En op nog oudere leeftijd zijn ook determinanten van kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van belang (Zantinge, 2011).

De VTV-2014 zal, net als eerdere edities van de VTV, de gezondheid en determinanten van alle leeftijdsgroepen in kaart brengen. Extra aandacht zal er zijn voor preventie gedurende de levensloop. Zijn er perioden of momenten in het leven, zoals zwangerschap of pensionering, waarop preventieve interventies extra effectief zijn? Vanuit dit levensloopperspectief kunnen we bovendien inzichtelijk maken hoe gezondheidsachterstanden zich opstapelen gedurende het leven. Dit geeft ook aangrijpingspunten voor interventies. In dat levensloopperspectief zullen we ook oog hebben voor de verschillen tussen generaties.

Gezondheidsrisico's en ziekten clusteren

Naast verschillen tussen leeftijdsgroepen, zijn er ook grote verschillen binnen leeftijdsgroepen. Dat hangt weer samen met de verschillen in het vóórkomen van determinanten van gezondheid en ziekte tussen bevolkingsgroepen. Uit de VTV-2010 bleek al dat deze determinanten – denk aan woonomgeving, opleiding, leefstijl – niet los van elkaar staan: bij bepaalde groepen mensen komen ongunstige risicofactoren vaker samen voor. Hoezeer sociaaleconomische gezondheidsverschillen daarbij een rol spelen, blijkt uit het feit dat de levensverwachting van laagopgeleiden zes jaar korter is dan die van hoogopgeleiden.

In de VTV-2014 aandacht voor achterstandsgroepen

De volksgezondheid als geheel verbetert vooral als ook de gezondheid van bevolkingsgroepen met de slechtste gezondheid verbetert. Voor de VTV-2014 zullen we de cijfers over gezondheid en determinanten voor de verschillende sociaaleconomische en etnische groepen actualiseren. Zoals eerder beschreven, hebben we ook aandacht voor andere groepen, zoals werklozen en jonge arbeidsgehandicapten, en onderzoeken we de invloed van omgeving en maatschappelijke determinanten op gezondheidsverschillen. Verschillende beleidsterreinen zijn betrokken bij de aanpak van deze determinanten, zoals Infrastructuur en Milieu (I&M) als het gaat om de leefomgeving, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) als het gaat om leefbaarheid, Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) als het gaat om arbeidsparticipatie, Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OC&W) als het gaat om school en voortijdig schoolverlaten. In de VTV-2014 gaan we zo mogelijk nader in op de effecten van dit beleid op gezondheid en de mogelijkheden voor integraal gezondheidsbeleid (IGB). Dit sluit aan bij het

beleidsplan Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) en de aanvulling hierop (VWS, 2008, 2009).

Regionale en internationale verschillen

Behalve verschillen gedurende de levensloop en tussen groepen, zijn er binnen Nederland ook regionale verschillen. In de VTV-2014 en in de Atlas geven we een update van de regionale verschillen. Extra aandacht binnen Nederland zal uitgaan naar de zogenoemde krimpregio's. Wat betekent deze demografische verschuiving voor de gezondheid en het voorzieningenniveau in deze regio's? Uiteraard zal de VTV de Nederlandse volksgezondheid ook vergelijken met die in de landen om ons heen, door een update en duiding te geven van de internationale verschillen.

2.6 Ontwikkelingen in preventie en zorg

Groeiend gebruik en kosten van zorg

In de achterliggende decennia is de gezondheidszorg gespecialiseerd en geïntensiveerd. De zorguitgaven stegen de afgelopen jaren met ongeveer 7% per jaar. Hiervan was ruim de helft toe te schrijven aan de groei van het zorgvolume (het zorggebruik), waarvan een klein deel door demografische ontwikkelingen. De rest van de groei in de zorgkosten was het gevolg van de stijging van prijzen en lonen (Luijben en Kommer, 2010). Volgens de Zorgrekeningen werd in 2008 in totaal € 79 miljard uitgegeven aan zorg (Westert et al., 2010). Deze groei leidt tot de vraag of en hoe de zorg in de toekomst nog betaalbaar kan blijven. Ook de toekomstige beschikbaarheid van voldoende zorgpersoneel is daarbij een belangrijke vraag.

Toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg

Het beleid heeft de laatste jaren maatregelen genomen voor het indammen van de groeiende collectieve zorgkosten. Enerzijds werd daarbij gekozen voor beperking van het aanbod of de vergoedingen, of verandering van de bekostiging. Daarnaast is er meer marktwerking in de zorg geïntroduceerd, met als doel de kosten per interventie te verlagen. De Zorgbalans (Westert et al., 2010) monitort vierjaarlijks in hoeverre deze groei en deze maatregelen hebben geleid tot verandering in de belangrijkste indicatoren van de kwaliteit van het Nederlandse zorgsysteem: de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Voor zover de uitkomsten direct zijn te vertalen naar de volksgezondheid, en de verschillen daarin, zullen ze als input dienen voor de VTV-2014. Niet alleen voor een beschrijving van de huidige situatie, maar ook als input voor het toekomstverkennen.

Preventie en zorg groeien steeds verder naar elkaar toe

Naast macro-economische, zijn er ook zorginhoudelijke ontwikkelingen. Binnen de gezondheidszorg is steeds meer aandacht voor preventie. Dat heeft mede te maken met de groei van het aantal mensen met chronische ziekten. Een samenhangende keten van preventie, cure en care wordt door alle partijen nagestreefd. Maar de bestaande regels en wetten maken dat in de praktijk niet eenvoudig. Zo paste preventie in 2006 niet vanzelf in de nieuwe bekostigingssystematiek in de zorg. Daartoe heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een aantal adviezen gegeven voor de bekostiging van geïndiceerde preventie (CVZ, 2007). In de experimenten rond de ketenzorg worden ook preventieve interventies meegenomen. Ook de aansluiting tussen de publieke gezondheidszorg en de gezondheidszorg wordt bemoeilijkt door de verschillen in wetgeving en bekostiging. Het RVZ bereidt een advies voor waarin dat aan de orde komt.

Extra aandacht voor effecten van preventie en zorg in samenhang

De gezondheidszorg zit op twee plaatsen in het VTV-model: als gevolg van ongezondheid (zorggebruik en kosten) en als bron van gezondheid (effecten van zorg). De VTV-2014 zal, net als vorige VTV's, opnieuw het zorggebruik en de zorgkosten in kaart brengen. Ook zullen we aandacht besteden aan de volksgezondheidseffecten én de maatschappelijke effecten van preventie. We zullen daarnaast dit keer meer aandacht besteden aan de effecten van de zorg, en specifieker van preventie in de zorg. Daarbij zullen we de effecten van zorg en preventie niet los van elkaar beschouwen, maar in samenhang.

2.7 Technologie, nieuwe ontwikkelingen, innovaties, health 2.0

Innovaties bepalen de toekomst

De wereld zal er in 2025 heel anders uitzien, dat is zeker. Maar op welke manier anders, dat is moeilijk te zeggen. Vrijwel zeker zullen allerlei technologische innovaties, zoals domotica en beeldvormende technieken, hierin een bepalende rol spelen. Ook zal de rol van internet nog belangrijker worden: niet alleen in de vorm van sociale media, maar ook in de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg. Er wordt veel verwacht van allerlei vormen van e-health. De vraag is wat dat op de korte en middellange termijn gaat betekenen voor de zorgsector. Het tempo waarin innovaties worden ingevoerd, hangt niet alleen af van de snelheid van technologische ontwikkelingen, maar ook van de snelheid waarmee ze daadwerkelijkheid in de praktijk worden gebruikt.

Effecten van e-innovaties en zelftesten

In eerdere VTV's werd al geschreven over het verwachte tekort aan verplegenden en verzorgenden. Een van de beloften van e-health is dat het de zorg minder arbeidsintensief zal maken, en daarmee het dreigend tekort aan zorgpersoneel gedeeltelijk zal kunnen opvangen. Wordt deze belofte inderdaad ingelost? Daarnaast zijn er nog andere effecten. De ontwikkelingen op het gebied van zelftesten (van internetvragenlijsten tot *total body scans*) zullen naar verwachting zowel positieve als negatieve invloed hebben op de volksgezondheid. Wanneer dergelijke ontwikkelingen doorzetten, krijgt de patiënt ook meer mogelijkheden om de regie over de zorg te voeren (zelfmanagement). Dat begint met het inzien van het eigen dossier, maar gaat vervolgens ook verder.

Personalized medicine

Er wordt door sommigen veel verwacht van de mogelijkheden om behandeling en preventie af te stemmen op de eigenschappen van mensen. Dit heeft niet alleen consequenties voor de zorg (denk aan de gevoeligheid voor werking en bijwerkingen van medicijnen, ontwikkelingen op het terrein van de nanotechnologie). Maar dat zou ook informatie kunnen opleveren voor preventie. Wanneer iemand een aantoonbaar verhoogd risico loopt op chronische ziekten, wordt een leefstijladvies mogelijk beter opgevolgd. En ook kan zo'n persoonlijk risico worden gebruikt om de frequentie van bevolkingsonderzoeken per persoon te variëren. Het is op dit moment nog niet te zeggen of dit in 2025 al usance zal zijn. Er zijn zelfs deskundigen die voorspellen dat het niet zal lukken om zulke specifieke ziekterisico's te bepalen op grond van genetisch materiaal.

Innovaties en toekomstverkennen

Naast de hierboven genoemde innovaties, is er de komende jaren waarschijnlijk nog veel meer te verwachten. In de ontwerpfasen van de VTV-2014 zullen we daarin een beredeneerde keuze maken. Van de belangrijkste innovaties maken we vervolgens een inschatting hoe snel ze op welke schaal kunnen worden ingevoerd, wat ze dan aan gezondheidseffecten zouden opleveren, en wat de verwachte gevolgen zijn voor het zorggebruik en de zorgkosten. Deze resultaten kunnen worden gebruikt voor het maken van toekomstscenario's.

2.8 Verschuiving van taken

Gemeenten krijgen een steeds grotere rol in het vormgeven en uitvoeren van het beleid

Het volksgezondheidsbeleid wordt op verschillende plaatsen gemaakt en uitgevoerd. In de Wet publieke gezondheid (Wpg) is de afstemming op dit terrein tussen de Rijksoverheid en de gemeenten geregeld. De gemeenten zijn op basis van de Wpg verantwoordelijk voor de uitvoering van een aantal taken ten behoeve van de publieke gezondheid. Gemeenten hebben naast het wettelijke kader ook te maken met beleidskaders vanuit het ministerie van VWS bij het opstellen van hun gezondheidsbeleid. Zo stelt het ministerie van VWS elke vier jaar de landelijke prioriteiten voor collectieve preventie vast. Naar aanleiding hiervan stellen gemeenten ook elke vier jaar hun actiepunten voor lokaal gezondheidsbeleid vast in gemeentelijke nota's. Gemeentes pakken deze rol steeds meer op. De GGD'en spelen daarbij een belangrijke rol. De gemeenten zijn ook verantwoordelijk voor het stimuleren van sport en bewegen en voor de uitvoering van de Wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO), gericht op het participeren van alle burgers in de samenleving. De gemeente heeft hier de regie en mag zelf bepalen hoe ze de maatschappelijke ondersteuning organiseert.

De mensen over wie het over gaat, zijn de komende jaren als eerste aan zet

Waar de komende jaren de grootste verschuiving beoogd wordt, is de verantwoordelijkheid van de mensen zelf. Volgens het beleid van het kabinet moet gezondheid weer iets van de Nederlander zelf worden (Landelijke nota gezondheidsbeleid, VWS 2011). De overheid schrijft mensen niet voor wat ze wel of niet mogen, mensen bepalen dat zelf. De omgeving dient daarbij zo te zijn ingericht dat gezonde keuzes makkelijker worden. De landelijke en de lokale overheid en diverse maatschappelijke partners (scholen, werkgevers, sportverenigingen) spelen daarin vooral een faciliterende rol.

Meer afspraken en afstemming op Europees niveau

Globalisering en vooral Europese wetgeving en samenwerking hebben hun weerslag op onze volksgezondheid. De meeste invloed gaat uit van 'sterke' EU-beleidsterreinen als interne markt, milieu en voedselveiligheid. De Europese competenties op het gebied van volksgezondheid zijn bescheiden, maar in het Verdrag van Lissabon is wel (voor het eerst) vastgelegd dat lidstaten onderling hun beleid en programma's moeten coördineren. Vanwege de Europese gezondheidsstrategie lag de laatste jaren al meer nadruk op afstemming en samenwerking, bijvoorbeeld via zogeheten *joint actions* of het opstellen van nationale (actie)plannen. Europese beleidsterreinen als sociale zaken en onderwijs hebben volksgezondheidsdoelen in hun agenda

opgenomen, en er zijn op Europees niveau bindende afspraken gemaakt over het aanleveren van gegevens, ook met betrekking tot gezondheidsindicatoren. In de komende twee jaar zal duidelijk worden hoezeer de kerndoelen van de nieuwe, overkoepelende *Europe 2020*-strategie hun weerslag gaan hebben op de opvolgers van de huidige EU gezondheids- en onderzoeksprogramma's.

Wat heeft ieder nodig om de rol goed te vervullen?

Om alle betrokkenen zijn of haar rol naar wens te laten vervullen, is om te beginnen inzicht nodig in de wijze waarop de partijen deze rol willen en kunnen vervullen. Dat geldt zowel voor de mensen en hun directe omgeving, als voor de overheid, het bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties, het onderwijs en zorgverleners. De volgende stap is inzicht in de randvoorwaarden en ondersteunende factoren als informatie en voorzieningen. Een heldere taakverdeling met bijbehorende samenwerkingsafspraken tussen de verschillende partijen zijn belangrijk bij het realiseren van de benodigde voorwaarden. Ook wordt in de VTV-2014 gekeken naar de verantwoordelijkheden van de professional en de verschillende overheden als het gaat om preventie en zorg. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de sturingsconcepten. Daarvoor zal in eerste instantie aangesloten worden bij het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), over de structuren en prikkels die nodig zijn om te komen tot een effectieve en efficiënte preventie, die in samenhang met verzekerde zorg en intersectoraal beleid zorgt voor gezondheidswinst. Dit advies verschijnt eind 2011. Mede op grond daarvan wordt dit thema nader uitgewerkt.

2.9 Rol van wetenschap in het debat verandert

Veranderende rol van wetenschap bepaalt proces en vorm van de VTV

De VTV wordt algemeen gezien als een succesvol informatie-instrument voor het Nederlandse volksgezondheidsbeleid (Van Egmond et al., 2011). Daarvoor is de afstand en nabijheid tot het beleid van wezenlijk belang (*staying close, but keeping distance*), evenals gezag in het wetenschappelijke en maatschappelijke veld. De rol van wetenschap in het debat is echter aan het veranderen, zoals we hieronder zullen beschrijven. Anders dan bij de bovenstaande thema's, zullen we dit thema niet opvatten als een onderzoeksvraag, maar als een uitgangspunt voor het kiezen van de meest geschikte vorm, organisatie en proces, en voor de communicatie over het project. De uitwerking komt ook aan de orde in hoofdstuk 5. In de rest van deze paragraaf gaat het niet alleen over de VTV. We schetsen een bredere maatschappelijke ontwikkeling, die de rol van alle wetenschappelijke informatie in het debat beïnvloedt.

De toegankelijkheid van alle soorten kennis is enorm toegenomen

Met de opkomst van internet is de toegang tot kennis en de verspreiding van kennis enorm toegenomen. Dit geldt voor ervaringskennis én voor wetenschappelijke kennis. Daarnaast neemt het belang van de maatschappelijke relevantie van wetenschap en van goede communicatie en discussie met de samenleving toe. Dit is onder meer terug te zien in de huidige financieringsstromen en subsidieregels. Het wordt voor onderzoekers steeds belangrijker om bevindingen niet alleen in wetenschappelijke tijdschriften te publiceren, maar ook in de 'gewone' media.

De rol van wetenschappelijke kennis in het publieke debat verandert

Vroeger gold de wetenschappelijke deskundige als dé autoriteit op zijn gebied. Hij of zij sprak met het gezag van de wetenschap en had daarmee het laatste woord. Tegenwoordig is de autoriteit van de deskundige niet meer vanzelfsprekend. Daarin staat de wetenschapper overigens niet alleen. Sinds de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw is de autoriteit van alle gezagsdragers gestaag afgenomen. De dokter is niet meer de autoriteit van weleer en dit geldt ook voor onderwijzers en de politie. Wat het voor de deskundige nog enerverender maakt, is dat er heel veel deskundigen zijn, met ieder een eigen theoretische achtergrond. Daardoor is er lang niet altijd sprake van één eenduidige boodschap vanuit de wetenschap als geheel. Dit holt de autoriteit van de wetenschappers in het publieke debat nog verder uit.

Wetenschappelijke kennis is bron van verwarring geworden

"Kennis wordt tegenwoordig steeds minder als bron van objectiviteit en toetsbaarheid beschouwd en steeds meer als een gereedschapskist waar je naar hartenlust argumenten uit kun graaien om je gelijk te krijgen." aldus Louise Fresco in haar recente Kohnstamm-lezing (Fresco, 2011). "Voor iedere controverse is wel een wetenschapper te vinden die bereid is een kant van de medaille feitelijk te onderbouwen (...). Het gevolg hiervan is dat we niet alleen overspoeld worden met wetenschappelijke kennis, maar feiten en meningen bovendien door elkaar heen lopen (...). Burgers en overheid zien door de bomen het bos niet meer. Wetenschap is een bron van verwarring geworden in plaats van een leidraad voor handelen".

Kennis heeft een beperkte rol in het tot stand komen van beleid

Er zijn veel factoren van invloed op beleidsvorming. Wetenschappelijke kennis is er daar een van. Daarnaast speelt de gewenste bijdrage van anderen partijen een rol en, vooral in tijden van financiële tegenwind, het beschikbare budget (Jansen et al., 2010). Andere factoren hebben te maken met de heersende normatieve standaarden, die beïnvloed worden door het politieke klimaat en het publieke gezond verstand. De volgende vragen spelen daarbij een rol: Is de betrokkenheid van de (Rijks)overheid legitiem? Zijn de beleidsinstrumenten geaccepteerd door de heersende politieke

ideologie en de meerderheid van de bevolking? Worden politieke aandacht, publieke zichtbaarheid en persoonlijke betrokkenheid positief ingeschat? Al deze factoren bepalen mede in hoeverre de informatie uit de VTV uiteindelijk terecht zal komen in het volksgezondheidsbeleid.

3 De opzet van de VTV-2014 nader uitgewerkt

Het samenvattende rapport van de VTV-2014 zal een overzicht bieden op hoofdlijnen, over huidige en toekomstige ontwikkelingen in de gezondheidstoestand, oorzaken en consequenties hiervan en de mogelijkheden van preventie en zorg. Het rapport geeft een beknopt overzicht van de essenties van de volksgezondheidsproblematiek van de komende jaren, vooral bedoeld voor de ondersteuning van het volksgezondheidsbeleid op de (middel)lange termijn. De informatie in het samenvattend rapport zal steunen op detailinformatie in de onderliggende websites en meer diepgaande informatie in tussentijdse rapporten (zie hoofdstuk 4 voor de afzonderlijke producten). In dit hoofdstuk staat een tentatieve opsomming van de reguliere VTV-onderwerpen die ook in de VTV-2014 aan bod komen. Telkens geven we aan wat de belangrijkste elementen in de uitwerking zullen zijn, wat eventueel vernieuwend is en wat de link is met de ontwikkelingen zoals deze beschreven staan in hoofdstuk 2. Voor de meeste ontwikkelingen was het goed mogelijk om deze in te passen in de uitwerking van de vaste VTV-onderwerpen. Voor enkele nieuwe thema's bleek dat moeilijker. Deze thema's zijn: de rol van de patiënt, cliënt en burger (paragraaf 2.3), de verschuiving van verantwoordelijkheden en de mogelijkheden van sturing (paragraaf 2.8) en de rol van de wetenschap in het publieke debat (paragraaf 2.9). De nadere concretisering en uitwerking van deze onderwerpen zal plaatsvinden in de volgende fase van het VTV-project (zie ook hoofdstuk 6).

3.1 Toekomstverkennen

Update

Toekomstverkennen is in alle VTV's gedaan. De uitvoering verschilt echter sterk per editie. Er was vrijwel altijd wel sprake van forecasting (het kwantitatief doortrekken van lijnen uit het verleden), en een enkele keer is ook gebruikgemaakt van meerdere toekomstscenario's. In de laatste VTV was het toekomstverkennen ondergebracht in een apart deelrapport. Ook in de VTV-2014 zal het weer een regulier onderdeel zijn.

De volgende onderwerpen komen daarbij waarschijnlijk aan bod:

- sterfte/levensverwachting, al dan niet gekoppeld aan risicofactor scenario's;
- gezondheid en ziekte (incl. participatie, zorggebruik, benodigd zorgpersoneel);
- belangrijke risicofactoren (met ziektelast, kosten, andere gevolgen);
- gezondheidswinst door mogelijke beleidsintensivering en omgekeerd;
- effect van innovaties op volksgezondheid en zorgkosten.

Kwalitatieve verkenningen en doorrekeningen gaan hand in hand (het is een iteratief proces). Er zal daarom in een vroeg stadium begonnen worden met het doorrekenen.

Methodologische vernieuwing

Bij de uitwerking van dit onderdeel laten we ons leiden door het recente WRR-rapport over toekomstverkennen (Van Asselt et al., 2010). Dit biedt een helder vocabulaire en theoretisch kader. Een van de belangrijkste WRR-ideeën is dat toekomstverkennen eigenlijk meer een proces is dan een uitkomst. Samen met de opdrachtgever en met maatschappelijke stakeholders wordt daarom in een interactief proces bepaald welke doelen het onderdeel 'Toekomstverkennen in de VTV-2014' zal dienen en welke thema's daarbij aan bod zullen komen. Tijdens het proces is er aandacht voor actieve participatie van verschillende groepen actoren, voor tussentijdse evaluaties en voor inbedding in het wetenschappelijke veld. De verschillende begeleidingscommissies van de VTV-2014 (WAC, BAG en KBR, zie hoofdstuk 5) worden eveneens betrokken in het proces. Bijvoorbeeld voor het bediscussiëren van mogelijke veranderingen op het terrein van de volksgezondheid.

Aan de hand van de in het WRR-rapport beschreven basisvragen over stabiliteit, cognitieve en normatieve consensus worden vervolgens de passende benaderingen van toekomstverkennen geselecteerd (*forecasting*, *foresight*, *backcasting* en *critical futures analyse*). Om een goed beeld te krijgen van deze onzekerheden, wordt aan de hand van de toekomstverkenningen in eerdere VTV's gekeken welke aannames destijds gemaakt zijn ten aanzien van stabiliteit en consensus en in hoeverre deze aannames uiteindelijk juist bleken te zijn.

Zodra duidelijk is welke thema's geselecteerd worden en welke onzekerheden er rond deze thema's zijn, wordt uitgezocht wat uitvoerbare mogelijkheden voor de VTV-2014 zijn, welke kennis en vaardigheden hiervoor nodig zijn en welke randvoorwaarden daarvoor noodzakelijk zijn (bijvoorbeeld nieuwe modellen, benodigde data, analyses, samenwerkingspartners, invalshoeken). Dit wordt in de tweede helft van 2011 uitgewerkt. De uitvoering vindt in 2012 en 2013 plaats.

3.2 Levensverwachting, gezondheid en participatie

Update

De VTV-2014 zal een update kennen van de huidige stand van zaken en trends in sterfte, levensverwachting en gezonde levensverwachting. Hiervoor zullen de meest recente (beschikbare) cijfers gebruikt worden. Dit geldt ook voor de update van

informatie over gezondheid, kwaliteit van leven, de epidemiologie van ziekten, multimorbiditeit en ziektelast. Voor al deze sterfte-, gezondheids- en ziektematen beschrijven we de situatie voor mannen en vrouwen, verschillende leeftijdsgroepen, en sociaaleconomische en etnische groepen. Waar mogelijk en relevant zullen ook andere groepen onderscheiden worden, zoals werklozen, jonge arbeidsgehandicapten en voortijdige schoolverlaters.

Methodologische vernieuwing

De update van de cijfers gaat gepaard met methodologische vernieuwing op een aantal punten. Zo zullen we de selectie van gezondheidsmaten en ziekten onder de loep nemen. De huidige selectie van ziekten is, bij de start van de eerste VTV in 1993, gebaseerd op een aantal criteria. Om in de selectie te komen, moest de ziekte bijvoorbeeld verantwoordelijk zijn voor minimaal 2% van de totale sterfte. Zo waren er in totaal

negen criteria vastgesteld. Nu, bijna twintig jaar later, komen met dezelfde criteria waarschijnlijk andere ziekten naar boven. Maar mogelijk zijn ook andere criteria van belang. Bovendien willen we 'onze' selectie naast een aantal relevante internationale lijsten met indicatoren leggen, om te zien of we nog belangrijke aandoeningen of andere (positieve) gezondheidsmaten missen. We zullen daarbij expliciet aandacht besteden aan zeldzame ziekten, die samen veel voorkomen en leiden tot veel gezondheidsverlies (Hoeymans et al., 2010). Ook de mogelijkheden om 'overige ziekten' mee te nemen om zo tot een schatting van de totale morbiditeit en totale ziektelast te komen, zullen worden verkend.

De gegevens voor de meeste ziekten zijn afkomstig van meerdere zorgregistraties, in het bijzonder huisartsenregistraties. Per ziekte bekijkt de VTV telkens de beschikbare bronnen en bepaalt hieruit de beste schatting van het voorkomen van ziekten. Deze schattingen kunnen echter nog verbeteren als de cijfers voor incidentie (I), prevalentie (P) en sterfte (mortaliteit, M) van de ziekten modelmatig consistent met elkaar gemaakt worden. Onder de voorwaarde dat de inhoudelijke expertise over de epidemiologie van ziekten hierin meegenomen wordt, zorgt deze zogeheten IPM-modellering niet alleen voor meer betrouwbare en valide schattingen, maar ook voor cijfers die gebruikt kunnen worden voor het modelleren van veranderingen in het ziektepatroon en voor betere schattingen van de ziektelast in DALY's. Op deze manier kunnen namelijk zowel incidentie- als prevalentieDALY's berekend worden. Voor de update van de ziektelast in Nederland is verder nog van belang dat de wegingsfactoren voor de ziekten niet meer up-to-date zijn. De World Health Organization (WHO) voert op dit moment een studie uit om deze te actualiseren. Het RIVM onderzoekt in hoeverre deze wegingsfactoren bruikbaar zijn voor de Nederlandse situatie. Indien deze informatie op tijd komt voor de volgende VTV,

zullen we deze gebruiken. Zo niet, dan teren we nog een keer op de 'oude' wegingsfactoren.

Tot slot willen we hier nog noemen dat de VTV-2014 nieuwe gegevensbronnen inventariseert en nieuwe mogelijkheden voor koppeling van gegevens. Zo zijn de gegevens uit de huisartsenregistratie LINH (Landelijk Informatie netwerk huisartsenzorg) inmiddels door het CBS gekoppeld aan sterftestatistieken, waardoor de kwaliteit van de Incidentie-Prevalentie-Mortaliteit-modellering aanzienlijk kan toenemen.

Extra aandacht in de VTV-2014

Behalve de update en methodologische vernieuwingen kent de VTV-2014 op het terrein van gezondheid ook nieuwe accenten. Meerdere van de ontwikkelingen zoals beschreven in hoofdstuk 2 zijn van belang voor de uitwerking van de gezondheidstoestand in de VTV-2014. Zo zullen we meer aandacht besteden aan positieve maten voor gezondheid en aan de mentale gezondheid. De link tussen ziekten, gezondheid, lichamelijke beperkingen en participatie zal verder uitgediept worden. Tot slot zullen we hier ook de gezondheid belichten vanuit het perspectief van burgers. Hiermee bouwen we voort op het onderzoek dat het SCP uitgevoerd heeft voor de VTV-2010 (Kooiker, 2011). Daarbij zullen we de verantwoordelijkheid van de burger voor zijn eigen gezondheid nader beschouwen (zie ook paragraaf 2.3).

3.3 Determinanten van gezondheid en participatie

Update

Cijfers over het voorkomen en de trends in de belangrijkste determinanten van gezondheid zullen worden geactualiseerd op basis van de meest recente en beschikbare cijfers. Het gaat hierbij om voeding, bewegen en sporten, overgewicht, risicogedrag (als roken, alcoholgebruik, druggebruik en seksueel risicogedrag) en elementen uit de sociale en fysieke omgeving (sociale steun, luchtverontreiniging, binnenmilieu, geluid en arbeidsomstandigheden). Indien mogelijk en relevant laten we verschillen zien tussen mannen en vrouwen, leeftijdsgroepen, sociaaleconomische en etnische groepen en mogelijk andere achterstandsgroepen.

Extra aandacht in de VTV-2014

De VTV-2014 zal meer aandacht hebben voor gezondheid (naast ziekte) en daarmee ook voor determinanten van gezondheid. Welke factoren bepalen of iemand zich gezond voelt, weerbaar is, zich fit voelt en zelfredzaam is? Waarschijnlijk zijn de determinanten van gezondheid een ander type factoren dan de risicofactoren voor

ziekten. Ook de invloed van de omgeving op gezond en ongezond gedrag is een belangrijk onderwerp voor de VTV. De ambitie van de VTV is om een overzicht te geven op dit gebied. Vragen die we dan beantwoorden zijn: Van welke elementen uit de omgeving weten we dat het invloed heeft op gezondheidsgedrag? Van welke elementen weten we dat het geen invloed heeft, en waarvan weten we dit nog niet? En geldt dit voor alle groepen mensen, of moeten we hier onderscheid in maken? Bij de omgeving gaat het zowel om de sociale als fysieke omgeving. Ook andere determinanten van gedrag nemen we in beschouwing, zoals de rol van psychosociale determinanten als weerbaarheid en gevoel van eigenwaarde. Ook kijken we naar de rol van financiële prikkels en barrières. Op een later moment besluiten we voor welke determinanten we dit overzicht geven. Het ligt voor de hand om in ieder geval naar de invloed van omgeving op bewegen en sporten te kijken. Dit betekent dat we ook op zoek gaan naar rekenmodellen die de relaties tussen omgeving, gedrag en gezondheid beter beschrijven dan de modellen die de VTV tot nu toe heeft gebruikt.

Preventie en zorg als determinanten van gezondheid zullen in de VTV-2014 ook extra aandacht krijgen. Daarbij zullen we inzoomen op de effecten van preventie in de zorg, waarbij we de effecten van zorg en preventie in samenhang beschouwen.

Tot slot noemen we nog de maatschappelijke determinanten als een ander element dat in de VTV-2014 extra aandacht krijgt. Op dit terrein willen we de relatie tussen deze determinanten en gezondheid en gezondheidsverschillen verder uitwerken en concretiseren. Met behulp van literatuuronderzoek kunnen we dit een stap verder brengen dan in de vorige VTV.

3.4 Effectiviteit en kosteneffectiviteit van zorg en preventie

Update

Inzichten over het effect en de kosteneffectiviteit van preventieve interventies zullen globaal worden geactualiseerd op basis van de meest recente en beschikbare cijfers (Van den Berg en Schoemaker, 2010). Het gaat hierbij om voeding, bewegen en sporten, overgewicht, risicogedrag (zoals roken, alcoholgebruik en seksueel risicogedrag) en de combinatie van deze factoren. Ook interventies gericht op de sociale en fysieke omgeving worden daarbij opnieuw meegenomen, inclusief de integrale aanpak. Indien mogelijk en relevant laten we verschillen zien tussen mannen en vrouwen, leeftijdsgroepen, sociaaleconomische en etnische groepen en mogelijk andere achterstandsgroepen.

Extra aandacht in de VTV-2014

De VTV-2014 zal aandacht hebben voor de gezondheidseffecten én de maatschappelijke effecten van preventie én zorg. Daarbij betrekken we uitdrukkelijk ook de effecten van lokale WMO-maatregelen en van integraal gezondheidsbeleid. We kijken daarbij niet alleen naar de effecten zoals gevonden in onderzoek (*efficacy*), maar ook naar de effectiviteit in de praktijk (*effectiveness*). Het bereik van de interventies heeft daarbij onze speciale aandacht. Daarbij kijken we ook naar de effecten van zelfmanagement op de gezondheid en op participatie. Voor wat betreft kosteneffectiviteit zullen we de komende tijd extra aandacht geven aan het beoordelen van de kwaliteit van het onderzoek en het zichtbaar maken van de invloed van aannamen op de uitkomsten. Tot slot: het is ondoenlijk om een compleet overzicht van de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van de gehele zorg (inclusief preventie) te geven. Op een later moment besluiten we daarom tot welke ziekten, soorten interventies of groepen mensen we dit overzicht zullen beperken.

3.5 Zorggebruik en kosten

Update

De nieuwste cijfers over zorggebruik en de kosten van ziekten zullen een plek krijgen in de VTV-2014. Daarbij gaat het in eerste instantie om de verdeling van zorgkosten over de verschillende aandoeningen. Maar daarnaast zijn deze kosten verder onderverdeeld naar leeftijd en geslacht van de patiënten, sector (eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg, et cetera), zorgfunctie (preventie, cure, care) en financieringsvorm. De update maakt gebruik van definitieve gebruiksdata uit zorgregistraties. Deze zijn echter pas twee jaar na afsluiting van een gegevensjaar beschikbaar voor analyse. Om het gat tussen beschikbare data en jaar van publicatie te overbruggen, verkennen we de komende maanden de mogelijkheid om data over 2011 en 2012 modelmatig te actualiseren naar 2014, wat de gebruikswaarde sterk zal verhogen.

Nieuw in de VTV-2014

In samenwerking met het CBS en universitaire onderzoeksgroepen wil de VTV werken aan een verdere uitsplitsing van kosten van zorg en ziekte naar sociaaldemografische kenmerken. Op deze manier kunnen de zorgkosten ook in beeld gebracht worden en uitgesplitst naar kenmerken als burgerlijke staat, inkomen, opleiding en herkomst. Een reële mogelijkheid hiervoor biedt het koppelen van bestanden met gegevens over zorggebruik aan bijvoorbeeld de gezondheidsenquête. Hiervoor is samenwerking met CBS en registratiehouders van de data essentieel. Dit biedt meer inzicht in verschillen

en overeenkomsten in zorggebruik tussen groepen patiënten, wat bijvoorbeeld de mogelijkheid biedt preventieve interventies beter te richten op de juiste groepen.

Ook de mogelijkheden om regionale kostendata te leveren, worden verkend. Met name voor curatieve zorg en ouderenzorg lijkt een dergelijke toewijzing kansrijk, vanwege het beschikbaar komen van dataregistraties met een regionale component voor deze sectoren bij het CBS. Hiervoor zal in voorkomende gevallen nog wel toestemming moeten worden verkregen van registratiehouders. Dergelijke data zullen het opnemen van informatie over zorggebruik in regionale VTV's vergemakkelijken, en ze vormen ook een startpunt voor debatten over oorzaken van verschillen in zorggebruik tussen regio's.

3.6 Regionale aspecten

Update en methodologische vernieuwing

Regionale verschillen zullen, voor zover data beschikbaar zijn, voor de volgende VTV geactualiseerd worden. Indien mogelijk maken we daarbij ook gebruik van de gegevens die beschikbaar komen uit de Lokale en Nationale Monitor (LNM). In 2012 gaan CBS en GGD'en gezamenlijk volgens een nieuwe systematiek meten, met een steekproefgrootte die groot genoeg is voor de regionale analyses. Als deze cijfers zoals gepland in maart 2013 beschikbaar komen, kan de VTV-2014 deze cijfers voor een aantal indicatoren (vooral gezondheid en leefstijl) gebruiken voor de regionale vergelijkingen.

Nieuwe indicatoren

De thematiek van de nieuwe VTV geeft aanleiding om ook de indicatoren voor de regionale vergelijking opnieuw onder te loep te nemen. Zo zullen we de mogelijkheid onderzoeken om mantelzorg en vrijwilligerswerk als belangrijke terreinen van participatie op te nemen. Ook cijfers van het Centraal Administratiekantoor (CAK) over het gebruik van Wmo en AWBZ-zorg (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) zijn in dit licht interessant.

Van regionale naar nationale VTV

Inmiddels zijn er tien regio's met een regionale VTV. Deze regionale VTV's maken gebruik van de informatie uit de landelijke VTV. Maar het kan ook andersom. Het idee is om een analyse te doen van de regionale VTV's om te zien hoe deze de VTV-2014 kunnen inspireren. Informatie over de rol van de Wmo voor participatie, het belang van eenzaamheid, en het gemeentelijke gezondheidsbeleid zijn voorbeelden van regionale thema's die ook voor de nationale VTV van belang kunnen zijn.

Krimpregio's

Voor de volksgezondheid en het lokale gezondheidsbeleid vormt de krimpregio een relevant thema voor de komende jaren. In de VTV-2014 gaat het dan in het bijzonder om de relatie tussen bevolkingskrimp en gezondheid. Worden deze regio's ongezonder? En komt dat doordat de ouderen en 'ongezonden' achterblijven? Of zijn er andere factoren van belang, zoals het voorzieningenniveau?

3.7 Internationale vergelijkingen

Update

Het internationale perspectief in VTV-2014 vullen we in door kennis toe te voegen over de stand van zaken en ontwikkelingen rond volksgezondheid, determinanten, zorg, preventie en beleid uit andere landen. Die kennis heeft een toegevoegde waarde, zoals bij voorgaande VTV's al gebleken is. Het gaat daarbij vooral om het signaleren van nieuwe ontwikkelingen, het benchmarken en het 'leren van de burens'. Deze benchmark kan bijvoorbeeld de urgentie van gezondheidsbeleid aangeven. Bij het 'leren van de burens' gaat het om het in kaart brengen van effectief gezondheidsbeleid in andere landen, dat een voorbeeldfunctie kan hebben voor nationaal beleid.

In het kader van de VTV-2014 streven we ernaar om de internationale vergelijkingen te actualiseren, met zowel een vergelijking van de Nederlandse volksgezondheid ten opzichte van het (Europese) buitenland, als een vergelijking in volksgezondheidsbeleid. Voor deze actualisatie vormt de lijst met ECHI-indicatoren (*European Community health indicators*) het vertrekpunt voor de keuze van de indicatoren. De vergelijkingen in volksgezondheidsbeleid zijn voornamelijk afkomstig van de IPO's, de *international Policy Overviews* die de VTV maakt over een aantal beleidsrelevante onderwerpen. Deze geven een beeld van de *international public health agenda* en van beleidsverschillen tussen Europese landen.

Nieuw in VTV-2014

Bij de uitwerking van elk nieuw thema van de VTV-2014, zoals beschreven in hoofdstuk 2, bekijken we welke internationale component hierbij eventueel relevant is. Dit kan zijn een internationale vergelijking van cijfers, bijvoorbeeld over de mate waarin chronisch zieken participeren, of een internationale vergelijking van beleid, bijvoorbeeld op het gebied van burgerparticipatie in het preventiebeleid. Verder kijken we ook naar grensoverschrijdende onderwerpen, zoals dreiging van infectieziekten, zorg bij zeldzame aandoeningen, transnationale

verzekeringsarrangementen, *health tourism* (zoals zelf-tests via internet) en milieuaspecten.

4 VTV-2014: Rapporten, artikelen en websites

De VTV-2014 bestaat uit diverse producten

Het samenvattend rapport van de VTV-2014 zal in het voorjaar van 2014 verschijnen. Dit is echter niet de enige publicatie die onder de vlag van de VTV-2014 zal verschijnen. Basisinformatie over gezondheid, risicofactoren en zorg op VTV-websites ondersteunt dit vierjaarlijkse overzicht. De VTV-2014 is in deze opzet een continu proces van informatievoorziening. Zo laat het Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl) aan de hand van tweehonderd onderwerpen de actuele stand van de volksgezondheid zien. De Nationale Atlas Volksgezondheid (www.zorgatlas.nl) brengt de volksgezondheid letterlijk in kaart. Ook maakt het RIVM websites over de kosten van ziekten (www.kostenvanziekten.nl), over interventies en instrumenten die gezondheidsbevordering versterken (www.loketgezondleven.nl) en over de bestaande registraties met gegevens over gezondheid en zorg (www.zorggegevens.nl). Naast het samenvattende rapport en de websites zullen de komende jaren ook rapporten en artikelen verschijnen die onderdeel uitmaken van de VTV-2014.

Sterk verband tussen websites en samenvattend rapport.

Omdat kan worden verwezen naar deze tussenproducten en naar de websites, bevat het samenvattende rapport van de VTV-2014 uiteindelijk alleen de selectie van informatie die nodig is voor een geïntegreerd beeld van de volksgezondheid, in verleden, heden en de toekomst. Deze informatie wordt ook weergegeven op een website. Voor de onderliggende, gedetailleerde informatie wordt via deeplinks verwezen naar de websites die onderdeel uitmaken van de VTV-2014. Daar waar mogelijk wordt ook een link gelegd naar de onderliggende data. Hiermee wordt een overallbeeld geschetst dat toegespitst is op het beleid én wordt toegang tot de onderliggende feiten en data geboden, die wenselijk is voor kennisinstituten en stakeholders.

Toevoegen van interactieve applicaties

Ook worden de mogelijkheden van interactieve tools en handige applicaties onderzocht, om de diverse doelgroepen goed van informatie te voorzien. Bij de verdere uitwerking van de vorm waarin de VTV-2104 zal verschijnen, overwegen we zogenaamde wiki-elementen toe te voegen. Dit maakt het mogelijk om ook reacties van anderen op (onderdelen van) de VTV-2104 direct te tonen en een discussieplatform te bieden. Uit de evaluatie van de VTV-2010 kwam naar voren dat de vindbaarheid van de informatie op de websites verbetering behoeft. De komende

periode zal daarom binnen het centrum VTV extra aandacht besteed worden aan het verbeteren daarvan.

5 Organisatie en proces

5.1 Uitvoering

De opdrachtgever van de VTV-2014 is het ministerie van VWS. De directie van het RIVM is opdrachtnemer. De uitvoering van de werkzaamheden is gedelegeerd naar het projectteam VTV-2014 (bestaande uit een projectleider, een hoofdredacteur en een projectmanager). De eindverantwoordelijkheid ligt bij de DG-RIVM.

De VTV heeft een integrerend, evaluerend en samenvattend karakter. Zo wordt in het licht van beleidsvraagstukken meerwaarde gegeven aan veelal bestaand materiaal. Hiervoor wordt maximaal gebruikgemaakt van kennis en expertise binnen en buiten het RIVM. Binnen het RIVM leveren de lopende programma's die in opdracht van het ministerie van VWS uitgevoerd worden en het strategisch onderzoeksprogramma RIVM (SOR) input voor de VTV-2014. Daarnaast wordt er voor de ministeries SZW, EL&I en I&M opdrachten uitgevoerd die bij kunnen dragen aan de VTV-2014. En tenslotte maken bijdragen uit kennisinstituten en universiteiten de VTV tot de nationale onderneming die het sinds jaar en dag is.

Die onderwerpen of onderdelen die niet binnen de lopende programma's gedekt worden, worden uitgewerkt binnen het VTV-2014-project. Hiervoor worden specifieke werkgroepen opgezet. Voor iedere werkgroep geldt een eigen tijdpad, dat enkele maanden tot een jaar duurt. Wanneer het resultaat is opgeleverd, wordt de werkgroep weer ontbonden. In de eerste helft van 2011 zijn zes werkgroepen gestart. De eerste drie hebben inmiddels een advies opgeleverd dat is verwerkt in dit definitierapport. De andere werkgroepen zullen in de loop van 2011 rapporteren aan de projectleiding VTV-2014.

5.2 Begeleidingscommissies

In de begeleidingsstructuur van de VTV kunnen drie niveaus worden onderscheiden: beleidstoetsing, wetenschappelijke toetsing en afstemming binnen het RIVM. De samenstelling van de adviescommissies is te vinden in Bijlage 2.

De *beleidsadviesgroep (BAG)* zal vanuit VWS de totstandkoming van de VTV-2014 begeleiden. De BAG bestaat uit beleidsmedewerkers van verschillende beleidsdirecties, en van enkele andere ministeries. De BAG draagt bij aan de beleidsrelevantie en de bruikbaarheid van het VTV-2014-project voor het ministerie. De adviezen van de BAG zijn gericht op de afstemming van verschillende onderdelen

van de VTV, ook vanuit het oogpunt van samenhang tussen verschillende beleidsonderdelen van het ministerie van VWS en eventuele andere ministeries. De BAG heeft verder als taak om het gedachtegoed van de VTV in de verschillende afdelingen van het departement uit te dragen en te bevorderen, zowel tijdens de totstandkoming als na de afronding van het project. De BAG wordt voorgezeten door de directeur van de directie Publieke Gezondheid. Deze directie verzorgt ook het secretariaat.

De *wetenschappelijke adviescommissie (WAC)* van de VTV-2014 toetst de wetenschappelijke kwaliteit, de samenhang en de consistentie van het VTV-2014-project. De commissie heeft een adviserende rol. De leden van de WAC fungeren tevens als ambassadeur van de VTV-2014. De WAC bestaat uit vooraanstaande deskundigen uit het wetenschappelijke veld. De WAC wordt voorgezeten door de DG van het RIVM. Ze bestaat daarnaast uit dertien externe leden.

De *Klankbordgroep RIVM (KBR)* van de VTV-2014 heeft een adviserende rol en draagt bij aan de kwaliteit, de samenhang en de interne (RIVM-)consistentie van het VTV-2014-project. De adviezen van de KBR zijn gericht op de evenwichtigheid van en de afstemming tussen verschillende onderdelen van VTV-2014. Daarnaast bewaakt de KBR de consistentie tussen verschillende RIVM-producten. De KBR wordt voorgezeten door het hoofd van het centrum VTV. De KBR bestaat verder uit de directeur van de sector Volksgezondheid en Zorg (V&Z), vertegenwoordigers van relevante inhoudelijke terreinen binnen het RIVM, de projectleider van de Zorgbalans en een vertegenwoordiger van het accountmanagement.

In de tweede helft van 2011 wordt onderzocht óf en hoe publieksparticipatie ingezet kan worden om de inhoud van de VTV te verbeteren en de uitwerking van de plannen voor de VTV-2014 te begeleiden. Daarbij wordt onder meer gekeken naar de (on)mogelijkheden van sociale media. Dit zal worden uitgewerkt in het ontwerprapport VTV-2014.

5.3 Communicatie

Tijdens het traject waarin de VTV-2014 gemaakt wordt, is een goede en duidelijke communicatie met opdrachtgever, samenwerkingspartijen en stakeholders van wezenlijk belang. Hiervoor zal gebruikgemaakt worden van de reguliere overleggen tussen opdrachtgever en opdrachtnemer. Ook zullen tussentijdse resultaten gepresenteerd worden in artikelen en rapporten, op symposia en congressen.

Naast het samenvattende rapport en de websites zullen de komende jaren ook rapporten en artikelen verschijnen die onderdeel uitmaken van de VTV-2014. Deze rapporten en artikelen beschrijven vooral resultaten van onderzoeken die in nauw verband staan met de thematiek van de VTV-2014. Waar mogelijk zullen we met deze tussenproducten het publieke debat zoeken, om zo de ideeën te toetsen en aan te scherpen. We verwachten dat de ideeën op deze manier beter over het voetlicht komen. Bij het verschijnen van het samenvattende rapport kunnen we dan voortbouwen op de eerdere boodschappen en in de communicatie volstaan met enkele kernboodschappen.

Daarnaast worden in dit project de mogelijkheden van sociale media gebruikt. Denk daarbij aan LinkedIn, Twitter en Yammer en de eerder genoemde web 2.0-toepassingen die tussentijdse communicatie kunnen verbeteren door het uitwisselen van nieuws te faciliteren en het voeren van gestructureerde discussies. Dit wordt nader uitgewerkt in het ontwerprapport.

6 Planning en tijdpad

Het project dat leidt tot de VTV-2014 duurt van januari 2011 tot en met oktober 2014. Deze periode wordt hieronder onderverdeeld in vijf fasen.

Definitiefase (januari 2011 - juli 2011)

In deze fase wordt de opzet, de globale inhoud en de organisatorische begeleiding vastgesteld. De fase eindigt met de aanbidding van dit definitierapport aan de opdrachtgever. Een eerder concept is in mei en juni 2011 besproken met de BAG, WAC en KBR.

Ontwerpfase (augustus 2011 – december 2011)

In deze fase wordt de inhoud van het samenvattende rapport in meer detail vastgelegd. De in de definitiefase getrokken lijnen worden ingevuld door projecten (binnen VWS-programma's) en werkgroepen (binnen het VTV-2014-project). Er wordt gekeken welke inzet noodzakelijk is en welke (financiële) middelen en eventuele uitbestedingen noodzakelijk zijn.

Het definitierapport zal de basis vormen voor een consultatie van het veld. Daarvoor worden kennisinstituten, universiteiten, GGD'en, gemeenten, zorgverzekeraars, (koepels van) zorgaanbieders en patiëntenorganisaties en andere stakeholders gevraagd te reageren op de voorgenomen plannen. Het resultaat zal dienen als input voor de gedetailleerde opdrachtverstrekking van VWS.

In de ontwerpfase zal ook gewerkt worden aan een communicatie- en publicatieplan voor de komende jaren en wordt het advies Toekomstverkennen verder uitgewerkt. Voor de concretisering en verdere uitwerking van nieuwe onderdelen van de VTV-2014 worden werkgroepen opgestart. Deze werkgroepen adviseren de projectleiding VTV-2014 over de uitwerking van deze nieuwe onderdelen. Ten slotte wordt in de ontwerpfase een notitie geschreven waarin de uitgangspunten voor de vorm van de VTV-2014 vastgelegd worden. Het ontwerprapport zal in december 2011 besproken worden met de adviescommissies.

Uitvoeringsfase (juli 2011 – oktober 2013)

Voor de vaste, onveranderde onderdelen van de VTV begint de uitvoeringsfase al in juli 2011, voor de nieuwe onderwerpen is dat januari 2012. In deze fase vinden uitvoering plaats en de verslaglegging in het samenvattende rapport, op basis van informatie van de websites, projecten, werkgroepen, eventuele themarapporten en aanvullende onderzoeksopdrachten. In deze uitvoeringsfase verschijnen ook artikelen

en deelrapporten in het kader van de VTV-2014. Een nadere uitwerking van de planning komt in het ontwerprapport. In de zomer van 2013 wordt de eerste versie van het volledige concept van de VTV-2014 opgeleverd, en vervolgens besproken in de verschillende commissies.

Productiefase (november 2013 – februari 2014)

In deze fase vindt de eindredactie, de opmaak en de druk van het samenvattende rapport plaats. Ook wordt gewerkt aan de webversie, inclusief de deeplinks naar de overige websites.

Presentatie en evaluatie (maart – oktober 2014)

In het voorjaar van 2014 wordt het samenvattende rapport aangeboden, waarschijnlijk op een voor dit doel georganiseerd congres. In de zomer zal worden gestart met de evaluatie van de VTV-2014. Daarmee begint ook de voorbereiding van de VTV-2018.

Literatuur

Asselt MBA van, Faas A, Molen F van der, Veenman SA (red) (2010). Uit zicht. Toekomstverkennen met beleid. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Baan CA en Schoemaker CG (red) (2009). Diabetes in 2025. Bilthoven: RIVM Rapport 260322004.

Berg M van den en Schoemaker CG (red) (2010). Effecten van preventie. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM Rapport 270061007.

CBS (2011). StatLine.

CVZ (2007). Van preventie verzekerd. Diemen: College voor zorgverzekeringen.

Egmond S van, Bekker M, Bal R, Grinten T van der (2011). Connecting evidence and policy: bridging researchers and policy makers together for effective evidence-based health policy in the Netherlands: a case study. Evidence & Policy 7:25-39.

Fresco, L Kohnstamm-lezing (25 maart 2011).

Gezondheidsraad (2008). Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit.

Hoeymans N, Melse JM en Schoemaker CG (2010). Gezondheid en Determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM Rapport 270061006.

Huber M et al. (2011). How should we define health? 2011; 343: d4163 doi; 10.1136/bmj.d4163. 243: 235-237.

Jansen MWJ, Oers JAM van, Kok GJ, Vries NK de (2010). Public health: disconnections between policy, practice and research. Health research policy and systems 8:37-49.

Kooiker S (2011). Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven. Achtergrondrapport bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven/Den Haag: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu / Sociaal en Cultureel Planbureau.

Lucht, F van der en Polder JJ (2010). Van gezond naar beter, Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM Rapport 270061005.

Luijnen G en Kommer GJ (2010). Tijd en toekomst. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM Rapport 270061008.

Meijer S, Post N en Hoeymans N (2010). Van goed naar beter. Gebruikersevaluatie van de VTV-2010. Bilthoven: RIVM Rapport 270241001.

Mol A (2006). De logica van het zorgen; Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen. Amsterdam: Van Genneep.

Oostrom SH van, Picavet HSJ, van Gelder BM, Lemmens LC, Hoeymans N, Verheij RA, Schellevis FG, Baan CA (2011). Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking – gegevens van huisartsenpraktijken. Ned Tijdschr v Geneeskd.

RVZ (2010a). Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

RVZ (2010b). 20 stappen naar gezonde zorg in 2020: perspectief op gezondheid 20/20. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Tiemeijer WL, Thomas CA, Prast HM (red) (2009). De menselijke beslisser. Over de psychologie van keuze en gedrag. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

VWS (2008). Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden. Den Haag: Ministerie van VWS.

VWS (2009). Aanvulling op beleidsplan SEGV van 22 december 2008. Den Haag: Ministerie van VWS.

VWS (2011). Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: Ministerie van VWS.

Westert GP, Berg MJ van den, Zwakhals SLN, Heijink R, de Jong JD, Verkleij H (2010). Zorgbalans 2010. De prestaties van de Nederlandse zorg. Bilthoven: RIVM Rapport 260602005

Zantinge EM, Wilk EA van der, Wieren S van, Schoemaker CG (2011). Gezond ouder worden in Nederland. Bilthoven: RIVM Rapport 270462001.

Bijlage 1. Geraadpleegde personen en organisaties

Tabel 1 Geïnterviewde personen buiten het RIVM

Naam	Organisatie
Karien Stronks	AMC
Carel Mastenbroek, Ronald Kooistra	CVZ
Tom van der Grinten	EUR/IBM
Lex Burdorf	EUR/MGZ
Louise Gunning-Schepers, m.m.v. Anneke Wijbenga	Gezondheidsraad
Aart-Jan Beekman	GGZ inGeest
Daniëlle Schiet, Hein Kroft en Eveline van der Stegen	SZW
Dirk Ruwaard	Universiteit Maastricht
Maarten IJzerman	Universiteit Twente
Hans Brug	VUmc
Lejo van der Heiden	VWS/PG
Ton Zengerink	VWS/CZ
Veronique Esman, Georgette Mentink en Lejo van der Heiden	VWS/M&C en VWS/PG
René Groot-Koerkamp	VWS / MEVA
André Knottnerus	WRR
Martijntje Bakker	ZonMw
Henk Smid	ZonMw

Binnen het RIVM hebben we een aantal bijeenkomsten georganiseerd om input voor de VTV-2014 te genereren, zie Tabel 2.

Tabel 2 Geraadpleegde centra en sectoren binnen het RIVM

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) / sector Volksgezondheid en Zorg (V&Z)
Centrum voor Preventie en Zorg Onderzoek (PZO) / sector V&Z
Centrum Gezond Leven (CGL) en Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CVB) / sector V&Z
Sector Voeding, Geneesmiddelen en Consumentenveiligheid (VGC)
Centrum voor Infectieziektenbestrijding (CIb)

Bijlage 2. Samenstelling adviescommissies

Beleidsadviesgroep VTV-2014 (BAG)

Naam	Onderdeel
Drs. M. Beens (Marije)	VWS/VGP
Prof. dr. M.C.H. Donker (Marianne), voorzitter	VWS/PG
Mr. M. Floor (Marcel)	VWS/DMO
Drs. R. Groot Koerkamp (René)	VWS/MEVA
Drs. L.J. van der Heiden (Lejo)	VWS/PG
Drs. A.A. Helmens (Annegien)	EL&I/NLP
Drs. M. Holling (Martin)	VWS/DLZ
Drs. J.C.M. Hulleman (Jeroen), plv. secretaris	VWS/PG
Drs. M. Koornneef (Maarten)	VWS/S
Ing. G.C.C. Molenaar (Kees)	VWS/MC
Dr. ir. M.N. Pieters (Moniek)	RIVM/V&Z
Drs. E.C.S. van der Stegen (Eveline)	SZW/G&VW/AA
Drs. J. Tanis (Job)	VWS/DJenG/AJG
Drs. J.B. van den Wijngaard (Joop)	VWS/GMT
Drs. J.K. van Wijngaarden (Jan)	VWS/IGZ
Drs. A.J.M. Zengerink (Ton)	VWS/CZ

Wetenschappelijke Advies Commissie VTV-2014 (WAC)

Naam	Organisatie
Prof. dr. A.T.F. Beekman (Aart-Jan)	GGZ inGeest
Dr. R.V. Bijl (Rob)	Sociaal en Cultureel Planbureau
Prof. dr. J. Brug (Hans)	VU Medisch Centrum/EMGO Instituut
Prof. dr. A. Burdorf (Lex)	Erasmus Medisch Centrum / Maatschappelijke Gezondheidszorg
Prof. dr. T.E.D. van der Grinten (Tom)	Erasmus Medisch Centrum / Instituut Beleid en Maatschappelijke Gezondheidszorg
Prof. dr. P.P. Groenewegen (Peter)	Nivel, Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Prof. dr. L.J. Gunning-Scheper (Louise)	Gezondheidsraad
Prof. dr. K. Horstman (Klasien)	Universiteit Maastricht Instituut voor Gezondheidsethiek / Psychologie
Prof. dr. M.J. IJzerman (Maarten)	Universiteit Twente Faculteit Management & Bestuur
Prof. dr. J.A. Knottnerus (André)	WRR, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Prof. dr. D. Ruwaard, MD (Dirk)	Universiteit Maastricht Faculty of Health, Medicine and Life Science/ School for Public Health and Primary Care
Drs. H. Smid (Henk)	ZonMw
Prof. dr. K. Stronks (Karien)	Universiteit van Amsterdam / Academisch Medisch Centrum / Sociale Geneeskunde
Prof. dr. A.N. van der Zande (André), voorzitter	RIVM

Klankbordgroep RIVM VTV-2014 (KBR)

Naam	Onderdeel
Dr. M.J van den Berg (Michael)	V&Z/PZO
Dr. ir. A.S. de Boer (Annette)	CIb/BBA
Ir. X. Gravestein (Xandra)	V&Z/CVB
Prof. dr. ir. E. Lebrecht (Erik)	MEV/MGO
Dr. M.T.W. Leurs (Mariken)	V&Z/CGL
Prof. dr. Van Oers (Hans), voorzitter	V&Z/VTV
Dr. ir. M.N. Pieters (Moniek)	V&Z/BVZ
Dr. M.T.M. van Raaij (Marcel)	VGC/SIR
Prof. dr. ir. A.J. Schuit (Jantine)	V&Z/PZO
L.J. Stokx (Loek), arts MPA	V&Z/BVZ
Dr. ir. J.F. van Sonderen (Jos)	V&Z/KB
Drs. N. Tamsma (Nicoline)	V&Z/BVZ
Prof. dr. F.J.J. Verhagen (Hans)	VGC/CVG

Dit definitierapport is de tweede publicatie in de reeks VTV-2014 publicaties.

Eerder verschenen:

Meijer S., Post N. en Hoeymans N. (2011). Van goed naar beter. Gebruikersevaluatie van de VTV-2010. RIVM Rapport 270241001/2011.

N. Hoeymans | A.J.M. van Loon | C.G. Schoemaker

Rapport 270241002/2011

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

september 2011

