



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

Ontwerprapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

RIVM briefrapport 270241003/2012
N. Hoeymans | A.J.M. van Loon | C.G. Schoemaker



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

Ontwerprapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

RIVM Briefrapport 270241003/2012
N. Hoeymans| A.J.M. van Loon| C.G. Schoemaker

Colofon

© RIVM 2012

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 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

Ontwerprapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

Elke vier jaar rapporteert het RIVM in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) over de huidige toestand en de toekomstige ontwikkeling van de volksgezondheid in Nederland. De VTV draagt hiermee bij aan het volksgezondheidsbeleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Aan de VTV gaat een ontwerprapport vooraf, waarin staat beschreven welke onderwerpen in de nieuwe editie aan bod komen en hoe ze worden uitgevoerd. Het is een nadere concretisering van het zogeheten definitierapport, dat in 2011 verscheen. De zesde editie van de VTV verschijnt in 2014.

Maatschappelijke participatie

In de VTV komen standaard de volgende onderdelen aan bod: gezondheid, ziekte, determinanten, preventie, zorg, gezondheidsverschillen en regionale en internationale vergelijkingen. In de VTV-2014 wordt bovendien extra aandacht besteed aan 'maatschappelijke participatie'. Het gaat daarbij om deelname aan de arbeidsmarkt en vrijwilligerswerk, aan scholing en aan informele zorg. Maatschappelijke participatie is niet alleen van belang voor het welbevinden en de zelfredzaamheid van gezonde mensen, maar ook voor mensen met een ziekte. Als zij langer kunnen blijven werken, is dat ook in economische zin van belang. Al deze gegevens worden vervolgens benut voor de toekomstverkenningen. Hierin wordt de toekomst verkend door cijfermatige trends en verhalende scenario's te combineren.

Communicatie

Behalve in de vorm van boeken zullen de resultaten van de VTV-2014 via uiteenlopende middelen worden verspreid, zoals artikelen en websites. Vooruitlopend op het samenvattend rapport verschijnen in 2013 vier verdiepende themarapporten. De thema's daarvan zijn: gezondheid en maatschappelijke participatie, preventie in de zorg, maatschappelijke kosten en baten van gezondheid, en de rol van de burger. Dat laatste thema betreft de verantwoordelijkheid van de burger voor de eigen gezondheid, de participatie bij lokaal beleid en de positie van de patiënt in de zorg.

Trefwoorden:

preventie, toekomstverkenningen, volksgezondheid, ziekte, zorg, participatie

Abstract

Design of the National Public Health Status and Forecast 2014

Every four years, the National Institute of Public Health and the Environment reports on the current and future health status of the Dutch population. This report, the Public Health Status and Forecast report (PHSF), will be used to inform public health policy of the Ministry of Health, Welfare and Sport. The current report describes the design of the PHSF, presenting both the topics that will be highlighted in the new edition and the way these topics will be dealt with. As such it details the plans as presented in the definition report, issued in 2011. The sixth edition of the PHSF will become available in 2014.

Social participation

As in previous editions, the PHSF-2014 will address the following topics: health, disease, determinants of health, prevention, health care, health differences, and regional and international comparisons. In addition, it will address 'social participation', focussing in particular on participation in the labour market, voluntary work, education and informal care. Social participation is not only important for the well-being and self-management of healthy people, but also for people with a disease. For them to be able to continue participation in the labour market also makes sense economically. All the information will subsequently be used in forecasting the future. This forecast is based on a combination of quantitative projections and narrative scenario analyses.

Communication

The PHSF-2014 will consist of a series of reports, including a summary report and four thematic reports. The themes of these reports are: health and social participation, prevention in health care, social costs and benefits of health, and the role of citizens. This last theme concerns people's responsibility for their own health, participation in local policy, and the position of patients in health care. Next to the reports, the results of the PHSF-2014 will be distributed through various other media, such as scientific articles and websites.

Keywords:

care, disease, forecasts, prevention, public health, participation

Inhoud

1	Inleiding—9
2	Overzicht gezondheid, determinanten, preventie en zorg—13
2.1	Opdracht en uitvoering—13
2.2	Wijze van rapporteren—14
2.3	Begeleiding—18
2.4	Communicatie en participatie—20
3	Overzicht gezondheid, determinanten, preventie en zorg—23
3.1	Sterfte, levensverwachting, ziekte en gezondheid—23
3.2	Determinanten van gezondheid—29
3.3	Effecten van preventie en zorg—34
3.4	Zorggebruik en kosten van ziekten—37
3.5	Externe ontwikkelingen—39
3.6	Beleid—42
4	VTV-2014 themarapporten—45
4.1	Gezondheid en maatschappelijke participatie—47
4.2	Preventie in de zorg—55
4.3	Maatschappelijke kosten en baten van gezondheid en zorg—62
4.4	De rol van de burger in preventie en zorg—65
5	Toekomstverkennen—71
5.1	Inleiding—71
5.2	WRR: er zijn meer vormen van toekomstverkennen—72
5.3	Voorwaarden voor de uitvoering—74
5.4	Uitvoering en planning—75
6	Volksgezondheid Toekomst Verkenning-2014: van ontwerpfase naar publicatie—81
	Literatuur—83

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 artikelen, themarapporten en websites.

De VTV als vast onderdeel van de beleidscyclus

De VTV biedt inzicht en draagt bouwstenen aan voor de beleidsontwikkeling van het kerndepartement. In de zogenaamde preventiecyclus is vervolgens ook expliciet 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 het ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport (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 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. Door de nadruk op generieke niet-

ziektespecifieke maten te leggen, 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 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.

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 terechtkomt. Die informatie staat wel uitgebreid beschreven op de achterliggende websites als het Nationaal Kompas Volksgezondheid, Kosten van Ziekten, de Nationale Atlas Volksgezondheid, en in rapporten en artikelen. Deze producten 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. Bij de totstandkoming van beide rapporten wordt op deelterreinen nauw samengewerkt. Er wordt naar elkaar verwezen en de gebruikte definities en de inhoud wordt op elkaar afgestemd (Van den Berg et al., 2012).

Van definitierapport naar ontwerprapport

In het definitierapport (Hoeymans et al., 2011) werden de contouren geschetst van de VTV-2014, die in het voorjaar van 2014 zal verschijnen. In het definitierapport werd een eerste keuze gemaakt voor onderwerpen die in de VTV-2014 verder uitgewerkt zouden kunnen worden. In de tweede helft van 2011 is voor de geselecteerde onderwerpen uitgezocht wat de haalbaarheid is van uitwerking en opname in de VTV-2014. Het resultaat van deze haalbaarheidsstudie wordt beschreven in dit ontwerprapport van de VTV-2014, samen met een globale planning en de beoogde samenwerkingspartners.

Uitwerking van de negen actuele thema's uit het definitierapport

In *hoofdstuk 2* van het definitierapport beschreven we de volgende negen actuele thema's op het gebied van de volksgezondheid (Hoeymans et al., 2011):

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.

Voor een deel van deze thema's is in *hoofdstuk 3* van het definitierapport al aangegeven hoe ze worden ondergebracht in de vaste onderdelen van de VTV. Dat gold voor de helft van de thema's (1, 4, 5, 6 en 7). De nadere uitwerking van deze thema's wordt beschreven in *hoofdstuk 3* van dit ontwerprapport. Dit hoofdstuk is te lezen als een vervolg op *hoofdstuk 3* van het definitierapport.

Extra aandacht in de VTV-2014

Voor gedeelten van deze thema's en voor alle andere thema's was uitwerking binnen de vaste VTV-onderdelen niet zonder meer uitvoerbaar. Daarvoor is de komende jaren extra tijd en aandacht gereserveerd. In dit ontwerprapport komen de thema's 7 en 9 vooral aan de orde in *hoofdstuk 5* over toekomstverkennen. De overige thema's zijn in *hoofdstuk 4* uitgewerkt in de vorm van de themarapporten. Thema 2 wordt uitgewerkt in twee themarapporten: gezondheid en maatschappelijke participatie en maatschappelijke kosten en baten (zie *paragrafen 4.1 en 4.3*). Thema's 3 en 8 worden uitgediept in een themarapport over de burger (zie *paragraaf 4.4*). Een deel van thema 6 – de groeiende aandacht voor preventie in de zorg – wordt uitgebreid beschreven in een themarapport over preventie in de zorg (zie *paragraaf 4.2*). Een ander deel van thema 6, over de kosten en baten van de zorg, krijgt een plek in het themarapport over maatschappelijke kosten en baten van gezondheid en zorg (zie *paragraaf 4.3*).

Participatie als inhoudelijke zwaartepunt van de VTV-2014

Bij het uitwerken van de verschillende onderdelen, en de opzet van de themarapporten, is ook steeds duidelijker geworden waar de VTV-2014 over zal gaan. Als inhoudelijk zwaartepunt hebben we gekozen voor participatie. Dit is een logisch vervolg op de vorige VTV, waarin extra aandacht was voor het burgerperspectief, leven met beperkingen en maatschappelijke baten van

gezondheid en zorg. We zien participatie als een scharnierpunt tussen individu en maatschappij. Door participatie centraal te stellen, gaat het in de VTV-2014 over de rol van de burger in gezondheid, preventie en zorg. Dit impliceert extra aandacht voor het burgerperspectief, zelfmanagement in de zorg en burgerparticipatie in het beleid. Op maatschappelijk niveau is participatie een van de belangrijkste bronnen van maatschappelijke baten van gezondheid. De discussie over de houdbaarheid van de zorgkosten krijgt een andere dynamiek, wanneer naast de kosten van preventie en zorg ook deze maatschappelijke baten worden meegenomen. De keuze voor participatie als inhoudelijk zwaartepunt zal consequenties hebben voor de presentatie van de vaste VTV-onderdelen. In de beschrijving van de volksgezondheid en de effecten van preventie en zorg gaat het meer dan voorheen over meedoen, beperkingen en leven met ziekte. Tot slot zal participatie ook voor het toekomstverkennen het belangrijkste inhoudelijke onderwerp zijn.

Van ontwerprapport naar samenvattend rapport

In het voorjaar van 2014 verschijnt het samenvattend rapport van de VTV-2014. Meer dan in voorgaande edities zal dit rapport zijn ingebed in de overige onderdelen van de VTV-2014. Omdat het boek naar verwachting elektronisch - als E-book of als App op tablets - zal worden uitgegeven, kan de lezer direct worden doorverwezen naar de onderliggende websites en rapporten, en mogelijk zelfs naar de data. Dat vraagt om goede afstemming tussen de VTV-2014 en de onderliggende websites. Die afstemming is een belangrijk onderwerp in dit ontwerprapport. Een tweede keuze die we hebben gemaakt in dit ontwerprapport is om met de communicatie niet te wachten op het verschijnen van het samenvattend rapport. In de loop van het project zullen in het kader van de VTV-2014 al artikelen, themarapporten en webteksten verschijnen. Daarmee zullen deelboodschappen van de VTV-2014 al eerder naar buiten gebracht worden. Tot slot is het de bedoeling om meer mensen direct input te laten leveren voor de VTV-2014, bijvoorbeeld via de sociale media.

2 Overzicht gezondheid, determinanten, preventie en zorg

2.1 Opdracht en uitvoering

Opdracht

De opdrachtgever van de VTV-2014 is de minister 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 directeur-generaal (DG) van het RIVM.

Het overgrote deel van de werkzaamheden voor de VTV wordt uitgevoerd binnen het programma 'Wettelijke taak volksgezondheid en zorg'. De directie Publieke Gezondheid van VWS is opdrachtgever van dit programma. Voor de opdrachtverlening is op basis van het definitierapport VTV-2014 en de kennisvraag van VWS voor de komende twee jaar een offerte geschreven. Deze offerte komt op grote lijnen overeen met het ontwerprapport VTV-2014.

Uitvoering

De VTV-2014 bestaat uit verschillende onderdelen: een beschrijving van de stand van zaken op de websites en in artikelen, een uitdieping van een aantal thema's in themarapporten, het verkennen van de toekomst en de integratie van de bevindingen in het samenvattend rapport. Op de websites wordt de actuele stand van de volksgezondheid in woord, getal en kaart gepresenteerd (zie www.nationaalkompas.nl, www.zorgatlas.nl). Tussentijdse bevindingen worden via (thema)rapporten en artikelen gepubliceerd. Aangezien naar deze tussenproducten en naar de websites verwezen kan worden, bevat het samenvattend 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.

Bijdragen uit andere opdrachten en programma's

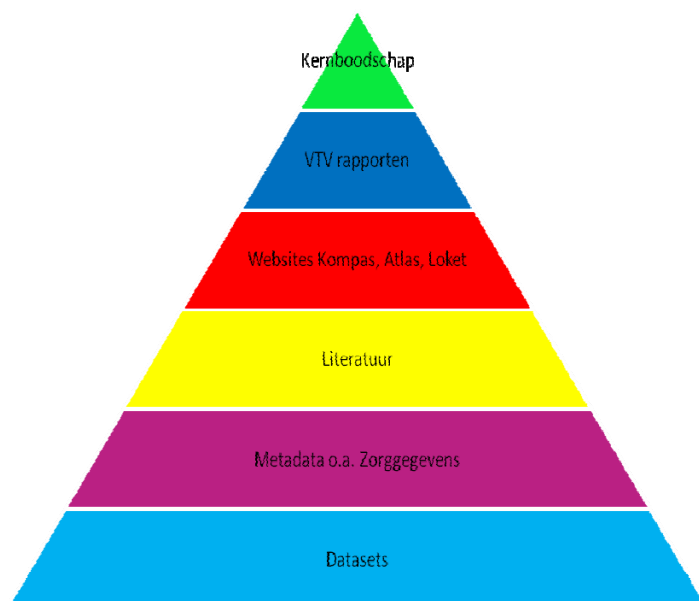
Binnen het RIVM leveren de lopende programma's die in opdracht van het ministerie van VWS uitgevoerd worden en het Strategisch Onderzoeksprogramma RIVM (SOR) input voor deze verschillende onderdelen van de VTV-2014. Daarnaast verricht het RIVM opdrachten voor de ministeries Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), Economische Zaken, Landbouw en Innovatie (EL&I) en Infrastructuur en Milieu (I&M) die bij kunnen dragen aan de VTV-2014. Een voorbeeld daarvan vormen de projecten over duurzame

inzetbaarheid. Verder wordt daar waar mogelijk gebruik gemaakt van resultaten van onderzoek en kennis van universiteiten, thema-instituten en GGD'en. De manier waarop deze verschillende activiteiten in samenhang uitgevoerd worden en hoe de totstandkoming van de verschillende onderdelen begeleid wordt, staat beschreven bij de specifieke onderdelen en in *paragraaf 2.3*.

2.2 Wijze van rapporteren

Publicatie online en op papier

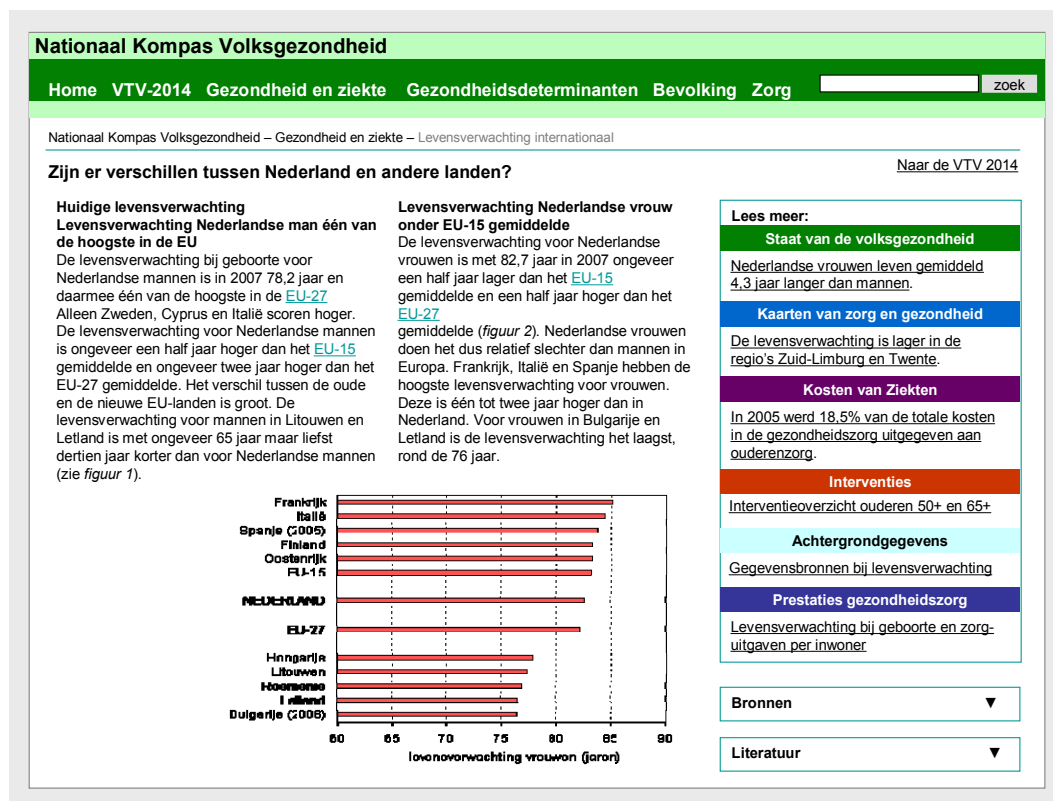
Alle onderdelen van de VTV-2014 worden via websites gepubliceerd. Daarnaast worden rapporten en artikelen geschreven. Dit vergroot het bereik en verduidelijkt de samenhang tussen en de onderbouwing van de verschillende publicaties. De komende periode wordt gewerkt aan het integreren van de informatie op de verschillende websites. De bevindingen die via (thema)rapporten en artikelen tussentijds gepubliceerd worden, zijn daar eveneens te vinden. De relatie tussen literatuur, metadata en datasets is zichtbaar in de onderstaande piramidestructuur (*figuur 1*). De kernboodschappen staan aan de top met de bijbehorende samenvatting, daaronder volgt de onderbouwing in de rapporten, op het Nationaal Kompas Volksgezondheid en op andere websites, doorverwijzingen naar bronnen en aan de basis staan de datasets.



Figuur 1: Samenhang VTV-2014 informatie: van dataset tot kernboodschap.

Voor de uitwerking gelden onderstaande uitgangspunten:

1. De onderbouwing van een kernboodschap verloopt stapsgewijs. De VTV heeft daarvoor een duidelijke structuur, waardoor onderliggende informatie eenvoudig te herleiden is.
2. Het Nationaal Kompas Volksgezondheid en de VTV sluiten goed op elkaar aan; het Nationaal Kompas Volksgezondheid vormt het centrale deel van de VTV-2014 voor de onderbouwing.
3. Vanuit het Nationaal Kompas Volksgezondheid wordt verwezen naar de andere sites: naar de Nationale Atlas Volksgezondheid voor de kaarten, naar het Loket Gezond Leven voor preventie en de interventies, naar de Zorgbalans voor de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg inclusief de relatie met de Volksgezondheid, naar Zorggegevens voor de bronnen en naar kiesBeter.nl voor de publieksinformatie.
4. Daar waar mogelijk worden onderliggende data toegankelijk gemaakt. Bestaande links en de relatie met de verschillende sites worden duidelijker met directe links naar breedte- of diepte-informatie naar de sites (zie bijvoorbeeld *figuur 2*).
5. Voor het presenteren van tussentijdse resultaten en kernboodschappen en voor het leggen van verbindingen tussen de onderliggende websites wordt een zogenaamd communicatieplatform ontwikkeld. Via dit platform wordt ook de communicatie en consultatie rond de VTV-2014 uitgevoerd.



Figuur 2: Doorlinken vanuit het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

De inhoud van de VTV-2014 is leidend

De beschrijving van de state of the art van de volksgezondheid plus de thematiek van de VTV-2014 (zoals beschreven in dit ontwerppapport VTV-2014) is leidend voor de keuze welke informatie er op de websites gepresenteerd wordt. Daarbij kan het Nationaal Kompas Volksgezondheid of de Nationale Atlas Volksgezondheid uiteraard nog wel meer informatie aanbieden dan de VTV-2014.

Verschillende gebruikers, verschillende paden

De VTV kent verschillende soorten gebruikers, met verschillende informatiebehoeften. Om elke gebruiker zo goed mogelijk van informatie te voorzien, worden er specifieke ingangen of voorkeursstromen gemaakt die er voor zorgen dat beleidsmakers, professionals en onderzoekers zo snel en gemakkelijk mogelijk bij de informatie komen die past bij hun vragen. Uiteraard kunnen ze ook de andere informatie bereiken als ze dat willen.

Actualiteit van de websites na het verschijnen van de VTV-2014

Waar het Nationaal Kompas Volksgezondheid ook na 2014 doorgaat met actualiseren, stopt de actualiteit van deze VTV in 2014. Het Nationaal Kompas Volksgezondheid kan de VTV wel helpen actueel te blijven na 2014. Enerzijds door de directe toegang tot de kernboodschappen, anderzijds door geactualiseerde informatie ter vergelijking aan te bieden met de informatie uit de VTV-2014. In ieder geval dient het onderscheid tussen de informatie die de kernboodschappen van 2014 onderbouwt en de geactualiseerde informatie van na 2014 helder te zijn. De informatie uit het Nationaal Kompas Volksgezondheid die ten grondslag ligt aan de kernboodschappen moet dus goed toegankelijk blijven.

Meer beeld en interactiviteit

Om de mogelijkheden op het gebied van beeld en interactiviteit te kunnen benutten, verschijnt het samenvattend rapport van de VTV-2014 in de vorm van een E-book (of als App voor tablets). Daarmee kan de informatie in de VTV-2014 verlevendigd worden met filmpjes, foto's en interactieve tabellen en grafieken. Afhankelijk van het gebruik van E-books en Apps in 2014 wordt te zijner tijd overwogen of een papieren uitgave van het E-book nog meerwaarde heeft. In dat geval zal gebruik worden gemaakt van zogenaamde Quick Response-codes (QR) om 'papieren' gebruikers naar de website te leiden. Op de websites wordt ook gebruik gemaakt van andere manieren om interactiviteit met gebruikers te faciliteren. Daarnaast wordt overwogen om een boek uit te brengen waarin de kernboodschappen van de VTV-2014 op een andere manier, bij voorbeeld aan de hand van illustraties en/of foto's, voor een breder publiek toegankelijk worden gemaakt.

Planning websites, themarapporten en samenvattend rapport

Jan – juni 2012:	Communicatieplatform ontwikkelen en plan van aanpak voor verbinding tussen websites en papieren publicaties uitwerken
Juli – dec 2012:	Aanpassingen en verbindingen tussen de websites aanbrengen Themarapporten schrijven
Jan – sept 2013:	Themarapporten afronden en opleveren Informatie op de websites actualiseren Samenvattend rapport VTV-2014 in concept schrijven en bespreken
Sept – dec 2013:	Samenvattende teksten voor communicatieplatform schrijven en publiceren

	Samenvattend rapport VTV-2014 in tweede concept gereed
	Publicatie als E-Book voorbereiden
Jan – maart 2014:	Kernboodschappen online plaatsen en verbinden met onderliggende informatie
	Realisatie E-book en 'foto-boek' voor breder publiek

2.3 Begeleiding

In de begeleidingsstructuur van de VTV kunnen drie niveaus worden onderscheiden: beleidstoetsing, wetenschappelijke toetsing en afstemming binnen het RIVM. Daarnaast wordt in de begeleiding de omgeving van de VTV-2014 betrokken in de vorm van consultaties.

Beleidstoetsing

De Beleidsadviesgroep (BAG) begeleidt vanuit VWS de totstandkoming van de VTV-2014. De BAG bestaat uit beleidsmedewerkers van verschillende beleidsdirecties, en van het ministerie van SZW, EL&I, I&M en OCW. Ook de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) is uitgenodigd voor deelname aan de BAG. De BAG draagt bij aan de beleidsrelevantie en de bruikbaarheid van het VTV-2014-project voor het beleid. De BAG heeft een adviserende rol: de adviezen 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 andere ministeries. De BAG heeft verder als taak het gedachtegoed van de VTV in de verschillende afdelingen van de departementen uit te dragen en te bevorderen, zowel tijdens de totstandkoming als na de afronding van het project.

Wetenschappelijke toetsing

De Wetenschappelijke Advies Commissie (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 en bestaat daarnaast uit dertien externe leden.

Afstemming binnen het RIVM

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.

Consultatie veldpartijen en gebruik sociale media

De omgeving van de VTV-2014 (veldpartijen, professionals en burgers) wordt via consultaties betrokken bij het formuleren van de plannen en bij de uitvoering. Daarbij gebruiken we diverse vormen van consultatie: gesprekken, workshops en discussies via de sociale media. Tussenproducten zoals het definitierapport, het ontwerprapport en tussentijdse publicaties worden gebruikt om de discussie te voeren en om te 'proeven' hoe de ideeën uit de VTV-2014 landen. In de tweede helft van 2011 zijn gesprekken gevoerd met diverse organisaties die actief zijn op het terrein van de volksgezondheid. Ook is een start gemaakt met een consultatie van veldpartijen en professionals via LinkedIn over de plannen die in het Definitierapport beschreven zijn en de plannen met betrekking tot het onderdeel Toekomst verkennen. Deze manier van discussiëren en consulteren wordt tijdens het maken van de VTV-2014 ook voor andere onderwerpen en vraagstukken voortgezet. Daarnaast overwegen we burgers via de sociale media te betrekken (via Hyves, Facebook, Twitter). Hiervoor wordt afgestemd met de activiteiten die het ministerie van VWS momenteel in dit kader uitvoert.

Begeleiding van de themarapporten

Voor de themarapporten worden afzonderlijke adviescommissies samengesteld, waarmee de wetenschappelijke en de beleidsgerichte begeleiding is geregeld. Door zowel mensen uit de WAC als de BAG te vragen voor deze thematische adviescommissies, wordt de afstemming tussen de themarapporten en het samenvattend rapport ook in de begeleiding gewaarborgd. Ook voor het onderdeel toekomstverkennen worden enkele personen uit de adviescommissies gevraagd om intensiever mee te denken.

2.4 Communicatie en participatie

Uitgangspunten in de communicatie

In het definitierapport zijn onder meer als thema's de veranderende rol van de patiënt/cliënt/burger (nadruk op individualiteit en autonomie) en van de wetenschap in het publieke debat beschreven. Mensen krijgen een actievere rol en meer verantwoordelijkheid in preventie en zorg. Met de opkomst van internet is toegang tot kennis enorm toegenomen. Ook het belang van goede communicatie en discussie met de samenleving neemt toe. Dergelijke ontwikkelingen gelden ook voor de communicatie over en in dienst van de VTV-2014. De communicatie rondom de VTV zal mede daarom meer dan ooit gebaseerd zijn op interactie en dialoog. Er is een communicatieplan voor de VTV-2014 geschreven waarin online en offline communicatie elkaar aanvullen en versterken. Denk bijvoorbeeld aan het starten van een publieke discussie via Facebook of LinkedIn die na een aantal maanden leidt tot een face-to-face debat in een congres situatie waarbij de onderwerpen die op deze platforms blijken te leven, kunnen worden opgepakt en uitgediept.

Communicatiedoelstellingen

Voor de VTV-2014 zijn drie communicatiedoelstellingen te onderscheiden:

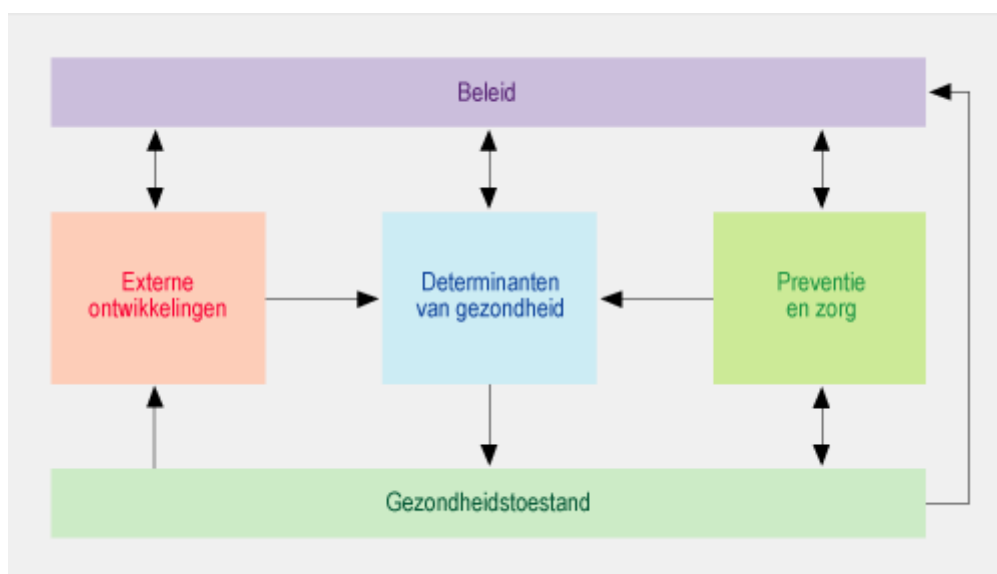
1. Informeren en consulteren over tussentijdse producten (inclusief de onderliggende websites) om daarmee:
 - te kunnen informeren over VTV-onderwerpen;
 - verbeteringen te kunnen doorvoeren (beter laten aansluiten op wensen en verwachtingen van doelgroepen);
 - te kunnen anticiperen en reageren op feedback.
2. Discussiëren over de onderwerpen van de nieuwe VTV-2014 door het debat aan te gaan met primair professionals en secundair geïnteresseerde burgers om zo:
 - gesprekspartner te zijn voor de doelgroep;
 - te kunnen anticiperen op positieve en negatieve reacties die de VTV kan oproepen;
 - te zorgen voor, aanzetten tot, of input leveren voor discussies als onderbouwing de VTV.
3. Presenteren van de kernboodschappen. In het voorjaar van 2014 wordt het samenvattend rapport aangeboden, waarschijnlijk op een voor dit doel georganiseerd congres. Hiervoor wordt in 2013 een plan gemaakt, wat er voor dient te zorgen dat de kernboodschappen van de VTV-2014 op de juiste wijze bij de juiste doelgroepen aan zullen komen.

Onderscheid naar doelgroepen

Bij het realiseren van deze doelstellingen wordt onderscheid gemaakt tussen diverse doelgroepen, te weten beleidsmedewerkers (landelijke en lokaal, VWS en andere ministeries), het wetenschappelijke veld (binnen en buiten het RIVM), onderzoeksorganisaties, professionals in het veld (zowel preventie als zorg), burgers (doelgroepspecifiek) en media. De inhoud van de VTV is vrij abstract en raakt mensen niet zozeer meteen persoonlijk. Vooral wetenschappers, professionals en beleidsmakers maken er gebruik van. Discussies voeren we daarom in eerste instantie vooral met deze groep. Het betrekken van burgers is een wens en zal in een later stadium worden opgepakt.

3 Overzicht gezondheid, determinanten, preventie en zorg

De basis van een VTV is een up-to-date overzicht van gezondheid, determinanten, preventie en zorg in Nederland. Hiervoor actualiseren we de informatie over sterfte, levensverwachting, ziekten, gezondheid, determinanten van gezondheid, effecten van preventie en zorg, zorggebruik, en kosten van de zorg op basis van de nieuwste cijfers en inzichten. Hieronder beschrijven we de update per onderdeel van het conceptueel model (zie *figuur 3.1*). In *paragraaf 3.1* komen de indicatoren van de gezondheidstoestand aan bod en in *paragraaf 3.2* de determinanten van de gezondheidstoestand. In *paragraaf 3.3* gaat het om preventie en zorg, en dan vooral over de effecten op de gezondheidstoestand. In *paragraaf 3.4* gaat het over gebruik en kosten van preventie en zorg. *Paragraaf 3.5* en *3.6* hebben betrekking op beleid en externe ontwikkelingen.



Figuur 3.1: Het conceptueel basismodel van de volksgezondheid.

3.1 Sterfte, levensverwachting, ziekte en gezondheid

Een geactualiseerd overzicht van de volksgezondheid in Nederland bestaat uit een beschrijving van de huidige gezondheidstoestand aan de hand van een aantal indicatoren voor sterfte, ziekte, gezondheid, functioneren en kwaliteit van leven. Daarbij zoomen we in op verschillen tussen bevolkingsgroepen en regio's. Ook beschrijven we zowel de huidige situatie als de trends in de tijd en

vergelijken we de situatie in Nederland met die in andere vergelijkbare landen. Hieronder beschrijven we de selectie van ziekten, de wijze waarop we de actualisering zullen uitvoeren, de planning en de publicatie van de gegevens op websites en in het VTV-2014 rapport.

Selectie van ziekten

Voor de beschrijving van de belangrijkste ziekten in Nederland hanteert de VTV al vanaf het begin een voorselectie van relevante ziekten uit de vele duizenden ziekten die genoemd zijn in de ICD, de 'International Classification of Diseases' (Gijsen et al., 1999). Deze selectie is gebaseerd op een aantal criteria, waaronder:

- De bijdrage aan de totale incidentie, prevalentie en sterfte in Nederland.
- De 'vermijdbaarheid' van ontstaan dan wel sterfte.
- De kosten in de gezondheidszorg.

Voor de verschillende edities van de VTV is er weliswaar gekeken naar deze selectie en zijn er ziekten toegevoegd, maar er is nooit opnieuw systematisch een nieuwe selectie gemaakt. Voor de VTV-2014 doen we dit wel. Dit betekent aan de ene kant de 'oude' criteria opnieuw gebruiken. Dit zal naar verwachting leiden tot een iets andere selectie, omdat de epidemiologie van sommige ziekten veranderd is (zo is de incidentie van maagkanker zo sterk afgenomen dat deze waarschijnlijk niet meer in de selectie komt). Aan de andere kant zijn er nieuwe criteria die we willen gebruiken. De belangrijkste hiervan is de relevantie van ziektegroepen voor (internationale) selectielijsten, zoals de indicatorlijsten (ECHI) en de OECD health indicators. Voor de nieuwe selectie van ziekten inventariseren we welke lijsten relevant zijn. Deze vergelijken we vervolgens met de VTV-selectie om te komen tot een lijst van ziekten die mogelijk toegevoegd kunnen worden én een lijst met ziekten die mogelijk uit de VTV-selectie geschrapt kunnen worden. Daarnaast vragen we inhoudsdeskundigen om hun oordeel.

Deze procedure voor de nieuwe selectie van ziekten leidt tot een lijst van 50 tot 75 ziekten en aandoeningen. Daarnaast besteden we in de VTV-2014 ook aandacht aan groepen van ziekten, zoals chronische ziekten, multimorbiditeit, zeldzame ziekten en beroepsziekten. Voor de chronische ziekten, multimorbiditeit en beroepsziekten betekent dit een update van de informatie die al is verzameld. Voor de zeldzame aandoeningen wordt dit nog uitgewerkt.

Update van ziekten, sterfte, functioneren en kwaliteit van leven

De cijfers over incidentie en prevalentie van de geselecteerde ziekten zullen geactualiseerd worden. Daarnaast actualiseren we de cijfers over de totale,

perinatale en oorzaakspecifieke sterfte en de (gezonde) levensverwachting. Behalve ziekte en sterfte zal de VTV-2014 een update kennen van de informatie over ervaren gezondheid, lichamelijk functioneren, psychisch functioneren, kwaliteit van leven, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De uitwerking van al deze indicatoren voor sterfte, ziekte en gezondheid zullen gepresenteerd worden in het Nationaal Kompas Volksgezondheid en de Nationale Atlas Volksgezondheid. Zie *tekstblok 1* voor een voorbeelduitwerking van lichamelijke beperkingen in het Nationaal Kompas Volksgezondheid. Het onderdeel regionale verschillen verwijst hierbij naar kaarten in de Nationale Atlas Volksgezondheid. Voor elk onderwerp zullen deze websites voor zover mogelijk en relevant deze detailinformatie presenteren, waarbij we in 2012 nog wel de structuur en precieze inhoudelijke uitwerking van de onderwerpen evalueren en deze mogelijk aanpassen. Het VTV-2014 rapport zal vervolgens deze informatie op hoofdlijnen samenvatten om tot een up-to-date overzicht te komen van de gezondheidstoestand in Nederland.

Tekstblok 1: voorbeeld uitwerking van een onderwerp in het Nationaal Kompas Volksgezondheid

Lichamelijk functioneren

Kort en bondig

- Lichamelijk functioneren samengevat

Doel en definitie

- Wat is lichamelijk functioneren en hoe wordt het gemeten?
- Wat is de relatie met ziekten en determinanten?

Omvang van het probleem

- Hoeveel mensen hebben beperkingen?
- Neemt het aantal mensen met beperkingen toe of af?
- Welke zorg gebruiken mensen met beperkingen?
- Zijn er verschillen naar sociaaleconomische status?
- Zijn er verschillen naar etniciteit?

Geografische verschillen

- Zijn er binnen Nederland verschillen naar regio?
- Zijn er verschillen tussen Nederland en andere landen?

Vergroten van de betrouwbaarheid van de epidemiologische cijfers over ziekten

De meeste cijfers van prevalentie en incidentie van ziekten zijn afkomstig van verschillende huisartsenregistraties of andere registraties, zoals ziektespecifieke registraties, ziekenhuisregistraties en registraties in verpleeghuizen. De cijfers over prevalentie, incidentie en sterfte maken we onderling consistent. Dit doen we met zogenoemde IPM modellering (Incidentie-Prevalentie-Mortaliteit), ook wel DISMOD (Disease Modelling) genoemd. Dit is niet alleen van belang voor de

berekening van de ziektelast (zie hieronder), maar deze exercitie maakt deze cijfers ook beter bruikbaar voor projecties en modellering van ziekten en gezondheid. Bovendien maken we op deze manier optimaal gebruik van de aanwezige informatie om tot de beste schatting te komen van de epidemiologie van ziekten wat de betrouwbaarheid van de cijfers vergroot. Cijfers over sterfte komen of uit de zorgregistratie zelf, of door de zorgregistraties te linken aan sterftestatistieken. In de eerste helft van 2012 voeren we hiervoor een pilotstudie uit.

Update van de ziektelast ('burden of disease')

Cijfers over ziekte, sterfte en kwaliteit van leven worden samengevat in de ziektelast, ofwel de 'burden of disease'. Voor de update hiervan zijn geactualiseerde cijfers nodig over de mate waarin ziekten voorkomen, de ernst van de ziekte en de sterfte. Hiermee berekenen we de 'Disability Adjusted Life Years' (DALY's): het totaal aantal jaren dat alle Nederlanders samen verliezen aan vroegtijdige sterfte en leven met ziekte.

Van prevalentie naar incidentie-DALY's

Tot nu toe heeft de VTV altijd DALY's berekend die gebaseerd zijn op prevalentie van ziekten. Het berekenen van DALY's gebaseerd op incidentie sluit echter beter aan bij internationale ontwikkelingen en bij activiteiten elders binnen het RIVM (bijvoorbeeld infectieziekten, voeding en modellering). Voor het berekenen van incidentie-DALY's zijn gegevens over de duur van de ziekte nodig. Ook moeten de epidemiologische gegevens over ziekten onderling consistent zijn. De prevalentie (het aantal zieken) moet kloppen met de incidentie (het aantal nieuwe zieken), de duur en de sterfte.

Update van de ziektelastgewichten

Een belangrijk onderdeel van de berekening van de ziektelast is de maat voor de ernst van de ziekte, of anders gezegd het verlies aan kwaliteit van leven door de ziekte. Hiervoor gebruiken we wegingsfactoren die inmiddels meer dan tien jaar oud zijn. In de loop der tijd is de ernst van sommige ziekten echter veranderd. Zo is de behandeling van een hiv-infectie dusdanig verbeterd dat niet alleen de overleving sterk is toegenomen, maar ook de kwaliteit van leven is verbeterd. Inmiddels is de World Health Organisation (WHO) bezig om nieuwe gewichten af te leiden. Voor de VTV-2014 zullen we bekijken in hoeverre deze te gebruiken zijn voor de Nederlandse situatie. Eventueel kunnen we deze op bepaalde punten aanpassen. Indien de resultaten van de WHO studie niet op tijd beschikbaar komen of er te veel aanpassingen nodig zijn, maken we voor de

VTV-2014 nog gebruik van de 'oude' Nederlandse gewichten. In dat geval kijken we wel of er kleine aanpassingen nodig zijn.

Gegevensbronnen, peiljaar en regionale en internationale vergelijkingen

Voor de actualisering gebruiken we cijfers uit bestaande registratiesystemen. Net als in eerdere VTV's gaat het in het bijzonder om cijfers uit huisartsen- en andere zorgregistraties, sterftestatistieken en gezondheidsenquêtes. Cijfers over gezondheid en functioneren, komen hierbij vooral uit gezondheidsenquêtes. Cijfers over ziekten uit zorgregistraties en cijfers over sterfte uit de sterftestatistieken.

Het peiljaar voor de cijfers is het meest recente jaar waarvoor cijfers beschikbaar zijn in 2012. Voor de regionale cijfers en de update van de kaarten in de Nationale Atlas Volksgezondheid is het voor de power van de analyses van belang om de gegevens van een aantal meetjaren samen te nemen. Hiervoor kiezen we in principe de jaren 2008 tot 2011, waarbij we een optimale oplossing zoeken voor de eventuele trendbreuk in de POLS gegevens in 2010 door een wijziging in de vraagstellingen. In het voorjaar van 2013 zijn de cijfers uit de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid beschikbaar. Dit betekent dat we voor een aantal belangrijke indicatoren voor de gezondheid recentere cijfers kunnen laten zien, die we bovendien kunnen uitsplitsen naar GGD-regio en gemeente.

Internationale vergelijkingen doen we zo veel mogelijk op basis van de aanbevelingen van ECHI. Deze aanbevelingen hebben betrekking op definities, aanbevolen bronnen en gehanteerde dimensies zoals leeftijdsgroepen, geslacht en ses.

Trends in de tijd

De VTV presenteert tijdstrends voor de belangrijkste gezondheidsmaten zoals sterfte, ziekte, gezondheid en gezonde levensverwachting. De cijfers zullen gestandaardiseerd worden om te corrigeren voor veranderingen in omvang en leeftijdssamenstelling van de bevolking. Voor alle VTV-ziekten zullen we net als in de vorige VTV's over een periode van tien jaar de trends in incidentie, prevalentie en sterfte analyseren. We geven daarbij aan wat de grootste stijgers en dalers zijn, wat andere opvallende trends zijn en geven op hoofdlijnen aan wat de verklaringen voor deze ontwikkelingen zijn. Voor andere maten als (gezonde) levensverwachting, totale sterfte, ervaren gezondheid zullen we de trends voor zover mogelijk over een langere periode beschrijven. Hierbij onderzoeken we ook verschillen in trends naar geslacht, leeftijd, ses en

etniciteit. Tot slot vergelijken we deze trends in Nederland met de ontwikkelingen in andere EU-landen.

Toekomstprojecties

Net als eerdere edities van de VTV kijkt de VTV-2014 niet alleen terug, maar ook vooruit. Hoe zal de levensverwachting zich de komende jaren ontwikkelen? Hoe ziet de demografische projectie van aandoeningen en andere gezondheidsmaten eruit? Voor een aantal gezondheidsmaten zullen we zowel demografische als epidemiologische projecties uitvoeren. Achtereenvolgens kunnen we de volgende projecties uitvoeren:

1. Incidentie en prevalentie van chronische ziekten bij handhaving van leeftijd- en geslachtspecifieke cijfers: demografische projectie.
2. Incidentie en prevalentie van chronische ziekten bij handhaving van huidige overgangskansen tussen toestanden van risicofactoren: demografische en epidemiologische projectie met behulp van het Chronisch Ziekten Model (CZM) van het RIVM.
3. Doodsoorzaakspecifieke sterfte, voor groepen van doodsoorzaken, naar leeftijd en geslacht, in samenwerking met NIDI en CBS.
4. Levensverwachting: we dragen bij aan de ontwikkeling en validatie van de nieuwe methode die het CBS ontwikkelt en zullen gebruik maken van de resultaten.
5. Gezonde levensverwachting: inventarisatie van methoden en ontwikkeling van nieuwe methode, in samenwerking met CBS.

Naast deze min of meer standaard projecties zullen we ook mogelijke scenario's doorrekenen of voor sommige onderwerpen een 'back casting' uitvoeren. Zie voor het toekomstverkennen *hoofdstuk 5*.

Planning en rapportage

In 2011 is al een begin gemaakt met de selectie van ziekten. Het proces en de nieuwe lijst van ziekten zullen we begin 2012 documenteren in een rapport of artikel. Vervolgens maken we een overzicht van de beste gegevensbronnen per indicator. We vragen de gegevens aan bij de betreffende houder van deze bron (voor zover de gegevens niet al direct beschikbaar zijn via websites of rapporten). In de loop van 2013 zullen de cijfers gebruikt worden om de informatie op het Nationaal Kompas Volksgezondheid en de Nationale Atlas Volksgezondheid te publiceren. Dit gebruiken we voor het overzicht op hoofdlijnen in de VTV-2014, dat in het voorjaar van 2014 zal verschijnen.

3.2 Determinanten van gezondheid

Update van leefstijl, omgeving en persoonsgebonden determinanten

Voor de actualisering van de determinanten nemen we eerst de selectie van de determinanten onder de loep. De bestaande lijst met determinanten (zie *tekstblok 3.2*) vergelijken we met andere (internationale) lijsten om zo te kijken of we nog belangrijke factoren missen, dan wel of er determinanten zijn die we eventueel kunnen schrappen. Ook toetsen we de lijst met determinanten aan een aantal selectiecriteria, maar deze procedure zal minder intensief en gedetailleerd zijn dan de procedure voor de selectie van ziekten.

Tekstblok 3.2: Huidige lijst van determinanten in Nationaal Kompas Volksgezondheid

Persoonsgebonden

Genetische factoren, bloeddruk, serumcholesterol, lichaamsgewicht, immuunsysteem, persoonlijkheid, 24-uurs ritmiek.

Leefstijl

Roken, alcoholgebruik, druggebruik, voeding, borstvoeding, omgaan met stress, lichamelijke activiteit, seksueel gedrag, gebitsverzorging, verkeersgedrag, reizen.

Omgeving

- Sociale leefomgeving: sociale steun, eenzaamheid, sociale cohesie, kindermishandeling, seksueel geweld.
- Fysieke leefomgeving: geluid, straling, voedselveiligheid, water, lucht, binnenmilieu*.
- Arbeidsomstandigheden.

* momenteel werken we aan uitbreiding met de onderwerpen 'klimaatverandering' en 'inrichting van de wijk/buurt'.

Alle informatie over determinanten zal vervolgens geactualiseerd worden en waar relevant en mogelijk, gepresenteerd worden naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, etniciteit en regio. Ook een internationale vergelijking maakt deel uit van de update (zie ook het in de vorige paragraaf genoemde *tekstblok 3.1*).

Positieve benadering van gezondheid

Veel determinanten die tot nu toe in de VTV's aan bod zijn gekomen, zijn gericht op het voorkómen en beperken van ziekte en ongezondheid, en het uitsluiten van risico's. Dit is de pathogene benadering van gezondheid. In de nieuwe VTV zullen we daarnaast ook aandacht besteden aan positieve gezondheid en de determinanten daarvan. Bij deze benadering – ook wel salutogene benadering genoemd – wordt gezocht naar factoren die bijdragen aan gezondheid in plaats

van ongezondheid. Een focus op gezondheid past bij de huidige maatschappelijke ontwikkeling waarbij steeds meer mensen een ziekte of aandoening hebben, maar daarmee niet per se beperkt of ongezond zijn.

Een nieuwe definitie van gezondheid

Er is op dit moment discussie gaande over een nieuwe definitie van gezondheid, waarin het functioneren van mensen centraal staat. De Gezondheidsraad en ZonMw hebben samen met vele internationale experts een definitie geformuleerd waarbij gezondheid wordt gezien als 'the ability to adapt and selfmanage' (Huber et al., 2011). Deze definitie maakt het mogelijk om onderscheid te maken in verschillende gradaties van gezond zijn, in tegenstelling tot de WHO definitie van gezondheid. In de VTV-2014 zullen we aspecten van deze nieuwe definitie gaan toepassen. Het eerste deel van de definitie, 'the ability to adapt', legt de nadruk op veerkracht of allostase, ofwel het vermogen om bij veranderende omstandigheden of stress weer terug te komen in een evenwichtssituatie. Deze stress kan zowel fysiologisch als psychologisch van aard zijn. Hoe beter mensen in staat zijn zich aan te passen aan veranderende omstandigheden, hoe gezonder ze zijn volgens deze definitie. In het tweede deel van de definitie, 'the ability to selfmanage', wordt gezondheid gedefinieerd als het vermogen van mensen om goed te blijven functioneren ondanks ziekten. Volgens deze definitie is iemand gezond als hij of zij zich succesvol heeft aangepast aan zijn ziekte, zich gezond voelt en in staat is om te werken of anderszins te participeren (Huber et al., 2011).

Positieve gezondheid in de VTV-2014

In de VTV-2014 zullen we op verschillende manieren aandacht besteden aan de toegevoegde waarde van een positieve benadering van gezondheid. Concreet doen we dat enerzijds door participatie als zwaartepunt van de VTV-2014 te kiezen. Dit betekent dat we ook aandacht besteden aan determinanten van participatie, naast determinanten van ziekten. Anderzijds zullen we ook consequent aandacht besteden aan determinanten van andere aspecten van gezondheid, zoals ervaren gezondheid en kwaliteit van leven, uiteraard voor zover relevant en beschikbaar. In de VTV-2014 zullen determinanten een rol spelen die niet eerder in de VTV of het Nationaal Kompas Volksgezondheid genoemd zijn. Hierbij gaat het niet alleen om determinanten van participatie, maar ook om gedragsdeterminanten, die gericht zijn op het omgaan met gezondheid en ongezondheid, in het bijzonder zelfmanagement en coping. Determinanten van participatie komen aan de orde in het themarapport over gezondheid en maatschappelijke participatie, zie hiervoor *paragraaf 4.1*. De gedragsdeterminanten worden in eerste instantie uitgewerkt in het Nationaal

Kompas Volksgezondheid en de belangrijkste bevindingen krijgen vervolgens een plek in het samenvattend rapport van de VTV-2014.

Extra aandacht voor invloed van de omgeving op leefstijl ...

Naast de invloed van leefstijl en omgeving op gezondheid, besteedt de VTV-2014 extra aandacht aan de invloed van de omgeving op gezond gedrag. Inmiddels is er veel onderzoek beschikbaar naar het belang van de omgeving voor (gezond) gedrag. De inrichting van de sociale en fysieke omgeving blijkt veel mogelijkheden te bieden voor het stimuleren van gezond gedrag. Een van de manieren is, dit te doen via 'nudges', subtiele hints die mensen (onbewust) een zetje in de goede richting geven. In de VTV-2014 willen we de mogelijkheden voor 'nudging' laten zien voor gezondheidsbevordering. Onderzoek heeft laten zien dat gedrag veel minder bepaald wordt door bewuste keuzes van het individu dan vaak wordt gedacht (zie bijvoorbeeld de WRR-verkenning 'de menselijke beslisser', Tiemeijer et al., 2009 en vervolgonderzoek hierop, Faddegon, 2011). Voor de VTV-2014 zullen we op basis van inzichten uit de gedragswetenschappen ingaan op de mechanismen van onbewuste beïnvloeding. We beschrijven eerst hoe mensen keuzes maken, rekening houdend met de sociale en fysieke context. Vervolgens onderzoeken we hoe deze kennis uit andere vakgebieden gebruikt kan worden om gezond gedrag te beïnvloeden. De studie borduurt voort, maar gaat verder dan de genoemde WRR Verkenning. Deze schetst wel de achtergrond van hoe mensen zich gedragen en waarom, maar heeft geen expliciete koppeling naar volksgezondheid en wat een en ander concreet betekent voor mogelijkheden en wenselijkheden met betrekking tot beleid. Dit onderzoek naar de mogelijkheden van 'nudging' voeren we uit voor enkele belangrijke aspecten van volksgezondheid, waaronder in ieder geval obesitas (voeding, fysieke activiteit en sport), roken, orgaandonatie en vaccinatie. De uitvoering van dit onderzoek zal bestaan uit literatuurstudie, die zal leiden tot een overzichtsstudie en een te publiceren artikel. Vervolgens zullen we ook verbindingen met beleidsterreinen of sectoren buiten het volksgezondheidsdomein leggen.

... in een maatschappelijke context

De invloed van omgeving op gezond gedrag verloopt niet voor iedereen op dezelfde manier, ook omdat de omgeving gevormd wordt door de maatschappelijke context. Macht, geld en middelen bepalen in belangrijke mate de sociale en fysieke omgeving waarin mensen leven. De omgeving vormt de schakel tussen deze factoren en de leefstijl. Met andere woorden: maatschappelijke determinanten als inkomen, scholing, opleiding en werkloosheid bepalen deels de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven

en dat beïnvloedt weer hun gedrag en hun gezondheid. Voor de VTV-2014 zullen we een literatuurstudie uitvoeren om de huidige kennis over de impact van deze maatschappelijke determinanten op gezondheid en gezondheidsverschillen weer te geven. We sluiten daarbij zo veel mogelijk aan bij Europees onderzoek op dit terrein.

Ook update van bijdrage determinanten aan gezondheid

Het berekenen van de bijdrage van verschillende determinanten aan de totale ongezondheid was altijd al onderdeel van de VTV. De wijze waarop dit is uitgewerkt is in de loop der tijd veranderd. In het begin zijn Populatie Attributieve Risico's (PAR's) berekend op basis van relatieve risico's. Later zijn deze ook toegepast op sterfte en ziektelast en is de bijdrage weergegeven als het percentage van de totale sterfte respectievelijk de totale ziektelast dat kan worden toegeschreven aan de betreffende determinant. Nog later is dit ook uitgedrukt in de levensverwachting en 'Disability Adjusted Life Expectancy (DALE), waarbij het effect van de determinant is uitgedrukt als het verlies van het aantal (gezonde) levensjaren. Dit is niet alleen correcter, omdat ook rekening gehouden kan worden met vervangende sterfte, maar de DALE is ook een makkelijker te interpreteren gezondheidsmaat.

Een nadeel is dat deze geavanceerde berekeningen alleen met het CZM uitgevoerd kunnen worden, dat slechts een beperkt aantal determinanten kent. Dit zijn bovendien vooral leefstijlfactoren. Ook kunnen we de resultaten niet goed vergelijken met berekeningen van de bijdrage van milieufactoren en arbeidsomstandigheden, die elders bij het RIVM uitgevoerd worden. Om deze nadelen te ondervangen zullen we in de VTV-2014 de DALE berekeningen handhaven en deze aanvullen met presentatie van de PAR's voor verschillende ziekten, en voor totale sterfte. Deze benadering combineert het presenteren van integrale gegevens (DALE) met de onderliggende gegevens, die meer inzicht geven in de onderliggende mechanismen. Voor deze PAR's zullen we ook tijdsreeksen maken. Hiermee kunnen veranderingen in het belang van risicofactoren in kaart brengen.

In de laatste VTV is de bijdrage van roken, overgewicht en obesitas, gebrek aan lichamelijke activiteit en alcoholconsumptie aan ongezondheid gekwantificeerd met het CZM. Eerdere VTV's lieten deze informatie ook zien voor verschillende voedingsfactoren (verzadigd vet, groenten, fruit, vis), bloeddruk en cholesterol. Voor de VTV-2014 zal de informatie voor al deze factoren geactualiseerd worden op basis van nieuwe cijfers over ziekten, determinanten en de relatie tussen determinanten en ziekten. Daarbij zal ook de inname van zout toegevoegd

worden. Ook zullen we de bijdrage van arbeidsomstandigheden en milieufactoren actualiseren, voor zover mogelijk op een vergelijkbare wijze als de andere factoren. Tot slot zullen we ook de mogelijkheden voor andere determinanten onderzoeken, eventueel met gebruikmaking van andere modellen dan het CZM, bijvoorbeeld DYNAMO-HIA (Lhachimi et al., 2012).

Het CZM en DYNAMO-HIA maken het niet alleen mogelijk om te berekenen welk deel van de ziektelast toegeschreven kan worden aan determinanten, maar hiermee kunnen we ook een schatting maken van de mogelijke toekomstige gezondheidswinst (scenario's) bij vermindering van blootstelling aan deze factoren.

Gegevensbronnen, peiljaar, regionale en internationale vergelijkingen en trends

Net als bij gezondheid en ziekten gebruiken we voor de actualisering van determinanten van gezondheid cijfers uit bestaande gegevensbronnen. In dit geval vooral gezondheidsenquêtes (bijvoorbeeld voor roken en fysieke activiteit) en epidemiologische onderzoeken (bijvoorbeeld voor bloeddruk en cholesterol). Voor aandachtspunten bij de update van regionale en internationale vergelijkingen, informatie over het peiljaar, het berekenen van de trends en de planning verwijzen we de lezer naar deze alinea in *paragraaf 3.1* (zie *pagina 21*).

Planning en publicatie

Eventuele aanpassingen in de lijst van determinanten stellen we begin 2012 vast en het resultaat hiervan leggen we vast in een rapportage hierover, waarschijnlijk in het Nationaal Kompas Volksgezondheid. In de loop van 2012 en 2013 zal de informatie over deze determinanten geactualiseerd worden en gepubliceerd in het Nationaal Kompas Volksgezondheid en de Nationale Atlas Volksgezondheid. We besteden extra aandacht aan maatschappelijke determinanten en aan nudging. Hiervoor maken we aparte publicaties in de vorm van achtergrondnotities of wetenschappelijke artikelen. Zowel de actuele informatie op de websites als de artikelen gebruiken we vervolgens voor het overzicht op hoofdlijnen in de VTV-2014, dat in het voorjaar van 2014 zal verschijnen.

3.3 Effecten van preventie en zorg

Effecten van preventie: een update

Informatie over de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van preventieve interventies in het Nationaal Kompas Volksgezondheid zullen worden geactualiseerd op basis van de meest recente en beschikbare cijfers. Het gaat hierbij om preventieve interventies op het terrein van voeding, bewegen en sporten, overgewicht, bloeddruk, roken, alcoholgebruik en seksueel risicogedrag en de combinatie van deze factoren. Ook interventies gericht op de sociale en fysieke omgeving worden meegenomen, inclusief interventies vanuit een integrale aanpak. Verder kijken we naar preventieve interventies die zich richten op verschillende fases in de levensloop van mensen. In een van de themarapporten zullen we dieper ingaan op de effecten van preventie in de zorg (zie *paragraaf 4.2*). Naast gezondheidseffecten zullen we daarbij ook aandacht besteden aan de maatschappelijke effecten van preventie, zoals participatie. Indien mogelijk en relevant laten we verschillen zien tussen mannen en vrouwen, leeftijdsgroepen, sociaaleconomische en etnische groepen en mogelijk andere achterstandsgroepen.

Naast zorgkosten ook effecten van zorg

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 (zie *paragraaf 3.4*). Het onderwerp baten van gezondheid, dat in de vorige VTV theoretisch werd uitgediept in een deelrapport, wordt in een themarapport nader uitgewerkt, ook kwantitatief (zie *paragraaf 4.3*). Daarbij komen ook de gezondheidseffecten van zorg en preventie aan bod.

Effecten van preventie en zorg op de volksgezondheid

Op grond van het werk van het RIVM en het Erasmus MC (Mackenbach et al., 2011) geven we een macro-overzicht van de effecten van preventie en van zorg op de volksgezondheid, inclusief de historische ontwikkeling. Dit verhaal is in grote lijnen in eerdere VTV's ook verteld; het verhaal zal worden aangevuld met analyses die sinds de laatste VTV zijn gedaan. Ook internationale studies zullen daarbij worden aangehaald. Dit beeld op macroniveau vormt het kader waarbinnen we op deelterreinen inzoomen op de effecten van preventie en zorg. Zo onderzoeken we in het themarapport over preventie in de zorg voor enkele doelgroepen wat preventie in de zorg oplevert (zie *paragraaf 4.3*).

Naast efficacy ook effectiveness

In de VTV-2014 zullen we ons niet beperken tot efficacy van interventies in een onderzoekssetting, maar ook aandacht besteden aan de effecten van preventie op bevolkingsniveau. Daarvoor moeten schattingen van de efficacy worden bijgesteld, op grond van effectonderzoek in de dagelijkse praktijk (effectiveness). Door de schatting van de effectiveness te vermenigvuldigen met informatie over het gebruik van de interventies, kan een schatting worden gemaakt over de effecten van interventies op bevolkingsniveau (Meijer et al., 2006). Beschikbaarheid van praktijkgegevens is daarvoor wel een voorwaarde. De ervaringen tot nu toe hebben geleerd dat praktijkinformatie in de openbare gezondheidszorg vaak niet of beperkt beschikbaar is. Door het uitbreiden van de I-database van het Centrum Gezond Leven (CGL) met de optie om met ingang van 2011 bereik- en implementatiegegevens te registreren en de toegenomen aandacht vanuit ZonMw voor praktijkonderzoek zal de beschikbaarheid groeien, maar dit blijft naar verwachting een beperkende factor. Voor zover het gebruik van preventieve interventies in de zorg wordt bijgehouden in de zorggebruikregistraties (denk aan preventieve medicatie), zullen we voor het themarapport over preventie in de zorg ook secundaire analyses uitvoeren op de data van de Kosten van Ziekten-studie (zie *paragraaf 3.4*).

Ook aandacht voor de rol van medische technologie

In de toekomst zullen technologische innovaties, zoals domotica en beeldvormende technieken, vrijwel zeker een belangrijk effect hebben op de volksgezondheid. Ook zal de rol van internet nog groter worden; in de vorm van sociale media en in de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg. Er wordt veel verwacht van allerlei vormen van e-health en de toename van (via internet beschikbare) zelftesten zal ook van invloed zijn op het zorgproces. 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.

Van veiligheid naar effectiviteit van medische technologie

Binnen het RIVM worden diverse projecten uitgevoerd gericht op de veiligheid en eventuele risico's van medische producten, zowel hulpmiddelen als medicijnen. Ook worden signaleringen uitgevoerd naar emerging technologies. In veel van deze projecten ligt de nadruk op veiligheid en toezicht. In de komende maanden wordt onderzocht óf en hoe er een brug is te slaan tussen kennis over veiligheid en risico's van medische producten naar kennis over mogelijke effecten op de volksgezondheid.

Van effectiviteit naar toekomstverkennen

Daarnaast loopt er ook een aantal meer experimentele projecten waarin gewerkt wordt aan innovatieve ontwikkelingen op het terrein van de public health genomics, de impact van veroudering op gezondheid en impact van vernieuwingen in de bevolkingsonderzoeken. Ook wordt bijgehouden wat er in de Topsector Life Sciences & Health ontwikkeld wordt. Daar worden de komende jaren roadmaps ontwikkeld met een focus op (typen) kosteneffectieve zorgoplossingen. Deze projecten hebben effectiviteit en kosteneffectiviteit als scope. Afhankelijk van de onderwerpen die in het toekomstverkennen centraal staan (zie *hoofdstuk 5*), kan vanuit een of meerdere experimenten de vertaalslag gemaakt worden naar wat deze innovaties betekenen voor de volksgezondheid. Dit geldt eveneens voor twee projecten die in het kader van het Strategisch Onderzoek RIVM (SOR) uitgevoerd worden, gericht op de impact van medische technologie en factoren die de implementatie van ICT-innovaties in de zorg beïnvloeden. In 2012 wordt samen met de betrokken partijen bepaald welke onderdelen relevante informatie oplevert voor de VTV-2014. Vervolgens wordt deze informatie in 2013 gepubliceerd op het Nationaal Kompas Volksgezondheid. Daarnaast wordt gekeken welke ontwikkelingen van belang zijn voor het onderdeel toekomstverkennen. Dit wordt mede bepaald door het onderwerp van de verkenning.

Helder onderbouwen van uitspraken over effectiviteit

De wijze waarop in de VTV-2010 over effectiviteit werd gerapporteerd, was niet altijd even eenduidig en transparant. Om dat te verbeteren is begin 2011 een SOR-project gestart dat moet leiden tot meer standaardisatie van de wijze waarop binnen het RIVM over effectiviteit gerapporteerd wordt. En dan gaat het niet alleen om de VTV-2014, maar ook om de Zorgbalans en de I-database. In het kader van dit SOR-project wordt in één onderdeel van de VTV-2014 geëxperimenteerd met een schrijfwijzer voor het schrijven over effectiviteit: het themarapport Preventie in de zorg (zie *paragraaf 4.2*). In het samenvattend rapport van de VTV-2014 zullen we naar verwachting volgens de definitieve versie van de schrijfwijzer gaan rapporteren over effectiviteit.

Planning en publicatie op websites en in de VTV-2014

De planning voor de update van de informatie over effecten van preventie en zorg ziet er als volgt uit. In het kader van de kennisbasis wordt de beschikbare literatuur over effectiviteit en kosteneffectiviteit van interventies bijgehouden. In de loop van 2013 zal deze informatie worden gepubliceerd op het Nationaal Kompas Volksgezondheid. Informatie over kosteneffectiviteit van preventieve

interventies wordt ook gepubliceerd in een digitale literatuurdatabase 'Kosteneffectiviteit van preventie'. De economische evaluaties op deze site zijn gerubriceerd naar de ziekte of aandoening waar de preventieve interventie zich op richt. Vanuit het themarapport Preventie in de Zorg komt informatie over de effecten van preventie in de zorg. Dit gebruiken we voor het overzicht op hoofdlijnen in de VTV-2014, dat in het voorjaar van 2014 zal verschijnen.

3.4 Zorggebruik en kosten van ziekten

Update zorggebruik in het Nationaal Kompas Volksgezondheid

In het Nationaal Kompas Volksgezondheid wordt het zorggebruik voor de selectie van ziekten gepresenteerd. Daarnaast is er aandacht voor het totale zorggebruik in Nederland. Deze cijfers zijn gebaseerd op zorgregistraties, maar ook op grootschalig onderzoek in de bevolking, zoals NEMESIS en POLS. Veel van de registratie-informatie is samengebracht in de Kosten van Ziekten-studie (KvZ, zie hieronder). De informatie over het zorggebruik zal in het Nationaal Kompas Volksgezondheid worden geactualiseerd in 2013.

Project Kosten van ziekten als belangrijkste bron voor zorggebruik en kosten

Gegevens over kosten van preventie en zorg in de VTV-2014 zullen vooral ontleend worden aan een update van de Kosten van Ziekten-studie. In deze KvZ-studie worden op grond van zorgregistraties het totale zorggebruik en de totale zorgkosten toegewezen aan verschillende aandoeningen. Daarnaast worden de kosten verder onderverdeeld naar leeftijd en geslacht van de patiënten, sector (eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg, et cetera), zorgfunctie (preventie, cure, care) en financieringsvorm. De KvZ kent een lange historie en alle studies samen vormen een goede basis voor historische trends én voor toekomstramingen van de zorgkosten.

Peiljaar voor zorggebruik en kosten wordt 2011

De KvZ-studie maakt gebruik van de definitieve gebruiksdata uit zorgregistraties. Een aantal belangrijke registraties is pas twee jaar na afsluiting van een gegevensjaar beschikbaar voor analyse. In 2012 wordt een start gemaakt met het toewijzen van de kosten van ziekten over het peiljaar 2011, op grond van voorlopige data. De feitelijke toewijzing zal – in verband met het relatief laat beschikbaar komen van definitieve data over zorggebruik – pas eind 2013 op zijn vroegst volledig kunnen worden afgerond. Dat is nog net op tijd voor de VTV-2014. Mocht dit onverhoopt niet lukken, dan zal gebruik worden gemaakt van een voorlopige toewijzing van de zorguitgaven voor 2011,

aangevuld met definitieve cijfers over een eerder jaar. In de VTV-2010 is al ervaring opgedaan met een zodanige voorlopige toewijzing van zorguitgaven, die toen geschat is op basis van de bekende uitgaven verdeling in 2005, voorlopige kostendata over 2007 en de demografische ontwikkeling tussen 2005 en 2007. Na afsluiting van de analyses voor de VTV-2010 is destijds een definitieve toewijzing over 2007 gemaakt, waarover apart is gerapporteerd (Slobbe et al., 2011).

Extrapoleren van data van 2011 naar 2014

Om het gat tussen beschikbare data en jaar van publicatie te overbruggen, onderzoeken we in de eerste helft van 2012 de mogelijkheid om uiteindelijk de data over 2011 modelmatig te actualiseren naar 2014, wat de gebruikswaarde sterk zal verhogen. Een belangrijk (en meetbaar) doel van dit onderzoek is het verbeteren van de kwaliteit van de modelmatige toewijzing zoals die eerder werd gebruikt voor de VTV-2010 (zie hierboven), zodat actueler (dichter op het publicatiejaar), betrouwbaarder (kleinere verschillen tussen definitieve en voorlopige toewijzing) en gedetailleerder (niet alleen hoofdgroep van ziekte maar ook specifieke aandoeningen) gerapporteerd kan worden.

Nieuw: uitsplitsing naar sociaaldemografische kenmerken

In samenwerking met het CBS en universitaire onderzoeksgroepen werken we aan een verdere uitsplitsing van kosten van zorg en ziekte naar sociaaldemografische kenmerken. De zorgkosten worden dan uitgesplitst naar kenmerken als burgerlijke staat, inkomen, opleiding en herkomst. Dit kan door analyses van gekoppelde bestanden met gegevens over zorggebruik en bijvoorbeeld de gezondheidsenquête, zoals sinds enkele jaren beschikbaar bij het CBS. Dergelijke gecombineerde gegevens kunnen tevens als input dienen voor het themarapport over kosten en baten van gezondheid en zorg (zie *paragraaf 4.3*). Deze analyses bieden inzicht in verschillen en overeenkomsten in zorggebruik tussen groepen patiënten, wat bijvoorbeeld de mogelijkheid biedt preventieve interventies beter te richten op de juiste groepen. Bij het in kaart brengen van deze verschillen zal worden samengewerkt of aangesloten bij activiteiten van CBS, NZa, CVZ en Vektis, omdat deze partijen al beschikken over dataverzamelingen waarop deze uitsplitsing mogelijk is.

Nieuw: regionale verschillen in zorggebruik en kosten van zorg

In samenwerking met de Nationale Atlas Volksgezondheid van het RIVM zal binnen de Kosten van Ziekten-studie een overzicht van het zorggebruik naar regio worden gemaakt. Met name voor curatieve zorg en ouderenzorg lijkt een dergelijke regionale toewijzing kansrijk, vanwege het beschikbaar komen bij het

CBS van dataregistraties met een regionale component voor deze sectoren. 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. Een risico voor de uitvoering van deze analyse is de grote drukte bij de Remote Access faciliteit van het CBS, waardoor momenteel wachtlijsten voor analyse ontstaan. Gebruik van deze faciliteit is noodzakelijk voor bovengenoemde analyses. Een ander risico is dat voor enkele analyses toestemming vereist is van registratiehouders van de data. Om deze risico's op vertraging in de uitvoering te minimaliseren is daarom al in november 2011 een aanvraag voor een data-analyse project ingediend bij het CBS.

Publicatieplan zorggebruik en kosten van zorg

Naast rapportage op hoofdlijnen binnen het Nationaal Kompas Volksgezondheid en het samenvattend rapport van de VTV-2014, vindt rapportage van de resultaten vooral plaats via de website www.kostenvanziekten.nl. De regionale verdelingen van zorggebruik krijgen ook een plek op de website www.zorgatlas.nl. In de periode 2012-2013 zal daarnaast vier keer per jaar een korte notitie (±15 pagina's) over een voor het beleid relevant en actueel deelonderwerp worden opgeleverd aan de opdrachtgever. Periodiek zullen deze notities worden gebundeld tot een publiek rapport, waarin tevens de meest recente modelmatige kostentoewijzing volgens een vast stramien (figuren/tabellen) worden opgenomen, als mede een overzicht van actuele ontwikkelingen op het gebied van de zorguitgaven, zowel nationaal als internationaal. Deze aanpak maakt het mogelijk sneller op actuele onderwerpen in te springen. In 2012 wordt het publicatieplan verder uitgewerkt. Het is de bedoeling hiervoor een aparte redactie op te zetten, waarin ook vanuit de VTV-2014 zal worden deelgenomen.

3.5 Externe ontwikkelingen

De externe ontwikkelingen in het VTV-model kunnen globaal worden opgedeeld in vijf categorieën: demografie, economische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen, technologie en ruimte (De Hollander et al., 2006). In deze paragraaf beschrijven we deze ontwikkelingen, die in het VTV-model vooral van invloed zijn op de determinanten van gezondheid. Deze ontwikkelingen hebben op de achtergrond, en vaak indirect, invloed op de volksgezondheid. Niet alle

informatie in deze paragraaf zal even uitgebreid worden beschreven of geactualiseerd.

Door demografische ontwikkelingen meer ziekte in Nederland

Het aandeel ouderen in de samenleving zal de komende jaren sterk stijgen. Recente schattingen van het CBS laten zien dat we er tussen 2010 en 2015 in Nederland ruim een half miljoen 65-plussers bij zullen hebben (CBS, 2011). Een van de oorzaken van deze stijging is dat de eerste lichting van de naoorlogse geboortegolf de grens van 65 jaar aan het passeren is. Daarnaast neemt de levensverwachting in Nederland 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. Het aantal geboorten per jaar blijft intussen vrijwel constant. Met de stijging van het aantal ouderen stijgt het aantal mensen met fysieke beperkingen en het aantal mensen met een of meer chronische aandoeningen. In onze toekomstverkenningen worden deze demografische ontwikkelingen stevast meegenomen. Daarbij kijken we ook naar regionale verschuivingen (denk aan de 'krimpregio's) en etnische verdelingen. De scenario's van het CBS zijn leidend.

Economische crisis verscherpt discussie over stijgende zorgkosten

Nederland beleeft een economische crisis. Dat heeft als consequentie, dat er bezuinigd gaat worden op de overheidsuitgaven. Op dit moment is nog niet bekend hoeveel en waar die bezuinigingen zullen plaatsvinden. Maar het ligt voor de hand dat er ook op het gebied van de volksgezondheid zal worden bezuinigd. De zorgkosten zijn de afgelopen jaren sterk gestegen, en ze zullen dat bij gelijkblijvend beleid de komende jaren blijven doen. Bij bezuinigingen kan gedacht worden aan maatregelen om het zorggebruik te verminderen, zoals het beperken van het verzekerde pakket, of het verhogen van eigen bijdragen. Omdat de macro-economische ontwikkelingen een stempel zullen drukken op de volksgezondheid en de zorg, worden deze ontwikkelingen expliciet meegenomen in de toekomstverkenningen (zie *hoofdstuk 5*).

Zorg leidt ook tot economische baten

Het verband tussen economie en zorg is echter gecompliceerder dan dit. Immers, dankzij de zorg blijven mensen langer gezond en kunnen ze blijven participeren; wat de economie ten goede komt. De baten van gezondheid en zorg werden eerder uitgewerkt in een deelrapport van de VTV-2010. Deze relatie wordt nader uitgewerkt in een themarapport (zie *paragraaf 4.3*).

Sociaal-culturele ontwikkelingen: individualisering

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 & Polder, 2010). Dit thema wordt nader uitgewerkt in het themarapport over de burger (zie *paragraaf 4.4*) en het themarapport over preventie in de zorg (zie *paragraaf 4.2*). Door de nadruk op het individu te leggen, zouden maatschappelijke determinanten van gezondheid onderbelicht kunnen worden. Ook in de VTV-2014 zullen we expliciet aandacht aan deze determinanten besteden.

De rol van wetenschappelijke kennis in het publieke debat verandert

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.

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. 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 (zie *paragraaf 2.4*).

Technologische 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. Naast de hierboven genoemde innovaties, is er de komende jaren waarschijnlijk nog veel meer te verwachten. 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 worden gebruikt voor het maken van toekomstscenario's (zie *hoofdstuk 5*).

3.6 **Beleid**

Het blok Beleid (zie *figuur 3.1*) in het VTV-model kan grofweg worden opgedeeld in twee delen: volksgezondheidsbeleid en overig beleid (De Hollander et al., 2006). Het volksgezondheidsbeleid richt zich op preventie en zorg (zie *paragraaf 3.3*). Het overige beleid richt zich op de externe ontwikkelingen (zie *paragraaf 3.5*). In deze paragraaf beschrijven we beide vormen van beleid. Daarbij besteden we ook aandacht aan integraal gezondheidsbeleid, waarbij andere sectoren expliciet meewerken aan het behalen van gezondheidseffecten. Dat doen we op verschillende niveaus: lokaal, landelijk, Europees en mondiaal. Op Europees niveau wordt vrijwel geen volksgezondheidsbeleid gevoerd, daar gaat het vooral over de invloeden van andere sectoren en over integraal beleid.

Volksgezondheidsbeleid

Grotere rol gemeenten in het vormgeven en uitvoeren van het volksgezondheidsbeleid

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. Gemeenten pakken deze rol steeds meer op. De GGD'en spelen daarbij een belangrijke rol. De gemeenten zijn ook verantwoordelijk voor de jeugdgezondheidszorg, 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 wordt beoogd, is de verantwoordelijkheid van de mensen zelf. Volgens de Landelijke nota 'Gezondheid dichtbij' 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 landelijke en de lokale overheid en diverse maatschappelijke partners (scholen, werkgevers, sportverenigingen) spelen in deze visie vooral een faciliterende rol. 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. De rol van patiënten in de zorg verandert, mede als gevolg van het beleid. Zelfmanagement betekent dat patiënten zelf de regie nemen in hun behandeling. Dit zou positieve effecten kunnen hebben, maar het is mogelijk niet voor alle patiënten haalbaar. Dit komt aan de orde in zie *paragraaf 4.4*.

Volksgesondheidsbeleid gericht op terugdringen gebruik en kosten van zorg

In de achterliggende decennia stegen de zorgkosten met ongeveer 7% per jaar. Deze groei leidt tot de vraag of en hoe de zorg in de toekomst nog betaalbaar kan blijven. 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 invloed van dergelijke maatregelen op de toegankelijk, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg wordt beschreven in de Zorgbalans. Het evenwicht tussen de kosten en baten van preventie en zorg komt uitgebreid aan de orde in twee themarapporten van de VTV (zie *paragrafen 4.2 en 4.3*).

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). Dit komt aan de orde in een van de themarapporten (zie *paragraaf 4.1*).

Beleid in andere sectoren

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 bijvoorbeeld aan onderwijs, sociale zaken, milieu en landbouw, bereiken direct of indirect ook gezondheidseffecten. In de VTV-2014 willen we deze gezondheidseffecten zichtbaar maken.

Afstemming op Europees niveau vooral via andere beleidsterreinen

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. Tevens zijn er 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. In deze VTV ligt de nadruk op de beschikbaarheid van betrouwbare gezondheidsinformatie waarmee zinvolle internationale vergelijkingen kunnen worden gemaakt.

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, op de loopbaan van mensen en het beïnvloedt 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 & Polder, 2010). Daarnaast leidt preventie van excessief alcoholgebruik bijvoorbeeld tot meer verkeersveiligheid en tot beperking van het uitgaansgeweld (Van den Berg & Schoemaker, 2010). Op die manier kan het volksgezondheidsbeleid bijdragen aan het bereiken van de doelen op andere beleidsterreinen.

4 VTV-2014 themarapporten

Participatie als inhoudelijke zwaartepunt van de VTV-2014

In hoofdstuk 2 schreven we al dat we als inhoudelijk zwaartepunt hebben gekozen voor participatie. We zien participatie als een scharnierpunt tussen individu en maatschappij. Door participatie centraal te stellen, gaat het in de VTV-2014 over de rol van de burger in gezondheid, preventie en zorg. Dit impliceert extra aandacht voor het burgerperspectief, zelfmanagement in de zorg en burgerparticipatie in het beleid. Op maatschappelijk niveau is participatie een van de belangrijkste bronnen van maatschappelijke baten van gezondheid. De discussie over de houdbaarheid van de zorgkosten krijgt een andere dynamiek wanneer naast de kosten van preventie en zorg ook deze maatschappelijke baten worden meegenomen. De keuze voor participatie als inhoudelijk zwaartepunt heeft consequenties voor de presentatie van de vaste VTV-onderdelen (zie hoofdstuk 3). Ook zal participatie voor het toekomstverkennen een belangrijk inhoudelijke onderwerp zijn (zie hoofdstuk 5).

Participatie als rode draad door de vier themarapporten

In dit hoofdstuk beschrijven we de opzet van vier themarapporten over gezondheid en maatschappelijke participatie (*paragraaf 4.1*), preventie in de zorg (zie *paragraaf 4.2*), maatschappelijke kosten en baten van gezondheid en zorg (zie *paragraaf 4.3*) en de rol van de burger in preventie en zorg (zie *paragraaf 4.4*). Maatschappelijke participatie loopt als rode draad door deze themarapporten. Was het vorige hoofdstuk ingedeeld volgens de blokken van het conceptuele basismodel van de volksgezondheid (zie *figuur 3.1*), in dit hoofdstuk benadrukken we de verbanden tussen deze blokken, en binnen deze blokken.

Maatschappelijke participatie

Maatschappelijke participatie is zoals gezegd het centrale thema van de VTV-2014. Dan gaat het vooral over de relatie tussen gezondheid en maatschappelijke participatie. Daarbij kan gezondheid, en het ontbreken van beperkingen in het functioneren, worden gezien als een determinant van participatie. Andersom geldt ook dat deelname aan de maatschappij en het uitvoeren van zinvol werk ook positieve gezondheidseffecten heeft. Over de wederkerige relaties tussen de blokken gezondheidstoestand en participatie is al heel veel geschreven. In het themarapport over maatschappelijke participatie (zie *paragraaf 4.1*) wordt deze kennis geanalyseerd en samengevoegd. Waar

mogelijk worden de gevonden relaties gekwantificeerd. Daarbij ligt de nadruk binnen het blok gezondheidstoestand op functioneren en binnen het blok maatschappelijke participatie op scholing, arbeidsparticipatie, vrijwilligerswerk en mantelzorg. De uitkomsten van dit themarapport worden gebruikt in het themarapport over de maatschappelijke kosten en baten, waarin participatie wordt opgevat als een van de belangrijkste maatschappelijke baten van gezondheid en zorg (zie *paragraaf 4.3*). Het themarapport over preventie in de zorg kijkt ook naar de effecten van preventie op participatie (zie *paragraaf 4.2*). Op dat punt zal worden samengewerkt tussen de makers van beide themarapporten.

Preventie in de zorg

Preventie en zorg zijn beide determinanten van gezondheid; ze hebben immers effecten op de volksgezondheid. Het zorggebruik, en de zorgkosten zijn daarbij ook belangrijke thema's. In voorgaande VTV's zijn preventie en zorg niet altijd in samenhang beschreven. Bij preventie lag de nadruk op de effecten op de volksgezondheid, en bij zorg op het zorggebruik en vooral de zorgkosten. In de praktijk is het onderscheid tussen zorg en preventie niet zo helder; het loopt in elkaar over. Het themarapport over preventie in de zorg richt zich op het deelterrein waar preventie en zorg elkaar raken. Preventie en zorg worden daarin in samenhang bekeken, waarbij ook zorggebruik en zorgkosten worden meegenomen. Als uitkomst van preventie in de zorg kijken we niet alleen naar effecten op de gezondheidstoestand, maar ook naar effecten op maatschappelijke participatie. Dit rapport biedt daarmee input voor het themarapport over kosten en baten van gezondheid, waarin we vooral kijken naar macro-effecten op de volksgezondheid en de zorgkosten (zie *paragraaf 4.3*). In het themarapport over preventie in de zorg gaat het ook over de rol van de patiënt bij keuzes in de behandeling en in het kader van zelfmanagement. Dit rapport levert veelzeggende voorbeelden op die in het rapport over de burger zullen worden uitgediept (zie *paragraaf 4.4*).

Maatschappelijke kosten en baten

In het rapport over maatschappelijke kosten en baten van preventie en zorg staan de relaties tussen verschillende blokken in het model centraal. In het rapport worden de kosten en de baten van preventie en zorg vanuit een economisch perspectief met elkaar vergeleken. Bij de baten gaat het om gezondheidstoestand, maar ook om participatie. Bij de kosten gaat het voornamelijk om de zorgkosten. Bij de afweging van deze kosten en baten op macroniveau gaat het ook om de uiteindelijke effecten op de economie. Bij het schrijven van dit themarapport kan gebruik worden gemaakt van de uitkomsten

van het rapport over maatschappelijke participatie, en dan vooral de kwantitatieve relaties tussen gezondheid en participatie (zie *paragraaf 4.1*). Deze gegevens worden ingevoerd in economische modellen. Ook het themarapport over preventie in de zorg levert op een deelterrein gegevens aan die kunnen worden gemodelleerd (zie *paragraaf 4.2*). De laatste stap, het schatten van de effecten op de macro-economie, zullen we doen in samenspraak met het Centraal Planbureau (CPB).

De rol van de burger

Zoals al werd geschreven in *hoofdstuk 3*, is het heuristische VTV-model vooral bedoeld om onderzoeksgegevens met elkaar in verband te kunnen brengen. De rol van individuen, de menselijke maat, lijkt uit het zicht te verdwijnen. In de vorige VTV is daarom een apart rapport geschreven over de opvattingen van burgers (Kooiker, 2011). In dit themarapport gaan we daarop door. We laten de rol van burgers zien in meerdere blokken van het VTV-model, bijvoorbeeld in determinanten van gezondheid (denk aan leefstijl), preventie en zorg (rol van patiënt; zelfmanagement) en in het gezondheidsbeleid (inspraak van burgers).

4.1 Gezondheid en maatschappelijke participatie

Een goede gezondheid bevordert maatschappelijke participatie

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. Het idee is dat gezonde mensen vitaler zijn en dat deze vitaliteit benut kan worden in de maatschappij. 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 presteren beter op school, waardoor ze meer kans hebben op werk en een hogere welvaart later in het leven. Maar gezondheid heeft niet alleen directe economische baten en het gaat ook niet alleen om onderwijs, arbeid en langer doorwerken. Het gaat nadrukkelijk ook om andere zaken die van belang zijn voor een samenleving en voor mensen zelf, zoals vrijwilligerswerk, informele zorg, deelname aan recreatieve en culturele activiteiten en andere vormen van maatschappelijke participatie.

Gezondheid en maatschappelijke participatie als baten van preventie en zorg

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 echter

ook op maatschappelijke participatie, waarbij gegeven de lichamelijke of geestelijke beperkingen gezocht wordt naar mogelijkheden. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) pleit ervoor om de kwaliteit van zorg te definiëren als de bijdrage aan gezondheid én aan participatie (RVZ, 2010a). Maar niet alleen preventie en zorg zijn van belang om participatie te bevorderen. Interventies vanuit andere beleidsterreinen dan wel andere actoren helpen misschien nog wel meer om de participatie van mensen met een (chronische) aandoening of beperking te stimuleren. Denk aan het aanpassen van de arbeidsomstandigheden door werkgevers en het verbeteren van het openbaar vervoer voor mensen met een beperking door gemeenten.

Maatschappelijke participatie bevordert gezondheid, meestal

Bovenstaande gaat over de effecten van gezondheid op maatschappelijke participatie. De omgekeerde relatie is echter ook relevant. Een goede opleiding, een baan en andere vormen van maatschappelijke participatie vergroten de kansen op gezondheid. Anderzijds verkleinen sociale uitsluiting en armoede de kansen op gezondheid. Daarmee is de cirkel rond. Investeren in gezondheid, is investeren in participatie en welvaart, waardoor ook de gezondheid weer verder verbetert. Een voorbehoud hierbij is wel dat participatie niet per definitie voor iedereen en onder alle omstandigheden gezond is. Zo zijn gezondheidseffecten van arbeidsparticipatie afhankelijk van de aard en de kwaliteit van het werk en zijn er specifieke arbeidsomstandigheden met ongunstige effecten op de gezondheid. Ook het geven van mantelzorg brengt gezondheidsrisico's met zich mee.

Raakvlak beleidsterreinen VWS en SZW

Het thema gezondheid en maatschappelijke participatie ligt op het raakvlak van twee beleidsterreinen. Voor VWS is het thema van belang om de baten van de zorg inzichtelijk te maken, bijvoorbeeld om een dimensie toe te voegen aan de discussie over de stijgende zorgkosten (zie ook *paragraaf 4.3*). Voor SZW is het thema van belang, omdat gezondheid een belangrijke factor is voor duurzame inzetbaarheid. In een tijd waarin de beroepsbevolking krimpt en het aantal gepensioneerden stijgt, is iedereen nodig op de arbeidsmarkt, ook mensen met gezondheidsproblemen en ouder wordende werknemers. Dit themarapport zoekt naar factoren die bepalend zijn voor deze groepen om naar vermogen te werken. Zeker gezien de stijgende trends in het aantal chronisch zieken en ouderen is dit niet onbelangrijk.

Doelen

Belang van gezondheid voor maatschappelijke participatie

Het eerste doel van dit VTV-2014 themarapport is om de maatschappelijke baten van gezondheid in kaart te brengen. Dit doen we door te laten zien wat bekend is over de impact van gezondheid op maatschappelijke participatie op verschillende domeinen, in het bijzonder werk, school, informele zorg en vrijwilligerswerk. Gezondheid kan zowel positief als negatief bijdragen aan maatschappelijke participatie en het gaat dan ook om meerdere aspecten van gezondheid, zoals de aanwezigheid van chronische aandoeningen en/of lichamelijke beperkingen, geestelijke gezondheid en fitheid. We geven een overzicht van de gezondheidsgerelateerde, persoonsgebonden en omgevingskenmerken die van belang zijn voor participatie. Vervolgens besteden we aandacht aan maatregelen om participatie — van mensen met een aandoening — te stimuleren en de effectiviteit van deze maatregelen. We maken onderscheid in maatregelen die het individu kan nemen, de zorgverlener, de werkgever en de overheid.

Bijdrage van maatschappelijke participatie aan gezondheid

Het tweede doel van het themarapport is om de bijdrage van maatschappelijke participatie aan gezondheid in kaart te brengen, waarbij het zowel om positieve als negatieve effecten gaat. We onderzoeken het effect van meerdere domeinen van maatschappelijke participatie, waarbij we inzoomen op arbeid en informele zorg. Hierbij maken we onderscheid tussen sociaaldemografische groepen in de samenleving.

Vraagstelling en opbouw rapport

Deel I: Maatschappelijke participatie: definitie, model en afbakening

Het rapport begint met een definitie van het concept 'maatschappelijke participatie', een afbakening van de domeinen van maatschappelijke participatie en een operationalisatie hiervan. Deze afbakening kan verschillen al naar gelang de onderzoeksvraag die wordt beantwoord.

Drie levensfasen

In het rapport maken we onderscheid naar levensfase, vooral omdat de domeinen van participatie verschillen tussen de levensfasen. Bij kinderen en jongeren gaat het immers met name om schoolparticipatie, bij volwassenen vooral om arbeidsparticipatie en bij ouderen om vrijwilligerswerk en informele zorg. Daarbij besteden we extra aandacht aan de overgang tussen de

levensfasen, in het bijzonder de verschuiving van de leeftijd waarop mensen met pensioen gaan. Verder maken we door het hele rapport heen onderscheid tussen sociaaleconomische groepen, waarbij we ook kijken naar mogelijkheden voor andere indelingen dan die naar opleidingsniveau, bijvoorbeeld de leefstijlgroepen die we in eerder onderzoek gehanteerd hebben (wereldburgers, huiselijken, maatschappelijk betrokken, et cetera).

Deel II: Kinderen en jongeren

Dit deel van het themarapport geeft een beschrijving van de participatie van kinderen en jongeren op verschillende terreinen. Schoolparticipatie krijgt daarbij het meeste aandacht, waarbij het bijvoorbeeld gaat om schoolprestaties, startkwalificaties, uitval en verzuim. We gaan daarbij zo mogelijk ook in op het speciaal onderwijs vooral, omdat dit van belang is voor de doorstroming naar de Wajong, de arbeidsongeschiktheidsregeling voor jonggehandicapten. Vervolgens onderzoeken we welke factoren participatie bij kinderen met gezondheidsproblemen stimuleren dan wel remmen, welke maatregelen er zijn om participatie te bevorderen en wat bekend is over de effecten van deze maatregelen. Tot slot gaat het in dit deel ook over de impact van participatie op gezondheid. Hier gaan we in op de vraag of en hoe schoolparticipatie en voortijdig schoolverlaten de gezondheid beïnvloeden.

Deel III: Volwassenen, in het bijzonder de beroepsbevolking

Dit deel van het themarapport gaat over de volwassen bevolking en in het bijzonder de beroepsbevolking van 15-65 jaar. De nadruk ligt op participatie in het arbeidsproces, maar participatie op andere domeinen komt hier ook bod. Denk aan vrijwilligerswerk en informele zorg. We starten dit deel met een overzicht: Hoeveel mensen werken, geven informele zorg en voeren vrijwilligerswerk uit? Wat is de intensiteit? Hoe zit dit voor mannen en vrouwen, verschillende leeftijds- en sociaaleconomische groepen? Wat zijn de trends? Hierbij kijken we ook naar combinaties van de verschillende vormen van maatschappelijke participatie. In hoeverre zijn er minder mensen die vrijwilligerswerk doen of informele zorg geven door de stijgende arbeidsparticipatie?

Vervolgens beschrijven we de invloed van gezondheid en andere factoren op de arbeidsparticipatie. Hoeveel volwassenen met een gezondheidsprobleem werken, doen aan vrijwilligerswerk of geven informele zorg? Welke factoren zijn hierop van invloed en welke maatregelen of interventies zijn er om arbeidsparticipatie van volwassenen met een gezondheidsaandoening te verhogen? En wat weten

we van het effect? Hierbij zoomen we in op twee belangrijke gezondheidsproblemen:

- Werken met een psychische aandoening.
- Werken met een aandoening aan het bewegingsapparaat.

Tot slot gaat het in dit deel om de invloed van participatie op de gezondheid, waarbij we onderzoek doen naar zowel positieve als negatieve gezondheidseffecten van arbeidsomstandigheden, arbeidsparticipatie, vrijwilligerswerk en mantelzorg.

Deel VI: Ouderen

Dit deel van het themarapport gaat over 'ouderen', ofwel personen van 55 jaar en ouder. Dit onderdeel gaat zowel over arbeidsparticipatie van ouder wordende werknemers als over participatie op andere domeinen. De nadruk in dit hoofdstuk ligt op de ouder wordende werknemer en afnemende participatie en op de overgang van werk naar de periode na pensionering. Welke activiteiten blijven ouderen doen en met welke nieuwe activiteiten starten zij? En wat is hierbij de rol van gezondheid? Ook dit deel van het rapport start met een beschrijving van (de mate van) participatie door ouderen op de verschillende domeinen en trends hierin. Om de relatie met gezondheid uit te werken geven we antwoord op de vraag in hoeverre ouderen gezonder en vitaler worden en wat hiervan het effect op de verschillende vormen van maatschappelijke participatie is? Hoe groot is de rol van gezondheid en andere factoren en hoe verandert dit naarmate mensen ouder worden? Op basis van dit overzicht van factoren kijken we naar (de effecten van) verschillende maatregelen om de participatie van ouderen te stimuleren (Zantinge et al., 2011).

Tot slot beschrijven we in dit onderdeel de invloed van participatie op gezondheid. Algemeen wordt verondersteld dat participeren gezond is, maar mantelzorg brengt bijvoorbeeld ook gezondheidsrisico's met zich mee. We laten zien wat bekend is over de positieve en negatieve bijdrage van participatie aan de gezondheid. Ook hier besteden we speciale aandacht aan het effect van pensionering; hoe gaat het met de gezondheid van de ouderen voor en na pensionering?

Deel V: Synthese

Het slothoofdstuk zal over de voorgaande hoofdstukken heen een integratieslag maken. Daarbij gaat het aan de ene kant om maatschappelijke participatie in de hele levensloop te beschouwen, inclusief de overgangen van de ene levensfase naar de andere. Aan de andere kant zullen we hier ook thema's benoemen die in

meerdere hoofdstukken terugkomen. Op basis hiervan zullen we overall conclusies trekken en beleidsaanbevelingen formuleren. Daarbij zal de betekenis van gezondheid voor de maatschappelijke participatie in de toekomst centraal staan (zie *hoofdstuk 5*). Het rapport levert daarnaast input voor het themarapport over maatschappelijke kosten en baten (zie *paragraaf 4.3*).

Uitvoering

Maatschappelijke participatie: definitie, model en afbakening

Het startpunt voor de definitie van maatschappelijke participatie is een interne notitie gemaakt in het kader van onderzoek naar gezondheidsachterstanden en maatschappelijke participatie. Deze notitie onderscheidt meerdere dimensies van participatie waaronder de mate van betrokkenheid en het domein van participatie. Op basis van deze notitie en de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) komen we in dit deel van het rapport tot een werkdefinitie. Daarbij geven we een helder overzicht van de domeinen en operationalisaties van maatschappelijke participatie en de gegevensbronnen hiervoor. Voorbeelden van operationalisaties zijn: deelname aan arbeid, duurzame inzetbaarheid, aantal uren arbeid, instroom in WIA, werkloosheid, arbeidsproductiviteit, presentisme, aantal uur mantelzorg, et cetera.

Participatiegraad

Om inzicht te krijgen in de participatiegraad in alle levensfasen zullen bestaande Nederlandse (overzicht)rapporten en websites van relevante organisaties in Nederland (zoals het CBS, SCP en TNO) geïnventariseerd worden. Eventueel zullen we hiervoor bestaande databestanden (laten) analyseren. Belangrijke informatie hierbij is ook hoeveel mensen niet participeren in onderwijs, arbeid en/of op andere terreinen. De gegevens hiervan zullen we op het Nationaal Kompas Volksgezondheid publiceren, conform het sjabloon dat hiervoor gehanteerd wordt (zie bijvoorbeeld *tekstblok 1* in *paragraaf 3.1*). Dit betekent dat we voor de verschillende domeinen van participatie in kaart brengen hoeveel mensen participeren, naar leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status en regio. Ook trends en internationale vergelijkingen worden opgenomen in het Nationaal Kompas Volksgezondheid. In het themarapport zullen we deze informatie vervolgens samenvatten.

Impact van gezondheid op maatschappelijke participatie

Onderzoek naar de impact van gezondheid op maatschappelijke participatie in de verschillende levensfasen doen we met behulp van een literatuuronderzoek en analyse van beschikbare gegevens. Voorbeelden zijn het PIAMA onderzoek

van het RIVM (kinderen), het aanvullende voorzieningenonderzoek van het SCP, het patiëntenpanel chronisch zieken van het NIVEL, en de LASA studie van de Vrije Universiteit (ouderen). Deze activiteiten worden grotendeels uitgevoerd in een project (Arbeid in de VTV) in opdracht van SZW. Daarnaast bekijken we in hoeverre het mogelijk is om gegevensbestanden over gezondheid (LINH, LMR) te koppelen aan gegevensbestanden over inkomen of arbeid.

Vervolgens richten we onze aandacht op mensen met gezondheidsproblemen en we bekijken in deze groep, welke factoren een rol spelen bij het al dan niet participeren. Mogelijk beïnvloedende factoren en interventies onderzoeken we met verkennende literatuurstudies, gesprekken met experts en samenwerking met het Centrum Gezond Leven. Resultaten over psychische aandoeningen en arbeidsparticipatie zijn afkomstig uit het onderzoek 'Gezond bedrijf' dat het RIVM voor SZW in 2012 uitvoert. Als het gaat om de rol van leeftijd in relatie tot arbeidsparticipatie inventariseren we in eerste instantie verschillende determinanten van afnemende participatie met toename in leeftijd. Daarbij wordt naast de gezondheid, gekeken naar de rol van arbeidsomstandigheden en andere factoren die participatie beïnvloeden. Ook deze resultaten zijn afkomstig uit een parallel lopend onderzoek 'Determinanten van afnemende arbeidsparticipatie' dat het RIVM in opdracht van SZW uitvoert. Naast arbeidsparticipatie gaat het om het belang van gezondheid en vitaliteit op participatie op andere domeinen.

Positieve en negatieve effecten van maatschappelijke participatie op gezondheid

Participatie heeft ook invloed op de gezondheid. Zo zijn er gezondheidsverschillen tussen schoolgaande en niet schoolgaande jeugd. We werken enkele thema's uit om zicht te krijgen op hoe (school)participatie bijdraagt aan gezondheid. Zo vergelijken we voortijdige schoolverlaters met schoolgaanden, vooral op het gebied van riskant gedrag, bovendien gaan we nader in op de gezondheid en participatie van kinderen in arme gezinnen. Dit doen we met behulp van literatuur en analyses op bestaand onderzoeksmateriaal.

Voor het overzicht van de impact van maatschappelijke participatie op de gezondheid van volwassenen en ouderen beschrijven we aan de ene kant de ziektelast van ongunstige arbeidsomstandigheden. Dit betekent een actualisatie van eerder onderzoek. Hiervoor voert het RIVM momenteel al een opdracht voor SZW uit. De resultaten komen in 2012 beschikbaar. De invloed van arbeidsparticipatie en werkloosheid op gezondheid brengen we in kaart met behulp van een lopend EU project 'Working for equity in health', waar het RIVM

bij betrokken is. Tot slot brengen we, met behulp van literatuurstudie de overige positieve en negatieve gevolgen van arbeids- en andere vormen van participatie op de gezondheid in kaart. Een deel van deze activiteiten wordt al uitgevoerd in het eerder genoemde project 'Arbeid in de VTV'. Ook een RIVM-project over de invloed van sociale participatie op gezondheid - 'Context op Health Disparities', onderzoek in opdracht van het RIVM - levert hiervoor input.

Synthese

Om een overzicht te geven van de maatschappelijke participatie over het hele leven, integreren we de informatie die in de vorige delen verzameld is. Met behulp van een maat die vergelijkbaar is met de gezonde levensverwachting laten we zien welk deel van het leven mensen gemiddeld participeren op de verschillende domeinen. Voor een aantal landen zijn dergelijke berekeningen uitgevoerd in een 'Working Life Expectancy'. Vervolgens benoemen we hier thema's die in meerdere delen terugkomen. Op basis hiervan zullen we overall conclusies trekken en beleidsaanbevelingen formuleren. Tot slot is dit deel ook van belang om input te leveren aan andere onderdelen in de VTV-2014, vooral als het gaat om het in kaart brengen van kosten en baten van gezondheid en zorg en voor de toekomstverkenningen.

Proces, samenwerkingspartners en planning

Een team van RIVM-onderzoekers van, zowel het centrum VTV als, het centrum voor Preventie en Zorg Onderzoek (PZO) zal dit themarapport schrijven. Vanuit deze centra zal ook een brede meeleesgroep samengesteld worden. Daarnaast zal een Wetenschappelijke Advies Commissie (WAC) en een Beleidsadviesgroep (BAG) in het leven geroepen worden. Deze commissies overlappen deels met de adviescommissies van de VTV-2014. Dit bevordert de samenhang tussen het themarapport en de VTV-2014. Verder zal er nauwe samenwerking zijn tussen de opdrachtgevers van de verschillende kennisvragen die input leveren voor dit themarapport.

Samenwerkingspartners

Voor de benodigde kennis en expertise wordt samenwerking gezocht met SCP, NIVEL, TNO, Trimbos Instituut, VU en mogelijk andere universiteiten. Deze instituten verzamelen informatie over participatie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten. Daarnaast wordt samenwerking gezocht met AStri Beleidsonderzoek en -advies in Leiden. Zij hebben verschillende projecten op het thema arbeidsparticipatie en duurzame inzetbaarheid. Voor jeugd zoeken we ook samenwerking met de academische werkplaatsen jeugdgezondheid het

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) en het Nederlands Jeugdinstituut (NJI).

In samenwerking met ZonMw zal een overzicht opgesteld worden van relevante lopende of afgeronde projecten over gezondheid en maatschappelijke participatie onder de beroepsbevolking.

Begeleidingscommissies

De opdrachtgevers, de ministeries van VWS en SZW, die betrokken zijn bij de afzonderlijke projecten waarvoor dit rapport wordt gemaakt, zullen gevraagd worden zitting te nemen in de Beleidsadviesgroep (BAG). Deze adviesgroep zullen we aanvullen met beleidsmakers van andere relevante beleidsdirecties bij VWS, SZW en eventueel andere departementen, zoals onderwijs.

Naast de beleidsadviesgroep zal ook een Wetenschappelijke Advies Commissie (WAC) worden samengesteld.

Planning voor 2012 en 2013

Opstart en afbakening	jan-feb	2012
Overzicht participatiegraad	mrt-apr	2012
Onderzoek relatie gezondheid en participatie	mrt-dec	2012
Inventarisatie maatregelen	okt-dec	2012
Synthese	jan-mrt	2013
Afronding en productie rapport	apr-mei	2013

4.2 Preventie in de zorg

Definitierapport VTV-2014

In het Definitierapport VTV-2014 wordt een aantal trends en ontwikkelingen gesignaleerd. Hieronder vallen ook de ontwikkelingen in preventie en zorg. In de zorg wordt steeds meer een samenhangende keten van preventie, cure en care nagestreefd. Ook ontstaan er nieuwe samenwerkingsverbanden tussen de publieke gezondheidszorg en de eerstelijnszorg. In het definitierapport wordt aangegeven dat we in de VTV-2014 opnieuw zullen kijken naar de effecten van preventie, maar dit keer extra aandacht zullen geven aan de effecten van de zorg. Daarbij zullen we in een van de themarapporten inzoomen op de effecten van preventie in de zorg. Effecten worden daarbij breed opgevat. Naast gezondheidseffecten zal er daarbij ook aandacht voor maatschappelijke effecten zijn, zoals participatie (zie ook *paragraaf 4.1*). En naast effectiviteit op basis van

onderzoek (efficacy) zal er dit keer meer aandacht zijn voor effecten in de praktijk (effectiveness). Voor dat laatste zijn implementatie, bereik, kosten en randvoorwaarden belangrijke begrippen (zie ook *paragraaf 3.3*).

Aandacht voor preventie in de zorg in het beleid

De groei van het aantal chronisch zieken is een van de aanleidingen voor de hernieuwde beleidsmatige aandacht voor preventie in de zorg. Verschillende recente beleidsnota's benadrukken dat de zorg een belangrijke plek voor preventie is. Zo was preventie in de zorg een leidend thema in de preventievisie Gezond zijn, gezond blijven (VWS, 2007). Een van de belangrijkste aanbevelingen was dat preventie een meer vanzelfsprekend onderdeel moet worden van de reguliere zorgverlening. De RVZ schreef een aantal rapporten over de gezondheidszorg waarin ze de slogan 'Van ZZ naar GG' promoten. ZZ staat voor de medische invalshoek, ziekte en zorg (RVZ, 2010a). Bij GG gaat het om gedrag en gezondheid; hierin is de rol van preventie in de zorg heel belangrijk. De recente Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' (VWS, 2011a) sluit hierop aan; "Het is gewenst dat binnen de zorg niet alleen aandacht is voor behandeling van ziekten, maar ook voor het bevorderen van de gezondheid en preventie". Dit thema komt ook terug in de recente brief 'Zorg en ondersteuning in de buurt' (VWS, 2011b).

Aandacht voor preventie in de praktijk en in onderzoek

Er wordt in de praktijk door zorgverleners al veel aan preventie gedaan. Veel NHG-standaarden besteden bijvoorbeeld naast behandeling ook aandacht aan preventie en zorgstandaarden voor chronische ziekten bevatten meestal ook preventieonderdelen. Met de invoering van de zorgverzekeringswet (ZVW) heeft preventie financieel gezien niet meer automatisch een plek in de gezondheidszorg. In een serie rapporten heeft het CVZ verkend wat er aan preventie past binnen de ZVW. In onderzoek is er ook veel aandacht voor preventie in de zorg. Het onderwerp preventie in de zorg staat bij ZonMw hoog op de agenda en het NIVEL geeft prioriteit aan onderzoek op dit vlak.

Doelen

Drie centrale vragen van het themarapport

Het doel van het themarapport is om antwoord te geven op drie vragen:

- Wat gebeurt er aan preventie in de zorg in de praktijk?
- Wat zijn de gezondheidseffecten van preventie in de zorg?
- Hoe beïnvloedt preventie in de zorg de zorgkosten?

Hieronder worden deze drie vragen nader toegelicht. Op grond van de antwoorden, doen we in het slothoofdstuk concrete aanbevelingen voor beleid en praktijk.

Wat gebeurt er aan preventie in de zorg in de praktijk?

Er wordt veel geschreven over preventie in de zorg, maar is weinig inzicht in de mate waarop op dit moment preventie al wordt aangeboden in de zorg. Een van de doelen van het rapport is om voor een aantal deelterreinen te laten zien wat er op dit moment al gebeurt. Daarbij gaan we ook in op de randvoorwaarden, kansen en bedreigingen voor preventie in de zorg.

Wat zijn de gezondheidseffecten van preventie in de zorg?

Er wordt veel verwacht van preventie in de zorg wat betreft gezondheidseffecten. Dan gaat het vooral om uitstel en afstel van het ontstaan van chronische ziekten. Een van de doelen van dit rapport is om te laten zien in hoeverre deze verwachtingen terecht zijn. Wat kunnen we zeggen over de gezondheidseffecten? Daarnaast kijken we ook naar de effecten op participatie. Om de baten van preventie in de zorg goed te kunnen afwegen tegen de kosten, zullen we ook de mogelijke schadelijke gezondheidseffecten in kaart brengen. Daarbij zou je kunnen denken aan onnodige ongerustheid of medicalisering van alledaagse problemen. Tot slot, de zorg is niet voor alle problemen en voor alle vormen van preventie de beste setting. Vooral bij gezondheidsproblemen waarbij de omgeving een belangrijke rol speelt, liggen preventieve oplossingen buiten de zorg soms meer voor de hand. Ook daar zullen we aandacht aan besteden.

Hoe beïnvloedt preventie in de zorg de zorgkosten?

Een van de belangrijkste argumenten vóór meer preventie in de zorg, is dat daarmee chronische ziekten kunnen worden voorkomen of uitgesteld, en daarmee ook de zorgkosten. Een van de doelen van dit rapport is om te laten zien of deze verwachting terecht is. Om die reden zullen we kijken naar de kosten van preventie in de zorg, én naar de mogelijke besparingen op zorgkosten. Een belangrijke vraag daarbij is of preventie in de zorg is op te vatten als substitutie van zwaardere zorg, of dat het er bovenop komt. Ook zullen we de effecten op (arbeids-)participatie en daarmee verzuimkosten meenemen. Of we deze vraag inderdaad over de volle breedte kunnen beantwoorden is sterk afhankelijk van de beschikbaarheid van kosteninformatie.

Vraagstelling en opbouw rapport

Het themarapport bestaat uit vier delen

In het eerste deel worden ontwikkelingen rond preventie in de zorg kort geschetst. Vervolgens wordt geïnventariseerd wat er door verschillende partijen wordt verstaan onder 'preventie in de zorg'. In het tweede, en grootste, deel van het rapport wordt aan de hand van een aantal verdiepingsstudies per ziekte, setting of patiëntengroep beschreven wat preventie in de zorg in de praktijk betekent. Daarbij gaat het om de match van zorgvraag en zorgaanbod, effecten en kosten en om succes- en faalfactoren. De onderwerpen worden zo gekozen dat ze samen de volle breedte van preventie in de zorg dekken. In het derde deel volgt een integrerende analyse, waarbij de belangrijke overkoepelende thema's worden besproken die daarvoor in de verschillende verdiepende hoofdstukken aan bod kwamen. In het vierde deel staan de conclusies en beleidsaanbevelingen.

Deel 1 Inleiding

Preventie en zorg groeien naar elkaar toe, lees je vaak. We gaan in een inleidend hoofdstuk op zoek naar beschikbare historische analyses en schetsen de ontwikkeling in de tijd. Daarbij kijken we ook naar deze ontwikkelingen in landen om ons heen. In de inleiding laten we ook zien hoe het begrip 'preventie in de zorg' door verschillende partijen en in de loop van de tijd anders wordt opgevat. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling om uit te komen op één enkele definitie. Uiteraard zullen we aan het eind van de inleiding wel een heldere afbakening voor het rapport moeten maken, mogelijk aan de hand van een of meer werkdefinities.

Deel 2 Verdiepende hoofdstukken

Het themarapport is niet het enige wat we over preventie en zorg gaan schrijven in de VTV-2014. Het themarapport is vooral bedoeld als verdieping op één deelterrein: preventie in de zorg. Voor de verdiepende hoofdstukken zullen we tussen vijf en acht onderwerpen selecteren. Dat kunnen specifieke ziekten (diabetes) zijn of patiëntengroepen (kwetsbare ouderen), maar ook zorgsettings (huisarts). Mogelijke onderwerpen zijn: diabetes type 2, depressie, prenatale zorg, screening op baarmoederhalskanker, hielprik, overgewicht, alcohol, kwetsbare ouderen of cardiovasculair risicomanagement. De definitieve lijst van onderwerpen zal begin 2012 in overleg met de beleidsadviesgroep van het themarapport worden opgesteld. In elk verdiepend hoofdstuk komen steeds de volgende aspecten aan de orde: de huidige ontwikkelingen en verwachtingen voor de toekomst, aanbod en gebruik van preventieve voorzieningen of

interventies, de effecten op gezondheid en participatie, de effecten op de zorgkosten en kansen en belemmeringen voor praktijk en beleid. We integreren en analyseren hiervoor bestaande kennis en informatie. Het is de bedoeling om op grond van een analyse van meerdere goedgekozen voorbeelden aan het einde van het rapport ook uitspraken te kunnen doen over preventie in de zorg als geheel.

Deel 3 Integrerende analyse op thema's

In dit deel wordt een integratieslag gemaakt over de verdiepende hoofdstukken in *deel 2* heen. De informatie uit de voorgaande hoofdstukken wordt hier per thema geïntegreerd. Dit zijn allemaal thema's die in meerdere hoofdstukken aan de orde kwamen, denk aan zelfmanagement, leefstijlinterventies, richtlijnen, doelmatigheid, ketenzorg, multimorbiditeit, risicogroepen of bekostiging. Dit hoofdstuk is bedoeld als een brug tussen de verdiepende hoofdstukken en het slothoofdstuk met conclusies en aanbevelingen.

Deel 4 Conclusies en aanbevelingen

In een slothoofdstuk zullen we op basis van de bevindingen uit de verdiepende hoofdstukken en het voorgaande hoofdstuk overall conclusies trekken en aanbevelingen formuleren voor beleid, maar ook voor de praktijk. Daarbij zal de betekenis van preventie in de zorg voor de toekomst van de volksgezondheid centraal staan. Het rapport levert ook belangrijke input voor de toekomstverkenningen van de VTV-2014.

Uitvoering

Een team van RIVM-onderzoekers van, zowel het centrum VTV als, het centrum voor Preventie en Zorg Onderzoek (PZO) zal dit themarapport schrijven. Vanuit de verschillende centra van het RIVM wordt een brede meeleesgroep samengesteld. Naast deze algemene meeleesgroep zullen per verdiepend hoofdstuk enkele experts op dat gebied gevraagd worden mee denken met de verdere uitwerking. Daarnaast worden een Wetenschappelijke Advies Commissie (WAC) en een Beleidsadviesgroep (BAG) in het leven geroepen.

Aandachtspunten bij de uitwerking:

Naast de aandachtspunten uit het definitierapport zijn de adviezen van VTV-2014- werkgroepen Zorg, Effectiviteit, en Kosteneffectiviteit verwerkt in deze uitwerking. Ook de aansluiting bij de Zorgbalans is gerealiseerd (zie onder raakvlakken met andere projecten). Er zal worden voortgebouwd op recent verschenen rapporten binnen dit thema, waaronder het deelrapport Effecten van preventie van de VTV-2010 (Van den Berg & Schoemaker, 2010) en het rapport over Preventie van chronische ziekten in risicogroepen (Gast et al., 2011). We zullen gebruik maken van de lopende RIVM-projecten in Programma 2 over dit onderwerp. Bij de uitwerking zullen talrijke databronnen geraadpleegd en gebruikt worden; we doen voor dit rapport vrijwel geen nieuwe data-analyses. Zo heeft ZonMw in de projectendatabase veel onderzoek op het gebied van preventie in de zorg, en heeft het NIVEL onderzoeken en databestanden op het gebied van preventie in de eerstelijnszorg.

Internationaal

De Europese volksgezondheidsstrategie 'Samen werken aan gezondheid' besteedt ook aandacht aan preventie in de zorg. Men schrijft: "new technologies (...) support a shift from hospital care to prevention and primary care". We zullen inventariseren welke projecten op het gebied van preventie in de zorg in dit kader uitgevoerd zijn of nog lopen. Er zijn daarnaast in verschillende landen instanties die zich bezighouden met preventie in de zorg. Dit geldt bijvoorbeeld voor de USPSTF (US Preventive Services TaskForce). Dit is een taskforce in de Verenigde Staten die reviews uitvoert en aanbevelingen formuleert over preventie in de zorg. In het Verenigd Koninkrijk worden door het NICE (National Institute for Health Clinical Excellence) ook richtlijnen en adviezen over preventie in de zorg uitgebracht.

Accentverschuivingen ten opzichte van de VTV-2010

Preventie als bron van gezondheid kwam in de VTV-2010 uitgebreid aan bod in het deelrapport Effecten van Preventie. De insteek van dat rapport was op meerdere punten echter nogal smal. Zo ging het vooral over de effectiviteit en kosteneffectiviteit van afzonderlijke preventieve interventies. Ook beperkte het zich tot de bekende prioritaire leefstijlonderwerpen. De nadruk lag daarbij op de publieke gezondheidszorg (GGD'en) en op de eerstelijnszorg. In dit themarapport zal de nadruk meer liggen op de eerstelijnszorg, maar we zullen ook breder kijken. Daarmee komen we tegemoet aan een belangrijk punt van kritiek in de evaluatie van de VTV-2010, dat de onderwerpen preventie en zorg te veel los van elkaar stonden. Bij zorg in de VTV-2010, lag de nadruk vooral op

het zorggebruik en de zorgkosten, dus de gevolgen van ziekte. Voor zorg als bron van gezondheid was, afgezien van het deelrapport over maatschappelijke baten, veel minder aandacht.

Raakvlakken met andere projecten

Het themarapport heeft relaties met Kosten van Ziekten en het Nationaal Kompas Volksgezondheid. Daarnaast zijn er duidelijk relaties met kennisvragen (KV) in Programma 2 van PZO, zoals KV 2.1 Kennisbasis, KV 2.2.a Programmatische aanpak chronisch aandoeningen en KV 2.3 Vroegtijdige onderkenning. Ook zijn er relaties met het CVB (screeningen) en met het CGL (effectiviteit en bereik preventieve interventies). Voor zover beschikbaar zullen in het themarapport ook regionale en internationale verschillen worden getoond, bijvoorbeeld met kaarten uit de Nationale Atlas Volksgezondheid. Over de relatie met de Zorgbalans zijn inmiddels concrete afspraken gemaakt. De paragraaf Effectiviteit van preventie (in de zorg) binnen de Zorgbalans heeft de meeste raakvlakken met de VTV, en dan vooral met dit themarapport. Twee leden van het redactieteam van het themarapport zijn daarnaast inhoudelijk verantwoordelijk voor de genoemde paragraaf in de Zorgbalans. Deze indicatoren in de Zorgbalans komen in de tekst van het themarapport en in de Zorgbalans zal informatie uit het themarapport worden opgenomen in de achtergrondinformatie van deze indicatoren. Aansluiting lijkt daarmee gewaarborgd.

Samenwerkingspartners

Binnen het RIVM zal in het kader van dit themarapport door onderzoekers van het centrum VTV vooral worden samengewerkt met het centrum PZO, maar daarnaast ook met CGL en CVB. Buiten het RIVM zal bijvoorbeeld samenwerking worden gezocht met het NIVEL. In samenwerking met ZonMw zal een overzicht opgesteld worden van relevante lopende of afgeronde projecten over preventie in de zorg. Voor de benodigde kennis en expertise voor de verdiepende hoofdstukken zal worden samengewerkt met kennisinstituten en universiteiten.

Begeleidingscommissies

Vanuit de BAG van de VTV-2014 zullen enkele leden gevraagd worden zitting te nemen in de Beleidsadviesgroep voor het themarapport. Voor dit themarapport zullen we er meer directies bij betrekken. Vanuit de WAC van de VTV-2014 zullen enkele leden gevraagd worden zitting te nemen in de Wetenschappelijke Advies Commissie voor het themarapport.

Planning

Vanaf januari 2012 zal begonnen worden met literatuuronderzoek en dataverzameling. Zie verder de indicatieve tijdsplanning hieronder. De planning van het gehele VTV-2014 project is hierbij leidend. Het themarapport vormt input voor het samenvattend rapport.

Fase

Uitvoering/afbakening	jan-mrt	2012
Uitvoering/verdiepende hoofdstukken	mrt-dec	2012
Uitvoering/integrerende analyse	sep-dec	2012
Uitvoering/slothoofdstuk	jan-mrt	2013
Afronding en review rapport	apr-jun	2013

4.3 Maatschappelijke kosten en baten van gezondheid en zorg

Baten als tegenwicht in kostendiscussie

In politieke discussies wordt het brede onderwerp van gezondheid en zorg vaak versmald tot de groei van de kosten en de houdbaarheid van de zorgkosten in de toekomst. Deze discussie krijgt een nieuwe dimensie als tegelijk met de kosten ook de baten van zorg, preventie en gezondheid inzichtelijk worden gemaakt. In de vorige VTV is om die reden in een deelrapport expliciet aandacht besteed aan de maatschappelijke baten van gezondheid (Post et al., 2010). Uit de evaluatie van de VTV-2010 bleek veel waardering voor dit thema. Gevraagd werd om hier een vervolg aan te geven. We doen dat in de VTV-2014 op twee manieren. In het themarapport over maatschappelijke participatie zoomen we in op het verband tussen gezondheid en een van de belangrijkste bronnen van maatschappelijke baten: arbeidsparticipatie (zie *paragraaf 4.1*). In het hier beschreven themarapport zullen we de baten kwantificeren en vooral inzoomen op de dynamische samenhang tussen kosten en baten van gezondheid en zorg.

Kwantificeren van baten nog in ontwikkeling

Zoals werd geschreven in het VTV-2010 deelrapport 'Maatschappelijke baten', is het kwantificeren van de baten van gezondheid, preventie en zorg nog een relatief nieuw veld (Post et al., 2010). Terwijl over de kosten van de zorg al veel is geschreven, en er onder economen enige consensus is over de belangrijkste definities en rekenmethoden, is het denken over de baten van de zorg en van gezondheid nog sterk in ontwikkeling. In recente rapporten wordt getracht de

baten in het verhaal over de kosten te vlechten. Dat lukt in het ene rapport beter dan in het andere, maar over het algemeen hebben onderzoekers er veel moeite mee om de baten goed te kwantificeren. Er worden ook meerdere modellen ontwikkeld om kosten én baten direct tegen elkaar af te wegen. De specifieke inbreng van het RIVM daarbij is dat wij rekenen en modelleren vanuit de epidemiologie, demografie en de inhoud van de zorg. Wij zien goede mogelijkheden om deze onderzoekslijn in samenwerking met anderen, waaronder het CPB, te versterken. Resultaten hiervan krijgen een plek in dit themarapport.

Directe vergelijking van kosten en baten in KEA's en MKBA's

Er zijn in de gezondheidseconomie verschillende methoden om kosten en baten met elkaar te vergelijken. Een van die methoden is een kosteneffectiviteitsanalyse (KEA), waarin (veelal) klinische effecten en uitkomstmaten in verband met kosten worden gebracht. Een specifiek voorbeeld is een kostenutiliteitsanalyse, waarin alle gezondheidseffecten worden uitgedrukt in één gezondheidsmaat, als regel Quality Adjusted Life Years (QALY). Op het terrein van de volksgezondheid worden veel KEA's uitgevoerd. ZonMw stimuleert de studies, onder andere via het programma doelmatigheidsonderzoek. Het RIVM beheert een database waarin alle kosteneffectiviteitsstudies over preventieve interventies worden opgeslagen en ontsloten. Daaruit blijkt dat de uitkomsten van KEA's erg afhankelijk zijn van de aannamen (Van den Berg et al., 2012). Een derde methode is die van de Maatschappelijke Kosten Baten Analyse (MKBA). Deze wordt tot nu toe vooral gebruikt om de opbrengsten in kaart te brengen van grote infrastructurele projecten, zoals het aanleggen van wegen. In een MKBA wordt geprobeerd om alle kosten en alle baten van een maatregel uit te drukken in monetaire eenheden (euro's). Opvallend daarbij is echter dat in de rapportages van MKBA's gezondheidseffecten vaak wel worden genoemd, maar in de uiteindelijke kosten-batenafweging niet worden gespecificeerd (het zijn zogenaamde pm-posten).

Opzet themarapport

Het themarapport zal bestaan uit drie delen. In het inleidende deel 1 komen de belangrijkste discussies en controversen over het meten en wegen van kosten en baten aan bod. In dit deel wordt ook stilgestaan bij de economische welvaartstheorie die de wetenschappelijke basis van economische evaluaties vormt, en zal worden ingegaan op de consequenties daarvan. In dit deel zal ook een hoofdstuk gewijd zijn aan de monetarisering van gezondheidseffecten. Ook

wordt stilgestaan bij de informatiebehoefte van de besluitvormer, en vervolgens ook hoe hij of zij deze informatie weegt en uiteindelijk een beslissing neemt. Deel 2 bestaat uit verdiepende hoofdstukken, waarin per hoofdstuk een of meer economische evaluaties worden beschreven. In overleg met de opdrachtgever wordt een selectie gemaakt van onderwerpen op de verschillende deelterreinen van de gezondheidszorg (preventie, curatie, geneesmiddelen) en daarbuiten (intersectoraal beleid). Voor zover gebruik wordt gemaakt van economische modellen hebben dynamische modellen, met daarin kosten én baten, de voorkeur. Gestreefd wordt per onderwerp tot een integratief oordeel te komen over de verhouding tussen (maatschappelijke) kosten én baten.

Het rapport eindigt met deel 3: een discussie en aanbevelingen. De bevindingen uit de drie eerste delen worden bij elkaar gebracht. Wat zijn de theoretische uitgangspunten en komen die tot hun recht? Welke informatie heeft een beslisser nodig, en heeft hij deze ook tot zijn beschikking via de bestaande methoden van economische evaluatie? Uit de analyse in dit hoofdstuk volgen drie soorten aanbevelingen:

1. hoe onderzoekers rekening kunnen houden met de sterke en zwakke elementen uit de wetenschappelijke basis en hun economische evaluaties krachtiger kunnen maken;
2. hoe onderzoekers rekening kunnen houden met de informatiebehoefte van beleidsmakers en
3. hoe beleidsmakers economische evaluaties kunnen gebruiken in de besluitvorming (rekening houdend met 1 en 2).

Bij het schrijven van het rapport kan gebruik worden gemaakt van de informatie uit andere projecten. De Kosten van Ziekten-studie geeft veel informatie over de kosten. Het themarapport over gezondheid en maatschappelijke participatie levert belangrijke informatie over de baten (zie *paragraaf 4.1*). Daarnaast wordt bij het centrum VTV een database beheerd met KEA's, die zal worden aangevuld met MKBA's. In enkele SOR-projecten wordt al gewerkt met dynamische modellen, rond healthy ageing en medische technologie. Voor het thema doelmatigheid zal vanuit het themarapport worden afgestemd met de Zorgbalans (Van den Berg et al., 2012).

Het themarapport zal geschreven worden door een kernteam van onderzoekers van het centrum VTV en centrum PZO. Vanuit de verschillende centra van het RIVM wordt een brede meeleesgroep samengesteld. Naast deze algemene meeleesgroep zullen per verdiepend hoofdstuk enkele experts op dat gebied gevraagd worden mee te denken met de verdere uitwerking. Daarnaast worden

een Wetenschappelijke Advies Commissie en een Beleidsadviesgroep in het leven geroepen. Vooral samenwerking met het CPB, CBS, SCP en enkele universiteiten ligt voor de hand.

Planning

Van de vier themarapporten is dit nog het minst uitgewerkt. In december 2011 is de opzet en uitvoering van het themarapport, in overleg met onderzoekers en beleidsmakers, nader uitgewerkt. Vanaf januari 2012 is begonnen met literatuuronderzoek en dataverzameling. Zie verder de indicatieve tijdsplanning hieronder. De planning van het gehele VTV-2014 project is hierbij leidend. Het themarapport vormt input voor het toekomstverkennen en het samenvattend rapport.

Fase

Uitvoering/afbakening en schrijven deel 1	jan-jul	2012
Uitvoering/verdiepende hoofdstukken	feb-dec	2012
Uitvoering/slothoofdstuk	jan-mrt	2013
Afronding en review rapport	apr-jun	2013

4.4 De rol van de burger in preventie en zorg

Inleiding

De laatste jaren is in de samenleving en het beleid meer nadruk komen te liggen op individualiteit en autonomie. Het idee is dat mensen streven naar zelfontplooiing en vrijheid willen om hun leven te leiden naar eigen inzichten. Dit gaat ook op voor gezondheid en zorg; mensen bepalen bijvoorbeeld zelf of ze deelnemen aan vaccinaties. Ook vanuit het perspectief van de betaalbaarheid van het zorgsysteem en van het systeem van marktwerking en keuzes maken, krijgen mensen meer verantwoordelijkheid. Hiermee verandert de rol en verantwoordelijkheid van burgers en patiënten in preventie en zorg. Wat betekent dit nu voor de burger, de professional en voor de overheid?

De veranderingen in de rol van de burger komen van meerdere kanten. Mensen willen zelf meepraten over beleid, over de zorg of over hun eigen behandeling. De verbeterde toegang tot informatie en ruimte in de praktijk van zorg en preventie heeft het ook mogelijk gemaakt om deze rol te nemen. Aan de andere kant komt deze verandering ook vanuit het beleid. Een recente beleidsbrief over zorg en ondersteuning in de buurt stelt dat de toename van het aantal chronisch

zieken, in combinatie met een krimpende arbeidsmarkt en stijgende kosten, het noodzakelijk maakt dat de zorg anders wordt ingericht, onder meer door een verschuiving van professionele zorg naar zelfzorg en zelfmanagement. Mensen zijn in deze visie zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid (VWS, 2011).

Een andere uiting van de veranderende rol van de burger is dat de burger nadrukkelijker participeert in de vormgeving van het volksgezondheidsbeleid, al dan niet op eigen initiatief. Het doel is dat beleid beter aansluit bij wensen en behoeften van burgers en mede hierdoor mogelijk ook effectiever is. Daarnaast zijn er ideeën dat het 'actief burgerschap' ook bij zou dragen aan de oplossing voor diverse problemen in de samenleving, zoals het gebrek aan sociale samenhang, uitsluiting en de groeiende kloof tussen burgers en bestuur.

Bij de uitwerking van het thema over de rol van de burger in gezondheid, preventie en zorg is een belangrijke vraag wat de effecten zijn van de genoemde veranderingen. Leidt een toename van eigen verantwoordelijkheid of burgerparticipatie bijvoorbeeld tot efficiëntere en effectievere zorg en preventie? En in hoeverre willen en kunnen burgers de verschillende rollen ook uitoefenen? Wat zijn randvoorwaarden? Is er bijvoorbeeld genoeg informatie, ondersteuning en ruimte? En hoe verandert de rol van de professional en de overheid?

Doelen

De doelen van dit rapport zijn ten eerste om inzicht te geven in veranderingen in de verdeling van rollen en verantwoordelijkheden tussen burger en overheid en tussen patiënt en professional. Tenminste, voor zover het gaat om zorg, preventie en gezondheid. Ten tweede wordt nagegaan wat deze veranderende verdeling oplevert in termen van bijvoorbeeld tevredenheid, gezondheid, kwaliteit van zorg of kostenbeheersing. Het derde doel is factoren te benoemen die bijdragen aan de invulling van de verschillende rollen die de burger geacht wordt te spelen. Wat heeft de burger bijvoorbeeld nodig om zelf de verantwoordelijkheid te dragen, om zelf de regie over zijn gezondheid en zorggebruik te voeren? En wat zijn hierin verschillen tussen (groepen van) burgers? De rol van de burger kan daarbij niet los gezien worden van de rol van anderen. Daarom kijken we niet uitsluitend naar de rol en verantwoordelijkheid van de burgers, maar ook naar die van professionals en overheden.

Opbouw rapportage

Brede verkenning, maar rijk geïllustreerd

Het thema 'de rol van de burger in preventie en zorg' zullen we in de volle breedte verkennen. We geven een overzicht van de vele initiatieven en onderzoeken die op dit terrein lopen, waarbij we extra aandacht zullen hebben voor concrete en aansprekende voorbeelden. Gezien de breedte van het onderwerp, kiezen we voor het uitwerken van uiteenlopende onderwerpen, waarbij we nog geen precieze afbakening willen en kunnen hanteren.

Experimenteren met de vorm van de rapportage

Het rapport zal de veelheid aan initiatieven en onderzoeken op verschillende manieren uitwerken. Soms als een integratie van kennis op een bepaald deelterrein, soms juist door in te zoomen op specifieke voorbeelden of studies. Ook zullen we de burger zelf aan het woord laten in het rapport. Ons idee is om de rapportage daarom in een magazineachtig format te gieten. Hierbij is ruimte voor degelijke achtergrondrapportages, maar ook voor interviews, portretten en kortere stukken. We onderzoeken de mogelijkheid voor een elektronische variant, waaraan filmmateriaal kan worden toegevoegd. Deze zullen we koppelen aan het communicatieplatform van de VTV-2014 (zie *paragraaf 2.4*).

Naast het magazine zal er ook een beleidssamenvatting verschijnen, met daarin een beschouwing en beleidsaanbevelingen. Achtergrondinformatie en kennis zullen ook worden verwerkt in het Nationaal Kompas Volksgezondheid. De belangrijkste conclusies zullen worden verwerkt in het samenvattend rapport van de VTV-2014.

Inhoudelijk vertrekpunt

Ter voorbereiding op de verkenning hebben we in het definitierapport al verschillende onderwerpen benoemd die aandacht behoeven, waaronder gezondheidsvaardigheden, keuzegedrag, eigen verantwoordelijkheid, zelfmanagement en burger- en patiëntenparticipatie (Hoeymans et al., 2011). Daarnaast zullen we ook aandacht besteden aan een historische schets, conceptuele verheldering, ervaringsdeskundigheid en empowerment of burgerkracht. Deze onderwerpen vormen het vertrekpunt voor onze verkenning. Daarbij is het perspectief van het rapport in principe de burger of patiënt zelf. Wat doet, moet, wil en kan deze? En wat verwacht de burger of patiënt daarbij van andere partijen juist wel of juist niet?

Daarbij gaan we zoveel mogelijk uit van de vijf rollen die mensen binnen het terrein van zorg en preventie innemen:

1. als individu in relatie tot zijn eigen gezondheid;
2. als (mantel)zorgverlener in relatie tot de gezondheid van zichzelf en de mensen in zijn omgeving;
3. als patiënt/cliënt in relatie tot de zorgaanbieder en tot de regie over zijn eigen zorg;
4. als verzekerde/premiebetaler in relatie tot verzekeraars in het zorgstelsel;
5. als burger in relatie tot het overheidsbeleid.

De eerste stap in het project zal zijn om de onderwerpen zoals hierboven beschreven, te specificeren. Welke rol of rollen van de burger staat centraal en welke onderzoeksvraag wordt beantwoord?

Vraagstellingen

Elk van de hierboven genoemde onderwerpen werken we uit, waarbij we een overzicht van de huidige ontwikkelingen en onderstaande onderzoeksvragen zullen beantwoorden.

- Wat verwachten overheden en professionals van burgers en in hoeverre past dit bij de wensen en mogelijkheden van de burger zelf?
- Welke vaardigheden hebben burgers nodig om meer verantwoordelijkheid te nemen dan wel om actief te participeren in het beleid?
- Wat hebben burgers daarbij nodig van professionals en overheden?
- Wat zijn verschillen in voorkeuren en vaardigheden tussen mensen?
- Wat is het profijt voor individuen en voor de samenleving? Wat levert eigen verantwoordelijkheid of participatie op in termen van draagvlak voor beleid, gezondheid, kwaliteit van zorg of kostenbeheersing? En zijn er ook negatieve effecten?
- Wat kunnen we leren uit het buitenland?

Per onderwerp zal het overigens verschillen welke van deze vragen beantwoord zullen worden en op welke wijze de informatie vervolgens verzameld en gepresenteerd wordt.

Werkwijze en uitwerking van de onderwerpen

In de eerste plaats proberen we een beeld te krijgen door gesprekken te voeren met personen van relevante partijen op dit terrein. Verschillende organisaties richten zich met hun onderzoek of advies op de rol van de burger met betrekking tot zijn gezondheid. Er bestaan bijvoorbeeld diverse panels waarin periodiek naar de opinie en ervaringen van burgers dan wel patiënten wordt gevraagd. In deze gesprekken verkennen we welke kennis er beschikbaar is,

wat op korte termijn zal verschijnen en welke bijdrage de verschillende organisaties zouden kunnen leveren. Tegelijkertijd starten we ook met een verkenning van bestaande bronnen, zoals literatuur, beleidsstukken, burger- en patiëntenpanels, participatieportaal. Zo nodig kunnen heranalyses worden uitgevoerd op databestanden (burgerperspectief, zorggroepen) of vragen worden toegevoegd aan bestaande panels. Per onderwerp zal vervolgens gekozen worden voor de wijze van presentatie in het magazine. Voorbeelden hiervan zijn:

- | | |
|------------------|-------------------------|
| - Nieuws | - Achtergrondrapportage |
| - Buitenland | - Fotoreportage |
| - Regionaal | - Diepte-interview |
| - Vooruitzichten | - Opinie |
| - Column | - Recensie |

Beleidssamenvatting

Het rapport zal in ieder geval een mooi overzicht geven van huidig onderzoek en initiatieven rondom de veranderende positie en verantwoordelijkheid van burgers en patiënten. De beleidssamenvatting zal starten met een samenvatting van dit overzicht en daarbij aangeven wat kansen en risico's zijn en wat we hier dus van kunnen leren. De belangrijkste vraag van het rapport is vervolgens wat de nadruk op meer eigen verantwoordelijkheid en actief burgerschap oplevert. Krijgen we hiervoor meer draagvlak voor beleid, meer gezondheid, een betere kwaliteit van zorg dan wel lagere zorgkosten? Voor zover mogelijk zal de beleidssamenvatting op deze vragen een antwoord geven.

Proces en samenwerkingspartners

Een team van RIVM-onderzoekers van, zowel het centrum VTV als, het centrum PZO zal aan dit thema werken. Gezamenlijk vormen zij het redactieteam. Vanuit deze centra zal ook een brede meeleesgroep worden samengesteld. Daarnaast zal een Wetenschappelijke Advies Commissie en een Beleidsadviesgroep in het leven geroepen worden. Deze commissies overlappen deels met de adviescommissies van de VTV-2014. Dit bevordert de samenhang tussen het themarapport en de VTV-2014. Verder zal er nauwe samenwerking zijn tussen de opdrachtgevers en instituten die op dit terrein kennis hebben.

Zoals vermeld zien we dit thema als een verkenning. Ook in het proces gaan we verkennend te werk. Op voorhand hebben we geen vastomlijnd beeld van het eindresultaat. We starten met een literatuurverkenning en voeren gesprekken

met personen bij relevante organisaties. Aan de hand hiervan bepalen we de wijze waarop de onderwerpen worden uitgewerkt. Ook de vorm van de rapportage wordt lopende het uitvoeringsproces uitgewerkt. Momenteel denken we aan een magazineachtig format. Dit format zullen we verder uitwerken in het redactieoverleg. Het voorstel is om dit team uit te breiden met een communicatiemedewerker en/of journalist.

In een eerste gesprekrunde bezoeken we NIVEL, RVZ, Movisie en het SCP. Gedurende het proces zal duidelijk worden op welke wijze met deze partijen samengewerkt zal worden.

Planning

Februari – mei 2012	Gesprekken met relevante organisaties en literatuurverkenning
Juni 2012	Definitief vaststellen van de onderwerpen, inclusief De onderzoeksvraag en vorm per onderwerp
September 2012	Bespreken in begeleidingscommissies
Juli – november 2012	Uitwerken van de onderwerpen (conceptversie)
November 2012	Bespreken eerste uitwerking in begeleidingscommissies
November – januari 2013	Uitwerken onderwerpen (definitieve versie)
Januari – maart 2013	Schrijven beleidssamenvatting
April 2013	Laatste bijeenkomst begeleidingcommissies
April – juli 2013	Afronden, drukken, et cetera

5 Toekomstverkennen

5.1 Inleiding

Inhoudelijk zwaartepunt participatie belangrijk thema voor het toekomstverkennen

Bij het uitwerken van de verschillende onderdelen, en de opzet van de themarapporten, is ook steeds duidelijker geworden waar de VTV-2014 over zal gaan. Als inhoudelijk zwaartepunt hebben we gekozen voor maatschappelijke participatie (zie ook *hoofdstuk 1*). We zien maatschappelijke participatie als een scharnierpunt tussen individu en maatschappij. Door participatie centraal te stellen, gaat het in de VTV-2014 over de rol van de burger in gezondheid, preventie en zorg. Op maatschappelijk niveau is participatie een van de belangrijkste bronnen van maatschappelijke baten van gezondheid. Maatschappelijke participatie zal ook bij het toekomstverkennen — naast gezondheid en zorgkosten — een belangrijk inhoudelijk onderwerp zijn.

Kwantitatieve toekomstverkenningen in de VTV

Voor het beschrijven van de volksgezondheid in het heden en het verleden spelen kwantitatieve volksgezondheidsindicatoren traditioneel een belangrijke rol in de VTV. Ook in deze VTV. Dit betreft onder andere epidemiologische cijfers over gezondheid en ziekte, zoals incidentie-, prevalentie- en mortaliteitscijfers, de (gezonde) levensverwachting en het gebruik en de kosten van de zorg. Om die reden ligt het voor de hand om in een VTV ook de toekomst op een kwantitatieve manier te beschrijven, met behulp van deze indicatoren. Door de belangrijkste indicatoren te modelleren, kunnen vervolgens uitspraken worden gedaan over de waarschijnlijke ontwikkeling van levensverwachting, zorggebruik en prevalentie van ziekten in de relatief nabije toekomst.

Ook in de toekomstverkenning van de VTV-2014 spelen deze kwantitatieve modellen een belangrijke rol. Dit geldt bijvoorbeeld voor demografische en epidemiologische projecties voor de incidentie en prevalentie van chronische ziekten, en projecties voor de (gezonde) levensverwachting (zie *paragraaf 3.1*). Ook voor een beschrijving van de toekomstige ontwikkelingen van de maatschappelijke kosten en baten van gezondheid en zorg zullen verschillende projecties worden gemaakt.

Ook behoefte aan andere vormen van toekomstverkenning

In veel gevallen ligt een beschrijving van 'de meest waarschijnlijke toekomst' aan de basis van een toekomstverkenning. In deze prognose kunnen trends en, indien gewenst, ook trendbreuken verwerkt worden. Deze vorm van toekomstverkennen (forecasting) kan zinvolle prognoses geven, vooral voor de relatief korte termijn, maar kan er ook voor zorgen dat de gebruikers van de prognoses dubbel onvoorbereid zijn op de toekomst. Immers, deze prognoses gaan voorbij aan mogelijke onzekerheden en geven daardoor een onvolledig beeld van de verder weg gelegen toekomst. Daar komt bij dat beleidsmakers onvoldoende hebben nagedacht over alternatieve scenario's. Om die reden sluit forecasting niet altijd goed aan bij de doelen van het toekomstverkennen voor beleid, anticiperen op te verwachte ontwikkelingen. Dat betekent dat toekomstverkenningen ook inzicht moeten geven in de onzekerheden en dilemma's waar beleidsmakers en het veld van de volksgezondheid en zorg voor staan en ondersteuning bieden bij het maken van keuzes door bijbehorende beleidsopties zichtbaar te maken.

5.2 WRR: er zijn meer vormen van toekomstverkennen

WRR: toekomstverkennen op maat

In het WRR-advies 'Uit zicht. Toekomstverkennen met beleid' (Van Asselt et al., 2010) wordt een pleidooi gehouden om naast forecasting ook te kijken naar andere vormen van toekomstverkennen. De vorm die het meest geschikt is om het doel van de verkenning te behalen is volgens de WRR afhankelijk van antwoorden op twee kernvragen (zie stroomschema in *figuur 5.1*):

1. Zijn er goede redenen om stabiliteit en continuïteit te veronderstellen?
Oftewel kunnen we aannemen dat de trends naar de toekomst niet anders zullen zijn dan de trends uit het verleden.
2. Zijn er goede redenen om normatieve consensus te veronderstellen?
Oftewel hebben we in de maatschappij overeenstemming over de gewenste toekomst?

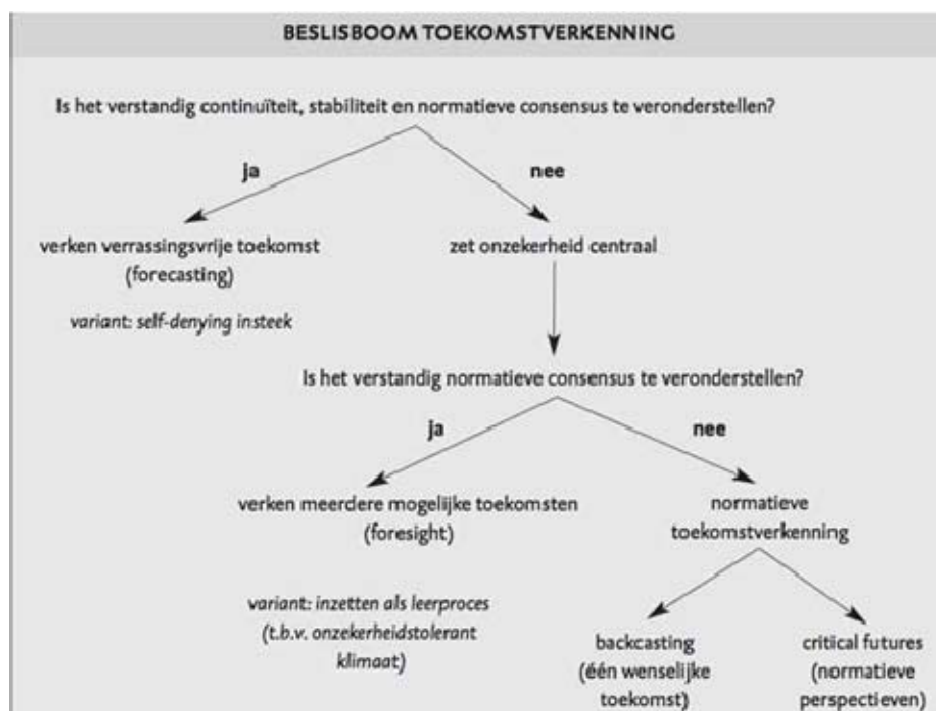
Cognitieve en normatieve onzekerheid

Er wordt onderscheid gemaakt tussen cognitieve onzekerheid (onzekerheid die samenhangt met kennis over stabiliteit en continuïteit) en normatieve onzekerheid (onzekerheid die samenhangt met verschillen in waarden, wensen en belangen). Bij het doorlopen van de beslisboom kom je uit bij een van de volgende benaderingen van toekomstverkennen:

1. Forecasting: verkennen van verrassingsvrije toekomst.
2. Foresight: verkennen van meerdere mogelijke toekomst.

3. Normatieve toekomstverkenning:

- a. het verkennen van één wenselijke toekomst (backcasting);
- b. normatieve perspectieven (critical futures).



Figuur 5.1: Beslisboom toekomstverkenning (Van Asselt et al., 2010).

Vier vormen van toekomstverkennen

Bij forecasting wordt aangenomen dat er geen onbekende veranderingen zullen zijn in de (nabije) toekomst (verrassingsvrije toekomst). Daarnaast wordt het ook ingezet als middel om beleidsinterventie uit te lokken (self-denying in steek) of als middel om mensen bewust te maken van impliciete 'mentale modellen' van de toekomst. Bij foresight, backcasting en critical futures staat het verkennen van de onbekende toekomst centraal. Het verkennen van de toekomst is daarbij juist bedoeld om de onzekerheden zichtbaar te maken, zodat beleidsmakers en beslissers daar op in kunnen spelen. In de foresight-benadering staan de beperkingen van het kennen van de toekomst voorop en ligt de nadruk op cognitieve onzekerheid. Er wordt wel aandacht besteed aan cognitieve onzekerheid, maar er is geen aandacht voor normatieve onzekerheid. De toekomstbeelden worden gepresenteerd als 'normatief neutraal'. Dit is legitiem als maatschappelijke consensus mag worden verondersteld. Er is dan een gedeeld normatief perspectief van waaruit de toekomst kan worden verkend, bijvoorbeeld toekomst met een hoge of een lage economische groei. Ook is foresight geschikt als het om andere redenen zinvol is om de toekomst vanuit één normatief perspectief te beschouwen, zoals een veronderstelde

ontwikkeling van medische/genetische technologie. Bij een normatieve toekomstverkenning staat normatieve en sociale onzekerheid juist centraal. De toekomstbeelden die hierin aan de orde komen, worden vergezeld door uitspraken over (on)wenselijkheid, waarden of politieke standpunten. Bij de ene variant (backcasting) wordt vanuit één normatief, wenselijk toekomstbeeld een roadmap naar het heden uitgestippeld. Bij de tweede variant (critical futures) worden verschillende normatieve perspectieven centraal gezet.

Elke benadering stelt eisen aan het proces en de betrokkenheid van stakeholders

Toekomstverkenningen verschillen niet alleen in de wijze waarop ze met onzekerheden omgaan, maar ook in het proces waarmee ze tot stand zijn gekomen. Hierbij gaat het vooral om welke actoren er bij het proces betrokken zijn en hoe groot hun aandeel is in de toekomstverkenning. Bij forecasting zijn van oudsher vooral professionele toekomstverkenners met een specialistische (wetenschappelijke) deskundigheid betrokken. Foresight en normatieve toekomstverkenning vragen om de actieve participatie van andere groepen actoren naast gespecialiseerde experts, zoals vertegenwoordigers van bepaalde sectoren, burgers en stakeholders die op enige wijze belang hebben bij het onderwerp van de toekomstverkenning. Het gebruik van perspectieven vanuit verschillende stakeholders geeft een gedifferentieerder beeld van en daarmee meer kennis over de toekomst. Ook kan betrokkenheid van stakeholders het draagvlak voor de toekomstverkenning vergroten.

5.3 Voorwaarden voor de uitvoering

Is er méér dan forecasting!

De meest geschikte methode om toekomst te verkennen hangt af van de vraag, de te beschrijven ontwikkeling (levensverwachting is makkelijker voor forecasting dan andere indicatoren) en de tijdshorizon (er zullen voor de korte termijn eerder redenen zijn om stabiliteit te veronderstellen dan voor de lange termijn). Daarom zijn we voor de VTV-2014 nagegaan of naast forecasting ook andere benaderingen van toekomstverkennen geschikt zouden kunnen zijn. Deze andere vormen zijn voor de VTV vrij nieuw. Om beter in te kunnen schatten of aan de voorwaarden voldaan kan worden voor succesvol toekomstverkennen, hebben we in 2011 speciaal daarvoor vooronderzoek gedaan.

Draagvlak voor andere vormen van toekomstverkennen

We hebben gesprekken gevoerd met de opdrachtgever en binnen de eigen organisatie om de mogelijkheden voor andere vormen van toekomstverkennen te onderzoeken. Als eerste is geïnterviewd welke wensen en beelden er bij medewerkers van VWS leven ten aanzien van toekomstverkennen. Ook is geïnterviewd welke thema's vanuit VWS-perspectief van belang zijn en welke soorten onzekerheden er rond deze thema's zijn. Hieruit blijkt dat er bij VWS voldoende draagvlak bestaat voor andere vormen van toekomstverkennen, naast forecasting. Juist andersoortige toekomstverkenningen zijn nuttig om in kaart te brengen wat niet uit trends valt af te leiden. Over het algemeen waren de deelnemers aan de VWS-bijeenkomsten voorstander van een interactief proces van toekomstverkennen, waarbij het te doorlopen proces zeker zo belangrijk is als het product. Ook binnen het RIVM zijn gesprekken gevoerd over de wensen en ambities op het terrein van toekomstverkennen. Daaruit blijkt dat men de uitdagingen voor wat betreft toekomstverkennen binnen de VTV-2014 zowel voor de korte termijn als voor de lange termijn aan wil gaan en dat het WRR-advies daarvoor een goed uitgangspunt is. Ook de rol van stakeholders wordt onderkend. Wat dit betekent voor de verdere uitwerking wordt beschreven in *paragraaf 5.4*.

Leren van andere toekomstverkenningen

Ook is er een inventarisatie gemaakt van recente toekomstverkenningen om te achterhalen welke onderwerpen en onzekerheden behandeld werden, welke data en modellen gebruikt werden en welke deskundigheid vereist is. Met de partijen die veel ervaring hebben met toekomstverkennen zoals het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL), Deltaprogramma, Stichting Toekomstbeeld der Techniek (STT), STG/Health Management Forum) is vervolgens gesproken over de recent afgeronde of lopende verkenning. Daarbij lag de nadruk op het proces, betrekken van stakeholders, link tussen beelden c.q. verhalen en modellen, relatie met opdrachtgever. Inzichten en indrukken die tijdens de gesprekken zijn opgedaan, zijn eveneens verwerkt in de uitvoering en planning.

5.4 Uitvoering en planning

Aan de hand van de doelen, de onderwerpen en de tijdshorizon worden de best passende benaderingen voor toekomstverkennen gekozen. Voor zover we nu kunnen overzien betekent dit dat we naast forecasting van sterfte, levensverwachting en kosten (zie *paragrafen 3.1, 3.4 en 4.3*) ook aan de slag gaan met het verkennen van meerdere toekomsten. Hiervoor hebben we deels

de kennis en ervaring al in huis. Daarnaast gaan we de expertise van buiten halen en zelf opbouwen. Daarbij is naast methodologische kennis van toekomstverkennen ook aandacht voor een goed proces plus het betrekken van stakeholders.

Uitbouwen en verankeren van kennis en expertise binnen centrum VTV

We gaan de methodologische kennis en expertise rondom toekomstverkennen binnen het centrum VTV uitbreiden door middel van een intensieve samenwerking met het PBL zoals detachering, advies en ondersteuning. Dit vergroot de kennis en ervaring op het terrein van scenario analyse, backcasting en stakeholder participatie. Om deze kennis en ervaring ook op de langere termijn binnen het centrum VTV te behouden, wordt er een 'toekomstteam' van senioren en junioren samengesteld. In dit team wordt de kennis en ervaringen over de methode gecombineerd met inhoudelijke kennis over volksgezondheid en zorg en wordt deze kennis ook voor de langere termijn opgebouwd. Daarbij maken we ook gebruik van de inhoudelijke kennis van externe deskundigen op het gebied van de volksgezondheid en zorg. Ook kunnen we leren van andere organisaties die bezig zijn met toekomstverkenningen op andere terreinen dan de volksgezondheid en zorg. Dit geldt bijvoorbeeld voor het Delta programma en toekomstverkenningen die door STT uitgevoerd worden. Dit wordt verder uitgewerkt en eventueel uitgebreid aan de hand van de uitgevoerde inventarisatie van recente toekomstverkenningen.

Gebruik maken van kennis van deskundigen

We gaan gebruik maken van de kennis van deskundigen op het terrein van de volksgezondheid en zorg, binnen en buiten het RIVM, om de tussentijdse resultaten van de toekomstverkenningen te bediscussiëren en te toetsen. Ook betrekken we hiermee (een deel van de) stakeholders actief bij het proces van toekomstverkennen. Het betreft:

- De Wetenschappelijke Advies Commissie (WAC) en de Klankbordgroep RIVM (KBR). Leden hiervan zijn inhoudelijke experts op het terrein van de volksgezondheid en zorg. Dit draagt bij aan de wetenschappelijke kwaliteit.
- Een nieuw samen te stellen 'toekomstgroep' binnen VWS (de opdrachtgever), indien gewenst uit te breiden met medewerkers van andere ministeries. In deze 'toekomstgroep' komen bij voorkeur VWS-ers van verschillende directies. Hierin kan de Beleidsadviesgroep ook een rol spelen. Hier is in 2011 een start mee gemaakt.
- Afstemming met de macro-economische ramingen van het CPB.

- Intensiever betrekken van inhoudelijke experts op het gebied van toekomstverkennen binnen de volksgezondheid en zorg (Johns Hopkins School of Public Health, Universiteit Twente, Rathenau-instituut).

Participatie van stakeholders

De behoefte aan participatie van stakeholders hangt onder andere af van de onzekerheden die er zijn en de doelen van de toekomstverkenning. Bij weinig cognitieve *en* normatieve onzekerheid is er weinig behoefte aan participatie. Eventueel kan participatie in een dergelijk geval voor kennisvergaring dienen. Bij veel cognitieve onzekerheid en weinig normatieve onzekerheid is het belangrijk om kennis op te bouwen. Participatie kan hiervoor een belangrijk middel zijn. Bij weinig cognitieve onzekerheid en veel normatieve onzekerheid is participatie onmisbaar. Bij *veel* cognitieve en normatieve onzekerheid is participatie eveneens een belangrijk middel. Het opbouwen van kennis hangt in dit geval sterk samen met (normatieve) veronderstellingen. Daarnaast draagt participatie bij aan het draagvlak voor de toekomstverkenning. Afhankelijk van de doelen en de onzekerheden zal uitgewerkt worden welke stakeholders in de verschillende fasen van de verkenningen betrokken worden. Dan wordt ook duidelijk welke mate van participatie passend is (van voorlichten tot meebeslissen). Participatie vraagt om een open houding. Er moet bereidheid zijn – en het moet mogelijk zijn – om daadwerkelijk iets met de inbreng te doen.

Modellen en onderliggende data

Een aantal rekenmodellen van de verkenningen wordt ontwikkeld in samenwerking met andere instituten en bureaus. Een verdere ontwikkeling is nodig zodat in de modellen op de juiste manier wordt omgegaan met de onzekerheden van de toekomstverkenning. Andere modellen liggen in beheer op het RIVM zelf en de modelontwikkeling hebben we zelf in de hand. Bijvoorbeeld zal het Chronisch Ziektemodel (CZM), dat voor een aantal belangrijke ziekten de toekomstige ziektelast berekent, verder ontwikkeld moeten worden om aan te sluiten bij de verkenningen. Onderwerpen als de macro-economische ontwikkeling, de ontwikkeling van medische technologie, de mate van maatschappelijke participatie en de mogelijke baten en opbrengsten van de zorg en de zorguitgaven, in relatie tot demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen moeten in de toekomstverkenning op een consistente manier worden beschreven. Voor kosten en baten gebeurt dat bij voorkeur in dynamische modellen waarin de wederzijdse relaties tussen gezondheidseffecten én kosten zichtbaar gemaakt kunnen worden (zie ook *paragraaf 4.3*).

Verhalen en modellen iteratief proces

In de toekomstverkenningen in deze VTV zullen kwantitatieve modellen én discussies met stakeholders een belangrijke rol spelen. Dit gebeurt in een iteratief proces waarbij modeluitkomsten aanleiding geven tot discussie bij de stakeholders en actoren. Dit kan vervolgens leiden tot een nieuwe aanpassing van aannames over de onzekerheden van de verkenning. Op basis van deze aanpassingen kunnen de kwantitatieve modellen opnieuw doorgerekend worden waarna mogelijk opnieuw discussie volgt. In dit iteratieve proces zijn de rekenmodellen een middel om inzicht te krijgen in de vraagstelling van de verkenning. Op deze manier kan recht gedaan worden aan de behoefte onzekerheid centraal te zetten, terwijl er tegelijkertijd oog is voor de realiteitswaarde van toekomstbeelden.

Goed proces als voorwaarde

Bij het toekomstverkennen in de VTV-2014 is het belangrijk het proces zo in te richten dat aan diverse voorwaarden voor de uitvoering voldaan kan worden. Dit geldt voor de samenhang tussen alle onderdelen van de VTV-2014, te weten een goede verbinding met de opdrachtgever, het betrekken van stakeholders voor de juiste doelen en op de juiste momenten en een regelmatige terugkoppeling tussen de kwalitatieve (story telling) en kwantitatieve (modellen) benadering. In hoeverre de kwalitatieve aspecten ook kwantitatief kunnen worden beschreven, hangt sterk af van de onderwerpen en de beschikbare modellen.

Planning*Januari – juni 2012*

Keuze voor methoden wordt in de eerste helft van 2012 gemaakt aan de hand van nadere uitwerking van onzekerheden rond de specifieke VTV-2014 thema's, te weten gezondheid en ziekte, maatschappelijke participatie, zorggebruik en zorgkosten. Daarbij worden de andere overwegingen met betrekking tot het centraal stellen van cognitieve en normatieve onzekerheid eveneens meegenomen. Hiervoor wordt met de opdrachtgever overlegd en met stakeholders en inhoudelijk deskundigen.

Uitwerken van eerste bouwstenen voor modellering: uit berekeningen ten behoeve van sterfte, levensverwachting et cetera (zie *paragraaf 3.1*) en themarapporten (zie *paragrafen 4.1, 4.2 en 4.3*).

Juli – december 2012

Uitwerking verdere plannen uitgaande van de gekozen methoden. Leidt tot planning voor 2013 met extra aandacht voor:

- stakeholderparticipatie;
- iteratief proces verhalen en modellen.

Januari – december 2013

Uitvoering volgens nog te schrijven plan najaar 2012.

Januari – maart 2014

Vorbereiding oplevering VTV-2014 met expliciete aandacht voor het toekomstverkennen.

6 Volksgezondheid Toekomst Verkenning-2014: van ontwerpfase naar publicatie

Het project dat leidt tot de VTV-2014 is begonnen in januari 2011 en loopt tot en met oktober 2014. Deze periode is onderverdeeld in vijf fasen:

Definitiefase (januari 2011 - juli 2011)

In deze fase is de opzet, de globale inhoud en de organisatorische begeleiding vastgesteld. De fase is afgerond met de aanbidding van het definitierapport aan de opdrachtgever (Hoeymans et al., 2011).

Ontwerpfase (augustus 2011 – december 2011)

In deze fase is de inhoud van het samenvattend rapport in meer detail vastgelegd. De in de definitiefase getrokken lijnen zijn ingevuld door projecten (binnen VWS programma's) en werkgroepen (binnen het VTV-2014 project). Er is gekeken welke inzet noodzakelijk is en welke (financiële) middelen. Het resultaat is beschreven in dit ontwerprapport VTV-2014.

In de ontwerpfase is ook een communicatie- en publicatieplan gemaakt en is het advies toekomstverkennen verder uitgewerkt. Het resultaat hiervan staat eveneens in het ontwerprapport VTV-2014. De conceptversie van het ontwerprapport is in december 2011 besproken met de adviescommissies. Het ontwerprapport verschijnt in mei 2012.

Uitvoeringsfase (juli 2011 – oktober 2013)

Voor de reguliere onderdelen van de VTV is de uitvoeringsfase in juli 2011 begonnen, voor de nieuwe onderwerpen is dat januari 2012. In deze fase vinden uitvoering, de verslaglegging in webteksten, themarapporten, artikelen en het samenvattend rapport plaats. Tussentijdse resultaten worden eind 2012 met de samenwerkingspartners en stakeholders besproken in een voor dit doel te organiseren 'midterm-congres'. In de zomer van 2013 wordt de eerste versie van het volledige concept van het samenvattend rapport van de VTV-2014 opgeleverd, en vervolgens in oktober 2013 besproken in de verschillende adviescommissies.

Productiefase (november 2013 – februari 2014)

In deze fase vindt de eindredactie, de opmaak en de druk van het samenvattend rapport plaats. Ook wordt gewerkt aan het schrijven en het publiceren van de

webteksten en wordt toegewerkt naar de realisatie van het E-book en eventueel ook een 'foto-boek' voor breder publiek.

Presentatie en evaluatie (maart – oktober 2014)

In het voorjaar van 2014 wordt het samenvattend 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.

Berg M van den, Hamberg-van Reenen HH, Schoemaker CG (2012). Kosteneffectiviteit: euro's per QALY is niet genoeg. Ned Tijdschr Geneeskd 156: A3817.

Berg M van den, Deuning C van, Gijsen R, Hayen A, Heijink R, Kooistra M, Lambooi M, Limburg LCM (2012). Definitierapport Zorgbalans. Bilthoven: RIVM rapport 260612001.

Lhachimi SK, Nusselder WJ, Smit HA, van Baal P, Baili P, Bennett K, Fernández E, Kulik MC, Lobstein T, Pomerleau J, Mackenbach JP, Boshuizen HC (2012). DYNAMO-HIA-A Dynamic Modeling Tool for Generic Health Impact Assessments. PLoS One. Epub 2012 May 10; 7(5): e33317.

CBS (2011). StatLine.

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

Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, van Oers JAM, Polder JJ (2006). Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven: RIVM rapport 270061003.

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.

Faddegon KJ (2011). Landelijk overgewichtbeleid gespiegeld aan kennis uit de gedragswetenschappen: verkennende studie voor het WRR-project keuze, gedrag en beleid. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR).

Gast GCM, Spijkerman AMW, Schoemaker CG (2011). Preventie van chronische ziekten in risicogroepen. Bilthoven: RIVM rapport 260221004.

Gijzen R, Poos MJJC, Treurniet HF, Westert GP (1999). Selectie van ziekten en aandoeningen voor de Volksgezondheid Toekomst verkenningen. Bilthoven: RIVM rapport 278610001.

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

Huber M et al. (2011). How should we define health? BMJ 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, Polder JJ (2010). Van gezond naar beter, Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven: RIVM Rapport 270061005.

Mackenbach JP, Slobbe L, Looman CW, Heide A van der, Polder J, Garssen J. (2011). Sharp upturn of life expectancy in the Netherlands: effect of more health care for the elderly? Eur J Epidemiol 26:903-14.

Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P (2006). Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. Bilthoven: RIVM Rapport 270672001.

Post NAM, Zwakhals SLN, Polder JJ (2010). Maatschappelijke baten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM Rapport 270061009.

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.

Slobbe LCJ, Smit JM, Groen J, Poos MJJC, Kommer GJ (2011). Kosten van Ziekten in Nederland 2007 Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999-2010. Bilthoven: RIVM Rapport 270751023.

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 (2007) Gezond zijn, gezond blijven. Den Haag: Ministerie van VWS.

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

VWS (2011b). Zorg en ondersteuning in de buurt. Den Haag: Ministerie van VWS.

Dit ontwerprapport is de derde publicatie in de reeks van de VTV-2014 publicaties.

Eerder verschenen:

Meijer S, Post N, Hoeymans N (2011). Van goed naar beter.

Gebruikersevaluatie van de VTV-2010. RIVM Rapport 270241001/2011.

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

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl