



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



25 jaar

Volksgezondheid Toekomst Verkenning

Colofon

Hoofdredactie

Mirjam Busch, Loes Hartman, Robert Vonk

Met dank aan

Peter Achterberg, Cindy Deuning,
GGD GHOR Nederland, Gezondheidsraad,
Henriette Giesbers, Henk Hilderink,
Nancy Hoeymans, Guus de Hollander,
Hans Hoogervorst, Ab Klink, Pieter Kramers,
Jeanne van Loon, Fons van der Lucht,
Cynthia Nieuwdorp, NSPOH, Hans van Oers,
Johan Polder, René Poos, Martin van Rijn,
Isabelle Rijsterborgh, Dirk Ruwaard,
Casper Schoemaker, Hans Simons, Els Slichter,
Loek Stokx, Marieke Verschuuren, Maaïke de Vries,
André van der Zande, ZonMw, Laurens Zwakhals

Fotografie

Marieke Duijsters, Wim te Brake, Frank van Dam, Arenda Oomen

Illustraties

Today, André van der Veen, Dik Klut

Vormgeving en drukwerk

Xerox/OBT, Den Haag

Dit is een uitgave van

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

Contact

vtv2018@rivm.nl

Meer weten?

Bezoek onze website: www.vtv2018.nl
of volg ons op Twitter: [@VTV2018](https://twitter.com/VTV2018)

Het magazine '25 jaar Volksgezondheid Toekomst Verkenning' is onderdeel van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018.

Voorwoord

Aan mij de eer om als DG RIVM het voorwoord van dit magazine te schrijven, een feestelijke publicatie ter ere van het 25 jarig bestaan van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning.

Eén van mijn voorgangers initieerde naar aanleiding van de milieuverkenning ‘Zorgen voor Morgen’ een toekomstverkenning voor het Volksgezondheidsdomein. In 1993 zag de eerste Volksgezondheid Toekomst Verkenning, ofwel VTV, het levenslicht. Een kwart eeuw later is de VTV een begrip en één van de ‘parels’ van het RIVM.

Kort na het uitkomen van de eerste VTV is de verkenningstaak verankerd in de Wet op het RIVM: “Het RIVM heeft [...] tot taak periodiek te rapporteren over de toestand en de toekomstige ontwikkeling van de volksgezondheid en het milieu.” Het is een taak die ik koester, omdat het ons de mogelijkheid biedt om onze brede kennis te bundelen en onze rol als *trusted advisor* nog beter vorm te geven. Hierbij kunnen we natuurlijk niet zonder de medewerking van vele andere organisaties.

De VTV biedt een stevige kennisbasis, weliswaar elke keer weer in een ander jasje: we gingen van dik boekwerk naar een serie rapporten, naar een website met een *serious game*. Maar er waren meer ontwikkelingen: we gingen van voorspellingen op basis van bestaande ontwikkelingen en systemen (*forecasting*) naar terug redeneren vanuit een gewenst toekomstbeeld (*backcasting*). Daarbij staan maatschappelijke normatieve perspectieven centraal. We voldoen daarmee ook beter aan de verkennende taak die we hebben, waarbij wetenschappelijke kwaliteit het uitgangspunt blijft. We zijn geen trendwatchers of futurologen, maar maken gebruik van *evidence based* methoden en blijven navolgbaar en transparant.

Al met al is de VTV een product waar ik trots op ben. En ook in de buitenwereld wordt er met ontzag over gesproken. Elke VTV kan weer rekenen op complimenten van belangrijke spelers in het veld, van beleidsmakers tot wetenschappers. Ik hoop dan ook dat we de VTV kunnen blijven vernieuwen, om de bruikbaarheid voor ministeries en de samenleving verder te vergroten. Daarbij denk ik dat het belangrijk is om nog meer de dialoog aan te gaan: niet alleen met deskundigen en stakeholders, maar ook met het algemeen publiek. Zodat we met de VTV nog meer midden in de samenleving komen te staan.

Hoe het begon, welke ontwikkelingen de VTV inhoudelijk, procesmatig en qua vorm heeft doorgemaakt, wat (oud-)bewindspersonen en belangrijke gebruikers vinden van de VTV, het komt allemaal aan bod in dit magazine. Aan de hand van tekst en beeld, schetsen we de ontwikkeling van de VTV binnen de context van de volksgezondheid van de afgelopen 25 jaar.

André van der Zande
Directeur-generaal RIVM



Inhoud



6 Hoe het begon...

8 *'Mooi rustpunt in het grote meningendebat'*

Hans Simons over de VTV

9 **De VTV:** een nationale onderneming

10 **Toekomstverkennen:**
denken over het ondenkbare

door Henk Hilderink

12 **The times, they are a-changin'**
1990's - 2010's

14 *'Beleid doordesemd van de informatie van de VTV'*

Hans Hoogervorst over de VTV

15 **Wetenschap en beleid in de VTV:**
een kwestie van balanceren

door Cynthia Nieuworp en Robert Vonk

18 **Tijdlijn 25 jaar VTV**

20 Een zoektocht naar gezondheid

door Isabelle Rijsterborgh en Robert Vonk



23 'Toegankelijkheid is echt belangrijk'

Ab Klink over de VTV

24 Nut en noodzaak van internationale cijfers



25 Gezondheid en Zorg op de kaart

26 Goed voorbeeld doet goed volgen

28 Janus de Koekoekskip

Column door Johan Polder



30 Doorwerking en geduld

Column door Loek Stokx

31 'Daar heeft iedereen iets aan'

Martin van Rijn over de VTV

32 Gebruikers over het belang van de VTV

34 De VTV: 25 jaar oud én toekomstbestendig!



Hoe het begon...

In 1993 werd er een omvangrijk boekwerk overhandigd aan Hans Simons, de toenmalige staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC). Op de omslag prijkte met grote letters: Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Al snel kreeg het boek echter een andere (bij)naam: het epidemiologisch telefoonboek, en dat was gezien de omvang en de lichtblauwe slappe kft niet eens zo vreemd. De VTV-1993 was het product van drie jaar intensief werk van het RIVM en vele anderen. Maar hoe kwam deze opdracht eigenlijk bij het RIVM terecht?

‘Dat is best een mooi verhaal’, begint Pieter Kramers, projectleider van het eerste uur. ‘Het lag namelijk helemaal niet zo voor de hand dat het RIVM dit ging doen. Het plan was enorm ambitieus. Je moet bedenken dat het RIVM tot die tijd, afgezien van infectieziektebestrijding, microbiologie, vaccinologie en toxicologie, eigenlijk helemaal niet zoveel expertise bezat over volksgezondheid en de brede openbare gezondheidszorg.’

Het verhaal van de VTV begint buiten het domein van de volksgezondheid, namelijk in dat van milieu en natuur. In 1988 had het RIVM de nationale milieuverkenning, *Zorgen voor Morgen* uitgebracht. Hierin werden voor het eerst de verschillende milieuproblemen in samenhang beschreven. Het rapport legde de basis voor het eerste Nationaal Milieubeleidsplan (1989) met milieudoelstellingen voor 2010. Het succes van deze toekomstverkenning bracht Bart Sangster, plaatsvervangend directeur-generaal van het RIVM, eind jaren '80 op het idee om te proberen ook voor het volksgezondheidsdomein een dergelijk rapport te maken.

Niet iedereen – ook niet binnen het RIVM – was ervan overtuigd dat er een volksgezondheidsverkenning moest komen, maar Bart wist door zijn enthousiasme al snel draagvlak te krijgen. In 1991 gaf het ministerie het RIVM de opdracht een Staat van de Volksgezondheid te maken. Bart had hiervoor ook al de ideale projectleider in gedachten: Pieter Kramers. Hij had immers samen met Eric Lebret voor de milieuverkenning het hoofdstuk over Milieu en Gezondheid geschreven. Pieter stond hier in eerste instantie aarzelend tegenover, vooral vanwege zijn inhoudelijke achtergrond als bioloog. ‘Hij heeft mij

twee keer moeten vragen voordat ik ja zei’, lacht hij. En dat was maar goed ook, stelt één van zijn latere medewerkers, Peter Achterberg: ‘Pieter, die ouwe bioloog, moest hoognodig weg bij die fruitvliegjes van hem. Die nieuwe uitdaging ging hem trouwens heel goed af.’

Vergeleken bij de uitdaging was het eerste VTV-team absurd klein. Het team bestond uit Pieter en een secretaresse. Het net opgezette Centrum voor Epidemiologie, onder leiding van Daan Kromhout, bood echter uitkomst. Daar liepen een paar slimme mensen rond, onder andere arts Dirk Ruwaard en socioloog Harry Verkleij. Dirk werd toegevoegd als mede-projectleider en herinnert zich deze periode nog goed: ‘Ik moest kiezen. Wil ik verder in de praktische geneeskunde, of duik ik in dit nieuwe avontuur? Ik stond op de lijst voor een opleidingsplaats bij Interne Geneeskunde in Rotterdam en de combinatie van klinisch werk, onderwijs, onderzoek en zorg sprak mij erg aan. Maar de interdisciplinaire samenwerking die de VTV beloofde te worden, trok mij zeer. Het was echt iets totaal nieuws dat we gingen doen. Na wikken en wegen heb ik voor de VTV gekozen.’

Het team werd nog uitgebreid met wiskundige Hans Jager (voor het modelleren) en sociologe Anneke van den Berg-Jeths. ‘Dit was onze ‘Bende van Vijf’’, grinnikt Pieter, ‘Met deze groep hebben we de eerste grote stappen gemaakt.’ Toen de formele opdracht er was, kwam er ook extra geld en konden er nieuwe mensen worden aangenomen, zoals biochemicus Peter Achterberg, wiskundige René Poos en gezondheidswetenschapper Ronald Gijsen.



De 'Bende van Vijf': Dirk Ruwaard, Hans Jager, Harry Verkleij, Anneke van den Berg-Jeths en Pieter Kramers.

De nadruk lag in de beginperiode nog heel erg op de cijfers. 'Het was essentieel om alles te kwantificeren', aldus Pieter. 'Het was immers de eerste keer dat in kaart werd gebracht hoe het stond met de volksgezondheid in Nederland. Aanvankelijk werd er binnen het RIVM wat gemakkelijk gedacht over het maken van een volksgezondheid toekomstverkenning.' Dirk: 'Dat kon het RIVM wel alleen, want konden we niet in belangrijke mate volstaan met mortaliteits- en morbiditeitscijfers? Er waren RIVM'ers die dachten dat we daarmee een heel eind zouden komen.'

Pieter en Dirk zagen dat toch anders: 'Als team vonden we het belangrijk om vanuit ons gezondheidsconcept ook de minder grijpbare aspecten mee te nemen.' En bovendien: 'Wij hebben beiden vanaf het begin gezegd dat het RIVM dit niet in zijn eentje moest doen, maar dat er intensief moest worden samengewerkt met deskundigen uit de volksgezondheidswereld en van de universiteiten.'

Niet alleen vanwege de benodigde kennis en expertise die bij het RIVM ontbrak, maar ook vanwege het benodigde draagvlak voor het proces én het eindresultaat. Het kon alleen een succes worden wanneer het rapport breed gedragen zou worden.'

'We hebben veel werk gemaakt van het aan boord halen van deskundigen van universiteiten en andere instellingen', herinnert Dirk zich. 'De eerste VTV is in mijn ogen dan ook vooral geslaagd vanwege de grote betrokkenheid van deze deskundigen. Wij haalden de kennis ook van buiten en integreerden het in een rapport dat voor beleidsmakers bruikbare informatie opleverde. Juist die laatste slag – betekenis geven aan feiten voor beleid – moest de meerwaarde zijn van het RIVM. Bij aanvang van de tweede VTV werd ik door verschillende experts die een bijdrage hadden geleverd aan de eerste VTV benaderd met de vraag of ze opnieuw hun bijdrage konden leveren. Dat is dan toch een prachtig signaal.' ●

‘Mooi rustpunt in het grote meningendebat’

Hans Simons over de VTV

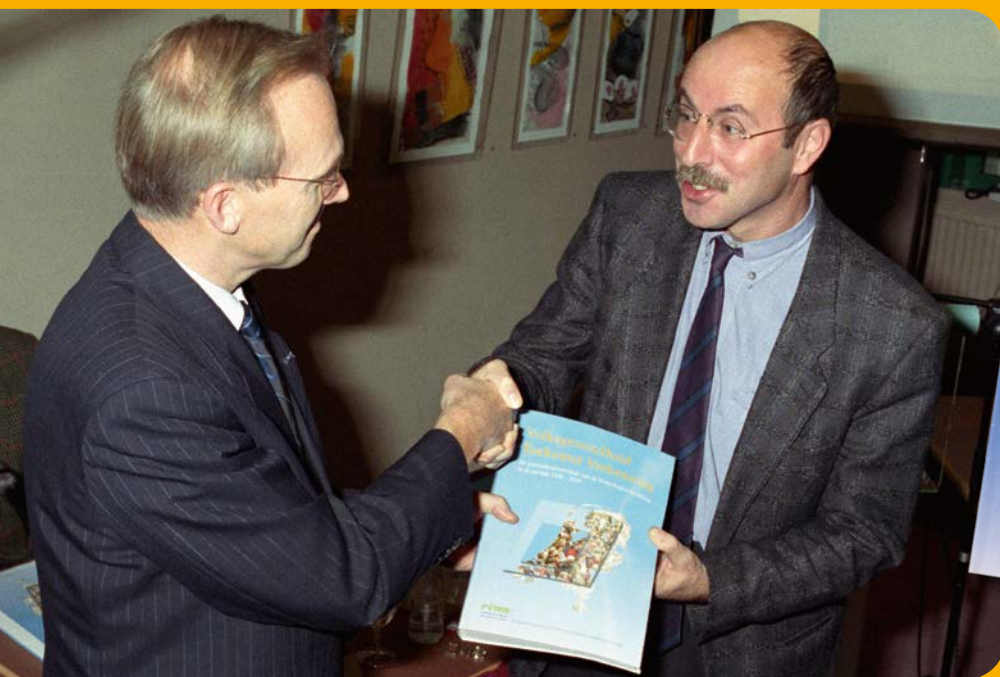
Voor mij was de VTV een belangrijk document, vooral voor het formuleren van beleidsdoelen en de verdeling van middelen tijdens de jaarlijkse ‘miljar-dendans’. Tijdens mijn periode als staatssecretaris verbaasde ik me vaak over het gebrek aan feitelijke onderbouwing van beleidsprioriteiten. Het ging in debat met de Tweede Kamer vaak over acute politieke kwesties: over welk ziekenhuis wat zou moeten krijgen, of over extra ambulanceposten. Maar we hadden het eigenlijk nooit met elkaar over de vraag waar de zorgnood het grootst was of zou worden. Ik verwachtte dat een toekomstverkenning als de VTV mij zou kunnen helpen bij het rationaliseren van die discussie.

Wat mij van de boodschappen van de VTV-1993 het meest is bijgebleven, is de enorme vlucht die het aantal chronisch zieken zou gaan nemen. Dat was echt vele malen hoger dan we op dat moment dachten. Voor mij – en het ministerie – was dat een soort *wake-up call*. Op dat moment konden

chronische zieken nog niet op veel politieke belangstelling rekenen. Dat werd daarna anders. Voor de Nationale Commissie Chronisch Ziekten betekende de boodschap van de VTV een steun in de rug.

De eerste uitkomsten van de VTV waren sowieso interessant. Het leidde op het ministerie zelf tot veel discussies over waar beleidsprioriteiten zouden moeten liggen. Dat is voor de buitenwereld waarschijnlijk niet zo duidelijk geweest. Bestuurders volgen immers niet automatisch de feiten, ook politieke prioriteiten spelen een belangrijke rol in het maken van beleid. Voor ons was de VTV ook erg nuttig als we weer in gesprek gingen met veldpartijen, die hun eigen issues vaak zwaar aanzetten.

Wat ik erg mooi en belangrijk vind aan de VTV, is dat het een rustpunt is in het grote meningendebat. Het is een document waar je als beleidsmaker gerust op kunt terugvallen. Alleen daarom al is het van belang. ●



Ruud van Noort biedt de VTV-1993 aan aan staatssecretaris Hans Simons.

De VTV: *een nationale onderneming*

Honderden deskundigen

De VTV zou de VTV niet zijn zonder de input en inzet van honderden deskundigen van binnen en vooral buiten het RIVM. Wetenschappers, professionals en (beleids-)medewerkers werkzaam bij universiteiten, kennisinstituten, zorg- en public health organisaties, adviesraden en ministeries dragen ieder vanuit hun eigen expertise en deskundigheid bij aan de totstandkoming van de verschillende VTV-producten. De bijdragen variëren van advisering, begeleiding en analyseren van data, tot peer review en schrijven van teksten.

Tientallen gegevensbronnen

De VTV integreert kennis en informatie afkomstig uit ruim 50 gegevensbronnen. Het gaat om verschillende typen bronnen zoals vragenlijst-onderzoek, epidemiologisch bevolkingsonderzoek, registraties, maar ook om (kosten-)effectiviteits-onderzoek. Voor de duiding en nuance van cijfers verkregen uit de bronnen wordt ook veel gebruik gemaakt van informatie uit literatuur. De gegevensbronnen worden gebruikt voor in totaal bijna 100 indicatoren. Dat er zoveel bronnen nodig zijn komt omdat elke bron een beperkt indicatordomein of een beperkte tijdsperiode dekt. Er zijn overigens ook onderwerpen waarover de VTV geen informatie kan bieden vanwege het ontbreken van een bruikbare, valide gegevensbron.

Enkele hofleveranciers

Een deel van de gegevensbronnen is afkomstig van het RIVM, maar voor een groot deel is de VTV afhankelijk van externe dataleveranciers. De VTV gebruikt van veel dataleveranciers één gegevensbron voor een specifiek(e) indicator, onderwerp of doelgroep. Er zijn echter ook dataleveranciers van wie de VTV meerdere bronnen gebruikt. Belangrijke 'hofleveranciers' van de VTV zijn CBS, NIVEL, NZa, Trimbos instituut en Vektis. ●



Nederlandse
Zorgautoriteit



Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction



Toekomstverkennen: *denken over het ondenkbare*

Henk Hilderink

Hoe goed voorspelt de Volksgezondheid Toekomst Verkenning de toekomst? Deze vraag ligt voor de hand, zeker als je terugkijkt op de geschiedenis van een product waar de toekomst een zo prominente plek inneemt. Maar is het ook een relevante vraag? We voorspellen de toekomst immers niet, maar verkennen die. Dat is een wezenlijk verschil. Daar waar een voorspelling vaak uitgaat van de zekerheden, proberen we in de VTV ook een vinger te krijgen achter de onzekerheden van de toekomst.

Het kan daarom ook juist de bedoeling zijn dat het geschetste toekomstbeeld achteraf niet is uitgekomen. Neem bijvoorbeeld de klimaat-scenario's van het *Intergovernmental Panel on Climate Change* (IPCC) waarin een sterke opwarming van de aarde wordt geprojecteerd. Deze rapporten zijn niet bedoeld om die toekomst werkelijkheid te laten worden, maar juist om te komen tot een terugdringing van de uitstoot van broeikasgasemissies. Deze manier van kijken naar de toekomst heeft binnen de wereld van milieu en natuur een lange traditie. Denk alleen maar aan het invloedrijke rapport *Limits to Growth* van de Club van Rome (1972) en de Shell scenario's.

“The function of science fiction is not always to predict the future, but sometimes to prevent it”

Frank Herbert

De VTV heeft de afgelopen 25 jaar een lange traditie opgebouwd. Toch is het aantal toekomstverkenningen op het gebied van volksgezondheid en zorg

beperkt. De volksgezondheid lijkt in sommige opzichten ongrijpbaarder te zijn dan bijvoorbeeld het milieu, en is daardoor lastiger te vangen in scenariostudies. Het gedrag van mensen is moeilijker te vatten in simulatiemodellen dan bijvoorbeeld allerlei natuurwetenschappelijke wetmatigheden. Zo blijkt bijvoorbeeld een van belangrijke uitkomsten binnen de VTV's, de toekomstige levensverwachting, lastig in te schatten. In de loop der jaren zijn de projecties van de levensverwachting zo'n 5 jaar naar boven bijgesteld.

“Iets voorspellen is erg moeilijk, vooral wat de toekomst betreft”

Niels Bohr

De manier van toekomstverkennen verschilt ook sterk over de jaren. In de eerste VTV's werd er vaak sterk geleund op de prognoses zoals die van het CBS. Vooral de cognitieve onzekerheden – wat weten we (nog) niet zeker – kregen daardoor de aandacht. Deze manier van toekomstverkennen was tot ongeveer tien jaar geleden heel gewoon. Vrijwel



“Het is niet onze taak onze toekomst te voorzien, maar deze mogelijk te maken”

Antoine de Saint-Exupéry

Iedereen kent of herkent wel het befaamde assenkruis, met als assen de twee belangrijkste cognitieve onzekerheden (meestal economische groei en globalisering). Dit model geeft dan vier kwadranten of scenario's van de toekomst. De laatste jaren ligt de aandacht veel meer op de normatieve aspecten van toekomstverkennen, ook in de VTV. Hiermee doe je meer recht aan het feit dat er in de samenleving heel verschillend wordt gedacht over gezondheid. Voor deze manier van toekomstverkennen is een grotere betrokkenheid van stakeholders essentieel. Alleen zo kom je er als onderzoeker achter welke verschillende perspectieven op gezondheid er in de maatschappij leven en dat er dus verschillende doelen zijn als het gaat om gezondheidsbeleid. Uit deze verschillende perspectieven vloeien dan ook weer verschillende doelen voort over wat men zou willen bereiken in de toekomst en wat dit betekent voor beleid. Beleid gaat tenslotte over de toekomst.

Hoe moeten we verder gaan met het toekomstverkennen in de VTV? Huidige onzekerheden zijn zeker niet minder geworden. De wereld verandert snel. Kijk naar Brexit, de verkiezing van Trump, de EU die onder druk staat. Daar merken we in Nederland ook de gevolgen van. Bovendien is gezondheidsbeleid niet de exclusieve verantwoordelijkheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Andere ministeries, gemeenten en ook de burger zelf beïnvloeden of bepalen hoe de toekomst van (volks)gezondheid eruit ziet. De kracht van het nieuwe toekomstverkennen is het vroeg signaleren en positioneren van potentiële bedreigingen en kansen voor de volksgezondheid. Dan gaat het veeleer over het duiden van de orde van grootte en allang niet meer over het tot op de komma kunnen berekenen van een mogelijk toekomstig effect. Toch blijft het je eigen maken van vernieuwende en innovatieve elementen in het toekomstverkennen een belangrijke opgave. De grote kunst van het toekomstverkennen blijft tenslotte: het durven denken aan het ondenkbare. ●

“The future belongs to those who believe in the beauty of their dreams”

Eleanor Roosevelt

The times, they



1990's

are a-changin'



2010's

‘Beleid doordeseemd van de informatie van de VTV’

Hans Hoogervorst over de VTV

Om eerlijk te zijn, had ik nog nooit van de VTV gehoord voordat ik minister van Volksgezondheid werd. Zo vreemd is dat ook niet: ik had geen volksgezondheidsachtergrond en de VTV is echt iets van de mensen uit het veld van zorg en volksgezondheid. Dat betekent overigens niet dat ik de VTV geen belangrijk document vond. Volgens mij was mijn beleid destijds op veel punten doordeseemd van de informatie uit de VTV-2002 en VTV-2006. In dat opzicht was het een erg nuttig beleidsondersteunend rapport. Vooral de boodschappen over veranderende zorgbehoeftes als gevolg van de vergrijzing en de aanhoudende dominantie van chronische ziektes kwamen goed over. Dat de zorg zoals die toen georganiseerd was dit niet meer zou kunnen bolwerken, was voor mij ook een stimulans om werk te maken van een stelselhervorming.

Maar het is ook zo dat je als minister voortdurend informatie tot je krijgt vanuit allerlei verschillende hoeken en met verschillende interpretaties. Wat de VTV kenmerkt, is het feit dat het de informatie in samenhang presenteert en duidt. Maar ik moet ook eerlijk zijn: de beleidsprioriteiten waren in de loop van 2003/2004 al gelegd en die verander je niet zomaar bij het uitkomen van een VTV.

Waar de VTV mij als minister op attendeerde was het belang van leefstijl, overgewicht en het hoge alcoholgebruik onder jongeren en het feit dat dit vaak door ouders werd onderschat. We zijn hier destijds als ministerie echt beleid op gaan voeren. Ik denk dat we een verschil hebben weten te maken door onze campagne op de ouders in plaats van de kinderen te richten. Nu zien we alcoholgebruik afnemen. Dat was voor mij wel een openbaring: goede voorlichting kan echt helpen. ●



Marc Sprenger biedt de VTV-2006 aan aan minister Hans Hoogervorst.

Wetenschap en beleid in de VTV: een kwestie van balanceren

Cynthia Nieuworp en Robert Vonk

De relatie tussen wetenschap en beleid kenmerkt zich door spanning. Wetenschappers hebben moeite beleidsrelevante kennis te leveren en beleidsmakers willen geen mitsen en maren en nuances, maar heldere antwoorden. Bij het maken van de VTV is deze spanning vrijwel altijd aanwezig. Enerzijds moet er dicht genoeg bij het beleid gebleven worden om relevante kennis te leveren. Anderzijds moet er genoeg afstand tot 'Den Haag' worden bewaard om deze kennis ook wetenschappelijk valide te laten zijn.

In de afgelopen 25 jaar hebben de makers van de VTV met vallen en opstaan geleerd hoe met dit spanningsveld om te gaan. Daarbij zien we een duidelijke ontwikkeling. In de eerste jaren lag de focus op het vestigen van een wetenschappelijke solide basis. De periode tussen 1998 en 2006 stond vooral in het teken van bruggen bouwen naar beleid. Vanaf 2006 is er meer aansluiting gezocht bij maatschappelijke thema's en de leefwereld van gewone mensen.

Stevig geworteld in de wetenschap

In het voorjaar van 1991 kwam een groep prominente wetenschappers en ambtenaren van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) bij elkaar om te praten over een nieuwe opdracht voor het RIVM: het beschrijven van de huidige status én de toekomstige ontwikkeling van de gezondheids-toestand van de Nederlandse bevolking in een volksgezondheid toekomst verkenning. Veel wetenschappers waren terughoudend: kon het RIVM deze opdracht wel tot een goed einde brengen? Hadden universiteiten niet meer en vooral relevantere expertise in huis? En waren zij eigenlijk ook niet onafhankelijker? De beleidsmakers zagen weinig in het verdelen van de opdracht over verschillende vakgroepen en universiteiten. Wie zou er dan moeten zorgen voor de integratie van al die kennis in iets waar ze bij het ministerie van WVC ook nog wat mee konden? ►



Blik op Den Haag

De oplossing die uiteindelijk werd gevonden was ogenschijnlijk simpel. Het RIVM zou optreden als coördinator, maar universiteiten en andere onderzoeksinstituten zouden kennis leveren. Uiteindelijk werkten er zo'n 150 wetenschappers van binnen, maar vooral van buiten het RIVM mee aan de eerste VTV. Het RIVM integreerde de kennis die zij aanleverden in een samenhangend rapport. De hoofdstukken van dit rapport werden onderworpen aan wetenschappelijke *peer review*. Om tijdens het proces zowel de wetenschappelijke onafhankelijkheid als de beleidsrelevantie te waarborgen werden twee 'vaste' commissies in het leven geroepen: de wetenschappelijke adviescommissie en de beleidsadviesgroep. De eerste commissie bestond uit wetenschappers van naam en faam, de tweede uit medewerkers van het ministerie van WVC, van Sociale Zaken en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Beide commissies beoordeelden

tussenproducten op wetenschappelijke soliditeit en bruikbaarheid voor beleid. Deze aanpak werkte. Vooral de meewerkende universiteiten en kennisinstituten waren enthousiast. Ook op het ministerie overheerste tevredenheid. Het was uiteindelijk gelukt om in een wereld van spreekwoordelijk 'koppige' wetenschappers een product van wetenschappelijke consensus te maken. Over de relevantie van de VTV voor beleid waren de meningen echter verdeeld. In de daaropvolgende VTV werd geprobeerd de gebruikswaarde te vergroten door het maken van themarapporten over beleidsrelevante issues. Tegelijkertijd werd hierdoor ook de wetenschappelijke basis verder uitgebouwd. De themarapporten werden namelijk uitbesteed aan expertgroepen, geleid door een hoogleraar die zijn eigen team mocht samenstellen. Het team van wetenschappers en deskundigen dijde hierdoor gestaag uit, van rond de 150 naar meer dan 300.



Het hoofdgebouw van het RIVM

Bruggen slaan naar beleid

De wetenschappelijke waarde van de VTV-1997 stond voor iedereen buiten kijf, toch was niet iedereen op het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ervan overtuigd dat er een nieuwe VTV moest komen. Anders dan de vrij feitelijke kernboodschappen van de VTV-1993, stonden in deze nieuwe VTV bij de kernboodschappen ook betekenissen voor het beleid. Voor sommigen binnen het ministerie overschreed de VTV hiermee een grens, want de politieke interpretatie van 'de feiten' moest voorbehouden blijven aan het ministerie. Maar er was meer: het internet. Was het met de huidige internetmogelijkheden eigenlijk nog wel zo nuttig om elke vier jaar een rapport te krijgen. Kon deze informatie niet veel sneller via websites ontsloten en up-to-date worden gebracht?

De opdracht voor de nieuwe projectleider Hans van Oers was duidelijk. Hij moest zorgen voor een betere aansluiting bij het beleidsproces binnen het ministerie en tegelijkertijd voor een flexibeler manier van informatieontsluiting. Er werd een scheiding aangebracht tussen beleidsinformatie en beleidsinterpretatie door de VTV een explicietere plaats te geven in de beleidscyclus. Afgesproken werd dat na het uitkomen van de VTV een nota zou verschijnen als 'officiële' reactie van het ministerie.

Daarnaast werden de contacten met het ministerie geïntensiveerd en uitgebreid. Ook kwam er een overkoepelende stuurgroep van VWS en RIVM die meekeek naar de onderlinge samenhang tussen websites, themarapporten en eindrapport. De organisatiestructuur werd in aanloop naar de VTV-2006 verder uitgebreid met een Dienst Informatie en Analyse (DIA). Deze dienst functioneerde als een soort vooruitgeschoven post van de VTV bij het ministerie in Den Haag en had als taak om vragen vanuit het ministerie snel en efficiënt uit te zetten.

Het beter ontsluiten van informatie werd voortvarend opgepakt door het optuigen van drie websites. De epidemiologische kern van de VTV werd voor een groot deel overgebracht naar het *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. De *Nationale Atlas Volksgezondheid* bood geografische informatie over volksgezondheid en zorg. De website *Kosten van Ziekten* bood onderdak aan de informatie over kosten en zorggebruik.

Midden in de maatschappij

Het actief meenemen van het ministerie bij het proces van het maken van de VTV wierp vruchten af. Nu wetenschappelijke kwaliteit en beleidsrelevantie stevig verankerd waren, wilden de projectleiders van de VTV-2010 – Fons van der Lucht en Johan Polder – de boodschap van de VTV ook beter laten aansluiten bij maatschappelijke discussies. Dit betekende dat de VTV toegankelijker moest worden. De vorm ging op de schop. Fons van der Lucht: 'Van ons mocht het lossier, frivoler, met veel illustraties en minder referenties in de teksten.' Het samenvattende rapport werd geschreven in de vorm van een essay om het verhaal achter een epidemiologisch fenomeen te benadrukken. Daarnaast moesten de klassieke grafieken en tabellen soms wijken voor infographics.

Deze vormwijziging werd niet direct omarmd door VWS. 'Als er in een Kamerdebat een vraag komt over de wetenschappelijke basis van dit of dat beleid is een essay niet de basis waarop je wilt terugvallen. Dan ligt de beschuldiging dat je politiek bedrijft door wetenschap wel erg voor de hand', aldus een van de betrokken ambtenaren. De juiste balans tussen wetenschappelijke onderbouwing en toegankelijkheid bleek lastig.

De projectleiders van de VTV-2014 kozen opnieuw voor een vormwijziging: de website eengezondnederland.nl. Daarnaast maakten ze werk van het naar binnen halen van de maatschappij. Gedurende de hele periode werden met regelmaat stakehouderssessies georganiseerd. Hierbij werden niet alleen wetenschappers, maar juist ook andere belanghebbenden zoals zorgprofessionals, patiënten, werkgevers, werknemers en bedrijven uitgenodigd om te vertellen wat zij belangrijk en nuttig vonden. Deze informatie werd verwerkt in vier perspectieven op gezondheid, die een prominente plaats kregen op de website. Daarnaast werden de perspectieven verwerkt in een *serious game*, die als doel had de dilemma's inzichtelijk te maken die door het botsen van verschillende denkwerelden over gezondheid ontstaan bij het maken van beleid. De perspectieven en de *game* werden door het zorg- en preventieveld goed ontvangen, maar op het ministerie leidden ze soms tot gefronste wenkbrauwen. Wetenschap en beleid: het blijft balanceren. ●

Tijdlijn 25 jaar VTV



Staatssecretaris
Hans Simons



Minister
Els Borst

Lubbers III
(CDA / PvdA)

Kok I
(PvdA / VVD / D66)

Kok II
(PvdA / VVD / D66)

Ba. I
(CDA/..)

Ba.
(CDA)

VTV - 1993

De gezondheidstoestand
van de Nederlandse
bevolking 1950-2010

1990 1991 1992 1993

VTV - 1997

Som der
delen

1994 1995 1996 1997

VTV - 2002

Gezondheid
op koers?

1998 1999 2000 2001 2002

VTV - 2004

Z
ge

2003 2004



Wet collectieve preventie volksgezondheid



Euthanasiewet



Bijlmerramp



Nota: Langerak



Verplichte autokatalysator



Nota: Gezond en Wel



Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst



Combinatietherapie aids



Uitbraak legionella



Vuurwerkcramp Enschede

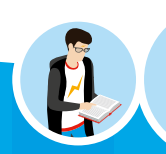
Tijdgeest jaren '90

Walkman, Spicegirls, gabbers, kloonschaap Dolly, Windows '95,
opkomst internet, Y2K



Tijdgeest jaren 2000

9/11, Harry Potter, Human Genome Project, social
media, invoering h...





Minister
Hans Hoogervorst



Minister
Ab Klink



Minister
Edith Schippers

Balkenende II
(VVD / D66)

Ba. III
(CDA/..)

Balkenende IV
(CDA / PvdA / CU)

Rutte I
(VVD / CDA)

Rutte II
(VVD / PvdA)

VTV - 2006

Zorg voor
gezondheid

2004
2005
2006

VTV - 2010

Van gezond
naar beter

2007
2008
2009
2010

VTV - 2014

Een gezonder
Nederland

2011
2012
2013
2014

VTV - 2018

...

2015
2016
2017
2018

Wet

Wet op
gezond leven



Nota: Gezondheid dichtbij



Nationaal Programma Preventie



Gereguleerde marktwerking in de zorg



Leeftijdsgrens alcohol/tabak ≥18



Nota: Kiezen voor gezond leven



Uitbraak ebola



Uitbraak Q-koorts



Decentralisatie zorgtaken



Nota: Preventie en gezondheid



Nota: Gezondheidsbeleid



Rookverbod horeca



Wet publieke gezondheid

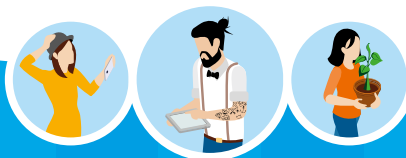
Beste jaren '00

Genome Project, opkomst social media, omhuwelijk, invoering Euro



Tijdgeest jaren '10

Economische crisis, smartphones, blogs, hipsters, elektrische auto's en fietsen, milieuzones



Een zoektocht naar gezondheid

Isabelle Rijsterborgh en Robert Vonk

Zoals de naam al verraadt, staat gezondheid centraal in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Hoe gezond is Nederland? Wat beïnvloedt de gezondheid van Nederlanders, maar misschien de belangrijkste vraag van allemaal: wat is dat eigenlijk, gezondheid? Pieter Kramers, projectleider van de eerste VTV heeft zich in de beginjaren van de VTV lang met deze vraag beziggehouden. ‘Maar eigenlijk kom je daar niet goed uit’, verzucht hij. ‘Er leven veel verschillende denkbeelden over gezondheid. We waren ons er van bewust dat we niet alleen de harde cijfers, maar ook minder grijpbare aspecten van gezondheid mee moesten nemen in onze verkenning.’

Gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte, dat hadden ook de bedenkers van de WHO-definitie¹ in 1948 al vastgesteld. Maar hoe je als onderzoeker grip krijgt op dit ‘meer’ was minder duidelijk. Terugkijkend zien we dat vrijwel iedere VTV voortbouwt op de vorige, maar daarbij wel een net iets andere invulling geeft aan gezondheid. De eerste twee VTV’s concentreren zich vooral op de aan- of afwezigheid van ziekte, in de daaropvolgende twee VTV’s wordt veel aandacht besteed aan gezond gedrag en in de laatste twee VTV’s komt de normatieve dimensie van gezondheid meer op de voorgrond. Ziek of gezond zijn, hangt sterk samen met opvattingen over wat gezondheid precies is. Ook met een chronische ziekte kan iemand zich heel gezond voelen.

¹ Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken.

Gezond, of toch ziek?

‘Nederland is ziek’, stelde premier Lubbers aan het begin van de jaren negentig. In de tijd van deze gevleugelde woorden – die sloegen op het hoge ziekteverzuim en de ruim 1 miljoen arbeidsongeschikten in Nederland – begon het VTV-team aan een brede opdracht: het beschrijven van de huidige status én de toekomstige ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking.

Voor de projectleiding was van meet af aan duidelijk dat het rapport meer moest omvatten dan een opsomming van de klassieke cijfers over gezondheid, zoals levensverwachting, sterfte of het aantal nieuwe ziektegevallen. Maar het boven water krijgen van deze ‘harde’ gegevens bleek al lastig genoeg. Het optuigen van de epidemiologische ruggengraat van de VTV vergde veel tijd en energie waardoor de ‘zachtere cijfers’, bijvoorbeeld over de effecten van ziekte op het dagelijks functioneren van mensen, er bekaaid vanaf kwamen. De VTV-1993 ging uiteindelijk meer over ziekten dan over zieke mensen.



Alle VTV's op een rij

Dit stond niet alleen op gespannen voet met belangrijke maatschappelijk thema's zoals ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, maar ook met één van de belangrijkste boodschappen van de VTV-1993 zelf: een sterke groei van chronische ziekten. Juist bij een chronische ziekte werd het effect van die ziekte op de kwaliteit van leven erg belangrijk. De Gezondheidsraad drong dan ook sterk aan op een betere uitwerking van dit onderdeel. Dit kreeg in de VTV-1997 onder andere zijn weerslag in het opnemen van indicatoren die meer inzicht gaven in de fysieke, psychische én sociale dimensies van kwaliteit van leven. Maar ook in het uitwerken van een maat waarmee de impact van afzonderlijke ziekten op het leven van mensen met elkaar kon worden vergeleken, de Disability Adjusted Life Years (DALY's). Langzaam kwam de zieke mens meer in het centrum te staan. Maar er was, zo stelden de makers van de VTV-1997, een belangrijke witte vlek: over leefstijl en de effecten daarvan wisten we nog betrekkelijk weinig.

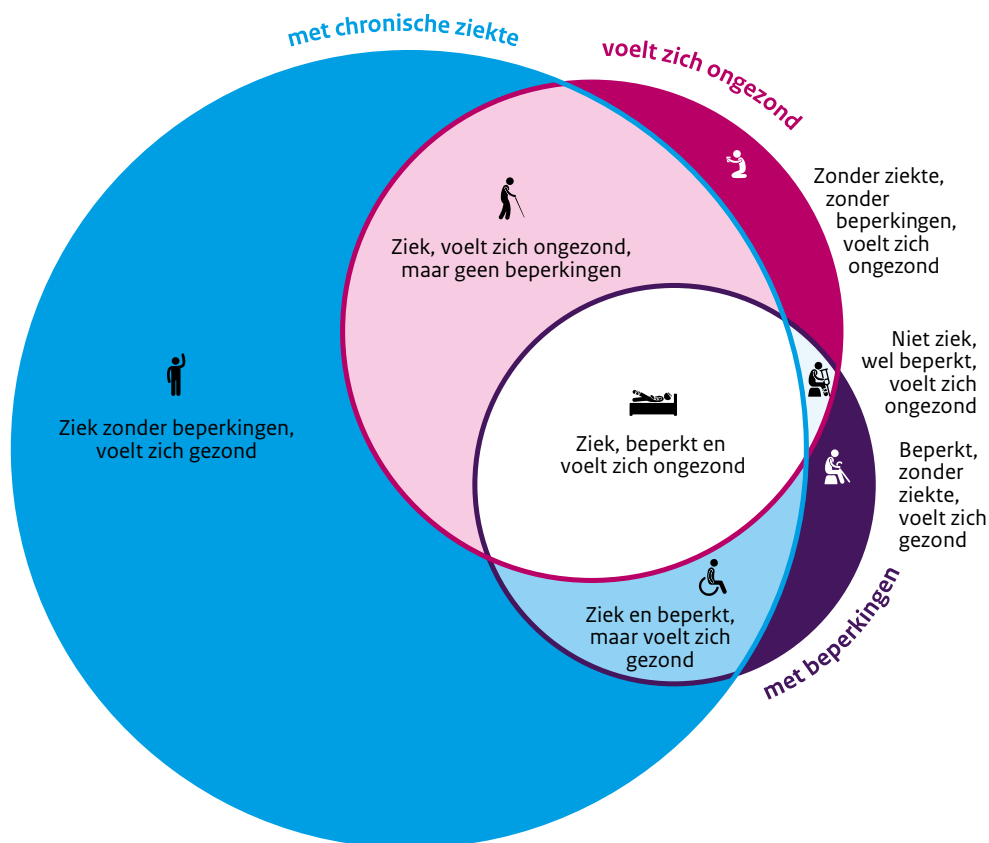
...maar het is jouw eigen gedrag!

Nu de zieke mens wat meer op de voorgrond stond, veranderde ook de boodschap over wie er nu eigenlijk verantwoordelijk was voor de gezondheid van Nederland. Want hoe werden zieke mensen

eigenlijk ziek? De VTV-2002 wond er geen doekjes om: Nederland was ziek, of liever, ongezond. De levensverwachting van Nederlanders was onder het Europese gemiddelde gezakt en dat was grotendeels de schuld van Nederlanders zelf. We rookten, aten te vet, bewogen te weinig en dronken teveel. Deze ongezonde leefstijl zorgde voor ziekte en verlies van kwaliteit van leven.

Deze alarmerende boodschap sloeg aan, zeker op het ministerie van VWS, doordat de focus op het individu goed aansloot bij een bredere maatschappelijke beweging. Autonomie, zelfbeschikking en keuzevrijheid waren in vrijwel alle aspecten van de zorg centraal komen te staan. Dit kwam niet alleen tot uiting in de plannen voor meer marktwerking in de zorg, maar ook in patiëntenrechten – in 1995 voor het eerst in wetgeving vastgelegd – en zelfbeschikking (euthanasiewet).

De VTV plaatste wel kritische kanttekeningen bij deze trend. Gezondheid en kwaliteit van leven konden weliswaar worden bevorderd door in te zetten op de leefstijl van mensen, maar dit kon niet los worden gezien van hun sociale en fysieke omgeving. Het gaat niet alleen om wat mensen zelf aan hun gezondheid doen, maar ook om zaken als werk, inkomen, huisvesting, leefomgeving en sociale netwerken. ►



Ziekten, ervaren gezondheid en beperkingen (uit: Een gezonder Nederland, VTV-2014).

Ziek en gezond tegelijk

In de VTV-2010 werd op deze kennis voortgebouwd. Dat leidde tot een ietwat bevreemdende, paradoxale boodschap: Nederlanders werden zieker en gezonder tegelijkertijd. Uit de cijfers bleek dat het aantal mensen met één of meerdere chronische ziekten toenam, maar tegelijkertijd voelde een groot deel van deze groep zich helemaal niet ziek. Wat bleek: zolang ziekte mensen niet beperkte in hun functioneren, voelde men zich gezond. Meer autonomie en een grotere keuzevrijheid in de zorg bevorderden dit.

Meedoen als sleutel tot gezondheid, betekende ook dat gezondheid en zorg niet alleen als kostenpost, maar ook als bron van maatschappelijke baten konden worden gezien. Meedoen levert naast gezondheid ook economische en maatschappelijke baten. Hiermee zette de VTV-2010 de deur op een kier voor een meer normatieve benadering van gezondheid. Het feit dat ziekte en gezondheid ook samen kunnen gaan, heeft blijkbaar te maken met de manier waarop mensen over gezondheid denken.

In de VTV-2014 werd deze normatieve benadering expliciet gemaakt door middel van vier perspectieven. In deze perspectieven werd steeds één bepaald idee

over gezondheid, uit verschillende stakeholder-sessies opgehaald, centraal gesteld. Het ging hierbij om gezondheid als: a. de afwezigheid van ziekte; b. het kunnen meedoen met de maatschappij; c. een hoge kwaliteit van leven; d. welvaart voor nu en later. Door steeds één bepaald beeld van gezondheid op te blazen, werd geprobeerd de breedte – maar ook de onmogelijkheid – van verschillende denkbeelden over gezondheid inzichtelijk te maken. Volledig inzetten op één perspectief gaat namelijk vaak ten koste van de andere perspectieven.

Tot slot...

Tussen 1993 en 2014 is de VTV haast sluipenderwijs veranderd. Op de stevige fundering van epidemiologische cijfers werden in de loop van 25 jaar bredere analyses gebouwd over hoe ziekte, kwaliteit van leven, leefstijl en omgeving samenhangen met gezondheid en wat daarvan de effecten zijn op zorg en welzijn. Maar, zoals uit het bovenstaande is op te maken, een echt vastomlijnd beeld van wat gezondheid nu eigenlijk is, is ook nu nog moeilijk te geven. Het is immers niet alleen een biomedisch, maar ook een maatschappelijk verschijnsel. ●

‘Toegankelijkheid is echt belangrijk’

Ab Klink over de VTV

De eerste keer dat ik met de VTV in aanraking kwam, was toen ik nog directeur was van het Wetenschappelijk Instituut van het CDA, en wel in het kader van de discussies over en de aanloop naar de stelselherziening in 2006. Ik ben me toen breder gaan verdiepen in het zorgstelsel en ik herinner me dat ik de VTV toen vooral gebruikte om inzicht te krijgen in zorgvraag – in samenhang met incidentie en ziektelast –, maar ook wachtlijsten en arbeidsmarkttekorten.

Tijdens mijn periode als minister van VWS was de VTV één van de bronnen waar we regelmatig op konden terugvallen, ook bij discussies op het departement zelf. De projecties van de VTV waren waardevol en betrouwbaar. Bijvoorbeeld over hoe de vergrijzing zou gaan lopen en wat de impact daarvan zou zijn. De VTV bracht verschillende vormen van informatie mooi bij elkaar en verbond dat met projecties over de ontwikkeling van de zorgvraag, onderliggende factoren en zorgkosten.

Bij het uitkomen van de VTV-2010 was vooral het feit dat diabetes zo’n vlucht zou nemen, een eyeopener. We zijn toen begonnen met ketenzorg bij chronische aandoeningen, zoals diabetes, in de veronderstelling dat je door het inzetten op zowel leefstijl, omgeving én een goede verbinding tussen eerste- en tweedelijnszorg je echt kon komen tot een verbetering in de kwaliteit van leven. Daarnaast stond de VTV ook mede aan de basis voor nota’s over gezonde voeding, alcoholgebruik en overgewicht. Maar er zijn natuurlijk ook kanttekeningen te plaatsen bij de VTV als product. Een verkenning zou veel aan zeggingskracht winnen als ook de dilemma’s worden benoemd.

Maar wat mij nu toch ook weer opviel, is dat de stukken ontzettend toegankelijk zijn en in de vormgeving soms gewoon prachtig. Als ik nu mijn oog weer langs die grafieken en illustraties laat gaan, dan springt dat er toch uit. Als bewindspersoon heb je gewoon weinig tijd en daarom is toegankelijkheid echt belangrijk. ●



Marc Sprenger en Gerrit van der Wal (IGZ) bieden de VTV-2010 en de Staat van de Gezondheidszorg 2010 aan aan minister Ab Klink.

Nut en noodzaak van internationale cijfers

Waarom zou je internationale vergelijkingen opnemen in een verkenning van de 'nationale' gezondheid? We legden deze vraag voor aan Peter Achterberg, senior adviseur en VTV'er van het eerste uur. Wat is nu eigenlijk de reden én het nut van internationale vergelijkingen?

Peter fronst even: 'Door de toevoeging van de internationale dimensie worden cijfers over de volksgezondheid in Nederland in perspectief geplaatst. De eerste VTV gaf een overzicht van de volksgezondheid in Nederland. De cijfers waren afkomstig uit Nederlandse registraties en onderzoeken. Voor een eerste overzicht was dat prima, maar om de volksgezondheid op waarde te kunnen schatten heb je spiegelinformatie nodig. Door internationale cijfers toe te voegen ontstaat zicht op hoe Nederland echt 'scoort' in vergelijking met andere landen.'

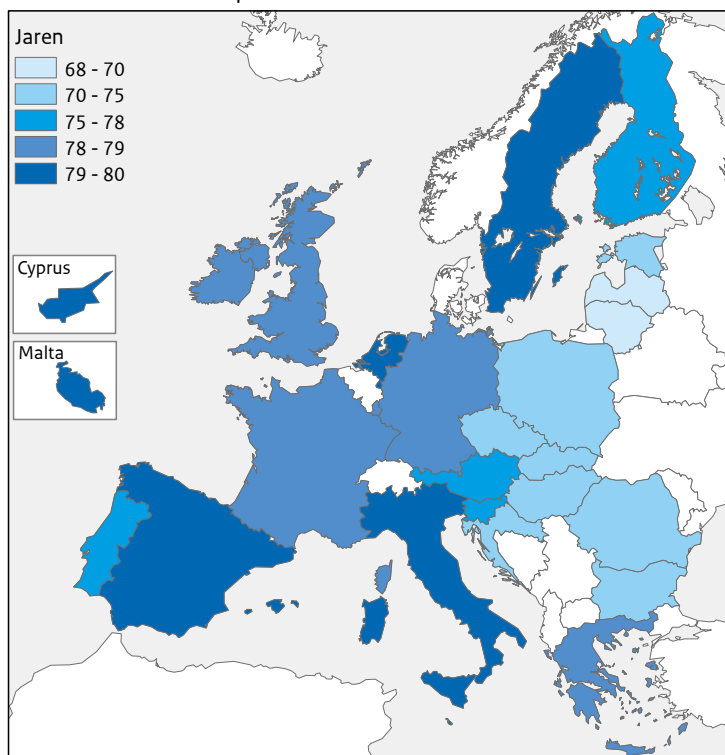
Dat de toevoeging van internationale cijfers beleidsrelevante informatie oplevert, illustreert Peter aan de hand van een voorbeeld. 'Cijfers van het Europese Peristat project toonden aan dat in Nederland vergeleken met andere EU-landen, sprake was van een ongunstige trend voor perinatale sterfte. Deze bevinding was voor het ministerie van VWS reden de oorzaken te laten onderzoeken en later de oprichting van de landelijke perinatale audit door het RIVM te laten coördineren.'

Het internationale perspectief in de VTV werd rond de eeuwwisseling positief ontvangen op het ministerie van VWS. Via ambtenaren van de toenmalige stafafdeling Beleidsontwikkeling leidde het er indirect toe dat het RIVM een belangrijke rol ging spelen in de ontwikkeling van Europese gezondheidsindicatoren. 'Dit is uiteindelijk uitgemond in de ECHI-shortlist', zegt Peter. De internationale vergelijkingen kregen daarnaast een structurele plaats op de website Nationaal Kompas Volksgezondheid, onderdeel van de VTV. Sinds het opgaan van het Kompas in Volksgezondheidszorg.info zijn de internationale vergelijkingen op die website te vinden.

De VTV maakt voor de internationale vergelijkingen gebruik van data van Eurostat (het 'CBS' van de Europese Unie), de WHO en de OECD, aangevuld met cijfers uit beschikbaar vergelijkend onderzoek van andere organisaties en onderzoeksprojecten.

'In 1994 hebben we trouwens al een Engelse samenvatting van de eerste VTV gemaakt', merkt Peter tot slot op. Vanuit het RIVM ontstond toen een netwerk van Europese VTV-makers, die de aanpak en opzet van hun rapporten in een Europees project (EVA-PHR) vergeleken hebben. De VTV-1997 kwam als 'topper' uit de bus. ●

Levensverwachting mannen 2010* in landen van de Europese Unie

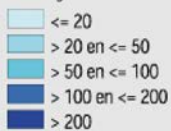


Bron: WHO-HFA, 2013 (* Frankrijk en Italië gebaseerd op cijfers uit 2009)

Gezondheid en Zorg op de kaart

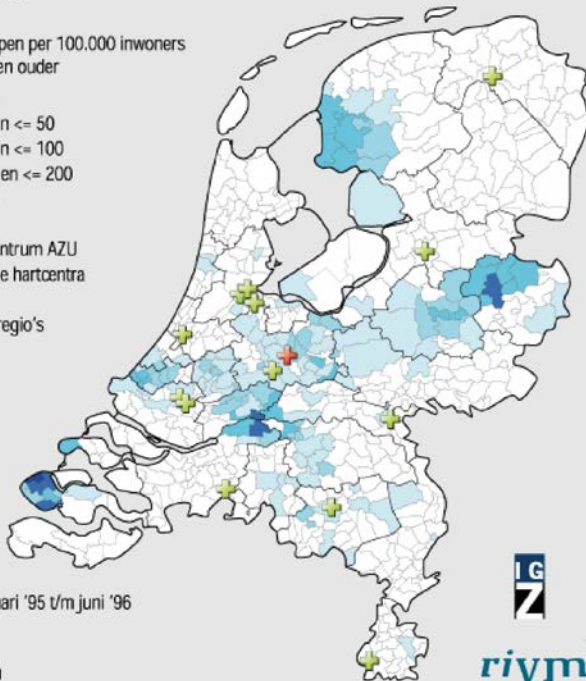
Herkomst PTCA-patienten AZU 1995/1996 per gemeente

Aantal ingrepen per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder



hartcentrum AZU
overige hartcentra

WZV-regio's



periode januari '95 t/m juni '96

Bron: IGZ, RIVM



Wat is eigenlijk de toegevoegde waarde van een kaart als we het hebben over volksgezondheid en zorg? Daar hoeven Laurens Zwakhals en Henriette Giesbers, oud-projectleiders van de Nationale Atlas Volksgezondheid (ook wel Zorgatlas genoemd), niet lang over na te denken. 'Een kaart maakt op eenvoudige wijze moeilijk te beschrijven patronen en regionale verschillen inzichtelijk. Neem de vaccinatiegraad, het landelijke cijfer kan wel hoog zijn, maar alleen op een kaartje zie je dat er grote verschillen zijn tussen regio's en dat in die verschillen ook nog een patroon zit.'

De wortels van de Zorgatlas liggen in de jaren negentig. 'De Atlas is eigenlijk ontstaan vanuit concrete casussen in de zorg', stelt Laurens, 'en die hebben ook de insteek van de Zorgatlas wel bepaald.' Anders dan de zusterwebsite Nationaal Kompas Volksgezondheid, lag de focus van de Atlas in eerste instantie niet op volksgezondheid, maar op de gezondheidszorg. Wat was er dan eigenlijk aan de hand? Laurens gaat verder: 'Het was medio jaren negentig duidelijk dat er in Nederland een hartcentrum bij moest komen. De grote vraag voor het ministerie van VWS was echter: waar?' Er waren voor dit nieuwe hartcentrum drie steden in de running: Den Haag, Leeuwarden en Enschede.

Het VTV-team kreeg de vraag of zij op basis van regionale verschillen in zorgvraag, zorgaanbod en capaciteit zou kunnen aangeven waar het centrum het beste kon komen. Uit dit onderzoek rolde Enschede als beste locatie, gevolgd door Leeuwarden. Hartpatiënten in Den Haag konden immers al terecht in Rotterdam en Leiden. 'Je mag raden welke stad het hartcentrum uiteindelijk kreeg', grinnikt Laurens, 'Den Haag natuurlijk'.

Henriette gaat verder: 'We stuitten tijdens dat onderzoek ook op andere opmerkelijke zaken. Zo kreeg het hartcentrum in Utrecht voornamelijk patiënten uit Zeeland en Zuidwest-Friesland en gingen patiënten uit Utrecht vrijwel allemaal naar het hartcentrum in Nieuwegein, dat al langer bestond.' ►

Eind jaren negentig was het voor het ministerie van VWS wel duidelijk: er moest een Zorgatlas komen gericht op aanbod, vraag en de afstemming daartussen – wachtlijsten bijvoorbeeld. In 1999 was de Atlas alleen nog via het intranet van VWS toegankelijk. Een jaar later ging de Zorgatlas het internet op. Henriette: 'De Atlas zelf begon eigenlijk vrij basaal, gewoon met het verzamelen van locaties van ziekenhuizen, ambulanceposten, GGZ-instellingen. Het was eigenlijk heel opmerkelijk dat niemand zulke bestanden had. We moesten het dus zelf doen, via internet of via vrijwilligers. Vanaf 2001 werd de Atlas uitgebreid met een gezondheidsdeel, waar ziektegegevens, preventie en beïnvloedende factoren werden opgenomen.'

De Zorgatlas is in 2015 opgegaan in een grotere website Volksgezondheidszorg.info, maar heeft binnen deze site nog een duidelijk eigen profiel. De Atlas heeft ook de toon gezet voor andere sites. Bij het tienjarig bestaan van de Zorgatlas, prees de Utrechtse hoogleraar en cartograaf Ferjan Ormeling de site bijvoorbeeld om haar 'optimale structuur, de kleurcodering van de verschillende atlasthema's en de optimale toegankelijkheid (...) evenals de goede functionaliteit (...) en ten slotte ook de grote actualiteit.' Henriette: 'We zijn op een aantal vlakken inmiddels wel ingehaald hoor, maar we proberen nog steeds agendasettend te zijn.' ●

Goed voorbeeld doet goed volgen

De afgelopen twaalf jaar heeft ongeveer de helft van de 25 GGD'en een regionale VTV gemaakt of het gedachtegoed van de regionale VTV overgenomen om eigen analyses te maken.

René Poos, coördinator van de regionale VTV, vertelt: 'Volgens mij verscheen de eerste regionale VTV in 2008. Die werd toen gemaakt door de GGD van Hart voor Brabant en die van West-Brabant'. Dus het initiatief hiervoor lag niet bij het RIVM? René gaat verder: 'Ja en nee. Volgens mij was het aanvankelijk een gezamenlijk initiatief van Marja van Bon – die hier uiteindelijk ook op zou promoveren – en Hans van Oers. Marja was hoofd Epidemiologie bij de GGD Hart voor Brabant en Hans was projectleider van de VTV-2002 en net hoogleraar in Tilburg. Het RIVM bood alleen ondersteuning. De GGD maakte de regionale VTV zelf en dat is nog steeds zo. De regionale VTV is echt een regionaal product.'

Is het eigenlijk wel nodig om regionale VTV's te maken, als er al een landelijke VTV is? 'Nou,' stelt René, 'net als het ministerie van VWS, hebben ook gemeentes de verplichting om iedere 4 jaar een preventienota te maken. Zo'n nota moet dan wel gebaseerd zijn op een analyse van de lokale volksgezondheid. Die kan op punten best afwijken van het nationale beeld. Een regionale VTV geeft gemeentes een betere basis voor lokaal beleid dan de nationale VTV.' Het ministerie onderstreepte het belang van regionale VTV's en gaf daarom het RIVM de opdracht om een website te maken (regionale toolkit VTV) die door GGD'en kan worden gebruikt.

De ondersteuning door het RIVM bestaat voornamelijk uit het adviseren bij het proces, het meehelpen bij het opstellen van de kernboodschappen, het aanleveren van aanvullende gegevens en het meelesen van allerlei teksten. René: 'In een enkel geval hebben we ook de opmaak en het drukwerk verzorgd voor de GGD, maar dat is niet de regel.'

Er zijn behoorlijk wat parallellen te zien tussen de nationale en de regionale VTV. René lacht: 'Ik ben ook vanaf het begin bij de nationale VTV betrokken geweest. De eerste VTV was een dik rapport van 800 pagina's, de laatste VTV is een website met korte teksten. Ook GGD'en stappen over op kleine aansprekende folders met de belangrijkste kernboodschappen en aanbevelingen. Details worden indien nodig nog wel op een website gepresenteerd.' Maar ook inhoudelijk gezien zijn er overeenkomsten. De eerste twee nationale VTV's gingen vooral over ziekte en zorg, in de derde en vierde stond gedrag en gezondheid voorop en in de laatste twee VTV's stonden mens en maatschappij meer centraal. Ook in de regionale VTV is deze verschuiving te zien. René vindt dit logisch: 'Het is voor gemeentes niet altijd belangrijk of een oudere ziek is maar juist of die oudere nog allerlei zaken zelf kan doen.' Wat is hem in de afgelopen 12 jaar opgevallen? 'Ik weet nog dat ik bij een startbijeenkomst kwam van een regionale VTV en verwachtte dat ik als enige de andere aanwezigen niet zou kennen. Maar wat

bleek? Ook de mensen van de GGD en de lokale beleidsmedewerkers kenden elkaar niet! Een mooie bijkomstigheid van het maken van regionale VTV's was dus ook dat lokale GGD'en en beleidsmakers elkaar beter leerden kennen.'

Kijkend naar de toekomst ziet René nog wel verbeterpunten. In het verleden is het vaak zo geweest dat informatie uit de nationale VTV gebruikt werd voor het maken van regionale VTV's. Andersom maakte de nationale VTV echter maar weinig gebruik van de informatie die in regionale VTV's was verzameld. Daar heeft het team van de VTV-2014 wel geprobeerd iets in te veranderen. Juist het gebruik van regionale informatie zou, met het oog op de decentralisatie van zorgtaken, ook in een nationale VTV een plaats moeten krijgen. 'Een andere grote uitdaging is het maken van een regionale VTV voor de BES-eilanden. Daar bevinden we ons nu nog in de fase van inventarisatie en afstemming.' ●

Implementatie regionale VTV



Bron: RIVM

Janus de Koekoekskip

Denkend aan de VTV dwalen mijn gedachten meteen af naar mijn goede vriend Janus de Koekoekskip. Janus heeft twee gezichten en is daarom vernoemd naar de Romeinse god die zowel voor- als achteruit keek. Geboren in januari 2010 liet Janus zijn ogen meteen vallen op de zorguitgaven. Hij wees ons erop dat die zowel het karakter hebben van een koekoeksjong als van een kip met gouden eieren. Grafisch ontwerper Dik Klut heeft Janus toen in een karakteristieke pose vereeuwigd. Sindsdien is hij mijn onafscheidelijke, ongedurige en ook wel ontembare metgezel.

Niet alleen Janus, maar ook de VTV heeft zijn naam vanaf de eerste dag eer aan gedaan: 'Veel Te Veel'. Duizenden pagina's, dikke cassettes, conceptuele modellen en eindeloze tabellen, uitdijende websites, perspectieven en scenario's, een *serious game*. Het kon allemaal niet op. En toch stond er altijd nog weer meer in dan iedereen had gedacht. Meer dan de 'Som der Delen' als overtreffende trap van al het gebodene. Dat begon al bij de VTV van 1993. Want onaangekondigd (en ook nu nog onvindbaar) staat daarin op pagina 138 (van de 795) een tabel die het hart van Janus en zijn vrienden nog steeds op hol doet slaan: 'Totale kosten van zorg naar ICD-hoofdgroep. (Bron: Koopmanschap et al., 1991; bewerkt voor het RIVM).'

Ook Pieter Kramers en Dirk Ruwaard onderkennen meteen het belang van deze uit Rotterdam afkomstige tabel. In de VTV-1997 kregen de 'Kosten van Ziekten' meteen 25 pagina's toebedeeld en werd er niet alleen achteruit maar ook vooruit gekeken. Trends uit het verleden boden projecties voor de toekomst, ook al boden de resultaten uit het verleden geen garanties voor de toekomst. Dat was spannend en dat vertaalde zich in een door het RIVM georganiseerde werkconferentie 'Met Zorg Zorg Ramen'. Gezondheidseconomen en planbureaus legden hun ramingen van de toekomstige zorguitgaven naast elkaar. Ook al waren ze het over veel oneens, één ding was – achteraf gezien – duidelijk: een 'boter-bij-de-vis beleid' was onvermijdelijk. En het koekoeksjong ook.

In het nieuwe millennium begonnen de zorguitgaven aan een ontembare opmars. Maar lang niet iedereen vond dit een probleem. Was de gezondheidszorg ook niet een kip met gouden eieren? Geïnspireerd door Robert Fogel, Nobelprijswinnaar voor de Economie, werd bij de voorbereidingen voor de VTV-2010 door het ministerie van VWS aandacht gevraagd voor de welvaartsbaten van de gezondheidszorg. Dat verzoek was opmerkelijk, want in de VTV-2006 van Guus de Hollander had op de pagina's 271-279 al een 'dwars thema' gestaan over 'Gezondheid en zorg voor welvaart'. Opnieuw had de VTV meer geboden dan gedacht, en opnieuw herhaalde de geschiedenis zich. Het compacte verhaal uit 2006 groeide uit tot doorwrochte rapporten over de 'Maatschappelijke baten van gezondheid, preventie en zorg' in 2010, en over 'Maatschappelijke Kosten Baten Analyses' in 2014. De kosten waren nooit helemaal uit beeld geweest, maar door de economische recessie nam de noodzaak van kostenbeheersing weer toe.

Johan Polder

Zo groeide Janus de Koekoekskip op als een ongedurig, recessiegevoelig en ontembaar beest: de zorguitgaven als *wicked problem*. En – achteraf gezien – zat het DNA daarvan ook al in het allereerste conceptuele model van de VTV. Daarin had de zorg immers al twee gezichten: gevolg van ziekte én oorzaak van gezondheid.



Uit: VTV-2010

Denkend aan Janus rijst de vraag of de aandacht voor de zorguitgaven zelf ook niet een koekoeksjong is dat relevante onderwerpen uit het debat over de toekomst van de volksgezondheid kiepert. Maar dan dwalen mijn gedachten meteen af naar de VTV en de veelkleurige rijkdom aan inzichten die daarin te vinden is. Voor het temmen van een *wicked problem* als de zorguitgaven doe je eerder veel te weinig dan veel te veel. En om zo'n ongedurig koekoeksbeest als Janus een beetje in bedwang te houden heeft Nederland gewoon een VTV nodig, een VTV die zowel vooruit als achteruit kijkt. ●

Doorwerking en geduld

Jarenlang heb ik de *go-between*-functie tussen het RIVM en het beleid mogen invullen. Een functie die ervoor zorgt dat de kennis die we in Bilthoven samen met veel andere veldpartijen maken ook daadwerkelijk terecht komt bij mensen die er in beleid en politiek verdere betekenis aan geven. Sinds een jaar of 10 mag ik daar vooral van een afstand naar kijken en zie ik dat anderen die functie met verve invullen.

Die afstand betekent dat ik nu beter kan zien of het gelukt is om de VTV-kennis belangrijk te laten zijn. En ja, dat is (gelukkig) zo. Een aantal weken geleden las ik, vanuit mijn huidige functie als strategisch adviseur, in concept beleidsstukken van VWS de bekende zin: 'De VTV-2014 laat zien dat...' Met vervolgens een halve pagina informatie uit de VTV als middenstuk van een *twopager* waarin nieuw beleid werd voorgesteld. De VTV werd daarbij op twee manieren gebruikt: om de urgentie van het probleem aan te tonen én om de lezersdoelgroep (vooral beleidsmakers en politici) voeling te laten krijgen met de kwantitatieve aspecten van het probleem.

Wat me opviel was dat het informatie betrof van drie jaar oud. Dat is in een beleidsomgeving meestal al belegen nieuws. Dat werd in dit geval ondervangen door ook de laatste cijfers uit Volksgezondheidszorg.info toe te voegen. Zo gaan het papieren rapport en website-informatie hand in hand.

Ik dacht terug aan de tijd dat ik met enkele collega's als 'voorpost' was gestationeerd op het ministerie van VWS, onder de vlag van de Dienst Informatie en Analyse (DIA). Een functie waarin we kennis vanuit het RIVM letterlijk bij de beleidsmedewerkers op tafel legden. Zo'n 600 adviezen en adviesjes brachten we per jaar uit over een groot aantal onderwerpen rondom volksgezondheid en zorg. Dit was in de tijd van minister Borst die een lans brak voor *evidence based policy*.

Onderzoek laat zien dat de doorwerking van kennis vooral goed gaat als de makers van die kennis al tijdens het maakproces contact hebben met de groep waarvoor die informatie bedoeld is. In die traditie staan veel mensen bij VTV. De *trusted advisor* die geduldig kennis aan tafel brengt, is de VTV'er op het lijf geschreven. Soms met direct effect, soms met wat vertraging. ●

‘Daar heeft iedereen iets aan’

Martin van Rijn over de VTV

Tussen 2003 en het voorjaar van 2007 was ik directeur-generaal curatieve zorg bij het ministerie van VWS. In deze rol heb ik zowel de Zorgbalans als de VTV regelmatig gebruikt. De VTV was voor mij dus niet nieuw toen ik aantrad als staatssecretaris. De VTV is betrouwbaar en gezaghebbend. Dat is belangrijk, want bij het maken van gezondheidsbeleid wil je kunnen inspelen op de toekomst. Dan heb je een goed instrument nodig en dat is de VTV. Daarmee is het ook van invloed op hoe we omgaan met gezondheidsbeleid en preventie. Denk bijvoorbeeld aan het formuleren van de doelen zoals gesteld in het Nationaal Programma Preventie (NPP), die we onder andere via de VTV ook monitoren, om te kijken of we op de juiste route liggen.

Van de VTV mag – en kun – je verwachten dat het een helder toekomstbeeld schetst, dat de cijfers op orde zijn en dat je er op kunt vertrouwen. Want alleen daarmee kunnen we de zorg verder verbeteren.

Het samenhangende beeld van ontwikkelingen en trends die je in de VTV vindt, is essentieel voor het maken van beleid. Het geeft een totaalplaatje van gezondheid van Nederland. Natuurlijk kan er op het gebied van gezondheid en de zorg een aantal zaken beter, maar we hebben ook heel veel om trots op te zijn. De VTV levert de ingrediënten om heel gericht iets aan en voor gezondheid in Nederland te kunnen doen. En daar heeft iedereen iets aan. ●



Staatssecretaris Martin van Rijn

Gebruikers


over het belang van de VTV

“ ZonMw ziet telkens uit naar de VTV omdat deze voor ons zoveel nuttige informatie bevat. Het epidemiologisch basismateriaal is voor ons van belang voor de onderbouwing van onze onderzoeksprogramma's en de door de VTV gesignaleerde hiaten in kennis zijn uitermate belangrijk omdat wij daarmee rekening kunnen houden bij het prioriteren van onderwerpen in onze onderzoeksprogramma's.

ZonMw

“ De VTV speelt een belangrijke rol in al onze opleidingen in de publieke gezondheid: in de verschillende modulen komen gastsprekers van de VTV vertellen hoe de VTV is ontstaan, is opgebouwd en welke informatie hij bevat. We gebruiken een videocollege over determinanten van gezondheid én de deelnemers spelen een keer de VTVinzAction-game. Daarnaast stimuleren we de deelnemers veel gebruik te maken van de VTV (bijvoorbeeld rapporten, filmpjes, websites) in hun verschillende moduleopdrachten. We zien terug dat de deelnemers er ruim gebruik van maken.

NSPOH



“ VTV geeft ons een integraal beeld van hoe het er voor staat met de gezondheid van mensen. Deze informatie is zeer belangrijk voor gemeenten en GGD'en. Om beleid op te baseren en vooral om zoveel mogelijk werk te maken van het voorkomen van gezondheidsproblemen. GGD'en hebben samen met het RIVM het concept ontwikkeld voor een regionale VTV-rapportage. Met een regionale VTV krijgen beleidsmakers een integraal beeld van de gezondheidstoestand van de lokale bevolking én goed zicht op welke factoren van invloed zijn op gezondheidsproblemen en hoe deze factoren elkaar beïnvloeden. Daarmee is de VTV van grote waarde voor beleidsmakers.

”
GGD GHOR Nederland

“ Bij de voorbereiding van adviestrajecten van de Gezondheidsraad werd en wordt vaak dankbaar gebruik gemaakt van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Naast gegevens uit andere bronnen belichten deze verkenningen het voor ons zo belangrijke perspectief van onze eigen nabije toekomst.

”
Gezondheidsraad

De VTV: 25 jaar oud én toekomstbestendig!

De VTV is een bijzonder product. Een periodieke, geïntegreerde rapportage over de volksgezondheid met een wettelijke basis en een duidelijke rol in de beleidscyclus is uniek in Europa. Buitenlandse collega's werpen ons met regelmaat jaloerse blikken toe. Zoals uit de vele mooie verhalen in dit magazine blijkt, is de VTV waardevol en lastig tegelijk. Waardevol omdat het een bron van informatie is voor beleid, onderwijs, onderzoek en praktijk. Lastig omdat het lijntje tussen het geven van beleidsrelevante informatie en het geven van beleidsadviezen soms dun is. Daarom is interactie met de opdrachtgever, het ministerie van VWS, bij iedere VTV een heel belangrijk aspect geweest.

Deze interactie is voor de huidige VTV misschien wel van nog meer belang. De VTV-2018 heeft namelijk vergeleken met de vorige edities een duidelijk ander signatuur. We schetsen nog steeds een geïntegreerd, breed beeld van belangrijke ontwikkelingen in volksgezondheid en zorg. Maar waar de vorige VTV's bestonden uit een balansdeel (wat is de huidige toestand?) en een op de toekomst gericht deel (waar gaan we naartoe?), kijkt de VTV-2018 alleen naar de toekomst. Een echte Toekomst Verkenning dus!

Zo'n 'VTV nieuwe stijl' vraagt inspanning van de makers én van de opdrachtgever: hoe selecteren we relevante thema's, welke scenariotechnieken kunnen we het beste toepassen, hoe vertalen we de uitkomsten van de analyses en projecties het beste in handvatten voor beleid en praktijk, en hoe geven we ze een goede plek in het beleidsproces? Een spannend traject dus, met uitdagingen, maar ook kansen. Kansen om het toekomstverkennde aspect van de VTV te verstevigen en goed aan te laten sluiten bij de behoeften van de vele gebruikers van de VTV.

Zoals uit dit magazine blijkt, hoort verandering bij de VTV. Het product is door de jaren heen steeds mee veranderd met de tijdgeest om de bruikbaarheid en relevantie te waarborgen. Daarom is ook deze VTV weer anders. En de VTV-2022 zal er ook weer anders uitzien, dat durven we wel te voorspellen! ●

Henk Hilderink en Marieke Verschuuren
Projectleiders VTV-2018



De VTV-2018 komt eraan!

De VTV-2018 bestaat uit verschillende onderdelen.
Wanneer verschijnt wat?

Trendscenario	Juli 2017
Magazine: 25 jaar VTV	Juli 2017
Themaverkenning: Technologie van de toekomst	Eind 2017
Themaverkenning: Bredere determinanten van gezondheid	
Themaverkenning: Zorgvragers van de toekomst	
Eindrapportage	Medio 2018



Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

juli 2017

De zorg voor morgen
begint vandaag

