



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

**Themaverkenning De zorgvraag van de
toekomst VTV-2018: achtergronden en
methodologie**

Colofon

Dit is een achtergronddocument bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018

© RIVM

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.

Dit is een uitgave van:
**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Inhoudsopgave

1	Inleiding — 5	
1.1	De VTV-2018 — 5	
1.2	Samenhang themaverkenningen met andere VTV-producten — 5	
1.3	Doel en opzet van deze themaverkenning — 5	
2	Conceptueel kader — 7	
2.1	Een beleidsarm perspectief — 7	
2.2	Andersen & Newman: model voor zorggebruik en zorgvraag — 7	
2.3	Zorgvraag, zorgbehoefte, zorggebruik en zorgaanbod — 9	
3	Identificatie en selectie van relevante ontwikkelingen	10
3.1	Demografie en epidemiologie — 10	
3.2	Maatschappelijke ontwikkelingen — 10	
3.3	Ontwikkelingen in het zorgaanbod — 11	
3.4	Van geselecteerde ontwikkelingen naar verhaallijnen voor webartikelen — 12	
4	Projecties — 16	
4.1	Webartikel: ouderdomsziekten zorgen voor grote druk op zorgverleners en zorgsysteem — 16	
4.2	Webartikel: bij ouderen komt problematiek op het gebied van gezondheid en welzijn samen — 17	
5	Delphi-onderzoek zorgvraag van ouderen in 2040	21
5.1	Delphistudie — 21	
5.2	Selectie van het expertpanel — 21	
5.3	Onderzoeksprocedure — 22	
5.4	Criteria voor consensus — 22	
6	Team Zorgvraag van de toekomst en geraadpleegde experts — 23	
6.1	RIVM team — 23	
6.2	Geraadpleegde experts — 23	

1 Inleiding

1.1 De VTV-2018

De vierjaarlijkse Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) geeft inzicht in de belangrijkste toekomstige maatschappelijke opgaven op het gebied van ziekte en gezondheid, gezondheidsdeterminanten, preventie en gezondheidszorg in Nederland. De volgende editie van de VTV is de VTV-2018. De VTV-2018 bestaat uit meerdere producten:

- Het [Trendscenario](#).
- [Themaverkenningen](#) over:
 1. De zorgvraag van de toekomst.
 2. Bredere determinanten van gezondheid.
 3. Technologie.
- Een integratieve eindrapportage (verwachte publicatiedatum juni 2018).

In dit document worden de achtergronden en gebruikte methoden voor de themaverkenning over de Zorgvraag van de toekomst beschreven.

1.2 Samenhang themaverkenningen met andere VTV-producten

Het Trendscenario bestaat uit demografische en epidemiologische projecties en is de kwantitatieve basis van de VTV. Naast epidemiologie en demografie zijn er veel meer toekomstige ontwikkelingen die relevant zijn voor volksgezondheid en zorg. Deze ontwikkelingen en hun effecten zijn echter vaak moeilijk te kwantificeren en te projecteren. Daarom worden enkele voor de toekomst relevante ontwikkelingen op kwalitatieve wijze verkend in drie themaverkenningen, als aanvulling op het Trendscenario. Kwalitatief wil hier zeggen vooral gebaseerd op literatuur en expert opinion (en dus beschrijvend van aard), en niet op data en berekeningen.

Zowel het Trendscenario als de themaverkenningen geven antwoord op de vraag: 'wat komt er op ons af?'. Voor het in kaart brengen wat er op ons af komt hanteert de VTV-2018 een tijdshorizon tot 2040. In de eindrapportage zal vervolgens ingegaan worden op: 'wat betekent dit?'; wat zijn de belangrijkste opgaven voor de toekomst en wat kunnen we daar aan doen?

1.3 Doel en opzet van deze themaverkenning

In deze rapportage verkennen we aan aantal belangrijke toekomstige ontwikkelingen in de zorgvraag en wat dat kan betekenen voor de zorg. Daarbij kijken we zowel naar mogelijke consequenties voor de individuele zorgverlener als naar de gevolgen voor het zorgsysteem. Met betrekking tot het laatste kijken we onder andere naar wat de geschetste ontwikkelingen betekenen voor het zorggebruik in de toekomst. Waar mogelijk kwantificeren we dit via demografische projecties. We hanteren hierbij een brede definitie van zorg en kijken naar zowel *formele* zorg, zoals eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg of verpleeghuiszorg, als naar *informele* zorg, zoals zelfzorg en mantelzorg. Daarnaast wordt ook gekeken naar de raakvlakken met het sociale

domein, bijvoorbeeld met betrekking tot participatie, inkomen, onderwijs en werk.

De geselecteerde ontwikkelingen worden in deze verkenning samengebracht in de volgende hoofdthema's, die ieder zijn uitgewerkt in een webartikel:

- Andere zorgvraag door betere behandelingen.
- De mentale druk op jongeren lijkt toe te nemen.
- Patiënten doen steeds meer zelf.
- Ouderdomsziekten zorgen voor grote druk op de zorg.
- Kwetsbare ouderen hebben een complexe zorgvraag.

Deze rapportage is signalerend van aard en beoogt niet uitputtend te zijn. Er wordt daarom een selectie van relevante ontwikkelingen gepresenteerd, die vervolgens op hoofdlijnen worden beschreven. Een verantwoording voor hoe deze selectie tot stand is gekomen vindt u in dit document. Daarnaast vindt u hier informatie over de methoden die zijn gebruikt voor het maken van de projecties voor deze verkenning.

2 Conceptueel kader

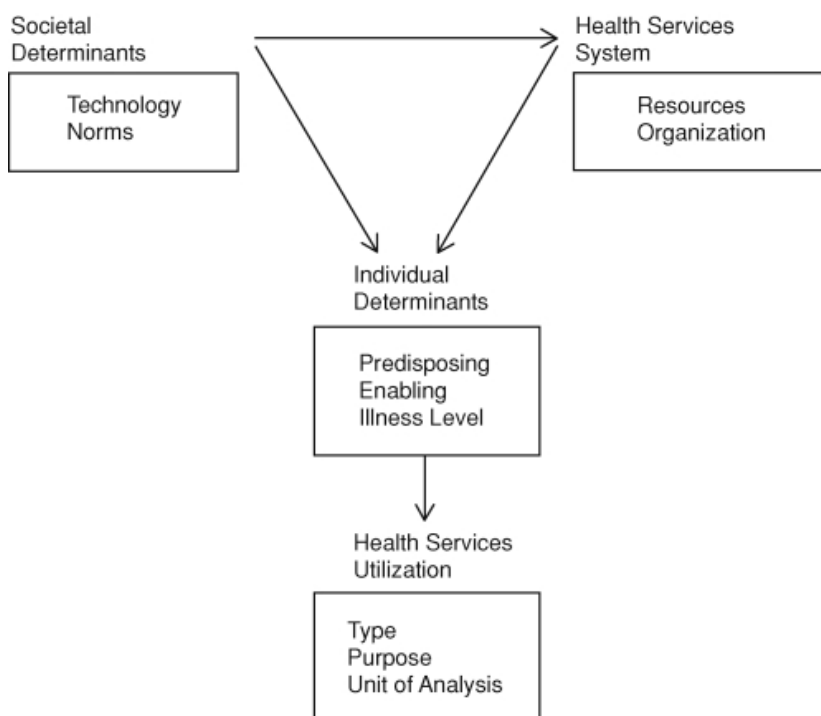
2.1 Een beleidsarm perspectief

In de themaverkenning *Zorgvraag van de toekomst* hanteren we een beleidsarm perspectief. Dat betekent dat we ervan uit gaan dat historische trends zich onveranderd voortzetten en dat er geen nieuw of geïntensiveerd beleid gevoerd zal worden. Op deze manier kunnen de maatschappelijke opgaven voor de toekomst in beeld gebracht worden. Dit houdt onder andere in dat we bij het schetsen van zorgvraag en -gebruik, en de mogelijke consequenties daarvan voor de zorg, zijn uitgegaan van de huidige inrichting van de gezondheidszorg. Dit betekent niet dat er geen oog is voor beleidsmatige of maatschappelijke ontwikkelingen die mogelijk leiden tot verschuivingen in functies en taken tussen zorgverleners, het ontstaan van nieuwe zorgberoepen of andere manieren van organiseren van zorg. Een deel van die ontwikkelingen zal ook in deze themaverkenning aan de orde komen. Hoe deze ontwikkelingen in de komende 25 jaar hun weerslag zullen vinden, is echter lastig in te schatten. Een projectie van bijvoorbeeld het aantal huisartsconsulten voor een bepaalde aandoening moet in deze verkenning daarom gezien worden als een indicatie van wat toekomstige veranderingen in de zorgvraag betekenen voor het zorggebruik. Het wil niet zeggen dat deze zorgvraag in toekomst (ook) in de eerstelijns opgevangen zou moeten worden.

2.2 Andersen & Newman: model voor zorggebruik en zorgvraag

De zorgvraag van mensen wordt door veel verschillende factoren beïnvloed die vaak deels met elkaar samenhangen. Om grip te krijgen op de belangrijkste factoren, is gebruik gemaakt van het model van Andersen & Newman¹. Dit is een verklarend model voor zorggebruik (figuur 1). Het omvat de drie clusters van verklarende factoren: individuele determinanten (gezondheidstoestand, geslacht, leeftijd en gezondheidsvaardigheden), maatschappelijke determinanten (normen en waarden, technologie) en determinanten op het gebied van het zorgaanbod (toegankelijkheid, organisatiestructuur).

¹ Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Quarterly*. 2005;83(4): DOI: doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x



Figuur 1. Model van Andersen & Newman (bron: voetnoot 1)

Het model van Andersen & Newman is in eerste plaats ontwikkeld om zorggebruik op individueel niveau door te rekenen. Dit is niet wat deze verkenning beoogt. Toch biedt het een bruikbaar raamwerk voor het verkennen van toekomstige ontwikkelingen met betrekking tot de zorgvraag op populatieniveau. Het model is daarbij vooral gebruikt om belangrijke clusters van beïnvloedende factoren te identificeren. Op basis van het model van Andersen & Newman zijn voor deze themaverkenning drie clusters van relevante factoren geïdentificeerd die als onderliggende structuur zijn gebruikt. Dit zijn:

1. Populatiekenmerken (o.a. demografische en epidemiologische ontwikkelingen).
2. Maatschappelijke ontwikkelingen (o.a. gendervraagstukken, etnische diversiteit, denkbeelden over gezondheid en zorg).
3. Ontwikkelingen in het zorgaanbod (o.a. nieuwe vormen van zorg, andere organisatie van zorg).

Voor populatiekenmerken en de belangrijkste ontwikkelingen in demografie en epidemiologie baseren we ons op het Trendscenario, en dan vooral de ontwikkelingen in ziekte en sterfte. Om de belangrijkste maatschappelijke ontwikkelingen in kaart te brengen, is een aantal experts geïnterviewd. De relevante ontwikkelingen die uit deze gesprekken naar voren kwamen zijn getoetst aan en aangevuld met literatuur. Bij het in kaart brengen van de maatschappelijke ontwikkelingen is ook nauw samengewerkt met het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). De ontwikkelingen in het zorgaanbod zijn in kaart gebracht aan de hand van twee expertsessies (één met interne en één met externe deskundigen) en een *quick scan* van toekomstvisies van brancheorganisaties uit de zorg. Bij de externe raadpleging waren zorgaanbieders, beleidsmakers, belangen- en koepelorganisaties en

wetenschappers aanwezig. Op deze manier zijn binnen elk van de drie groepen factoren de meest relevante ontwikkelingen geïdentificeerd. Deze zijn vervolgens geclusterd in de vijf hoofdthema's die in de vorige paragraaf genoemd zijn. De uitgewerkte webartikelen zijn daarna getoetst tijdens een expertsessie waarbij een bredere vertegenwoordiging van wetenschappers en partijen uit het gezondheidszorgveld aanwezig waren.

2.3 **Zorgvraag, zorgbehoefte, zorggebruik en zorgaanbod**

Wanneer is er sprake van zorgvraag, en hoe komt die tot stand? In de gezondheidszorg is het gebruikelijk om zorgvraag te zien als een proces dat kan worden onderverdeeld in verschillende onderdelen: zorgbehoefte, zorgvraag en zorggebruik. Deze onderdelen hangen nauw met elkaar samen en kunnen lang niet altijd goed van elkaar worden onderscheiden. In deze verkenning wordt het volgende verstaan onder de begrippen zorgbehoefte, -vraag, -gebruik.

Zorgbehoefte duidt in de eerste plaats op een (vaak onuitgesproken) verwachting van een individu of een groep mensen dat een medische interventie iemand kan helpen bij het beter worden, gezond blijven of met het leven met een aandoening. Deze zorgbehoefte leidt vaak – maar niet altijd – tot een concrete zorgvraag: een daadwerkelijke gearticuleerde/uitgesproken vraag naar zorg door de patiënt, zijn familie of een zorgprofessional. De grens tussen zorgbehoefte en zorgvraag is fluïde en daardoor vaak lastig te trekken en beide termen worden door elkaar gebruikt. Onder zorggebruik verstaan we alle medische 'consumptie' door mensen, inclusief het gebruik van welzijnsvoorzieningen. Het is hierbij goed om op te merken dat niet iedere zorgbehoefte en -vraag ook uiteindelijk tot feitelijk gebruik van zorg².

Zorgaanbod wijst op alle beschikbare vormen van zorg, zowel formeel als informeel, waarvan mensen gebruik kunnen maken. Omdat in de gezondheidszorg het zorgaanbod – nieuwe behandelmogelijkheden of nieuwe technologie – vaak ook een vraag creëert (aanbodgeïnduceerde vraag), hebben we dit als aparte verklarende factor voor zorggebruik in deze verkenning meegenomen³.

² Ploch T, Juttman RE, Klazinga NS, Mackenbach JP, eds. Handboek gezondheidszorgonderzoek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2007.

³ Pomp M. Aanbodgeïnduceerde vraag: feit of fictie? Onderzoeksrapport voor de ministeries van Economische Zaken en Financiën. Den Haag: Ministerie van Economische Zaken en Ministerie van Financiën; 2009.

3 Identificatie en selectie van relevante ontwikkelingen

3.1 Demografie en epidemiologie

Zoals hierboven genoemd dient het Trendscenario van de VTV-2018 als basis voor de selectie van de belangrijkste ontwikkelingen in de populatie die relevant zijn voor de zorgvraag van de toekomst. Eén ontwikkeling die overduidelijk uit het Trendscenario naar voren komt, is de 'dubbele vergrijzing': een toename van zowel het aantal ouderen (65+) als het aantal oude ouderen (80+). Dit leidt onder andere tot een forse stijging van het aantal mensen met ouderdomsziekten en multimorbiditeit.

Het Trendscenario beschrijft ongeveer 60 toekomstige ontwikkelingen. Om te komen tot een handzame selectie van relevante ontwikkelingen voor deze verkenning is daarom gekozen om vooral te kijken naar ontwikkelingen in de ziektelast. Dit is een maat voor gezonde levensjaren die verloren gaan door ziekte (ziektejaarequivalenten) of vroegtijdig overlijden (verloren levensjaren). Hoe groter de impact van een aandoening en hoe groter het aantal mensen met de aandoening, hoe hoger de ziektelast. Uit de ziektelastprojecties blijkt dat psychische aandoeningen de diagnosegroep is die in 2040 de grootste ziektelast zal veroorzaken, gevolgd door hart- en vaatziekten en nieuwvormingen (kanker). Wat verder opvalt, is de sterke toename van de ziektelast door dementie; deze stijgt van de tiende plek in de ranglijst van 2015 van specifieke aandoeningen die de meeste ziektelast veroorzaken naar de eerste plek in 2040. Daarnaast laat het Trendscenario ook zien dat het aandeel mensen met minimaal één chronische aandoening toeneemt van 50% van de Nederlandse bevolking in 2015 naar 54% in 2040. In absolute termen betekent dit een stijging van 8,5 miljoen mensen in 2015 naar 9,8 miljoen in 2040.

3.2 Maatschappelijke ontwikkelingen

In samenwerking met het SCP zijn maatschappelijke ontwikkelingen geïdentificeerd die het meest relevant zijn voor de zorgvraag van de toekomst. Bij de selectie van thema's dienden de zogenaamde 'vijf i's van Paul Schnabel' als leidraad. Deze 'vijf i's' verwijzen naar bredere sociaal-culturele processen die door het SCP en CPB in 2000 werden ontwikkeld om maatschappelijke veranderingen te identificeren, te verklaren en in perspectief te plaatsen⁴. Het gaat hierbij om de op elkaar ingrijpende processen van Individualisering, Informalisering, Informatisering, Internationalisering en Intensivering.

Aan de hand van een sneeuwbalonderzoek (*snow ball search*) in de (grijze) literatuur en gesprekken met enkele deskundigen binnen en buiten het RIVM is verkend hoe deze bredere maatschappelijke processen zich verhouden tot ontwikkelingen in en rond de

4 SCP, CPB. Trends, dilemma's en beleid; essays over ontwikkelingen op langere termijn. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau en Centraal Planbureau; 2000.
<https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/trends-dilemmas-en-beleid-essays-over-ontwikkelingen-op-langere-termijn.pdf>

gezondheidszorg van de afgelopen tien jaar. Hierbij kwamen de volgende combinaties van thema's veelvuldig naar voren (zie ook kolom 2, Tabel 1): toenemende mondigheid en consumentisme onder patiënten, minder vertrouwen in zorgprofessionals, hoge verwachtingen van zorg en maakbaarheid, veranderende omgang met nieuwe technologie, diagnostiek en behandelmogelijkheden, meer aandacht voor genderspecifieke zorg, grotere etnische diversiteit en interculturalisatie in de zorg, roep om meer eigen regie van de patiënt. Over deze thema's is vervolgens met externe deskundigen gesproken over vragen als: waar komt het verschijnsel vandaan? Neemt het toe of af en bij wie/welke groep? En wat betekent dit uiteindelijk voor zorgprofessionals en de gezondheidszorg in de toekomst?

3.3 Ontwikkelingen in het zorgaanbod

Aan de hand van gesprekken met interne en externe deskundigen en een *quick scan* van toekomstvisies van brancheorganisaties zijn de ontwikkelingen in het zorgaanbod tot 2040 in kaart gebracht. Deze zijn vervolgens door het projectteam teruggebracht tot een cluster van vier hoofdontwikkelingen, te weten:

- Nieuwe technologie (onder andere personalized medicine, gentech).
- Veranderende relatie arts-patiënt/patiëntgerichte zorg (vraaggestuurd i.p.v. aanbodgestuurd).
- Meer focus op zorg thuis gecombineerd met een verdere specialisatie van zorg in ziekenhuizen.
- Meer aanbod/andere (private) aanbieders en meer diversiteit (nieuwe zorgvormen), maar minder personeel/krapte op de (zorg)arbeidsmarkt.

Deze zijn vervolgens gebruikt bij het schrijven van de vijf verhaallijnen.

Omdat we inzicht willen krijgen in de ontwikkelingen in de zorg in brede zin, dus ook ouderenzorg en publieke gezondheidszorg, hebben we geprobeerd een zo divers mogelijke groep van deskundigen te raadplegen. De deskundigenraadpleging vond plaats via twee bijeenkomsten: een met interne RIVM-deskundigen (april 2016) en een met externe deskundigen (september 2016). De Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) kon niet bij deze laatste bijeenkomst zijn. Om ervoor te zorgen dat zo min mogelijk perspectieven ontbraken, hebben we daarom een aanvullend interview (november 2016) gehouden met een afgevaardigde van de LHV.

Bij de *quick scan* van de grijze literatuur (zomer 2016) hebben we gezocht op toekomstvisies van brancheorganisaties. Als uitgangspunt hebben we de brancheorganisaties gebruikt die genoemd zijn in Boot (2015)⁵. Daarnaast is er ook online gezocht met de trefwoorden 'brancheorganisatie' en sector (bijvoorbeeld 'acute zorg'). Het begrip brancheorganisatie wordt ook wel als synoniem gebruikt voor beroepsvereniging. Er zijn echter veel meer beroepsverenigingen dan brancheorganisaties. Zie Boot (2015) voor een beschrijving van de verschillen tussen beide.

⁵ Boot JMD. Organisatie van de gezondheidszorg. 3de ed. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2015.

Vervolgens is op de site van deze brancheorganisaties gezocht naar visiedocumenten met de trefwoorden: visiedocumenten, toekomstvisie of toekomstverkenning. Alleen toekomstvisies vanaf 2010 zijn geïncludeerd. Zogenaamde visiestukken op de site (in het kader van de missie en visie van een organisatie) zijn buiten beschouwing gelaten.

Uiteindelijk zijn er 5 toekomstvisies gebruikt. Het gaat om:

- NVZ - Zorg voor 2020⁶;
- Actiz - Zorg van morgen⁷;
- LHV en NHG – Toekomstvisie huisartsenzorg⁸;
- KNMP - Toekomstvisie Farmaceutische patiëntenzorg 2020⁹;
- GGZ Nederland - Meerjarenvisie GGZ Nederland 2013-2020¹⁰.

Deze publicaties zijn aangevuld met referenties naar aanvullende toekomstvisies uit deze publicaties die tevens door deskundigen meerdere keren werd genoemd. Dit betrof één publicatie, te weten de publicatie Diagnose 2025 van bureau BeBright¹¹. Dit is verder aangevuld met informatie uit de lezing van A. Bakas bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (eind november 2016) over zijn boek *Ziel in de zorg* waarin hij ook toekomsttrends beschrijft. Voor de volledigheid is zijn vorige boek uit 2011 *De toekomst van gezondheid*¹² op hoofdlijnen bekeken. Daarnaast werden we door deskundigen nog gewezen op het *Visiedocument Medisch Specialist 2025 – ambitie, vertrouwen, samenwerken* van de Federatie Medisch Specialisten (2017)¹³.

De informatie uit de in totaal negen publicaties is vervolgens naast de informatie uit de gesprekken met deskundigen gelegd om de belangrijkste ontwikkelingen te identificeren (zie kolom 3, Tabel 1). Hierbij moet opgemerkt worden dat de meeste toekomstvisies een minder lange tijdshorizon gebruiken dan de VTV; veel kijken vooruit tot 2020-2025.

3.4 Van geselecteerde ontwikkelingen naar verhaallijnen voor webartikelen

In navolging van het model van Andersen en Newman hebben we vervolgens demografische en epidemiologische trends, maatschappelijke

6 NVZ. Zorg voor 2020. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen; 2016.

<http://www.zorgvoor2020.nl/>

7 Actiz. Zorg van morgen. Ondernemerschap in een stroomversnelling. Visie op zorg in 2025. Utrecht: Actiz; 2015. file:///C:/Users/vonkr/AppData/Local/Temp/brochure_zorg_van_morgen.pdf-1.pdf.

8 LHV, NHG. Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022.

Utrecht: Landelijke Huisartsenvereniging en Nederlands Huisartsengenootschap; 2012. http://www.tkv2022.nl/wp-content/uploads/2012/11/LHV001-37-Toekomstvisie-Totaal-Binnenwerk_021112_WWW.pdf.

9 KNMP. Toekomstvisie Farmaceutische Patiëntenzorg 2020 Den Haag: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie; 2014. <https://www.knmp.nl/patientenzorg/toekomstvisie/toekomstvisie-farmaceutische-patientenzorg-2020>.

10 GGZ Nederland. Meerjarenvisie GGZ Nederland 2013-2020. De ggz in beweging. Amersfoort: GGZ Nederland; 2013. <http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/2013-396%20meerjarenvisie%20GGZN.pdf>

11 Idenburg PJ, Schaik Mv, Zuiderveld S. Diagnose 2025: over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg. Schiedam: Scriptum; 2012.

12 Bakas A. De toekomst van gezondheid megatrends over gezond leven en waardig sterven. Schiedam: Scriptum; 2011.

13 FMS. De medisch specialist 2025 : visiedocument : ambitie, vertrouwen, samenwerken. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten; 2017.

<https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Visiedocument%20Medisch%20Specialist%202025-DEF.pdf>

ontwikkelingen en ontwikkelingen in het zorgaanbod geclusterd (zie onderstaande tabel).

Tabel 1: demografische, epidemiologische, maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in het zorgaanbod

Demografische en epidemiologische ontwikkelingen	Maatschappelijke ontwikkelingen	Ontwikkelingen in het zorgaanbod
<ul style="list-style-type: none"> • Vergrijzing en toename van het aantal oude ouderen waardoor een forse toename in het vóórkomen van ouderdomsziekten en multimorbiditeit; • Blijvende grote ziektelast ten gevolge van psychische aandoeningen, hart- en vaatziekten en nieuwvormingen (kanker); • Stijging van het aantal mensen met één of meer chronische aandoeningen, ook op jongere leeftijd 	<ul style="list-style-type: none"> • Toenemende pluriformiteit; • Toenemende verwachtingen van de zorg en minder acceptatie van ziekte en ongemak; • Veranderende rol van de patiënt in het zorgproces; • Toenemende verschillen in omgang met technologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Nieuwe technologie, zoals <i>personalized medicine</i> en gentechnologie, zorgen voor betere zorg maar kennen ook uitdagingen. • De relatie tussen arts-patiënt verandert • Zorg wordt steeds meer vraaggestuurd • Meer focus op de behandeling van patiënten thuis • Er komen meer private aanbieders op de markt • De diversiteit van (nieuwe) zorgvormen groeit • Krapte op de (zorg)arbeidsmarkt

Op basis van deze ontwikkelingen zijn vervolgens overkoepelde thema's voor webartikelen gedefinieerd die zoveel mogelijk van deze ontwikkelingen meenemen of illustreren. Deze thema's zijn vervolgens aan de hand van literatuur verder uitgewerkt in webartikelen. De thema's voor de webartikelen zijn:

Verhaallijn: ouderdomsziekten zorgen voor grote druk op zorgverleners en zorgsysteem

Door de vergrijzing zal het aantal mensen met ouderdomsziekten zoals artrose, gezichts- en gehoorstoornissen, de ziekte van Parkinson en dementie fors toenemen. Vooral dementie veroorzaakt veel ziektelast en heeft een grote impact, zowel op het leven van de patiënt als op het leven van zijn omgeving en op de zorg. Deze aandoening lichten we er daarom specifiek uit. Daarnaast beschrijven we ook het effect van het dalend aantal mantelzorgers in combinatie met meer alleenwonende ouderen. Rond de zorg voor ouderen met dementie zien we tevens meer

cultuurspecifieke zorg ontstaan voor migrantenouderen met dementie. Ook is er in de sector van langdurige zorg sprake van veel nieuwe zorgvormen, dreigende personeelstekorten en speelt er rond dementie veel rond het aanpassen van de leefomgeving.

Verhaallijn: bij ouderen komt problematiek op het gebied van gezondheid en welzijn samen

Naast de toename van het aantal mensen met ouderdomsziekten, zorgt de vergrijzing ook voor een groei van de groep kwetsbare ouderen waarbij vaak verschillende soorten problemen samenkomen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om chronische aandoeningen en multimorbiditeit, incontinentie, polyfarmacie en eenzaamheid. Dit levert vaak een complexe, domeinoverstijgende zorgvraag op, waarbij ook rekening moet worden gehouden met toenemende en nieuwe verschillen tussen ouderen (wel/niet technisch vaardig, groot/klein sociaal netwerk, veel/weinig eigen regie, wel/geen acceptatie van ziekte of gebrek) die vaak ook hun weerslag krijgen in verschillen in zorgvraag. Ook hier speelt het vraagstuk van dreigende personeelstekorten, nieuwe techniek en de beweging richting *patient-centered care*.

Verhaallijn: andere zorgvraag door nieuwe en betere behandelingen

Aandoeningen zoals kanker en hart- en vaatziekten blijven ook in de toekomst een belangrijk volksgezondheidsprobleem. Door de steeds betere behandeling verandert echter wel de aard van het probleem en ook de zorgvraag. Er komen steeds meer mensen die deze aandoeningen overleven en daarmee last krijgen van langetermijneffecten van de aandoening en/of behandeling. Bij bepaalde vormen van kanker zijn deze langetermijneffecten al goed zichtbaar en onderzocht. Daarom lichten we kanker er in dit verhaal uit. Hogere overleving leidt bij deze patiëntgroep niet tot het verdwijnen, maar tot het veranderen van de zorgvraag. Vaak is deze vraag meer sociaal van aard, en gaat het om participatie. Tegelijkertijd zien we bij kanker een verschuiving van de zorg naar de thuissituatie en zijn er juist binnen de oncologische zorg snelle ontwikkelingen op het gebied van *personalized medicine*.

Verhaallijn: patiënten doen steeds meer zelf

De komende decennia neemt het aantal mensen met chronische aandoeningen toe, onder andere door de vergrijzing – maar sommige chronische aandoeningen verschuiven naar jongere leeftijd. Zelfmanagement wordt hierdoor steeds belangrijker. Dit is de actieve rol die de mensen met een chronische aandoening moeten (en vaak ook willen) spelen om de aandoening goed in te passen in het dagelijks leven en in medisch opzicht onder controle te houden. Zelfmanagement verandert de klassieke verhouding tussen arts en patiënt. De discussie rond zelfmanagement raakt bijvoorbeeld aan de sterker wordende wens van patiënten om zorg meer te organiseren rond hun eigen wensen én om serieus te worden genomen als (ervarings)deskundige. Zelfmanagement gaat echter niet vanzelf en is ook niet voor iedereen weggelegd. Niet iedereen kan of wil een actieve rol spelen, en daarvoor is blijvende aandacht nodig.

Verhaallijn: de mentale druk op jongeren neemt toe

Ook in de toekomst zullen psychische aandoeningen een hoge ziektelast veroorzaken. Dit komt enerzijds door demografische ontwikkelingen (vergrijzing, bevolkingsgroei), maar ook sociaal-culturele ontwikkelingen (toename van het aantal mensen met een migratieachtergrond) zullen de zorgvraag voor psychische aandoeningen beïnvloeden. Daarnaast zijn er signalen dat er nieuwe ontwikkelingen zijn die de psychische gezondheid van vooral jongeren en jongvolwassenen beïnvloeden, zoals een toenemende prestatiedruk en de steeds grotere rol van technologie in het dagelijks leven, met name social media. Aan de andere kant worden deze nieuw technieken ook steeds vaker gebruikt in de geestelijke gezondheidszorg voor preventie en behandeling.

4 Projecties

Veel van de figuren die gebruikt worden in de themaverkenning *Zorgvraag van de toekomst* zijn afkomstig uit het Trendscenario van de VTV-2018. Voor de methode en technieken die gebruikt zijn voor deze figuren, wordt verwezen naar Methodologie Trendscenario VTV-2018 (beschikbaar via: <https://www.vtv2018.nl/document/achtergronddocument-methoden-technieken-en-bronnen-pdf>)

Voor de projecties die specifiek voor deze verkenning zijn uitgevoerd is gebruik gemaakt van dezelfde bevolkingsprognoses als voor het Trendscenario, de Kernprognose 2016-2060 van het CBS. De Kernprognose 2016-2060 beschrijft de verwachte ontwikkeling van de Nederlandse bevolking tussen 2016 en 2060 op basis van veronderstellingen voor kindertal, migratie en sterfte.

In deze themaverkenning zijn voor vier onderwerpen additionele projecties gemaakt: het aantal personen met gebruik van Zorgzwaartepakket (ZZP) 5, het aantal huisartscontacten voor mensen met dementie, het aantal DBC's voor ingrepen voor cataract, heupfractuur, artrose knie en artrose heup, en het aantal SEH-bezoeken. Deze additionele projecties zijn demografische projecties. Bij een demografische projectie worden de relatieve cijfers naar leeftijd en geslacht constant gehouden, en alleen de demografie, dat wil zeggen de omvang en leeftijdsstructuur van de bevolking, verandert. Met een demografische projectie wordt met name zichtbaar gemaakt wat het effect is van een vergrijzende bevolking. Hieronder volgt een korte verantwoording van methode en brongebruik van de vier projecties.

4.1 **Webartikel: Ouderdomsziekten zorgen voor grote druk op de zorg**

Projectie: Personen met gebruik ZZP 5 (Beschermd wonen met intensieve dementiezorg)

Voor de projectie van het aantal personen in de intramurale zorg voor dementerende ouderen is gebruik gemaakt van gegevens van de *Monitor Langdurige Zorg* (MLZ). Langdurige zorg bestaat uit de verpleging en verzorging van ouderen en chronisch zieken, de zorg voor gehandicapten en de langdurige geestelijke gezondheidszorg. De MLZ toont gegevens over langdurige zorg die tot 2015 werd gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Vanaf 2015 wordt de langdurige zorg gefinancierd vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Jeugdwet. De MLZ wordt door het Centraal Bureau voor de Statistiek samengesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Voor de projectie is uitgegaan van het aantal personen met Zorg met verblijf (ZMV) met Zorgzwaartepakket (ZZP) 5 *Beschermd wonen met intensieve dementiezorg*. Er is uitgegaan van gegevens over het

basisjaar 2014, het meest recente jaar met gedetailleerde gegevens. In 2014 waren er ruim 74.200 personen met ZP 5. Vervolgens is op basis van de relatieve leeftijds- en geslachtsspecifieke cijfers een demografische projectie gemaakt.

Projectie: huisartsenzorg voor mensen met dementie

Voor de projectie van het aantal verrichtingen in de huisartsenzorg is gebruik gemaakt van gegevens uit de Eerstelijnsregistratie van het NIVEL, peiljaar 2015¹⁴. Voor de selectie van verrichtingen in de huisartsenpraktijk voor patiënten met dementie is een selectie gemaakt van verrichtingen met ICPC code P70 (Seniele dementie/Alzheimer). Hoewel het wel geregistreerd kan worden, waren er geen geregistreerde verrichtingen voor met betrekking tot de subgroepen P70.01 (Ziekte van Alzheimer) en P70.02 (Multi-infarct dementie). Vervolgens is op basis van deze data een demografische projectie gemaakt.

4.2 **Webartikel: Kwetsbare ouderen hebben een complexe zorgvraag**

Projectie van incontinentie

Voor de projectie van het vóórkomen van incontinentie is gebruik gemaakt van de NIVEL eerste lijn zorgregistratie¹⁵. Hiervoor zijn de 2015 jaarprevalenties gebruikt (ICPC code U04, Urine-incontinentie, exclusief Enuresis (bedplassen)). Een jaarprevalentie geeft aan welke gedeelte van de bevolking in 2015 met incontinentieproblemen geregistreerd stond bij de huisarts. Voor incontinentie is er echter sprake van een substantiële onderregistratie¹⁶. De schatting van de daadwerkelijke prevalentie ligt voor 60 plussers een factor 2 (voor mannen) en 3 (voor vrouwen) hoger dan de registratiewaarden. Deze correctiefactor is toegepast op de 2015 waarden uit de Nivel eerste lijn zorgregistratie. Hierbij is verondersteld dat deze correctiefactor geleidelijk oploopt met de leeftijd, waarbij voor de leeftijden onder de 35 geen correctie is toegepast. Vervolgens zijn de 2015 jaarprevalenties naar leeftijd en geslacht gebruikt als basis voor de demografische projectie.

Projectie: aantal DBC's Cataract, heupfractuur, artrose knie en artrose heup

Voor de verkenning van het aantal DBC's voor ingrepen voor de diagnosegroepen heupfractuur, cataract, artrose-knie en artrose-heup is gebruik gemaakt van gegevens uit het DBC Informatiesysteem (DIS) over de jaren 2012-2015 en van Vektis-gegevens over dezelfde periode. Uit beide bronnen is door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het aantal DBC's voor de vier diagnosegroepen geselecteerd. Basisjaar voor de verkenning was 2015. Er is een demografische projectie gemaakt.

Voor de verkenning zijn vier behandelingen geselecteerd die relatief vaak bij ouderen worden uitgevoerd. Het gaat hierbij om:

¹⁴ Voor verdere onderbouwing, zie: <https://www.nivel.nl/nl/nzr/zorgregistraties-eerstelijns>

¹⁵ Voor verdere onderbouwing, zie: <https://www.nivel.nl/nl/nzr/zorgregistraties-eerstelijns>

¹⁶ NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (Tweede herziening) (noot 3), via:

<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-incontinentie-voor-urine-bij-vrouwen#note-3>

Teunissen TA, Van den Bosch WJ, Van den Hoogen HJ, Lagro-Janssen AL. Prevalence of urinary, fecal and double incontinence in the elderly living at home. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004; 15:10-13.

Van der Vaart CH, De Leeuw JRJ, Roovers JP, Heintz AP. De invloed van urine-continentie op de kwaliteit van leven bij thuiswonende Nederlandse vrouwen van 45-70 jaar. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144:894-7.

- Cataractbehandeling (staar): implanteren van een lens, exclusief behandeling van nastaar.
- Heupoperatie: intra-articulaire operatie van de heup als gevolg van artrose of (reumatoïde) artritis.
- Heupoperatie: intra-articulaire operatie van de heup als gevolg van een heupfractuur.
- Knieoperatie: intra-articulaire operatie van de knie als gevolg van artrose of (reumatoïde) artritis.

We gaan uit van het aantal initiële zorgtrajecten per kalenderjaar op basis van de begindatum van het DBC-zorgproduct. Bij een initieel zorgtraject wordt een nieuwe DBC geopend voor een nieuwe patiënt, een nieuwe diagnose bij een bestaande patiënt, dezelfde patiënt met dezelfde diagnose maar met meer dan een jaar sinds de laatste behandeling, en bij overgang naar een ander type bekostiging. Verder is de selectie gebaseerd op de volgende vier DBC-kenmerken:

- Specialisme: oogheelkunde, orthopedie en heelkunde.
- Typerende diagnose:
 - Cataract;
 - arthrosis bekken/heup/bovenbeen, arthritis/osteomyelitis bekken/heup/bovenbeen;
 - fractuur: femur proximale + collum;
 - arthrosis knie, arthritis knie.
- Zorgproduct. Voor dit onderzoek zijn 18 zorgproducten geselecteerd (zie tabel 2).

Zorgtype: dit typeert het subtraject. Hier is uitgegaan van initieel reguliere subtrajecten, dat is exclusief vervolgzorg die na afsluiten van het initiële zorgtraject werd gestart.

Projectie: aantal SEH-contacten

Bij de projectie van het aantal SEH-contacten is uitgegaan van gegevens van het Letsel Informatiesysteem (LIS) over de periode 2006-2016. Het LIS is een registratie van SEH-bezoeken naar verschillende kenmerken. Het LIS wordt beheerd door *VeiligheidNL*. In 2016 waren er dertien deelnemende SEH-afdelingen van evenzoveel ziekenhuizen. De dertien ziekenhuizen kunnen weer worden onderverdeeld in drie UMC's, één topklinisch ziekenhuis en negen algemene ziekenhuizen. Het LIS geeft het aantal SEH-bezoeken naar 5-jaars leeftijdsklassen, geslacht en reden van het bezoek. Voor de projecties is uitgegaan van het basisjaar 2016. Op basis van deze gegevens is een demografische projectie gemaakt.

Tabel 2: Kenmerken van de selectie van DBC's voor de behandelingen voor cataract, heupoperatie en knieoperatie.

Cataract ⁽¹⁾			
<i>Component</i>	<i>Code</i>	<i>Omschrijving</i>	
Specialisme	0301	Oogheelkunde	
Zorgtype	11	Initieel zorgtraject, reguliere zorg	
Diagnose	554	Cataract	
Zorgproduct	70401002	Complexe cataractoperatie	
	70401008	Standaard cataractoperatie, zonder verpleegdagen	
	70401009	Standaard cataractoperatie, met verpleegdagen	
Artrose/artritis van de heup ⁽²⁾			
<i>Component</i>	<i>Code</i>	<i>Omschrijving</i>	
Specialisme	0305	Orthopedie	
Zorgtype	11	Initieel zorgtraject, reguliere zorg	
Diagnose	1701	Arthrosis bekken/heup/bovenbeen	
	1702	Artritis/osteomyelitis bekken/heup/bovenbeen	
Zorgproduct	131999050	Operatie overig bekken/heup/bovenbeen (zeer) zwaar bij een ziekte van het botspierstelsel	
	131999051	Totale heup operatie/implantatie heupprothese bij artrose, zonder verpleegdagen	
	131999052	Totale heup operatie/implantatie heupprothese bij artrose, met verpleegdagen	
Heupfractuur ⁽³⁾			
<i>Component</i>	<i>Code</i>	<i>Omschrijving</i>	
Specialisme	0305	Orthopedie	
Zorgtype	11	Initieel zorgtraject, reguliere zorg	
Diagnose	3019	Fractuur: femur proximale (+ collum)	
Zorgproduct	199299025	Implantatie totale heupprothese bij heupfractuur, zonder verpleegdagen	
	199299026	Implantatie totale heupprothese bij heupfractuur, met verpleegdagen	
	199299037	Implantatie kop-halsprothese kort bij heupfractuur, zonder verpleegdagen	
	199299038	Implantatie kop-halsprothese kort bij heupfractuur, met verpleegdagen	
	199299043	Operatie heup/bekken intra-articulair bij multitrauma, zonder verpleegdagen	
	199299044	Operatie heup/bekken intra-articulair bij multitrauma, met verpleegdagen	
	199299009	Implantatie kop-hals prothese lang (periprothese fractuur) bij heupfractuur	
	Specialisme	0303	Heelkunde
	Zorgtype	11	Initieel zorgtraject, reguliere zorg
	Diagnose	218	Fractuur femur, proximale (+ collum)
Zorgproduct	199299025	Implantatie totale heupprothese bij heupfractuur, zonder verpleegdagen	
	199299026	Implantatie totale heupprothese bij heupfractuur, met verpleegdagen	
	199299037	Implantatie kop-halsprothese kort bij heupfractuur, zonder verpleegdagen	
	199299038	Implantatie kop-halsprothese kort bij heupfractuur, met verpleegdagen	
199299043	Operatie heup/bekken intra-articulair bij multitrauma, zonder		

199299044	verpleegdagen	Operatie heup/bekken intra-articulair bij multitrauma, met verpleegdagen
199299009	verpleegdagen	Implantatie kop-hals prothese lang (periprothese fractuur) bij heupfractuur

Artrose/artritis van de knie

<i>Component</i>	<i>Code</i>	<i>Omschrijving</i>
Specialisme	0305	Orthopedie
Zorgtype	11	Initieel zorgtraject, reguliere zorg
Diagnose	1801	Arthrosis knie
	1802	Arthritis knie
Zorgproduct	131999103	Totale knie operatie/implantatie knieprothese bij artrose, zonder verpleegdagen
	131999104	Totale knie operatie/implantatie knieprothese bij artrose, met verpleegdagen
	131999147	Operatie overig knie/onderbeen (zeer) zwaar bij een aandoening van botspierstelsel
	131999199	Operatie knie zwaar bij een aandoening van botspierstelsel
	131999251	Operatie knie middel bij een aandoening van botspierstelsel

1) Operatie aan de ooglenzen bij een ziekte van de ooglenzen (70401007) is niet meegenomen.

2) De diagnoses loslating/infectie/malpositie prothese bekken/heup/bovenbeen en avasculaire necrose bekken/heup/bovenbeen zijn niet meegenomen.

3) De diagnoses fractuur bekken/sacrum, fractuur femur overig, fractuur acetabulum, loslating/infectie/malpositie prothese bekken/heup/bovenbeen en avasculaire necrose bekken/heup/bovenbeen zijn niet meegenomen. De zorgproducten "operaties rond de heup", "operatie heup/bekken overig (zeer) zwaar, geen heupfractuur, niet nader gespecificeerd letsel (resp. zonder en met verpleegdagen)", (199299053 en 199299054)" en "complicaties van medische behandeling" zijn niet meegenomen.

5 Delphi-onderzoek zorgvraag van ouderen in 2040

5.1 Delphistudie

In het kader van deze themaverkenning is tussen april 2017 en juni 2017 een Delphi-onderzoek uitgevoerd waarbij een expertpanel werd bevestigd over de effecten van bepaalde mogelijk conflicterende of contrasterende combinaties van trends uit het Trends scenario van de VTV-2018 op de toekomstige zorgvraag van ouderen. De uitkomsten van dit onderzoek zijn waar mogelijk en relevant verwerkt in de verhaallijnen in de vijf webartikelen van de themaverkenning, met name het webartikel over kwetsbare ouderen en hun complexe zorgvraag.

Er is voor de Delphimethode gekozen, omdat er juist weinig harde kennis beschikbaar is over mogelijke effecten op het zorggebruik van het samenspel van bepaalde trends. De Delphitechniek is een wetenschappelijke gefundeerde methode om de kennis en opinies van experts over een bepaald onderwerp op een open en zo objectief mogelijke manier te verzamelen. Op deze manier kan er inzicht worden gekregen in complexe onderwerpen waarvoor geen precieze (kwantitatieve) data voorhanden is¹⁷.

Delphistudies zijn erop gericht om consensus te bereiken binnen een groep deskundigen met een gevarieerde achtergrond. In deze Delphistudie kregen experts per e-mail elk individueel dezelfde vragenlijst voorgelegd. De antwoorden en scores van de eerste vragenlijst werden gebundeld en geanonimiseerd. Deze geaggregeerde en geanonimiseerde resultaten werden weer teruggegeven aan de groep experts. Dit stelde het expertpanel in staat om de antwoorden van de rest van de groep tot zich te nemen en hun antwoord en onderbouwing in de tweede ronde aan te passen. In de tweede ronde kregen de experts precies dezelfde vragenlijst voorgelegd als tijdens de eerste ronde¹⁸.

5.2 Selectie van het expertpanel

In totaal zijn 30 deskundigen op het gebied van ouderen, ouderenzorg en de gezondheidszorg uitgenodigd om deel te nemen aan het expertpanel. Om ook input te krijgen van de 'doelgroep' – de ouderen – zijn er ook enkele vertegenwoordigers uit het Ouderenberaad Zuid-Holland toegevoegd aan het panel. Van de uitgenodigde inhoudsdeskundigen deden er uiteindelijk 20 mee aan de studie. Vanuit het Ouderenberaad werden zes ervaringsdeskundigen (in leeftijd

17 Yousouf MI. Using experts' opinions through Delphi technique. *Practical Assessment Research and Evaluation*. 2007; 12(4). <http://pareonline.net/getvn.asp?v=12&n=4>.

Holloway K. Doing the E-Delphi: using online survey tools. *Comput Inform Nurs*. 2012; 30(7): 347-50. DOI: 10.1097/NXN.0b013e31825e8923

Donohoe H, Stelfox M, Tennant B. Advantages and Limitations of the e-Delphi Technique. *American Journal of Health Education*. 2012; 43(1): 38-46. DOI: 10.1111/jan.13381

18 Day J, Bobeva M. A generic toolkit for the successful management of Delphi studies. *The Electronic Journal of Business Research Methodology*. 2005; 3: 103-16.

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.126.426&rep=rep1&type=pdf>

Houwink EJ, Henneman L, Westerneng M, van Luijk SJ, Cornel MC, Dinant JG, et al. Prioritization of future genetics education for general practitioners: a Delphi study. *Genetics in medicine : official journal of the American College of Medical Genetics*. 2012; 14(3): 323-9. doi: 10.1038/gim.2011.15

variërend van 45 tot 80+) afgevaardigd. De groep deskundigen die de hele studie heeft meegedaan, bestond uit:

- Ervaringsdeskundigen (6);
- demografische kenmerken (4);
- psychologie (1);
- sociaaleconomische kenmerken (1);
- sociaal netwerk (2);
- culturele percepties van ouderen (1);
- gezondheidsvaardigheden (3);
- opvattingen over gezondheid (1);
- organisaties van zorg (2);
- ouderenzorg (4);
- mantelzorg (1).

5.3 Onderzoeksprocedure

De vragenlijst die gebruikt is voor dit onderzoek bestond uit 14 vragen. Elke vraag was gebaseerd op conflicterende combinaties van trends in determinanten van zorggebruik van ouderen zoals beschreven in de literatuur en het Trendscenario van de VTV-2018, met uitzondering van de laatste vraag. De laatste vraag was een open vraag over de karakterisering van toekomstige jonge ouderen. Bij de overige 13 vragen werd steeds gevraagd om de gecombineerde effecten van de genoemde ontwikkelingen te scoren op een 7-punts Likertschaal (1 = zeer grote afname; 7 zeer grote toename). Dit werd gevraagd voor zeven verschillende vormen van zorg: mantelzorg, thuiszorg, huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, verpleeghuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en acute zorg. Er was ook een vraag over inkomenseffecten. Hierin werd ook private zorg meegenomen. Daarnaast werd in de eerste ronde steeds gevraagd om de score toe te lichten of te onderbouwen. In de tweede ronde werd gevraagd of deskundigen konden aangeven om grote veranderingen in hun eerdere scores toe te lichten. De vragenlijst is beschikbaar op aanvraag bij het VTV projectteam.

5.4 Criteria voor consensus

Het doel van de Delphistudie is om consensus te bereiken. De criteria waarop beoordeeld werd of er consensus werd bereikt, werden voor de start van de studie vastgesteld. In de analyse werden de scores 1 en 2 en 6 en 7 werden geclusterd als respectievelijk 'grote afname' en 'grote toename'. De overige categorieën (3 afname/ 4 geen effect / 5 toename) werden apart geanalyseerd. Na de tweede ronde werden de uiteindelijke scores vastgesteld. Volledige consensus werd gedefinieerd als 80% overeenstemming over het verwachte effect. Bij overeenstemming groter of gelijk aan 67% werd gesproken over beginnende consensus. Bij een overstemming over de richting van het effect – minimaal 67% van het panel scoorde dezelfde 'richting' (af- of toename) – werd gesproken over gecombineerde consensus.

Een uitgebreidere beschrijving van de methode (inclusief de vragenlijst) en een bespreking van de resultaten van de Delphistudie vindt u in: W. Ravensbergen. Expected healthcare needs of the future old and oldest old in the Netherlands in 2040 [Master's Thesis Leiden University] 2017. Deze thesis is ook beschikbaar bij het VTV projectteam.

6 Team Zorgvraag van de toekomst en geraadpleegde experts

De VTV-2018 wordt gemaakt door het RIVM in samenwerking en consultatie met vele externe partners. Hieronder ziet u welke RIVM experts aan de themaverkenning hebben meegewerkt, en welke externe experts zijn geconsulteerd.

6.1 RIVM team

- Robert Vonk (themacoördinator);
- Fanny Hakstege;
- Henk Hilderink;
- Geert-Jan Kommer;
- Nikkie Post;
- Willeke Ravensbergen;
- Lany Slobbe;
- Michael van den Berg;
- Marieke Verschuuren.

Naast deze RIVM collega's was ook Sjoerd Kooiker van het SCP lid van het projectteam.

Verder hebben RIVM-collega's van de volgende centra input geleverd voor deze verkenning:

- Centrum Gezondheidsbescherming (GZB);
- Centrum Voeding, Preventie en Zorg (VPZ).

6.2 Geraadpleegde experts

Naam	Organisatie
Joop de Beer	Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut
Marianne Biegstraaten	ZonMw
David van Bodegom	Leyden Academy on Vitality and Ageing
Alice de Boer	Sociaal en Cultureel Planbureau
Seth van den Bossche	TNO
Laurens Brongers	Capaciteitsorgaan
Cretien van Campen	Sociaal en Cultureel Planbureau
Astrid Chorus	Zorginstituut Nederland
Amy Davies	Samenwerkende Gezondheidsfondsen
Semiha Denktas	Erasmus Universiteit Rotterdam
Evelien Eggink	Sociaal en Cultureel Planbureau
Irma Gehner	Ouderenberaad Zorg en Welzijn Zuid-Holland Noord
Jenny Gierveld	Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut
Ronald Gorter	Stichting Mind
René Groot Koerkamp	Zorgverzekeraars Nederland
Jacobijn Gussekloo	Leiden Universitair Medisch Centrum
Monique Heijmans	NIVEL
Cees Hertogh	Vrije Universiteit Medisch Centrum
Judith Hogeweg	Trimbos-instituut
Wendela Hooftman	TNO

Liesbeth Hoogendijk	Ouderenberaad Zorg en Welzijn Zuid-Holland Noord
Gert Hylkema	Ouderenberaad Zorg en Welzijn Zuid-Holland Noord
Daan de Jong	Universitair Medisch Centrum St. Radboud
Niek Klazinga	Academisch Medisch Centrum, OECD
Anja Koorstra	GGD GHOR Nederland
Martijn Koot	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Jan Kremer	Universitair Medisch Centrum St. Radboud
Jolanda Lindenberg	Leyden Academy on Vitality and Ageing
Janneke van Mens-Verhulst	Alliantie Gender & Gezondheid
Simon Mooijaart	Leiden Universitair Medisch Centrum
Henny Mulders	ActiZ
Ellen de Nijs	Expertisecentrum Palliatieve Zorg LUMC
Mariëlle Non	Centraal Planbureau
Johan Polder	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Jany Rademakers	NIVEL /CAPHRI Maastricht University
Willeke Ravensbergen	Leids Universitair Medisch Centrum
Mieke van Riel	Ouderenberaad Zorg en Welzijn Zuid-Holland Noord
Hans Rietman	Innovatieve Medical Devices Initiative (IMDI)
Aad de Roo	Tilburg University
Stefan Roskam	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Karel Rosmalen	Landelijke Huisartsen Vereniging
Maartje Schermer	Erasmus Medisch Centrum
Wilma Scholte op Reimer	Hogeschool van Amsterdam
Rian van der Schoot	Vilans
Joris Slaets	Leyden Academy on Vitality and Ageing
Odile Smeets	Trimbos-instituut
Kristine Sorensen	Global Health Literacy Academy
Lilianne van der Velde	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Dianda Veldman	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
Marian Verkerk	Rijksuniversiteit Groningen
Toon Verlaan	Ouderenberaad Zorg en Welzijn Zuid-Holland Noord
Laurent de Vries	Viattence
Johan van Wijk	Ouderenberaad Zorg en Welzijn Zuid-Holland Noord
Bernadette Willemse	Trimbos-instituut
Annet Wind	Leids Universitair Medisch Centrum
Joost Zaat	Huisarts/Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
Rianne van der Zanden	Trimbos-instituut