



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

**Regionale en internationale vergelijkingen
in de VTV-2018**
Data en methoden

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
2	Regionale vergelijkingen	6
2.1	Databronnen	6
2.2	Hart- en vaatziekten en kanker	6
2.3	Dementie en andere complexe problemen bij zelfstandig wonende ouderen	7
2.4	Dreiging antibioticaresistentie	9
2.5	Integratieve regionale vergelijkingen in de Synthese	9
3	Internationale vergelijkingen	12
3.1	Internationale vergelijkingen voor verschillende opgaven	12
3.2	Gebruikte bronnen	12

1 Inleiding

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 ([VTV-2018](#)) bestaat uit verschillende onderdelen. Het Trendskenario en Themaverkenningen zijn in 2017 gepubliceerd, de Handelingsopties en de Synthese in juni 2018. In het Trendskenario is er gekeken naar de regionale en lokale¹ toekomstprojecties van luchtkwaliteit en levensverwachting op gemeenteniveau. Voor de Handelingsopties en de Synthese zijn aanvullende regionale uitsplitsingen gemaakt. Er zijn voor drie brede maatschappelijke opgaven handelingsopties uitgewerkt, te weten de blijvend hoge ziektelast voor hart- en vaatziekten en kanker, zelfstandig wonende ouderen met dementie en andere complexe problemen, en toenemende mentale druk op jongeren en jongvolwassenen. Daarnaast zijn er voor twee opgaven verdiepingen uitgewerkt. Dit zijn de dreiging van antibioticaresistentie en de stijgende zorguitgaven. Daar waar mogelijk en relevant zijn regionale uitsplitsingen gemaakt voor relevante indicatoren voor deze opgaven. Dit is gedaan voor twee van de drie opgaven waarvoor handelingsopties zijn uitgewerkt; voor de opgave over mentale druk zijn er geen regionale data beschikbaar. Voor de verdieping van de opgave over de dreiging van antibioticaresistentie is gekeken naar het regionale antibioticagebruik. In de Synthese is ook een aantal regionale uitsplitsingen opgenomen. Ook deze worden hier beschreven. Daarnaast zijn internationale vergelijkingen gemaakt voor alle drie de opgaven waarvoor handelingsopties zijn uitgewerkt, en de verdieping op de opgave over de stijgende zorguitgaven. Dit document beschrijft ook kort de hiervoor gehanteerde aanpak en de gebruikte bronnen.

¹ In de rest van het rapport wordt regionaal gebruikt als aanduiding van het subnationale niveau. Dit kan dan verschillende geografische niveaus (bijvoorbeeld wijk en gemeenteniveau) betreffen.

2 Regionale vergelijkingen

2.1 Databronnen

Voor regionale data is er een aantal bronnen beschikbaar. Een belangrijke bron is de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2012 en 2016². In de Gezondheidsmonitor -2016 zijn in totaal 457 duizend mensen bevroegd. Dit aantal is dusdanig groot dat (een selectie van) indicatoren niet alleen naar gemeente-, maar ook naar wijkniveau opgesplitst kunnen worden³.

Voor de regionale demografische projecties is gebruik gemaakt van de regionale bevolkingsprognose van PBL/CBS⁴. De regionale bevolkings- en huishoudensprognose van 2016 geeft een toekomstbeeld van de ontwikkeling van de bevolking en het aantal huishoudens per gemeente over de periode 2015-2040. Op basis van veronderstellingen voor geboorte, sterfte en migratie worden voor 393 gemeenten de toekomstige demografische ontwikkelingen berekend. Deze regionale prognose is consistent met de nationale bevolkingsprognose van het CBS.

Een derde bron die gebruik is, is de stapelingsmonitor van het CBS⁵ over het gebruik van regelingen.

2.2 Hart- en vaatziekten en kanker

Belangrijke risicofactoren voor hart- en vaatziekten en kanker zijn roken, overgewicht en alcoholgebruik. In 2015 was roken verantwoordelijk voor ongeveer 24 procent van de sterfte en 26 procent van de ziektelast door hart- en vaatziekten en kanker. Voor overgewicht was dat 7 procent van de ziektelast en 9 procent van sterfte door hart- en vaatziekten en kanker. Bij alcohol zijn deze percentages respectievelijk 2 procent en 0,4 procent. Voor de regionale uitsplitsing van het vóórkomen van deze risicofactoren is gebruik gemaakt van de data uit de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016.

Voor sterfte aan hart- en vaatziekten en kanker zijn de gepoolde data over de periode 2013-2016 gebruikt. Aanzien de bevolkingsopbouw tussen gemeenten zeer verschilt, zijn de gegevens gestandaardiseerd om de gemeenten met elkaar te kunnen vergelijken. Vervolgens is geanalyseerd hoeveel gemeenten boven of onder het Nederlandse gemiddelde zitten (voor gedetailleerde beschrijving zie VZinfo⁶).

2 <https://bronnen.zorggegevens.nl/Bron?naam=Gezondheidsmonitor-Volwassenen-en-Ouderen%2C-GGD%E2%80%99en%2C-CBS-en-RIVM>

3 <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/atlas-vzinfo/uitgelicht#node-kaarten-op-wijkniveau>

4 PBL Planbureau voor de Leefomgeving/ CBS Centraal Bureau voor de Statistiek regionale bevolkings- en huishoudensprognose 2016

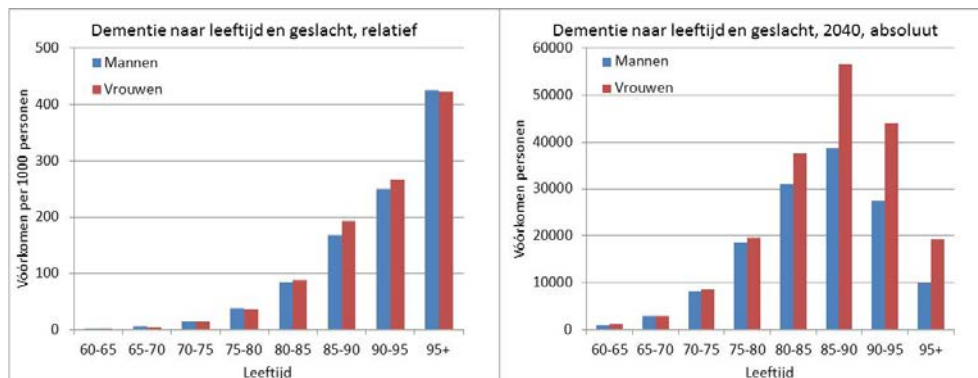
5 <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2016/16/gebruik-en-samenloop-van-regelingen-en-voorzieningen>

6 <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/kanker/regionaal-internationaal/regionaal-sterfte#node-sterfte-aan-kanker-gemeente>

<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/hart-en-vaatziekten/regionaal-internationaal/regionaal#node-sterfte-aan-ziekten-van-het-hartvaatselsel-gemeente>

2.3 Dementie en andere complexe problemen bij zelfstandig wonende ouderen

Het vóórkomen van dementie neemt sterk toe met de leeftijd (zie figuur). Ook heeft boven de 75 jaar bijna de helft van de bevolking één of meer beperkingen in activiteiten met betrekking tot zien, horen of mobiliteit⁷, en neemt het percentage mensen met een slechtere ervaren gezondheid snel toe⁸.



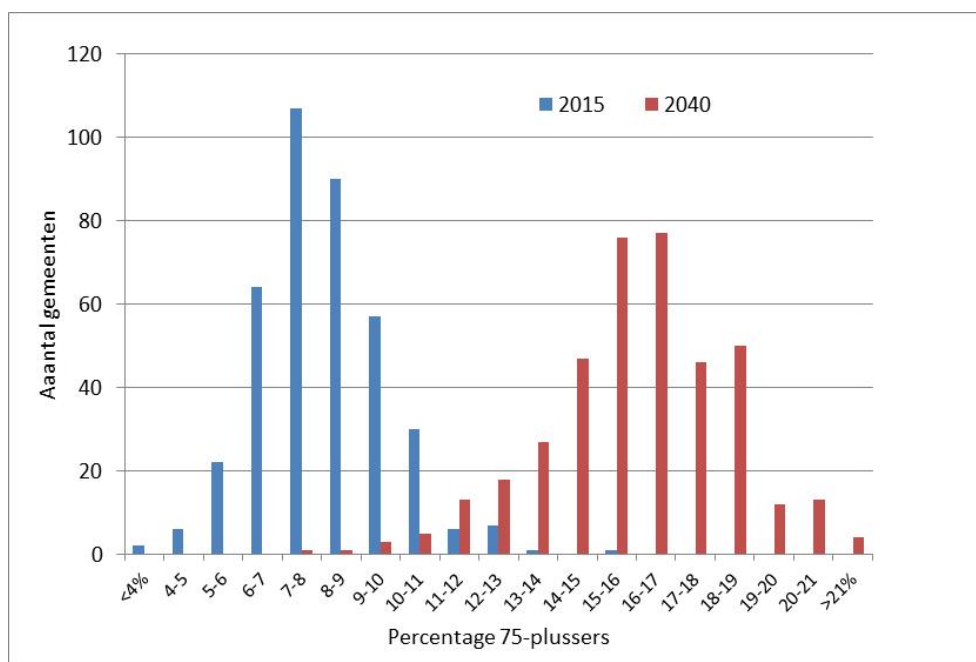
Figuur 1 Voorkomen van dementie naar leeftijden geslacht, relatief en absoluut.

Voor deze opgave zijn er geen regionale gegevens beschikbaar over bijvoorbeeld het vóórkomen van of de sterfte aan dementie. Hier wordt als proxy de regionale verschillen in vergrijzing gebruikt, waarbij wordt gekeken naar het percentage 75-plussers in de bevolking. De gebruikte data zijn afkomstig van de PBL/CBS regionale bevolkingsprognoses⁹. Deze prognoses geven het percentage 75-plussers op gemeenteniveau voor de periode 2015-2040. Het beeld dat daaruit naar voren komt is dat dit percentage in alle gemeenten toe gaat nemen. De waarde die het vaakst voorkomt (de modus) in 2015 is 7 tot 8 procent. Dit is het geval voor bijna 110 gemeenten. In 2040 zijn de meest voorkomende waarden rond de 15 tot 17 procent is, maar zijn er ook enkele tientallen gemeenten waar het rond de 20 procent is.

7 <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/functioneringsproblemen/cijfers-context/huidige-situatie#node-bepkeringen-naar-leeftijd>

8 https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen_vraag_3_hoe_ontwikkelen_verschillen_in_hoe_gezond_wij_ons_voelen_in_de_toekomst?

9 PBLPlanbureau voor de Leefomgeving/ CBSCentraal Bureau voor de Statistiek regionale bevolkings- en huishoudensprognose 2016



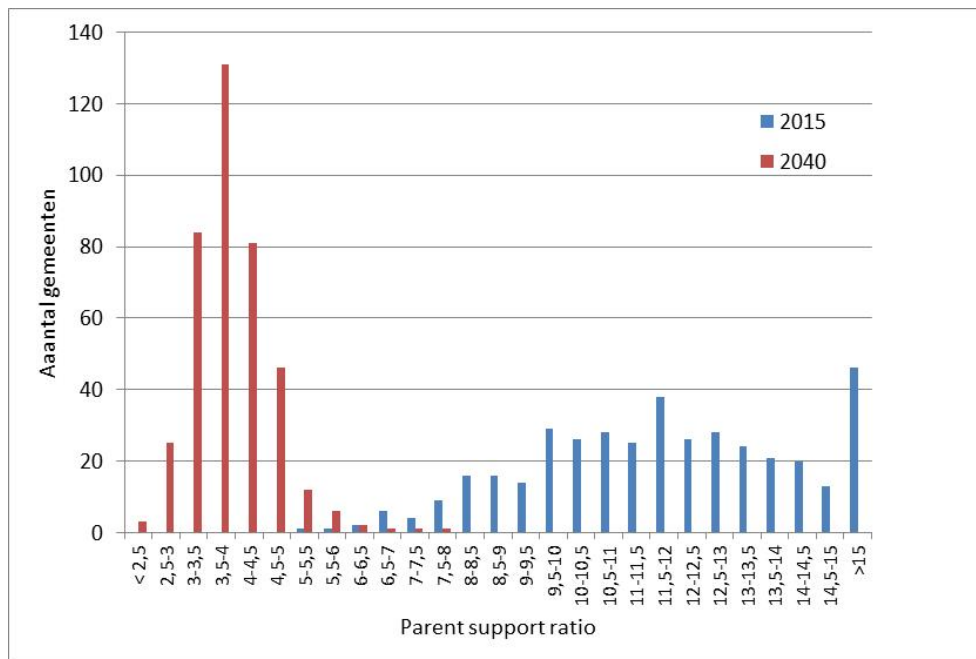
Figuur 2 Histogram van percentage 75-plussers voor 393 gemeenten voor 2015, 2040

Voor mantelzorgers zijn er regionale data beschikbaar uit de Gezondheidsmonitor 2016. Hierin wordt per gemeente het percentage mantelzorgers gegeven voor 2016. De definitie van mantelzorg die hiervoor gebruikt wordt is: 'Zorg die iemand geeft aan een bekende uit zijn of haar omgeving, zoals een partner, kind of vriend, als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. De mantelzorg kan bestaan uit het doen van het huishouden, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen enzovoort. Mantelzorg wordt niet betaald. Een vrijwilliger die werkt vanuit een vrijwilligerscentrale is geen mantelzorger. Iemand is mantelzorger als de zorg al minimaal 3 maanden duurt, of zorg biedt voor minimaal 8 uur per week'.¹⁰

Voor de (toekomstige) beschikbaarheid van mantelzorgers wordt er gekeken naar de zogenoemde *parent-support ratio*, de verhouding tussen 85-plussers en de generatie daaronder (50 tot 64 jaar), de kinderen van deze ouderen die vaak de mantelzorg voor hun rekening nemen. In de themaverkenning *Zorgvraag van de toekomst*¹¹ is al naar nationale ontwikkelingen gekeken van dit mantelzorgpotentieel. In de *Handelingsopties* wordt ook naar het regionale beeld gekeken. Hieruit blijkt dat de nationale trend in alle gemeenten zichtbaar is. Maar waar de regionale variatie in de *parent-support ratio* in 2015 nog relatief groot was, is deze in 2040 veel kleiner geworden. Een derde van alle gemeenten heeft dan een *parent-support ratio* tussen de 3,5 en 4.

¹⁰ <https://www.cbs.nl/nl-nl/artikelen/nieuws/2016/45/een-op-zeven-mantelzorgers-vindt-zichzelf-zwaarbelast/mantelzorg>

¹¹ <https://www.vtv2018.nl/ouderdomsziekten>



Figuur 3 Histogram van parent-support ratio waarden voor 393 gemeenten voor 2015, 2040

2.4 Dreiging antibioticaresistentie

Voor de opgave over de dreiging van antibioticaresistentie is in kaart gebracht hoe het antibioticagebruik in 2016 was op gemeenteniveau. De indicator die hiervoor gebruikt wordt is het percentage personen dat op enig moment in het verslagjaar (2016) staat ingeschreven in de Basisregistratie Personen (BRP) en aan wie gedurende het verslagjaar (2016) antibiotica (geneesmiddelen met ATC code J01) zijn verstrekt die vergoed worden uit de verplichte basisverzekering voor geneeskundige zorg. Geneesmiddelen die aan opgenomen personen in ziekenhuizen (ziekenhuiszorg) en verpleeghuizen (Wlz) worden verstrekt, zijn niet inbegrepen. Verstrekte geneesmiddelen aan personen in verzorgingshuizen zijn wel inbegrepen. De bron van de data is CBS-Statline¹².

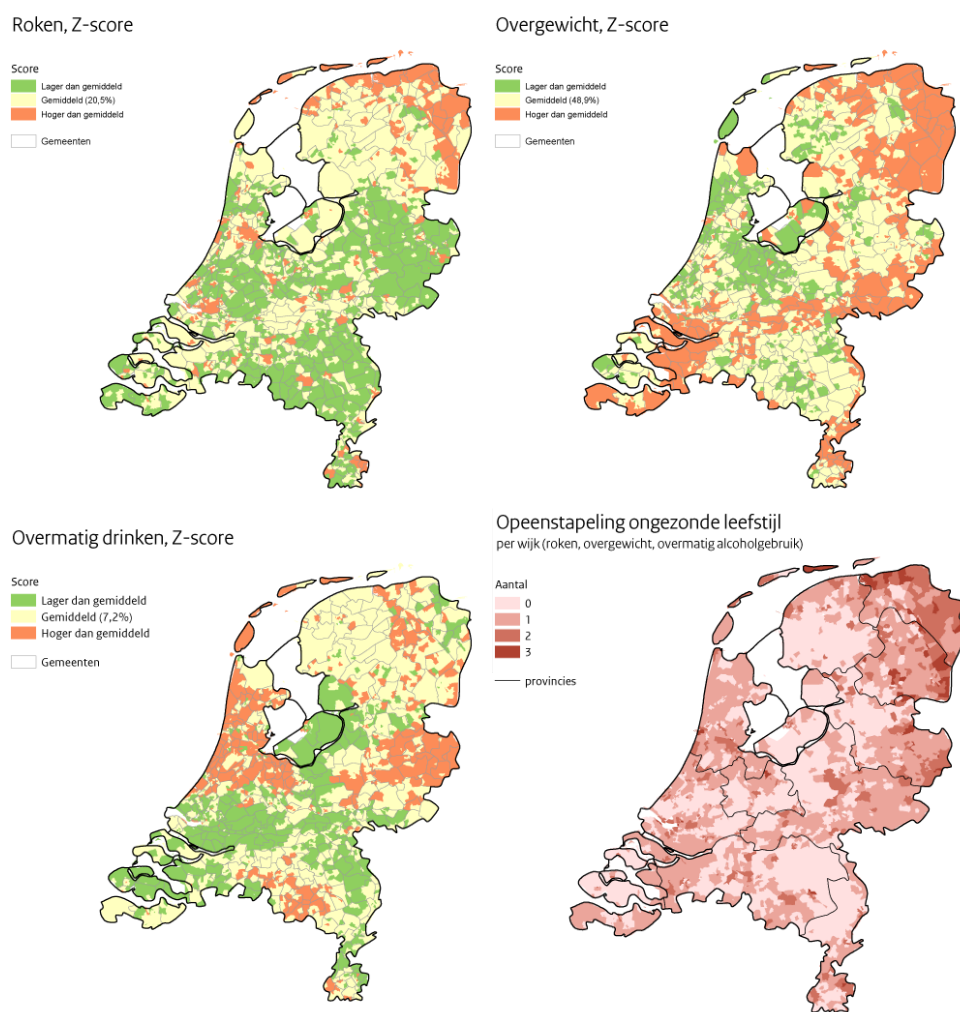
2.5 Integratieve regionale vergelijkingen in de Synthese

Voor de regionale uitsplitsing in de Synthese wordt er gekeken naar de opeenstapeling op wijkniveau van de risicofactoren roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht. De bron hiervoor is de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016¹³. Om de risicofactoren met elkaar te kunnen vergelijken is de Z-score gebruikt. Met de Z-score kun je zien hoe goed een wijk scoort ten opzichte van het gemiddelde en is het mogelijk om scores op verschillende variabelen met elkaar te vergelijken, omdat de meeteenheid van een variabele er op deze manier niet meer toe doet. Hiermee wordt voor deze drie

¹² <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83251NED&D1=1&D2=1-2&D3=0&D4=58&D5=0,57-464&D6=I&HDR=G5,G2,T,G3,G1&STB=G4&VW=T>

¹³ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/atlas-vzinfo/uitgelicht#node-kaarten-op-wijkniveau>

risicofactoren berekend of een wijk onder gemiddeld, gemiddeld of bovengemiddeld scoort. De gehanteerde Z-score om te bepalen hoe ver een wijk van gemiddelde af zit, is hier een 0,5. Dit houdt in dat er gekeken wordt naar een afwijking van het landelijk gemiddelde van plus of minus 0,5 standaarddeviatie. De kaart met de opeenstapeling van risicofactoren geeft dan aan op hoeveel van de drie factoren een wijk bovengemiddeld scoort.



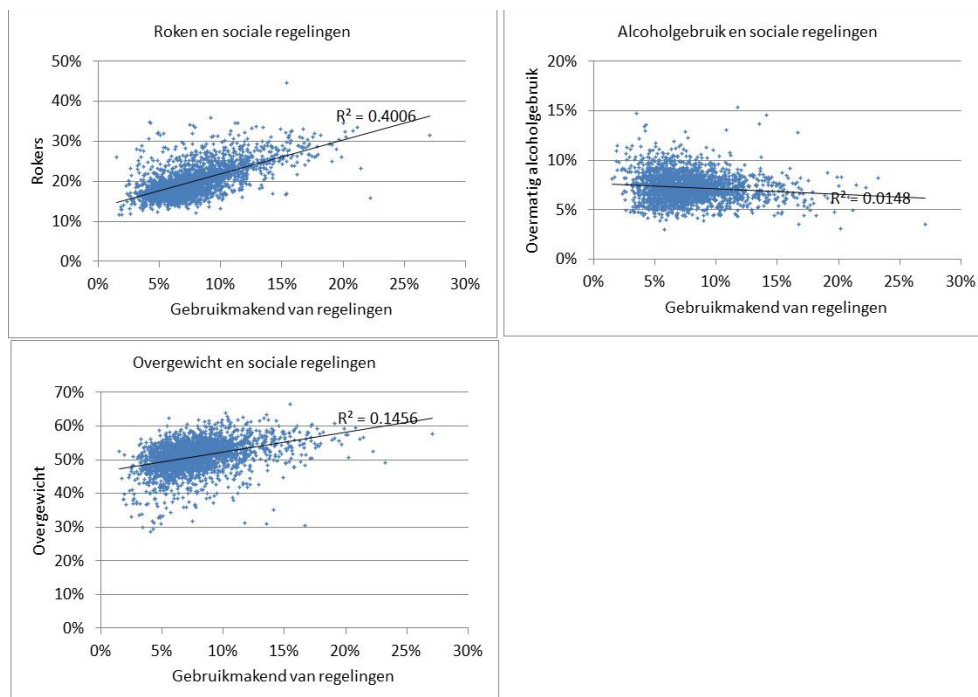
Figuur 4 Wijkscore van roken, overgewicht en alcoholgebruik op basis van Z-score 0,5 en de gecombineerde score, in 2016

Voor de regionale uitsplitsing van het vóórkomen van sociale problematiek is als proxy gebruik gemaakt van cijfers over het gebruik van sociale regelingen uit de stapelingsmonitor van het CBS¹⁴. Hieruit is op wijkniveau het percentage huishoudens genomen dat gebruik maakt van een van de regelingen uit de categorieën arbeidsparticipatie¹⁵ of inkomensondersteuning¹⁶.

¹⁴ <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2016/16/gebruik-en-samenloop-van-regelingen-en-voorzieningen>

¹⁵ Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO); Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA); Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ); Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong); Werkloosheidswet (WW); Wet werk en bijstand (WWB); Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte werkloze

Uit analyses van het vóórkomen van afzonderlijke risicofactoren in combinatie met het percentage huishoudens dat gebruik maakt van sociale regelingen blijkt dat met name roken en sociale regelingen een relatief sterke positieve correlatie hebben. Voor overgewicht is de relatie er ook, maar minder sterk. Bij alcohol lijkt er geen correlatie te zijn. Van overmatig alcoholgebruik is bekend dat het iets vaker voorkomt bij hoger- dan bij lager opgeleiden¹⁷.



Figuur 5 Correlatie van sociale regelingen met roken, drinken en overgewicht, op wijkniveau, 2016

werknemers (IOAW); Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte gewezen zelfstandigen (IOAZ); Wet sociale werkvoorziening (WSW)

¹⁶ Bijzondere bijstand; Ziektewet; Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (WTCG); Compensatie eigen risico (CER); Aftrek bijzondere ziektekosten; Wet schuldsanering natuurlijke personen (WSNP)

¹⁷ <https://www.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/alcoholgebruik/cijfers-context/huidige-situatie#node-alcoholgebruik-naar-opleiding>

3 Internationale vergelijkingen

3.1 Internationale vergelijkingen voor verschillende opgaven

In de VTV-2018 zijn voor drie opgaven handelingsopties uitgewerkt. Dit zijn: de blijvend hoge ziektelast voor hart- en vaatziekten en kanker, de groter wordende groep zelfstandig wonende ouderen met dementie en andere complexe problemen, en de toenemende mentale druk op jongeren en jongvolwassenen. Naast regionale vergelijkingen zijn waar mogelijk en relevant, ook internationale vergelijkingen gemaakt voor deze drie opgaven. De VTV-2018 bevat ook verdiepende beschrijvingen van de opgaven rond de stijgende zorguitgaven en de dreiging van antibioticaresistentie. Deze bevatten ook internationale vergelijkingen. Internationale vergelijkingen geven inzicht in hoe de situatie in Nederland is vergeleken met andere landen. Dit geeft vervolgens weer inzicht in goede voorbeelden om van te leren en in hoe groot de mogelijke beleidsruimte is. Voor dit laatste kan gekeken worden naar in welk ander Europees of Westers land bijvoorbeeld het percentage rokers het laagste is. Dat percentage zou dan voor Nederland een (realistische) streefwaarde kunnen zijn.

3.2 Gebruikte bronnen

Bij het maken van de internationale vergelijkingen voor de drie opgaven is Nederland steeds zoveel mogelijk vergeleken met de 27 andere landen van de Europese Unie (EU). Voor sterfte (aan kanker en hart- en vaatziekten en ten gevolge van vallen) is gebruik gemaakt van de doodsoorzakenstatistieken van Eurostat. Ook voor indicatoren over leefstijl en het geven en ontvangen van mantelzorg zijn gegevens van Eurostat gebruikt (European Health Interview Survey (EHIS¹⁸) en European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC¹⁹)). Voor indicatoren over de mentale gezondheid onder jongeren is de Health Behaviour in School-aged Children (HBSC²⁰) survey als bron gebruikt. Dit is een samenwerkingsverband van de WHO met een groot aantal landen en regio's, dat tot doel heeft om internationaal vergelijkbare nationale gegevens te verzamelen over welbevinden, leefstijl en de sociale context van jongeren. Voor het vergelijken van het gebruik van antibiotica in de eerstelijns zijn gegevens van het European Centre for Disease Control (ECDC) gebruikt (ESAC-Net²¹), en voor het vergelijken van de zorguitgaven als percentage van het Bruto Binnenlands Product gegevens van de OECD (System of Health Accounts²²).

¹⁸ <http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>

¹⁹ <http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>

²⁰ <http://www.hbsc.org/>

²¹ <https://ecdc.europa.eu/en/about-us/partnerships-and-networks/disease-and-laboratory-networks/esac-net>

²² <http://www.oecd.org/els/health-systems/>