

VTV-2018: Een gezond vooruitzicht

Handelingsopties

Dit document bevat de definitieve Word versies van de webartikelen voor het onderdeel Handelingsopties op www.vtv2018.nl. Dat wil zeggen dat deze versies zijn gebruikt als basis voor invoer in de website. Tijdens het invoerproces kunnen er nog kleine wijzigingen doorgevoerd zijn, zoals de correctie van typefouten, het netjes maken van referenties of aanpassingen in de lay out. Hierdoor kunnen (kleine) verschillen zijn ontstaan tussen de versies in dit document en de uiteindelijke web-versies van de teksten.

Contents

Webartikel 1: Wat vinden burgers, professionals en studenten belangrijke opgaven voor de toekomst?	2
Webartikel 2: Handelingsopties voor de opgave over hart- en vaatziekten en kanker	7
Tabblad 1: Wat is de opgave?	7
Tabblad 2: integrale preventie	17
Tabblad 3: Anders zorgen voor.....	29
Tabblad 4: Omgaan met chronische aandoeningen.....	36
Webartikel 3: Handelingsopties voor de opgave over zelfstandig wonende ouderen met dementie en andere complexe problemen.....	41
Tabblad 1: Wat is de opgave?	41
Tabblad 2: Optimale zorgen ondersteuning	52
Tabblad 3: Een ouderenvriendelijke leefomgeving	60
Tabblad 4: Zorgen voor mantelzorgers	66
Webartikel 4: Handelingsopties voor de opgave over toenemende mentale druk op jongeren en jongvolwassenen.....	72
Tabblad 1: Wat is de opgave?	72
Tabblad 2: Kennisontwikkeling mentale druk.....	79
Tabblad 3: Mentaal gezond blijven.....	83
Tabblad 4: Acceptatie van psychische klachten.....	93
Webartikel 5: Verdiepende beschrijving voor de opgave over de dreiging van antibioticaresistentie	97
Webartikel 6: Verdiepende beschrijving voor de opgave over de stijgende zorguitgaven	102

Webartikel 1: Wat vinden burgers, professionals en studenten belangrijke opgaven voor de toekomst?

Leeswijzer

Het Trendskenario en de Themaverkenningen van de VTV-2018 brengen samen een groot aantal toekomstige ontwikkelingen op het gebied van volksgezondheid en zorg in kaart. Dit webartikel beschrijft welke van deze ontwikkelingen burgers en professionals en studenten in het volksgezondheidsdomein het meest urgent vinden; waar zouden we als maatschappij nu actie op moeten ondernemen, om problemen in de toekomst te voorkomen? Dit is onderzocht met behulp van een vragenlijst. De uitkomsten van deze vragenlijst zijn gebruikt om een selectie te maken van drie opgaven, waarvoor in deze VTV [handelingsopties](#) [link] zijn uitgewerkt.

Behalve dit uitgebreidere webartikel is er ook een korte beschrijving van de uitkomsten van de vragenlijst over de urgentie van toekomstige ontwikkelingen. Deze korte beschrijving vindt u in de [Synthese van de VTV-2018](#) [link naar het korte webartikel].

Ontwikkelingen VTV-2018 voorgelegd aan burgers en professionals en studenten in het volksgezondheidsdomein

Het Trendskenario en de themaverkenningen van de VTV-2018 hebben een groot aantal toekomstige ontwikkelingen geïdentificeerd. Deze ontwikkelingen zijn allemaal van belang voor de volksgezondheid en de zorg in Nederland. Ze laten zien hoe onze volksgezondheid en de zorg er uit zouden zien over 25 jaar, als we als maatschappij niets extra's zouden doen. Om zicht te krijgen op wat verschillende groepen in de maatschappij de meest urgente ontwikkelingen vinden, zijn het Trendskenario en de themaverkenningen samengevat in 41 ontwikkelingen. Deze zijn met een elektronische vragenlijst per email voorgelegd aan burgers en professionals en studenten in het volksgezondheidsdomein. De uitkomsten van de vragenlijst zijn gebruikt om een selectie te maken van drie opgaven, waarvoor in deze VTV [handelingsopties](#) zijn uitgewerkt. [Hier](#) [link naar achtergronddocument vragenlijst] kunt u meer lezen over de vragenlijst en de selectieprocedure. In dit webartikel worden de belangrijkste uitkomsten van de vragenlijst beschreven: welke ontwikkelingen vinden burgers en professionals en studenten in het volksgezondheidsdomein het meest urgent, en welke het minst?

Het bevroegde burgerpanel bestond uit een representatieve steekproef van 1.077 Nederlanders van 18 tot en met 75 jaar. Meer informatie over deze studie vindt u [hier](#) [link naar achtergrondrapportage Motivaction]. Professionals van verschillende soorten organisaties en studenten van verschillende opleidingen zijn benaderd via bestaande netwerken van het RIVM. In totaal konden de antwoorden van 269 professionals gebruikt worden (zie tabel 1), en van 154 studenten. Dit waren 53 HBO studenten en 101 studenten aan de universiteit.

Tabel 1: Aantal professionals naar soort organisatie

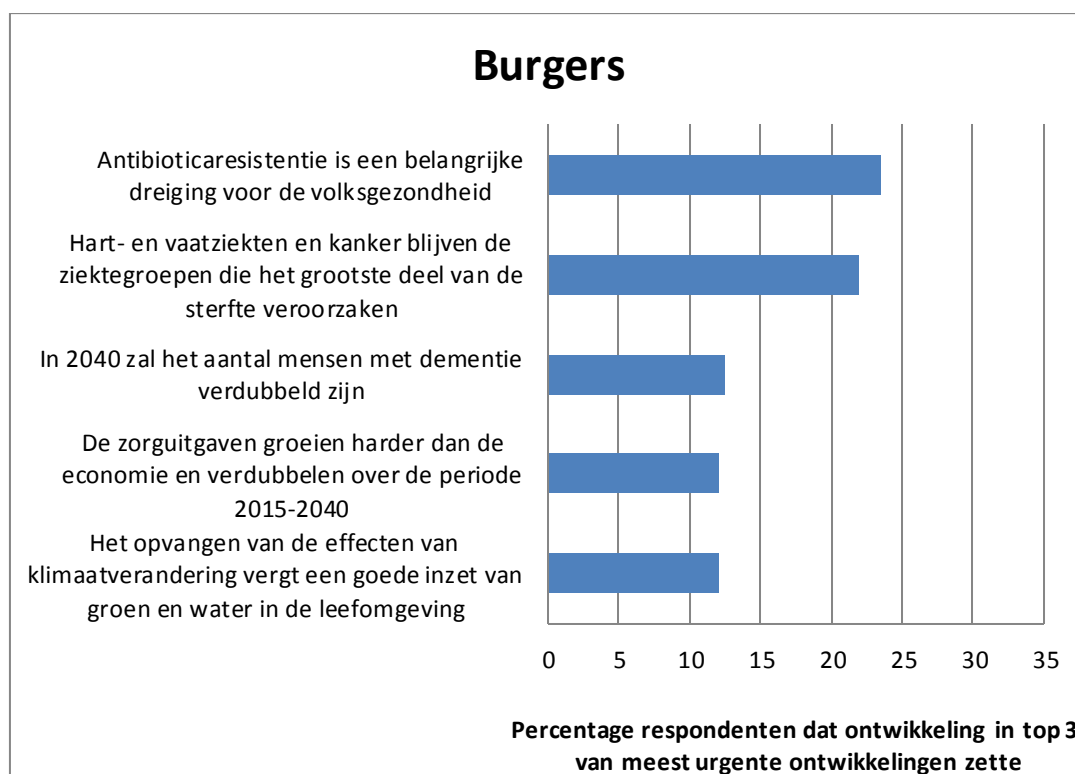
Soort organisatie	Aantal
Belangenorganisatie	22
GGD	21
Kennisinstelling	73
Lokale overheid	104
Nationale overheid	25
Private sector	6

Zorg	18
Totaal	269

Burgers, professionals en studenten vinden dreiging antibioticaresistentie heel urgent

Alle drie de respondentgroepen vinden de dreiging van antibioticaresistentie een van de meest urgente ontwikkelingen. Daarnaast vinden zowel de burgers als de professionals in het volksgezondheidsdomein de verdubbeling van het aantal mensen met dementie en de stijgende zorguitgaven heel urgent. Burgers vinden ook het feit dat hart- en vaatziekten en kanker het grootste deel van de sterfte blijven veroorzaken een urgente ontwikkeling. Dit geldt ook voor de studenten in het volksgezondheidsdomein. De ontwikkeling over de verschillen in gezonde levensverwachting tussen mensen met een hoge en een lage sociaaleconomische status laat een opvallend verschil zien. Professionals vinden dit de meest urgente ontwikkeling, terwijl burgers en studenten dit minder vaak urgent vinden. Studenten vinden de ontwikkeling over toenemende mentale druk op jongeren en jongvolwassenen het meest urgent. De vijf ontwikkelingen die burgers het meest urgent vinden staan in figuur 1.

Figuur 1. Meest urgente ontwikkelingen in de VTV-2018 volgens burgers



Psychische gezondheid urgent voor vrouwen en jongeren, en dementie voor 65-75 jarigen

Vrouwen vinden psychische gezondheid belangrijk. Zij kozen de ontwikkelingen “De druk op jongeren en jongvolwassenen neemt toe, met mogelijke gevolgen voor hun psychische gezondheid” en “Psychische stoornissen blijven de grootste ziektelast veroorzaken” relatief vaak bij de meest urgente. Dit geldt ook voor 25 t/m 34-jarigen (de ontwikkelingen over de druk op en psychische gezondheid van jongeren en jongvolwassenen) en 18 t/m 24-jarigen uit het burgerpanel (de

ontwikkeling over ziektelast door psychische stoornissen). Ouderen van 55 t/m 64 vinden de ontwikkelingen over hart- en vaatziekten en kanker en antibioticaresistentie relatief vaak heel urgent, terwijl ouderen van 65 t/m 75 jaar de verdubbeling van dementie heel urgent vinden. Verder vindt deze oudste leeftijdsgroep uit het burgerpanel de ontwikkeling “Er zijn structurele aanpassingen in de zorg nodig om ervoor te zorgen dat de inzet van technologie leidt tot een kostenbesparing” relatief vaak heel urgent. Dit geldt ook voor mannen en hoogopgeleiden.

De vragenlijst was gebaseerd op de cijfers en informatie die eind 2017 op de VTV website stonden. De resultaten voor ziektelast zijn echter per juni 2018 aangepast, omdat er verbeterde cijfers beschikbaar zijn gekomen. Dit heeft gevolgen voor de rangorde van ziektegroepen die de hoogste ziektelast veroorzaken. Psychische stoornissen veroorzaken nog steeds veel ziektelast, maar het is niet meer de ziektegroep die de grootste ziektelast veroorzaakt. Voor meer informatie zie het [Trendscenario](#) [link].

Klimaat en leefomgeving urgent voor hoogopgeleiden, sterfte aan hart- en vaatziekten en kanker voor laagopgeleiden

Hoogopgeleiden hebben de ontwikkeling “Het opvangen van de effecten van klimaatverandering vergt een goede inzet van groen en water in de leefomgeving” relatief vaak bij de meest urgente ontwikkelingen gezet. Dat geldt ook voor “Er zijn potentiële nieuwe risico's, van bijvoorbeeld microplastics en nanodeeltjes, voor de kwaliteit van onze leefomgeving”. Laagopgeleiden vinden “Hart- en vaatziekten en kanker blijven de ziektegroepen die het grootste deel van de sterfte veroorzaken” relatief vaak urgent. De opvallendste verschillen tussen mannen en vrouwen, hoog- en laagopgeleiden en leeftijdsgroepen uit het burgerpanel staan in tabel 2.

Tabel 2: Opvallende verschillen tussen mannen en vrouwen, hoog- en laagopgeleiden en leeftijdsgroepen uit het burgerpanel.

Subgroep	Ontwikkeling	Percentage in de subgroep	Gemiddelde alle respondenten
Vrouwen	De druk op jongeren en jongvolwassenen neemt toe, met mogelijke gevolgen voor hun psychische gezondheid	12%	8%
	In 2040 zijn er 700.000 eenzame ouderen meer dan nu	11%	8%
	Psychische stoornissen blijven de grootste ziektelast veroorzaken	10%	8%
Mannen	Er zijn structurele aanpassingen in de zorg nodig om ervoor te zorgen dat de inzet van technologie leidt tot een kostenbesparing	10%	7%
Hoogopgeleiden	Het opvangen van de effecten van klimaatverandering vergt een goede inzet van groen en water in de leefomgeving	19%	12%
	Er zijn structurele aanpassingen in de zorg nodig om ervoor te zorgen dat de inzet van technologie leidt tot een kostenbesparing	10%	7%
	Er zijn potentiële nieuwe risico's, van bijvoorbeeld microplastics en nanodeeltjes, voor de kwaliteit van	10%	5%

	onze leefomgeving		
Laagopgeleiden	Hart- en vaatziekten en kanker blijven de ziektegroepen die het grootste deel van de sterfte veroorzaken	30%	22%
18 t/m 24 jaar	Psychische stoornissen blijven de grootste ziektelast veroorzaken	14%	8%
25 t/m 34 jaar	De druk op jongeren en jongvolwassenen neemt toe, met mogelijke gevolgen voor hun psychische gezondheid	16%	8%
55 t/m 64 jaar	Hart- en vaatziekten en kanker blijven de ziektegroepen die het grootste deel van de sterfte veroorzaken	33%	22%
	Antibioticaresistentie is een belangrijke dreiging voor de volksgezondheid	31%	24%
65 t/m 75 jaar	In 2040 zal het aantal mensen met dementie verdubbeld zijn	20%	12%
	Er zijn structurele aanpassingen in de zorg nodig om ervoor te zorgen dat de inzet van technologie leidt tot een kostenbesparing	12%	7%

Voetnoot: In deze tabel is elke subgroep getoetst ten opzichte van de andere subgroepen binnen die categorie. Zo zijn de respondenten met een hoge opleiding vergeleken met de respondenten met een midden en lage opleiding bij elkaar genomen (rekening houdend met de verschillende groottes van de groepen). Alleen ontwikkelingen die de subgroep significant vaker in de top drie van meest urgente ontwikkelingen heeft gezet én met een percentage van 10% of meer zijn in de tabel opgenomen. In dit achtergronddocument [link] vindt u een overzicht van alle ontwikkelingen die de subgroepen significant vaker in de top 3 van meest urgente ontwikkelingen hebben gezet.

Opvallende verschillen tussen volksgezondheidsprofessionals lokale en nationale overheid

Bijna alle groepen volksgezondheidsprofessionals vinden sociaaleconomische verschillen in gezonde levensverwachting een urgente ontwikkeling, met uitzondering van professionals die werken bij de nationale overheid en in de private sector. Professionals van de nationale overheid vinden vooral de dreiging van antibioticaresistentie en de verdubbeling van de zorguitgaven urgent.

Antibioticaresistentie staat bij professionals van de lokale overheid juist niet bij de meest urgente ontwikkelingen. Wel vinden zij sociaaleconomische gezondheidsverschillen heel urgent, net als de toenemende druk op jongeren met mogelijke gevolgen voor hun psychische gezondheid en de verdubbeling van de zorguitgaven. Dit laatste vinden andere professionals ook urgent, behalve professionals die bij een belangenorganisatie of GGD werken. Tot slot valt op dat studenten in het volksgezondheidsdomein aan de universiteit maar niet die van de hogeschool de dreiging antibioticaresistentie vaak heel urgent vinden.

Alle respondentgroepen vinden leefstijl minder belangrijk

Voor zowel burgers als professionals en studenten in het volksgezondheidsdomein geldt dat ze ontwikkelingen met betrekking tot leefstijl minder belangrijk vinden. Burgers zien de ontwikkelingen over het aantal rokers, overmatig drinken en het niet eten volgens de richtlijnen goede voeding relatief vaak als minder belangrijk. Ook professionals en studenten vinden roken, overmatig drinken (studenten) en niet eten volgens de richtlijnen (professionals) minder belangrijk. Overigens vinden studenten de ontwikkeling dat in 2040 zes op de tien mensen overgewicht hebben wel urgent. Verder valt op dat zowel professionals als studenten de ontwikkeling “De steeds grotere

beschikbaarheid en afhankelijkheid van data brengt risico's voor de privacy met zich mee" en de ontwikkeling "Het grootste deel van de stijging van de zorguitgaven komt door technologie" vaak minder belangrijk vinden.

Webartikel 2: Handelingsopties voor de opgave over hart- en vaatziekten en kanker

Tabblad 1: Wat is de opgave?

Leeswijzer

Dit webartikel geeft een korte beschrijving van de opgave 'Hart- en vaatziekten en kanker blijven veelvoorkomende ziekten, die ook in 2040 nog het grootste deel van de sterfte veroorzaken, en een grote impact hebben op het leven van patiënten'. Deze beschrijving is voor het grootste deel gebaseerd op het [Trendscenario](#) en de [Themaverkenningen](#) van de VTV-2018. Het Trendscenario en de themaverkenningen hebben in kaart gebracht hoe onze volksgezondheid en zorg zich ontwikkelen bij gelijkblijvend beleid: als we niets extra's zouden doen, hoe zien onze volksgezondheid en zorg er dan uit in 2040? U vindt de onderbouwing voor de informatie in dit webartikel in het Trendscenario en de themaverkenningen, tenzij anders aangegeven. Een andere manier om een goed beeld te krijgen van deze opgave is om de problematiek vanuit regionaal en internationaal perspectief te bekijken. Dit geeft antwoord op vragen als: in welke regio's of wijken zijn de problemen het grootst, en waar het kleinst? Hoe is de situatie in Nederland in vergelijking met andere landen, en hoe groot is het verschil met de best scorende landen?

Voor deze opgave zijn voor meerdere maatschappelijke doelen mogelijke handelingsopties uitgewerkt. Dit zijn: 'werken aan integrale preventie' [\[link\]](#), 'andere zorg door technische toepassingen en andere organisatievormen' [\[link\]](#) en 'beter omgaan met de fysieke, mentale én maatschappelijke gevolgen van chronische aandoeningen' [\[link\]](#).

Dit webartikel bestaat uit de volgende onderdelen:

- De belangrijkste bevindingen uit het Trendscenario en de Themaverkenningen
- De belangrijkste onzekerheden
- De opgave in internationaal en regionaal perspectief

De belangrijkste bevindingen uit het Trendscenario en de Themaverkenningen

Meer mensen met hart- en vaatziekten en kanker...

Hart- en vaatziekten en kanker blijven een belangrijk volksgezondheidsprobleem. Het aantal mensen met coronaire hartziekten stijgt tussen 2015 en 2040 van 732.000 naar bijna 1.1 miljoen. Eenzelfde stijgende trend geldt ook voor een groot aantal vormen van kanker. Hart- en vaatziekten en kanker veroorzaken in 2040 nog steeds de meeste sterfte, maar hun aandeel in de totale sterfte neemt wel af. In 2040 sterven er in absolute zin minder mensen aan hart- en vaatziekten dan in 2015. Het aantal mensen dat tussen nu en 2040 aan kanker overlijdt stijgt wel. Deze stijging is grotendeels toe te schrijven aan de vergrijzing. Hart- en vaatziekten en kanker blijven de ziektegroepen die in 2040 de meeste ziektelast veroorzaken.

...en ook vaker in combinatie met andere problematiek

Het vóórkomen van hart- en vaatziekten en kanker stijgt met de leeftijd. Dit geldt ook voor het vóórkomen van meerdere aandoeningen tegelijk (multimorbiditeit) en problemen zoals het gebruik van meerdere geneesmiddelen tegelijkertijd (polyfarmacie), incontinentie, vallen en vergeetachtigheid. Deze problemen noemen we ook wel de 'geriatric giants'. De groep ouderen die

naast hart- en vaatziekten en/of kanker ook te maken heeft met andere aandoeningen en problemen, en daardoor een complexe zorgvraag heeft, zal daarom groeien.

Leefstijl speelt een belangrijke rol...

Het percentage rokers daalt van 25 procent in 2015 (3,3 miljoen volwassenen) naar 14 procent in 2040 (2,0 miljoen volwassenen). Dit is echter niet voor alle bevolkingsgroepen gelijk: in 2040 roken er nog drie keer zoveel laagopgeleiden als hoogopgeleiden. Het percentage mensen met overgewicht stijgt van 49 naar 62 procent, en stijgt harder onder laag- dan onder hoogopgeleiden. Tegelijkertijd neemt ook het aandeel toe van mensen dat aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voldoet: van 62 procent in 2015 naar 68 procent in 2030. Deze toename komt vooral doordat meer 60-plussers aan de beweegnorm zullen voldoen. Er is geen goed zicht op toekomstige ontwikkelingen in (on)gezond eten. Momenteel eet vrijwel niemand volledig volgens de Richtlijn Goede Voeding. Sinds 2012 lijkt er wel een einde gekomen aan de dalende trend in groente- en fruitconsumptie bij jongvolwassenen, en zijn kinderen meer fruit gaan eten. Ook de toekomstige ontwikkelingen in alcoholconsumptie zijn onzeker. Momenteel drinkt negen procent van de volwassenen overmatig.

...maar ook persoonsgebonden risicofactoren en de omgeving

Naast leefstijl spelen ook andere factoren een rol, zoals hoge bloeddruk en hoog cholesterol. Deze verhogen het risico lopen op een hart- of vaatziekte. Door de vergrijzing zal ook het aantal mensen met hoge bloeddruk toenemen. Ook luchtverontreiniging speelt een rol bij het ontstaan van hart- en vaatziekten en kanker. In de toekomst wordt de lucht schoner en nemen de concentraties fijn stof, stikstofdioxide (NO₂) en roet af. Toch blijven er regionale verschillen door lokale omstandigheden, zoals verkeer, veeteelt, houtkachels en industrie. Klimaatverandering heeft, in combinatie met aantasting van de ozonlaag, tot gevolg dat er meer blootstelling aan schadelijke UV-straling komt. Hierdoor neemt het risico op huidkanker toe. Blootstellingsgedrag zoals het dragen van minder bedekkende kleding, meer vrije tijd en langere (zon/strand) vakanties, lijkt hierbij de belangrijkste rol te spelen.

Meer ouderen ervaren een goede gezondheid

In het Trendskenario en de Themaverkenningen is niet specifiek gekeken naar de gevolgen van hart- en vaatziekten en kanker op ervaren gezondheid en ervaren beperkingen. In het algemeen voelt bijna 80 procent van de bevolking zich gezond. Ondanks de vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken verandert dit tussen 2015 en 2040 nauwelijks. In 2015 ervaart 52 procent van de mensen van 75 jaar en ouder een (zeer) goede gezondheid. In 2040 is dat 56 procent. Ook het percentage mensen dat géén beperkingen in activiteiten ervaart op het gebied van horen, zien en bewegen blijft stabiel op ruim 86 procent. Ook hier is een lichte verbetering onder ouderen te zien: het percentage mensen van 75 jaar en ouder zonder beperkingen in activiteiten neemt toe van 55 naar 62 procent.

Langetermijneffecten worden steeds belangrijker

Niet alleen zullen steeds meer mensen te maken krijgen met hart- en vaatziekten of kanker, ook de aard van deze aandoeningen zal de komende decennia veranderen. Door betere overlevingskansen zal een steeds grotere groep langer met deze aandoeningen en/of de gevolgen van de behandeling leven. Bij sommige vormen van kanker is deze ontwikkeling nu al duidelijk zichtbaar. Langetermijneffecten waar (ex-)kankerpatiënten mee te maken krijgen zijn niet alleen medisch maar vaak ook sociaal van aard, bijvoorbeeld problemen met werk of het volgen van onderwijs. Deze gevolgen hebben vaak een grote impact op het leven de (ex-)patiënten en hun omgeving.

Zorguitgaven aan hart- en vaatziekten en kanker nemen toe

Van de uitgaven aan verschillende groepen aandoeningen stijgen die aan kanker het snelst in de periode 2015-2040. In 2040 wordt ruim vier maal zoveel uitgegeven (24 miljard) aan de behandeling van kanker als in 2015. De uitgaven aan hart- en vaatziekten stijgen van bijna 12 miljard in 2015 naar

ruim 27 miljard in 2040. De uitgavengroei tot 2040 voor de behandeling van kankers komt vooral door de ontwikkeling van nieuwe medicijnen.

De belangrijkste onzekerheden

Wat zijn de belangrijkste onzekerheden rond deze opgave?

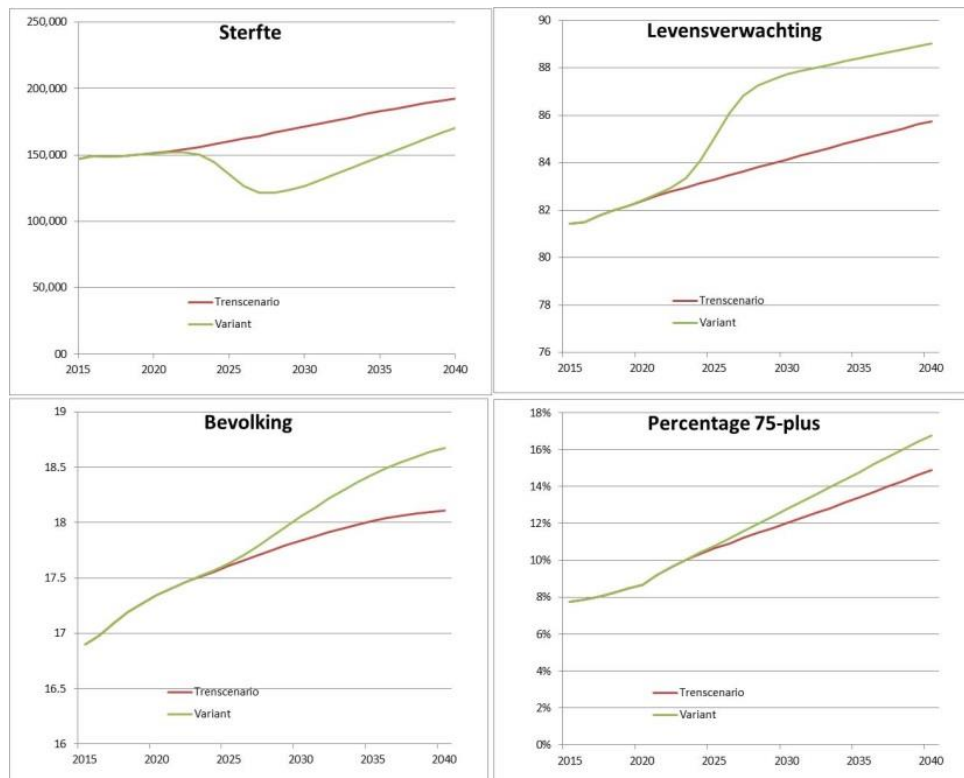
Belangrijke onzekerheden in de toekomst liggen op het gebied van technologie: betere vroegopsporing, nieuwe geneesmiddelen en nieuwe behandelingen kunnen van invloed zijn op het voorkomen van hart- en vaatziekten en kanker. Daarnaast zorgen ook demografische ontwikkelingen voor onzekerheid. Vergrijzing is hiervan een voorbeeld. Als de levensverwachting in de toekomst harder stijgt dan in het Trendskenario is beschreven, zal ook het aantal ouderen harder toenemen. Ouderen hebben vaker hart- en vaatziekten en/of kanker. Deze onzekerheid is niet denkbeeldig. In het verleden is de ontwikkeling van de toekomstige levensverwachting vaker onderschat. Daarnaast zorgen ook omgevingsfactoren voor onzekerheid. Dit komt omdat de gezondheidseffecten van bijvoorbeeld klimaatverandering, maar ook microplastics en nanodeeltjes nog niet goed bekend zijn.

Wat als... kanker een chronische ziekte wordt?

De overleving van kanker is de laatste jaren verbeterd (1). Maar kanker is in veel gevallen nog steeds een dodelijke aandoening, en geen chronische ziekte. De overlevingskans voor borstkanker en of prostaatkanker is weliswaar relatief hoog, maar voor bijvoorbeeld alvleesklierkanker en longkanker is dat niet het geval. Toch is er hoop dat er door verbeteringen in de zorg en vroegopsporing van kanker een grote vooruitgang geboekt kan worden, net als bijvoorbeeld voor hart- en vaatziekten. Er wordt bijvoorbeeld veel verwacht van gentherapie [\[link gentech TV\]](#). Wat zou het voor de volksgezondheid kunnen betekenen als kanker inderdaad een chronische aandoening wordt? In deze “wat als” wordt verondersteld dat tussen 2020 en 2030 een grote doorbraak wordt bereikt, waardoor een overleving van 100 procent wordt behaald voor alle vormen van kanker.

Het directe effect van de veronderstelling dat mensen niet langer overlijden aan kanker is te zien in de sterftcijfers. Het aantal sterfgevallen zou na 2020 afnemen en in 2030, wanneer de kankersterfte tot nul gereduceerd is, ongeveer 50.000 lager uitkomen dan in het Trendskenario. Ook de gemiddelde levensverwachting zou hierdoor extra toenemen, en wel met 3 jaar. Na 2030 gaat de sterfte weer stijgen in dit “wat als” scenario. Dat komt omdat er sprake is van uitstel en geen afstel van sterfte. Ook zonder kanker als doodsoorzaak zullen mensen uiteindelijk overlijden. Doordat we langer zullen gaan leven groeit de bevolking, met ongeveer 500.000 mensen in 2040. Het grootste deel hiervan – ongeveer 445.000 mensen – zal ouder zijn dan 75 jaar. Deze groep zal nog steeds te maken hebben met (niet meer dodelijke) kanker, maar ook met andere aandoeningen. Hierdoor zou de opgave voor dementie en andere complexe problematiek bij thuiswonende ouderen dus groter worden [\[link naar opgave zelfstandig wonende ouderen\]](#).

Voor meer informatie over methoden die zijn toegepast om deze cijfers te berekenen, zie het [achtergronddocument](#) over de ‘wat als’ analyses [\[link\]](#).



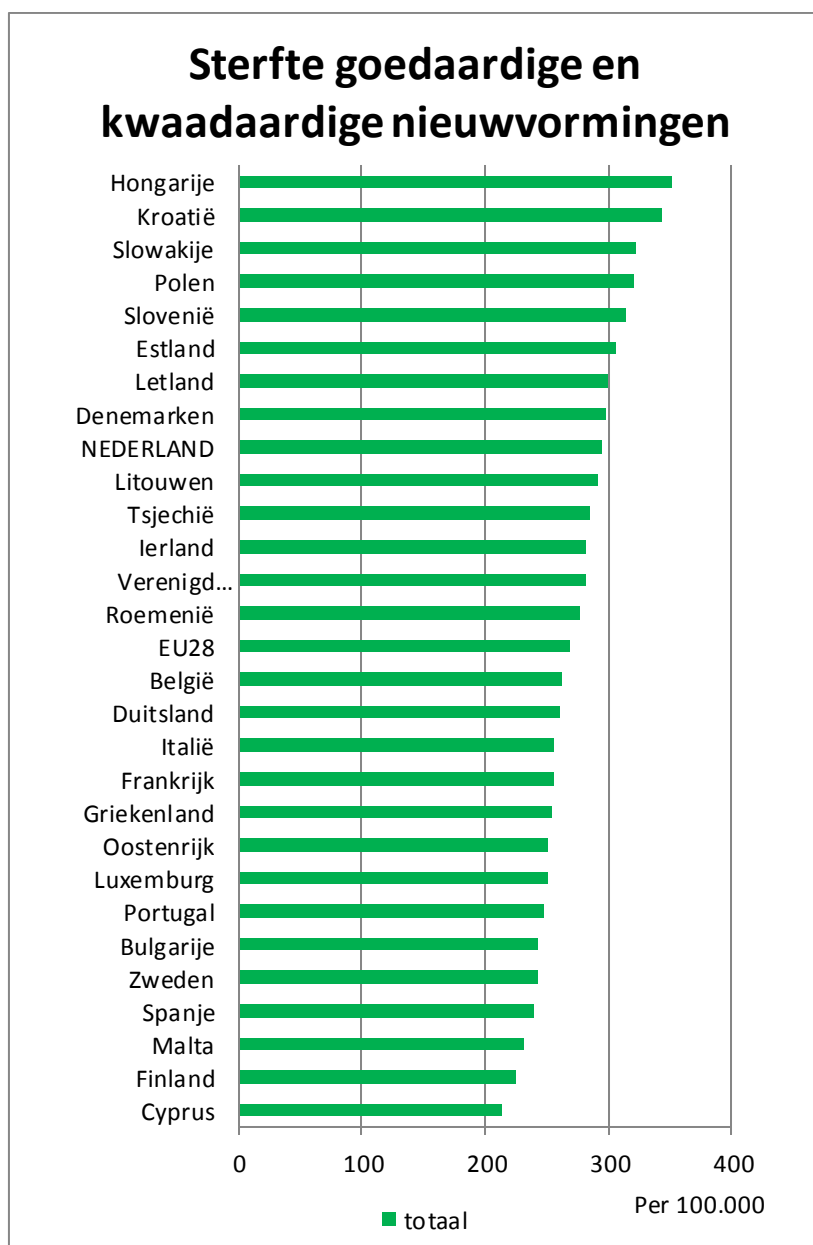
Bron: RIVM

De opgave in internationaal en regionaal perspectief

Sterfte aan kanker in Nederland hoger dan gemiddeld in de Europese Unie

De sterfte aan goedaardige en kwaadaardige nieuwvormingen (kanker) is in Nederland iets hoger dan gemiddeld in de Europese Unie (EU). Cyprus, Finland en Malta rapporteren de laagste sterftecijfers en Hongarije, Kroatië en Slowakije de hoogste. De sterfte is in Nederland vergeleken met andere EU-landen vooral hoog voor longkanker en huidkanker en in iets minder mate voor borstkanker. De sterfte aan baarmoederhalskanker ligt in Nederland juist onder het EU-gemiddelde (niet in figuur). Longkanker en huidkanker zijn twee kankers waarbij leefstijl (roken en zongedrag) een belangrijke rol speelt. Het aandeel mensen dat dagelijks of wel eens rookt ligt in Nederland iets boven het EU-gemiddelde, namelijk op 25 procent. Zweden (17%), het Verenigd Koninkrijk (17%) en Finland (19%) hebben de laagste percentages rokers.

Figuur: Gestandaardiseerde sterfte aan nieuwvormingen in de Europese Unie, 2015



Bron: Eurostat

Lees meer

Gebruikte indicator(en): Sterfte aan nieuwvormingen per 100.000 in de landen van de Europese Unie in 2015. Onder nieuwvormingen vallen goedaardige en kwaadaardige nieuwvormingen (kanker). Sterfte is gestandaardiseerd naar de Europese standaardbevolking. ICD code C00-D48.

Gebruikte bron(nen): Eurostat

Meer informatie:

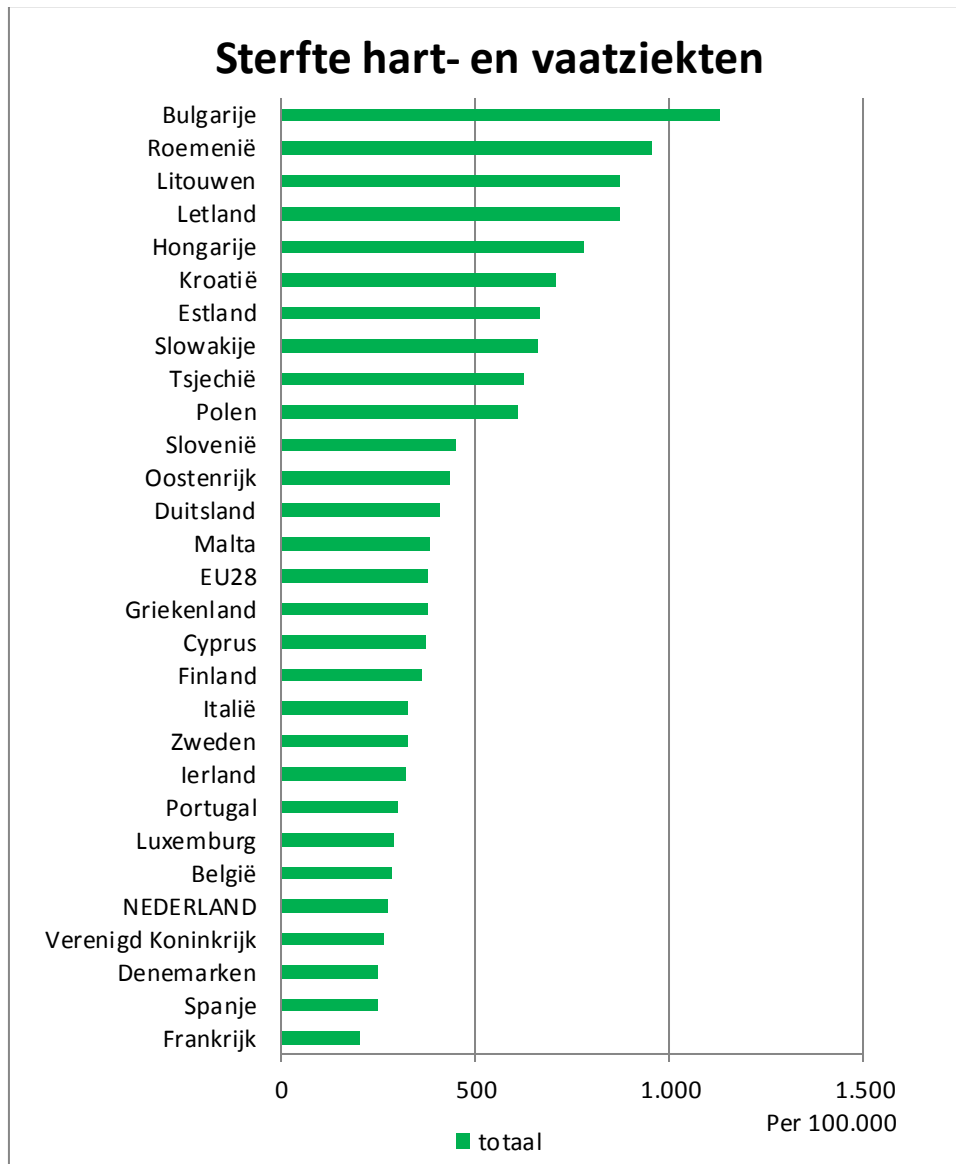
- Kanker internationaal op VZinfo

Relatief lage sterfte hart- en vaatzieken en weinig overgewicht in Nederland

Sterfte aan hart- en vaatziekten is in Nederland laag vergeleken met andere EU-landen. Dit geldt zowel voor coronaire hartziekten als beroerte (niet in figuur). Naast roken is ook overgewicht een risicofactor voor hart- en vaatziekten en kanker. Hoewel in Nederland bijna de helft van de volwassenen overgewicht heeft, komt overgewicht in de meeste EU-landen nog vaker voor. Alleen in

Italië, Frankrijk, Denemarken, Luxemburg, Cyprus en Oostenrijk is er minder overgewicht dan in Nederland. In Malta, Kroatië en Griekenland komt overgewicht het vaakst voor. Nederlandse mannen hebben het laagste percentage overgewicht van de hele EU. Ook ernstig overgewicht (obesitas) komt in de meeste EU-landen vaker voor dan in Nederland. Malta, Letland, Hongarije, het Verenigd Koninkrijk en Estland hebben de hoogste percentages: één op de vijf volwassenen heeft er obesitas, in Malta zelfs één op de vier.

Figuur: Gestandaardiseerde sterfte aan hart- en vaatziekten in de Europese Unie, 2015



Bron: Eurostat

Lees meer

Gebruikte indicator(en): Sterfte aan hart- en vaatziekten per 100.000 in de landen van de Europese Unie in 2015. Sterfte is gestandaardiseerd naar de Europese standaardbevolking. ICD code I00-I99.

Gebruikte bron(nen): Eurostat

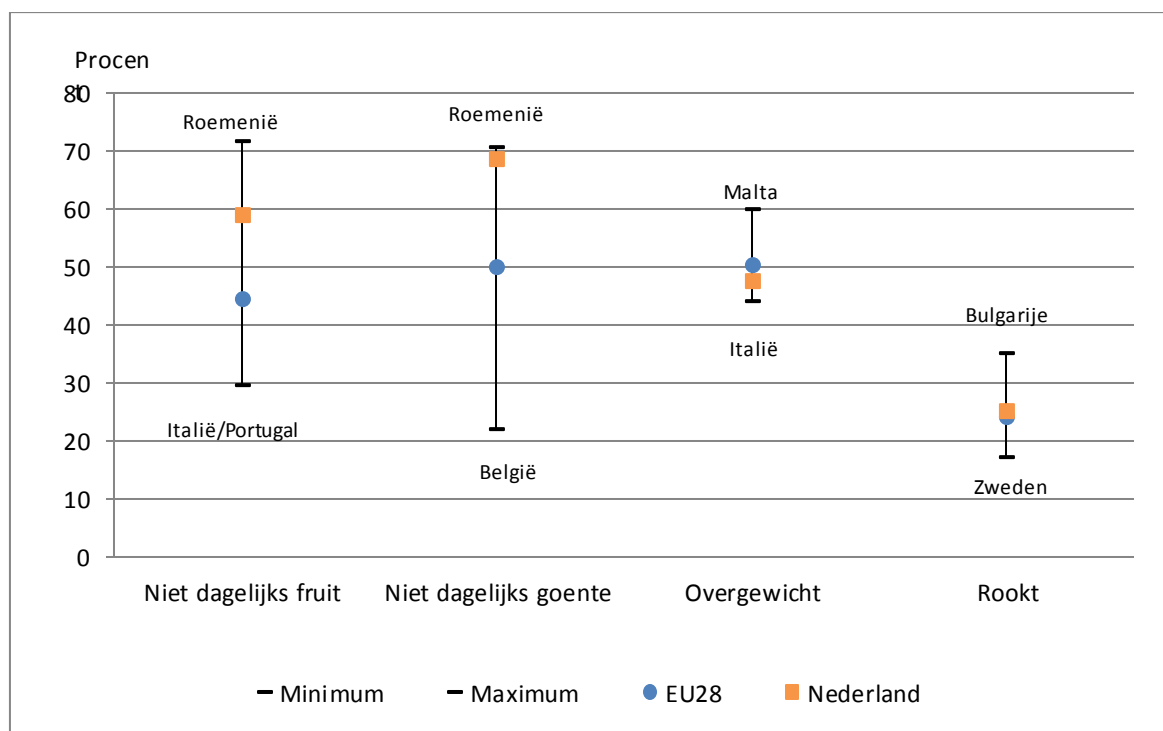
Meer informatie:

- Hart- en vaatziekten internationaal op VZinfo

Relatief weinig Nederlanders eten dagelijks groente en fruit

De consumptie van groente en fruit vermindert waarschijnlijk zowel het risico op hart- en vaatziekten als op sommige vormen van kanker. Nederland behoort echter tot de landen met het laagste percentage dagelijkse fruit- en groente-eters. Van de volwassen Nederlanders eet 59 procent niet dagelijks fruit en 69 procent niet dagelijks groente. In Zuid-Europese landen eten mensen over het algemeen vaker dagelijks groente en fruit. Zo zeggen Portugezen en Italianen het vaakst dagelijks fruit te eten. Belgen eten het vaakst dagelijks groente. Dit is gebaseerd op een enquête waarin mensen de vraag is voorgelegd hoe vaak men groente of fruit eet. Als naar de gemiddelde dagelijkse groente- en fruitconsumptie op basis van voedselconsumptiepeilingen wordt gekeken, zit Nederland ook bij de landen met de laagste fruitconsumptie en in de middenmoot wat betreft groenteconsumptie (niet in figuur) ([EFSA comprehensive food consumption database](#)). Bovendien blijkt dan dat Belgen gemiddeld minder groente eten dan Nederlanders ondanks dat zij naar eigen zeggen het vaakst dagelijks groente eten. Overigens zijn er in Nederland wel relatief veel mensen die het dan wel niet lukt om dagelijks groente en fruit te eten, maar wel minimaal 4 tot 6 keer per week (niet in figuur). Er zijn voor Nederland geen goed internationaal vergelijkbare gegevens beschikbaar over problematisch alcoholgebruik en bewegen.

Figuur: Variatie leefstijl in EU-landen, 2014



Bron: Eurostat

Lees meer

Gebruikte indicator(en): Percentage mensen van 15 jaar en ouder in landen van de Europese Unie (2014) dat:

- niet dagelijks fruit eet
- niet dagelijks groente eet
- overgewicht (BMI ≥ 25) of ernstig overgewicht (BMI ≥ 30) heeft
- wel eens of dagelijks rookt.

Het hoogst en het laagst scorende land wordt getoond, plus de waarden voor Nederland en het EU-gemiddelde.

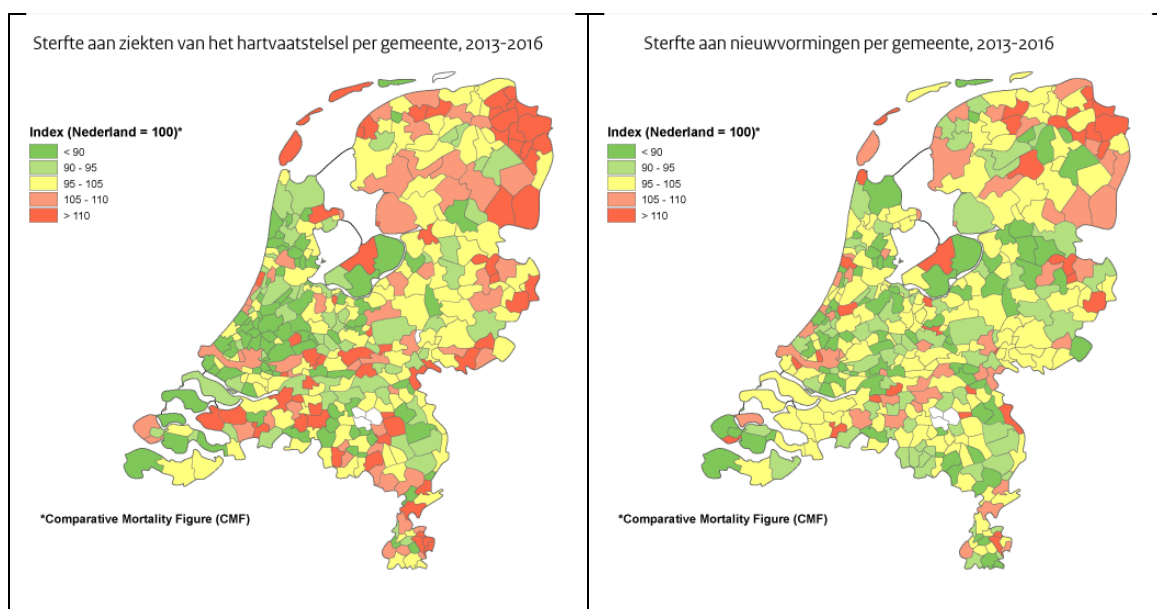
Gebruikte bron(nen): Eurostat (European Health Interview Survey 2014)

Meer informatie:

- Overgewicht internationaal op VZinfo
- Roken internationaal op VZinfo

Sterfte aan hart- en vaatziekten en kanker hoog in noordoost Nederland

Sterfte aan hart- en vaatziekten en goedaardige en kwaadaardige nieuwvormingen (kanker) is niet gelijkmatig over Nederland verdeeld. In sommige gebieden is de vergrijzing al verder gevorderd dan in andere. Voor het effect hiervan op de sterftecijfers kan gecorrigeerd worden. Ook voor deze voor leeftijd gecorrigeerde sterfte aan hart- en vaatziekten en kanker zijn er verschillen tussen regio's. Deze is relatief hoger in het noordoosten van Nederland. Ook gemeenten in Twente en Noord-Brabant hebben een relatief hogere sterfte aan hart- en vaatandoeningen en kanker. In het westen van Nederland is met name de sterfte aan hart- en vaatziekten lager dan in de rest van het land. In Rotterdam en Den Haag is de sterfte aan kanker relatief hoog.



Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek, gegevens bewerkt door RIVM

Lees meer

Gebruikte indicator(en): Sterfte per gemeente aan hart- en vaatziekten (ICD-10 codes C00-D48) en nieuwvormingen (ICD-10 codes I00-I99), gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht voor de periode 2013-2016. Onder nieuwvormingen vallen goedaardige en kwaadaardige nieuwvormingen (kanker).

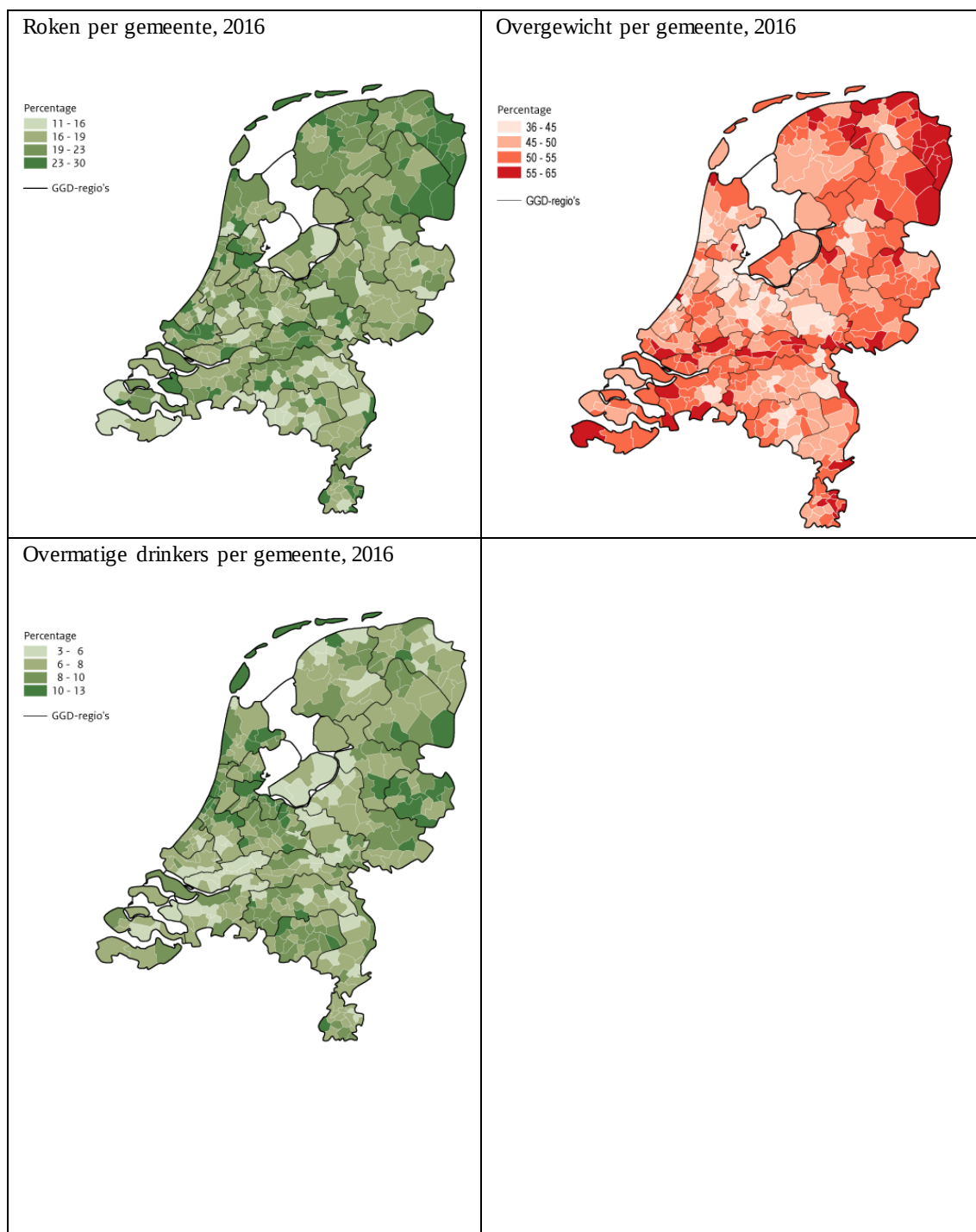
Gebruikte bron(nen): [CBS Doodsoorzakenstatistiek](#)

Meer informatie:

- Hart- en vaatziekten regionaal op VZinfo
- Kanker regionaal op VZinfo

Wisselende patronen voor roken, overgewicht en alcoholgebruik

De belangrijkste risicofactoren voor hart- en vaatziekten en kanker zijn roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht. De spreiding van deze risicofactoren laat een soortgelijk patroon zien als bij sterfte. Overgewicht en roken komen relatief vaak voor in noordoost Nederland. Zo heeft 55 tot 65 procent van de mensen in veel van de oostelijke gemeenten in Groningen en Drenthe overgewicht. Roken lijkt weer wat gelijkmatiger verdeeld te zijn; ook in andere regio's dan noordoost Nederland komen relatief hoge percentages rokers voor. Voor alcoholgebruik wijkt het beeld wat meer af. Overmatig alcoholgebruik komt relatief veel voor in bijvoorbeeld Overijssel en Noord-Holland, en ook in Amsterdam.



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 GGD'en, CBS en RIVM

Lees meer

Gebruikte indicator(en): Percentage rokers (dagelijks en af en toe), percentage overgewicht (BMI (Body Mass Index) groter dan 25) en percentage overmatig alcoholgebruik (meer dan 21 glazen per week voor mannen en 14 glazen voor vrouwen) onder volwassenen van 19 jaar of ouder, per gemeente in 2016.

Gebruikte bron(nen): Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 GGD'en, CBS en RIVM

Meer informatie:

- Roken regionaal op VZinfo
- Overgewicht regionaal op VZinfo
- Alcoholgebruik regionaal op VZinfo

Referenties

1. IKNL. Kansen op overleving kanker afgelopen 50 jaar fors toegenomen Amsterdam: Integraal Kankercentrum Nederland; 2017 [Available from: <https://iknl.nl/over-iknl/nieuws/nieuws-detail/2017/12/07/kansen-op-overleving-kanker-afgelopen-50-jaar-fors-toegenomen>].

Tabblad 2: integrale preventie

Leeswijzer

In dit webartikel worden mogelijke handelingsopties uitgewerkt voor het doel 'werken aan integrale preventie'. Dit doel hoort bij de maatschappelijke opgave: 'hart- en vaatziekten en kanker blijven veelvoorkomende ziekten die ook in 2040 nog het grootste deel van de sterfte veroorzaken en een grote impact hebben op het leven van patiënten'. Andere doelen die voor deze opgave zijn uitgewerkt zijn 'andere zorg door technische toepassingen en andere organisatievormen' [\[link\]](#) en 'beter omgaan met de fysieke, mentale én maatschappelijke gevolgen van chronische aandoeningen' [\[link\]](#). Een beschrijving van de opgave vindt u in het webartikel 'Wat is de opgave' [\[link\]](#).

Dit webartikel is gebaseerd op de opbrengsten van een brede stakeholderbijeenkomst met (ervarings)deskundigen op het gebied van preventie, zorg en kwaliteit van leven voor hart- en vaatziekten en kanker [\[link naar verslag\]](#). Deze opbrengsten zijn verder aangevuld en verrijkt met literatuur en inspirerende en goede voorbeelden. De verschillende doelen voor deze opgaven zijn op basis van de stakeholderbijeenkomst geformuleerd. Per doel wordt geschetst wat er op dat gebied al gebeurt, wat eventuele andere of aanvullende opties zijn, en wie daarbij een rol kan spelen. Dit webartikel heeft tot doel om inzicht te geven in wat volgens stakeholders de belangrijkste actierichtingen zijn om met deze opgave om te gaan. Het geeft geen uitputtend overzicht van alle mogelijke handelingsopties.

Belangrijkste actierichtingen

- Inzetten op integrale programma's: integrale programma's zijn een belangrijk middel in de preventie van hart- en vaatziekten en kanker, en richten zich op zowel leefstijl als de fysieke en sociale leefomgeving. Er zijn verschillende programma's ontwikkeld waarop is voort te bouwen.
- Meer werk maken van interdepartementale samenwerking: integrale preventie vergt naast lokaal initiatief óók samenwerking tussen ministeries, zeker als het gaat om aanpassingen in de fysieke en sociale leefomgeving.
- Aandacht voor achterliggende sociale problematiek bij kwetsbare groepen: om gezondheid en leefstijl van kwetsbare groepen te veranderen, zijn vaak eerst acties nodig op andere vlakken dan gezondheid, zoals schuldhulpverlening of het vinden van werk.

Integrale preventie: leefstijl, sociale en fysieke leefomgeving

In het Trendskenario [\[link\]](#) blijven hart- en vaatziekten en kanker tussen nu en 2040 veelvoorkomende aandoeningen. Beide ziektegroepen veroorzaken bovendien het grootste deel van de totale sterfte in Nederland, ook in 2040. Voorkomen dat mensen kanker of hart- en vaatziekten krijgen, is daarom een belangrijk maatschappelijk doel. Zowel de geraadpleegde experts als de onderzochte literatuur benadrukken dat voor het bereiken van dit doel preventie zoveel mogelijk integraal moet worden ingezet. Integrale preventie richt zich niet alleen op *persoonlijke leefstijlfactoren* zoals roken, alcoholgebruik, voeding en beweging, maar tegelijkertijd ook op de *fysieke en sociale leefomgeving* van mensen. Deze onderdelen worden in dit webartikel verder uitgewerkt. Op deze uiteenlopende velden liggen niet alleen taken voor de rijksoverheid, gemeentes of GGD-en, maar ook voor onderwijsinstellingen en andere maatschappelijke partijen, zoals

gezondheidsfondsen, zorgverzekeraars, werkgevers, supermarkten, woningbouwcorporaties en het bedrijfsleven.

Inzetten op een gezonde leefstijl...

Er is al veel bekend over de relatie tussen leefstijlfactoren en het ontstaan van hart- en vaatziekten en kanker. Het gaat hierbij vooral om roken, overmatig alcoholgebruik, ongezonde voeding, onvoldoende beweging en overgewicht [\[link VZinfo\]](#). Het verminderen van roken en alcoholgebruik én het bevorderen van een gezonde leefstijl met voldoende beweging en een gezond voedingspatroon zijn dan ook al langer belangrijke beleidsspeerpunten. Ook het aanstaande [Nationaal Preventieakkoord](#) [\[link\]](#) staat in het teken van leefstijl, met als belangrijke speerpunten het terugdringen van roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht.

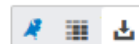
...door regelgeving, afspraken en voorlichting

Op het gebied van wet- en regelgeving is er de afgelopen jaren vooral ingezet op ontmoediging: de leeftijdsgrens voor de verkoop van alcohol en tabak is bijvoorbeeld in 2014 verhoogd van 16 naar 18 jaar en er is een [uitstalverbod](#) voor tabakswaren in supermarkten in voorbereiding dat in moet gaan in 2020. Naast wet- en regelgeving, worden er ook afspraken gemaakt. Een voorbeeld hiervan is het [convenant](#) tussen de overheid en het bedrijfsleven over het verminderen van zout, suiker en verzadigde vetten in voeding én het stimuleren van gezond aanbod. Daarnaast werken overheden en maatschappelijke organisaties ook samen op het gebied van publieksvoorlichting. De campagne [NIX18](#) is hiervan een mooi voorbeeld. Deze campagne richt zich op het normaal maken van het niet roken en drinken tot je 18^e onder jongeren. Ook nemen maatschappelijke organisaties steeds vaker zelf het initiatief. Zo hebben KWF Kankerbestrijding, de Hartstichting en het Longfonds in 2015 de handen ineen geslagen in het actieplan [Op weg naar een rookvrije generatie](#). Dit actieplan heeft als doel om kinderen die vanaf 2017 geboren worden zoveel mogelijk te beschermen tegen blootstelling aan tabaksrook en de verleiding van roken. Daarnaast zetten vrijwel alle gemeenten in Nederland in op het terugdringen van overgewicht en bevorderen van een gezonde leefstijl [\(zie Fig. X\)](#), bijvoorbeeld via de programma's van Stichting [JOGG](#) (Jongeren Op Gezond Gewicht) of het programma [Gezond in de Stad](#) (GIDS) van GezondIn.

✓ Deelname Landelijke Gezondheidsprogramma's per gemeente

Deelname landelijke gezondheidsprogramma's

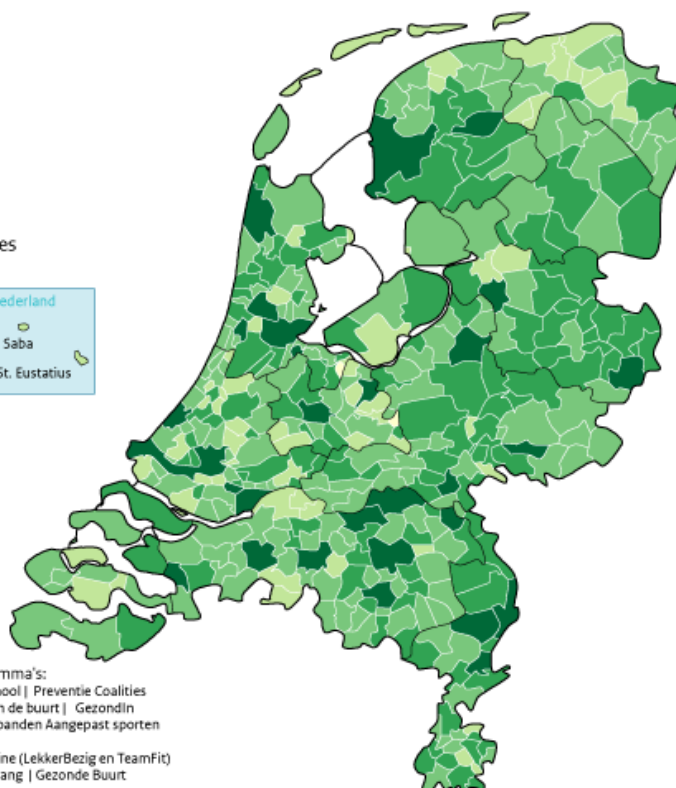
Per gemeente, peildatum oktober 2017



Aantal

- Geen
- 1 of 2
- 3 of 4
- 5 of 6
- 7 of 8

— provincies



Landelijke programma's:
JOGG | Gezonde School | Preventie Coalities
Sport en bewegen in de buurt | GezondIn
Samenwerkingsverbanden Aangepast sporten
Alles is Gezondheid
Gezonde Sportkantine (LekkerBezig en TeamFit)
Gezonde Kinderopvang | Gezonde Buurt

Door op een gemeente te klikken, wordt er getoond aan welke gezondheidsprogramma's een gemeente deelneemt.

Een integrale aanpak werkt bij roken...

Het verder terugdringen van roken, zowel onder jongeren als onder volwassenen, zal een grote bijdrage kunnen leveren aan het verder voorkómen van hart- en vaatziekten en kanker [[link synthese/determinanten-infographic](#)]. Onderzoek laat zien dat het samenhangend inzetten van meerdere maatregelen en interventies uit diverse domeinen leidt tot het meeste succes (11). Het gaat daarbij niet alleen om maatregelen die direct raken aan de leefstijl, maar ook de fysieke en sociale omgeving eromheen. Denk hierbij aan accijnsverhogingen die zijn ingebed in een breder programma, zoals het invoeren van rookverboden, het beperken van het aantal verkooppunten en reclame-uitingen voor tabak, het ondersteunen en toegankelijk maken van stoppen-met-roken-programma's en het opzetten van grote publiekscampagnes. Een goed voorbeeld van een dergelijke integrale aanpak van roken is het programma [MPOWER](#) van het *WHO Tobacco Free Initiative*. Uit een recente maatschappelijke kosten-batenanalyse van tabaksbeperkende maatregelen blijkt dat gecombineerde programma's kunnen leiden tot een halvering van het aantal rokers in 2040 (12).

Integrale preventie: Rookvrij opgroeien in Haarlem-Oost

In de Slachthuisbuurt (Haarlem-Oost) hebben de gemeente Haarlem, GGD Kennemerland en DOCK Haarlem welzijnswerk in het voorjaar van 2017 de handen ineen geslagen in een integrale wijkgerichte aanpak om kinderen en jongeren rookvrij te laten opgroeien.

De aanpak is gebaseerd op de interventies [Rookvrij Opgroeien](#) en Rookvrij Regisseur en richt zich zowel op ouders als op de omgeving. Ouders kunnen individuele voorlichting krijgen over meer roken bij kleine kinderen (0-4 jaar). Ook kan er een gezinscontract voor een rookvrij huishouden worden gesloten waarin regels over bijvoorbeeld roken in en om het huis worden gemaakt. In de wijk gaat het om het aanbieden van laagdrempelige stoppen-met-roken cursussen, lokale voorlichtingscampagnes en het rookvrij maken van de wijk. Denk daarbij aan het plaatsen van bordjes bij speeltuinen en schoolpleinen, maar ook het rookvrij maken van de lokale horeca. Daarnaast heeft de gemeente ook andere maatregelen genomen, zoals het instellen van rookvrije zones in de wijk, het stellen van rookvrij-voorwaardes bij subsidieverlening en het doorvoeren van tabaksontmoediging in beleid dat zich niet op gezondheid richt.

Naast de wijkbewoners, de gemeente, GGD en welzijnswerk, zijn ook het Academisch Medisch Centrum (AMC) en verschillende professionals zoals opvoedondersteuners, huisartsen, leerkrachten en verloskundigen betrokken. De intensiteit van de aanpak en het draagvlak en enthousiasme onder de professionals en de betreffende wethouder worden genoemd als belangrijke succesfactor.

Naast deze voorbeelden staan er in de interventiedatabase van het RIVM nog tal van andere interventies [\[link\]](#).

In dit achtergronddocument vindt u meer informatie over erkenningsniveau van deze interventies [\[link\]](#).

...en kan ook werken bij alcoholgebruik

Het gelijktijdig inzetten van meerdere maatregelen en interventies kan ook helpen bij het terugdringen van alcoholgebruik (11). De verhoging van de leeftijdsgrens en publiekcampagnes als NIX18 hebben volgens onderzoek van het Trimbos effect gehad. Tussen 2007 en 2015 is het aandeel ouders dat strengere regels is gaan stellen rond alcoholgebruik gestegen van 50 naar 77 procent (13). Ook accijnsverhogingen die gekoppeld zijn aan een minimumverkoopprijs voor alcohol hebben veel effect op alcoholconsumptie, met name voor alcoholgebruik thuis (11, 14). Voor Nederland is recent onderzocht dat accijnsverhoging op alcohol van 50 procent in een periode van 50 jaar tussen 14 en 20 miljard euro kan opleveren aan gezondheidswinst en andere maatschappelijke baten (15). De effectiviteit van prijsmaatregelen zal echter groter worden als ze onderdeel uitmaken van een breder programma van maatregelen, zoals publiekscampagnes, het beperken van het aantal verkooppunten, het reguleren van verkooptijden en het verder beperken van reclame-uitingen en sponsoractiviteiten (11, 16-19).

Voldoende beweging en een gezond voedingspatroon ...

Ook het terugdringen van overgewicht zowel onder kinderen als onder de huidige generatie volwassenen draagt bij aan het voorkomen van kanker en hart- en vaatziekten in 2040 en daarna. Integrale programma's als [Gezonde School](#), [Gezonde kinderopvang](#) en de wijkaanpak van Stichting [JOGG](#) (Jongeren op Gezond Gewicht) richten zich op het terugdringen van overgewicht onder jongeren. Deze programma's zetten daarbij op meer in dan alleen de aanpak van overgewicht door het stimuleren van bewegen en voorlichting over voeding. Het gaat vaak ook om het creëren van een veilige, schone en beweegvriendelijke leer- en woonomgeving en een gezond voedselaanbod. Er is aangetoond dat (sommige van) deze programma's resulteren in gezondheidswinst. De impact van

deze programma's kan worden vergroot als ze verder worden uitgebreid. Op dit moment doet bijvoorbeeld 13 procent van alle Nederlandse scholen mee aan het programma Gezonde School. Daarnaast zijn er initiatieven zoals de [Gezonde Werkvloer](#) en [Team:Fit](#) die zich meer richten op volwassenen, bijvoorbeeld door gezonde voeding aan te bieden in het bedrijfsrestaurant of de sportkantine, het inzetten van stabureaus, het verleiden tot trapgebruik, het stimuleren van fietsen en lopen voor woon-werkverkeer of het regelen van sportaanbod op het werk. Ook deze programma's zijn te versterken.

Het Finse onderwijsmodel als mogelijke bron van inspiratie

Er wordt vaak naar het Finse onderwijsmodel verwezen als inspiratiebron voor een 'gezonde' inrichting van het onderwijs. In Finland is er in het basisonderwijsprogramma veel ruimte voor vrij (buiten)spelen van leerlingen. Na elke les van 45 minuten is er een kwartier pauze. Op de middelbare school is Gezondheid een verplicht vak waarbij veel aandacht uitgaat naar het ontwikkelen van gezondheidsvaardigheden zoals kritisch denken, probleemoplossend vermogen en zelfmanagement. Het doel is om kinderen te leren om informatie over gezondheid zelf te kunnen vinden en begrijpen en om op basis daarvan zelf beslissingen te nemen (7, 8). Ook de fysieke en sociale omgeving van onderwijs biedt concrete mogelijkheden voor preventie, bijvoorbeeld door het zorgen voor rookvrije en schaduwrijke schoolpleinen, het aanbieden van gezonde voeding of het ontmoedigen van het brengen van kinderen met de auto.

...vergt een gecombineerde aanpak

Naast het inzetten op het veranderen van het persoonlijke gedrag van mensen, zal ook het terugdringen van het aanbod van ongezonde voeding helpen bij het terugdringen van overgewicht. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om het verminderen van het aantal verkooppunten, zoals frisdrank- of snoepautomaten op scholen of op het werk én het verder beperken van kindermarketing. Maar ook via prijsmaatregelen kunnen gezonde producten in supermarkten en horeca aantrekkelijker worden gemaakt, bijvoorbeeld door gezonde voeding goedkoper te maken of ongezonde voeding duurder. Daarnaast kan ook gekeken worden of het voedingsaanbod 'aan de bron' kan worden aangepakt. In Finland is vanaf de jaren 1980 veel ervaring opgebouwd met het subsidiëren van de productie van gezonde voeding door boeren en tuinders (20). De uitdaging zit in het zoeken naar de goede combinaties van maatregelen op het juiste niveau. Prijsmaatregelen, subsidies en marketing kunnen op nationaal niveau worden aangepakt. Maar op lokaal niveau vergt het maatwerk. Of en hoe maatregelen elkaar versterken is afhankelijk van de specifieke situatie. Wijkgerichte programma's bestaan vaak uit combinaties van maatregelen, zoals beperking van het aanbod rond scholen, voorlichting en ondersteuning, het aantrekkelijk maken van gezonde producten in de supermarkt en toegankelijke sportfaciliteiten en beweegprogramma's. De [Toolkit Preventie in de Wijk](#) geeft handvatten voor het opzetten van integrale programma's voor verschillende typen wijken. Ook het ZonMw-programma '[Aan de slag met preventie in uw gemeente](#)' richt zich op het stimuleren van integrale preventie door gemeentes.

Frisdranktaks en andere prijsmaatregelen voor voeding

Een voorbeeld van een prijsmaatregel die gericht is op het terugdringen van ongezonde voeding is de frisdranktaks. Hiermee is de laatste jaren onder andere in Duitsland, Mexico en de VS geëxperimenteerd. De resultaten zijn gunstig: een frisdranktaks (accijns) zorgt inderdaad voor een daling van frisdrankconsumptie, met name onder jongeren, jongvolwassenen en mensen met een laag inkomen. Tegelijkertijd laten sommige studies ook zien dat een frisdranktaks kan leiden tot een stijging van de waterconsumptie onder deze groepen (1-3). Bovendien lijken ook de effecten van de frisdranktaks op het terugdringen van overgewicht, cariës, diabetes mellitus (type 2) en hart- en vaatziekten gunstig (4, 5).

Ook Frankrijk heeft een frisdranktaks. Daarnaast is er in Frankrijk beleid ingezet om het drinken van energiedrankjes op alle scholen tegen te gaan en hebben sommige scholen een verbod op snoepautomaten (6). In Engeland heeft de voorgenomen invoering van de 'sugar tax' al op voorhand geleid tot een daling van het suikergehalte in bijvoorbeeld frisdranken (9).

Toch werken dit soort prijsmaatregelen niet altijd. Denemarken voerde in 2011 een belasting in op producten met verzadigd vet. Die werd in 2013 weer afgeschaft. De effecten van de maatregel werden niet goed zichtbaar en er was veel publieke weerstand tegen de maatregel

Ook aandacht nodig voor persoonsgebonden risicofactoren

Naast leefstijl spelen ook persoonsgebonden risicofactoren, zoals hoge bloeddruk en/of hoog cholesterol, een rol bij het krijgen van aandoeningen zoals een coronaire hartziekte, een beroerte of hartfalen. Deze factoren hangen samen met leefstijl. Zo zijn er relaties tussen overgewicht en ongezonde voedingspatronen en hoge bloeddruk en hoog cholesterol. Omdat hoge bloeddruk en hoog cholesterol in de meeste gevallen niet direct tot klachten leiden, is niet iedereen zich bewust van het risico dat hij of zij loopt (21). Uit onderzoek blijkt onder andere dat het zorgen voor een beter bloeddruk- en cholesterolniveau van de bevolking veel kan bijdragen aan het voorkomen van hart- en vaatziekten (22).

Ook de fysieke leefomgeving speelt een belangrijke rol...

Ook de manier waarop steden, wijken of buurten zijn ingericht, heeft invloed op de gezondheid. Via de leefomgeving kunnen gezondheidsrisico's worden beperkt én kan gezond gedrag worden gestimuleerd. Het gaat hierbij onder andere om maatregelen die ingrijpen op grote verkeerstromen, maar ook om het bevorderen van fietsen en lopen naar werk, school, winkels of recreatie ('actief transport) en buiten spelen. Dit kan bijvoorbeeld door het autoluw maken van woonkernen, zorgen voor autovrije school-, sport- en spelzones en een goede en veilige fietsinfrastructuur en wandelroutes, en voor iedereen toegankelijk openbaar vervoer. Dit kan ervoor zorgen dat mensen vaker lopen of de fiets en het openbaar vervoer nemen voor bijvoorbeeld woon-werkverkeer in plaats van de auto. Dit leidt tot meer mensen die gaan bewegen, maar ook tot schonere lucht, minder lawaai en een lagere uitstoot van broeikasgassen. Tegenover de kosten van het nemen van fietsmaatregelen, zoals het aanleggen van snelfietsroutes of fietspaden, staan aanzienlijke gezondheidsbaten op (23, 24). Meer groen (parken, bossen) en blauw (water) in de omgeving nodigt vaak uit tot bewegen: fietsen, hardlopen, wandelen, en buiten spelen. Daarnaast stimuleert het ontspanning en sociale interactie. Maar het zorgt ook voor natuurlijke schaduwrijke omgevingen – ook op scholen – die kunnen helpen bij het voorkomen van zonverbranding en hittestress.

...en dat vergt een gecombineerde aanpak

Voor het stimuleren van bewegen in de leefomgeving is een combinatie van maatregelen nodig. Maatregelen die gericht zijn op het verbeteren van de leefomgeving, bijvoorbeeld door meer aantrekkelijk groen of veilige fietspaden. Maar ook andere maatregelen die gezond gedrag

stimuleren, zoals financiële maatregelen om het fietsen naar het werk of school te bevorderen, of fietslessen voor specifieke doelgroepen. Het betrekken en mee laten doen van de doelgroep bij het ontwikkelen van de interventie, bijvoorbeeld het aanleggen of verbeteren van een park in de buurt of wijk, of een fietsen-naar-school-programma, is van essentieel belang (23, 24).

De Omgevingswet biedt hiervoor ruime mogelijkheden

De nieuwe Omgevingswet die in 2021 van kracht wordt, biedt volop ruimte voor dit soort gezondheid- en welzijnsbevorderende maatregelen ([art. 1.3](#)). Het stimuleren van gezond gedrag kan daardoor naast het nemen van gezondheidsbeschermende maatregelen een prominente plek krijgen in de ruimtelijke ordening. Dit vergt echter wel een actieve inspanning van nationale en provinciale overheden en gemeenten. De omgevingswet legt dit namelijk niet verplichtend op. Om provincies en gemeenten hierbij te ondersteunen, is er de afgelopen jaren veel ontwikkeld. Zo heeft het RIVM heeft op basis van praktijkervaringen een [stappenplan](#) ontwikkeld voor gemeenten en GGD-en om gezondheid en gezond gedrag in de uitvoering van de omgevingswet goed tot zijn recht te laten komen. Ook andere partijen hebben tools ontwikkeld die helpen bij het maken van een integrale afweging voor lokaal omgevingsbeleid, zoals de [Gelderse Gezondheidswijzer](#) en de [Gids Gezonde Leefomgeving](#). ZonMw heeft binnen het preventieprogramma expliciet ruimte gemaakt voor kennisontwikkeling en ondersteuning op dit gebied ('[Maak ruimte voor gezondheid!](#)').

GO! Utrecht: inzet van de leefomgeving voor extra gezondheidswinst

In het project [GO! Utrecht](#) is onderzocht welke combinaties van maatregelen voor de leefomgeving in verschillende Utrechtse wijken extra gezondheidswinst zouden kunnen opleveren. Hierbij ging het om een breed pallet van maatregelen, zoals groen waar mensen iets mee kunnen doen (buurtmoestuinen, buurtparkjes en onderhoud door bewoners van gemeentelijke groenstroken), beweegvriendelijke wijken, minder lawaai, schonere lucht en meer sociaal contact. Ook is gekeken naar de inzet van verkeersvrije en leefbare straten, meer plekken om fietsen te stallen of het stimuleren van deelauto's. De meerwaarde van deze aanpak zit vooral in de combinaties van maatregelen. Die kunnen op meerdere onderdelen positief uitwerken: lucht en geluid, gezondheid en leefstijl, actief en sociaal, veiligheid en schoon, voorzieningen en inrichting, en groen.

Ongezonde leefstijl hangt bij sommige groepen samen met sociale problemen

Leefstijlinterventies bereiken niet iedereen. Klassieke leefstijlinterventies lijken vaak niet goed te werken bij mensen met een lagere sociaalmaatschappelijke positie. Dit komt meestal doordat er bij deze groepen andere problemen leven, zoals schulden, werkloosheid, lichamelijke beperkingen, mentale klachten, laaggeletterdheid en instabiele gezinssituaties. Ook wonen mensen met lagere inkomens vaak in slechtere woningen en in slechtere buurten dan mensen met een hoger inkomen en ervaren ze meer stress (25-27). Dit heeft vaak ook invloed op de leefstijl. Stress leidt vaak tot verminderde weerbaarheid tegen impulsen en verleidingen, zoals roken of alcoholgebruik (27-29). Het inzetten op interventies als arbeidsbemiddeling of schuldhelpverlening is in dit soort gevallen vaak een veel beter startpunt voor het verbeteren van de gezondheid dan het aanpakken van leefstijlfactoren. Pas daarna ontstaat er vaak ruimte om te werken aan een gezonde leefstijl (26, 27, 30). In Engeland besteedt een succesvol programma [Well London](#) daarom in het kader van het bevorderen van gezondheid in achterstandswijken ook expliciet aandacht aan werk, sociale cohesie en veiligheid (31).

Integraal aan de slag met preventie: voorbeeld voor overgewicht

Een integrale lokale aanpak van overgewicht vraagt onder andere inzet op het beïnvloeden van een gezonde leefstijl, de sociale en fysieke omgeving, en zorgaanbod. Er zijn diverse (erkende) interventies die dit kunnen ondersteunen. Voorbeelden zijn:

Leefstijl

Actief Plus

[Actief Plus](#) is een advies-op-maat programma om het beweeggedrag van vijftigplussers te bevorderen en te behouden. Deelnemers ontvangen per post of online 2 keer een vragenlijst waarmee persoonlijke kenmerken, het beweeggedrag, de behoefte van de deelnemer en de ervaren barrières worden geïnventariseerd. Aan de hand van de antwoorden op deze vragenlijsten ontvangt de deelnemer binnen vier maanden, 3x per post of online een advies-op-maat, bestaande uit tekst, afbeeldingen/filmpjes en opdrachten.

Sociale en fysieke omgeving

Buurtsportcoaches

Buurtsportcoaches hebben de taak om meer mensen te laten sporten en bewegen in de buurt. Het is de bedoeling dat ze verbinding leggen tussen aanbieders van sport en andere sectoren. Bijvoorbeeld met welzijn, gezondheidszorg, jeugdzorg, kinderopvang en onderwijs. Het verschilt waar ze in dienst zijn. Dat kan bij een gemeente zijn maar ook een school, vereniging of stichting.

Zorgaanbod

SMARTsize

De [SMARTsize](#) methode is gericht op het verminderen van de energie-inname door verkleining van portiegrootte, het bereiden van maaltijden/producten met een lage energiedichtheid en het goed omgaan met omgevingsinvloeden die aanzetten tot overeten. Het programma SMARTsize kan het beste aangeboden worden door een diëtist, gewichtsconsulent of leefstijlcoach gevolgd door persoonlijke consulten.

Intergrale preventie: Toolkit Preventie in de Wijk

In de toolkit [Preventie in de Wijk](#) staan ook voor andere, met HVZ samenhangende, problemen interventies voor een integrale aanpak, zoals roken en alcohol. Bij een integrale aanpak is het van belang een mix van interventies in te zetten. Dit kan door gebruik te maken van de volgende pijlers: 1. voorlichting en educatie, 2. signalering, advies en ondersteuning, 3. fysieke en sociale omgeving, 4. regelgeving en handhaving. Daarmee richt preventie zich niet alleen op het individu maar ook op de omgeving. De toolkit Preventie in de wijk geeft gemeenten concrete handvatten om de gezondheid van hun inwoners te bevorderen.

Naast deze voorbeelden staan er in de interventiedatabase van het RIVM nog tal van andere interventies [\[link\]](#).

In dit achtergronddocument vindt u meer informatie over erkenningsniveau van deze interventies [\[link\]](#).

Integrale preventie: welke actierichtingen zijn er en speelt daarbij een rol?

Wat zijn handelingsopties	Wie kan daarbij een rol spelen?
Heffen van accijns of ander prijsmaatregelen op tabakswaaren, alcohol, ongezonde voeding	Nationale overheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het ministerie van Financiën, het ministerie van Economische Zaken, ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit)
Opschalen bestaande integrale preventieprogramma's, zoals JOGG en Gezonde School	- Nationale overheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, ministerie van Sociale Zaken) - Kennisinstituten - Gemeenten - GGD-en - Onderwijsinstellingen
Beperken verkooppunten tabak, alcohol, ongezonde voeding (bijvoorbeeld rondom scholen)	- Nationale overheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het ministerie van Financiën, het ministerie van Economische Zaken, ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit) - Supermarkten en detailhandel
Subsidiëren en stimuleren productie gezonde voeding en voedingsmiddelen en gezondere productsamenstelling	- Nationale overheid (ministerie van Economische Zaken, ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit) - Land- en tuinbouworganisaties - Voedingsmiddelenfabrikanten
Invoeren rookverboden op meer plekken (bijvoorbeeld schoolpleinen en sportparken)	- Nationale overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) - Gemeenten - Alliantie Nederland Rookvrij - Detailhandel - Horeca
Opzetten of uitbreiden van bestaande of nieuwe publiekscampagnes	- Gezondheidsfondsen - Patiëntenorganisaties - Nationale overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
Terugdringen roken, alcoholgebruik en stimuleren gezonde voeding en bewegen op scholen en op de werkvloer	- Gezondheidsfondsen - Onderwijsinstellingen - Kennisinstituten - Werkgevers en vakbonden - Arbodiensten - Zorgverleners - Zorgverzekeraars
Terugdringen van kindermarketing voor ongezonde voedingsproducten.	- Nationale overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ministerie van Economische Zaken) - Voedingsmiddelenproducenten - Detailhandel

	• Supermarkten • Alliantie Stop Kindermarketing
Aanbieden van betrouwbare persoonlijke gezondheidschecks voor het opsporen van mensen met persoonsgebonden risicofactoren (b.v. hoge bloeddruk, hoog cholesterol)	• Nationale overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) • GGD-en • Zorgprofessionals • Gezondheidsfondsen
Inrichten van de fysieke leefomgeving, bijvoorbeeld door het autoluw maken van wijken, het verbeteren van de wandel- en fietsinfrastructuur en toegankelijk openbaar vervoer	• Nationale overheid (ministerie van Infrastructuur en Milieu) • Provincies en gemeenten • GGD-en • Woningbouwcorporaties en projectontwikkelaars • Werkgevers • Onderwijsinstellingen • App- en gameontwikkelaars
Structureel aandacht geven aan de sociale problematiek achter gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld door schuldhulpverlening, werkloosheid en stress.	• Gemeenten • GGD-en • UWV • Werkgevers • Onderwijsinstellingen • Welzijnsprofessionals • Eerstelijnszorgverleners

Referenties

1. Falbe J, Thompson HR, Becker CM, Rojas N, McCulloch CE, Madsen KA. Impact of the Berkeley Excise Tax on Sugar-Sweetened Beverage Consumption. *American Journal of Public Health*. 2016;106(10):1865-71.
2. Silver LD, Ng SW, Ryan-Ibarra S, Taillie LS, Induni M, Miles DR, et al. Changes in prices, sales, consumer spending, and beverage consumption one year after a tax on sugar-sweetened beverages in Berkeley, California, US: A before-and-after study. *PLoS medicine*. 2017;14(4):e1002283.
3. Schwendicke F, Stolpe M. Taxing sugar-sweetened beverages: impact on overweight and obesity in Germany. *BMC public health*. 2017;17(1):88.
4. Cabrera Escobar MA, Veerman JL, Tollman SM, Bertram MY, Hofman KJ. Evidence that a tax on sugar sweetened beverages reduces the obesity rate: a meta-analysis. *BMC public health*. 2013;13:1072.
5. Sanchez-Romero LM, Penko J, Coxson PG, Fernandez A, Mason A, Moran AE, et al. Projected Impact of Mexico's Sugar-Sweetened Beverage Tax Policy on Diabetes and Cardiovascular Disease: A Modeling Study. *PLoS medicine*. 2016;13(11):e1002158.
6. Boer J, Drienaar J, Verweij L, Blokstra A, van den Berg S, Vennemann F, et al. Study on the implementation of the EU action plan on childhood obesity 2014-2020: draft interim report 2017.
7. Välimaa R, Kannas L, Lahtinen E, Peltonen H, Tynjälä J, Villberg J. Finland: innovative health education curriculum and other investments for promoting mental health and social cohesion among children and young people. In: WHO/HBSC, editor. *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Geneva: WHO Europe; 2007.
8. Leena P, Olli P. Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*. 2012;112(2):133-52.

9. NOS. Frisdranken in Groot-Brittannië minder zoet vanwege suikertaks: NOS; 2018 [Available from: <https://nos.nl/artikel/2227582-frisdranken-in-groot-brittannie-minder-zoet-vanwege-suikertaks.html>].
10. WHO. Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organisation; 2016.
11. Burton R, Henn C, Lavoie D, O'Connor R, Perkins C, Sweeney K, et al. A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective. *The Lancet*. 2018;389(10078):1558-80.
12. de Kinderen RJA, Wijnen BFM, Evers SMAA, Hiligsmann M, Paulus AGT, de Wit GA, et al. Social cost-benefit analysis of tobacco control policies in the Netherlands. Maastricht: Faculty of Health, Medicine and Life Sciences. CAPHRI, School for Public Health and Primary Care; 2016.
13. van Dorsselaar S, Tuithof M, Monshouwer K. Factsheet Peilstationonderzoek Ouders 2015. Ouders over het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en internet door jongeren. Utrecht: Trimbos Instituut; 2016.
14. Jiang H, Livingston M, Room R, Callinan S. Price elasticity of on- and off-premises demand for alcoholic drinks: A Tobit analysis. *Drug and alcohol dependence*. 2016;163:222-8.
15. de Wit GA, van Gils PF, Over EAB, Suijkerbuijk AWM, Lokkerbol J, Smit F, et al. Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen. RIVM Rapport 2016-0133. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2016.
16. Gruenewald PJ. Regulating Availability: How Access to Alcohol Affects Drinking and Problems in Youth and Adults. *Alcohol Research & Health*. 2011;34(2):248-56.
17. Sherk A, Stockwell T, Chikritzhs T, Andreasson S, Angus C, Gripenberg J, et al. Alcohol Consumption and the Physical Availability of Take-Away Alcohol: Systematic Reviews and Meta-Analyses of the Days and Hours of Sale and Outlet Density. *Journal of studies on alcohol and drugs*. 2017;79(1):58-67.
18. Onrust SA, Otten R, Lammers J, Smit F. School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clinical psychology review*. 2016;44:45-59.
19. Wagenaar AC, Toomey TL, Erickson DJ. Complying with the minimum drinking age: effects of enforcement and training interventions. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2005;29(2):255-62.
20. Puska P, Ståhl T. Health in All Policies—The Finnish Initiative: Background, Principles, and Current Issues. *Annual Review of Public Health*. 2010;31(1):315-28.
21. Blokstra A, Vissink P, Venmans LMAJ, Hollema P, van der Schouw YT, Smit HA, et al. Nederland de Maat Genomen, 2009- 2010 : Monitoring van risicofactoren in de algemene bevolking. RIVM Rapport 260152001. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2012.
22. Blokstra A, Over EAB, Verschuren WMM. Toekomstscenario's hart- en vaatziekten 2011-2040. In: Van Dis I, Buddeke J, Vaartjes I, Visseren FLJ, Bots ML, editors. Hart- en vaatziekten in Nederland 2015, cijfers over heden, verleden en toekomst Den Haag: Nederlandse Hartstichting 2015.
23. Staatsen B, van der Vliet N, Kruize H, Hall L, Morris G, Bell R, et al. INHERIT: exploring triple-win solutions for living, moving and consuming that encourage behavioural change, protect the environment, promote health and health equity. . Brussels: EuroHealthNet; 2017.
24. Harms L, Kansen M. Fietsfeiten. Den Haag: Kennisinstituut voor Mobiliteitsbeleid (KiM); 2018.
25. CBS. Armoede en Sociale Uitsluiting 2018. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2018.
26. Jungmann N, Wesdorp P, Duinkerken G. De eindjes aan elkaar knopen. Cruciale vragen bij financiële problematiek in de wijk. Den Haag: Platform 31 en Vereniging van Nederlandse Gemeenten; 2015.
27. van den Muijsenbergh M. Verschil moet er zijn! Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale

eerstelijnszorg aan de Radboud Universiteit/het Radboudumc op vrijdag 9 maart 2018. Nijmegen: Radboud Universiteit; 2018.

28. van der Maaten M. Van kindsbeen af: overzicht en advies Transgenerationele Verslavingszorg. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren, Trimbos Instituut en Verslavingspreventie Nederland; 2017.

29. Van der Meer-Jansma M, Jansen D, Willems I, Anthonio G. Verslaafde ouder is risico voor kind. Zorgverleners moeten meer oog hebben voor de kinderen van verslaafde ouders. Medisch Contact. 2016;38:34-6.

30. GezondIn. Kennisdossier Participatie. Utrecht: GezondIn; 2018.

31. Phillips G, Bottomley C, Schmidt E, Tobi P, Lais S, Yu G, et al. Well London Phase-1; results among adults of a cluster-randomised trial of a community engagement approach to improving health behaviours and mental well-being in deprived inner-city neighbourhoods. Journal of Epidemiology and Community Health. 2014.

Tabblad 3: Anders zorgen voor...

Leeswijzer

In dit webartikel worden mogelijke handelingsopties uitgewerkt voor het doel 'andere zorg door technische toepassingen en andere organisatievormen'. Dit doel hoort bij de maatschappelijke opgave: 'hart- en vaatziekten en kanker blijven veelvoorkomende ziekten die ook in 2040 nog het grootste deel van de sterfte veroorzaken en een grote impact hebben op het leven van patiënten'. Andere doelen die voor deze opgave zijn uitgewerkt zijn 'werken aan integrale preventie' [\[link\]](#) en 'beter omgaan met de fysieke, mentale én maatschappelijke gevolgen van chronische aandoeningen' [\[link\]](#). Een beschrijving van de opgave vindt u in het webartikel 'Wat is de opgave' [\[link\]](#). In het webartikel 'Internationaal en regionaal' vindt u een beschrijving van de internationale en regionale verschillen met betrekking tot deze opgave [\[link\]](#).

Dit webartikel is gebaseerd op de opbrengsten van een brede stakeholderbijeenkomst met (ervarings)deskundigen op het gebied van preventie, zorg en kwaliteit van leven voor hart- en vaatziekten en kanker [\[link naar verslag\]](#). Deze opbrengsten zijn verder aangevuld en verrijkt met literatuur en inspirerende en goede voorbeelden. De verschillende doelen voor deze opgaven zijn op basis van de stakeholderbijeenkomst geformuleerd. Per doel wordt geschetst wat er op dat gebied al gebeurt, wat eventuele andere of aanvullende opties zijn, en wie daarbij een rol kan spelen. Dit webartikel heeft tot doel om inzicht te geven in wat volgens stakeholders de belangrijkste actierichtingen zijn om met deze opgave om te gaan. Het geeft dus geen uitputtend overzicht van alle mogelijke handelingsopties.

Belangrijkste actierichtingen

- Inzetten op het ontwikkelen van betrouwbare testen voor vroegdiagnostiek en soepele en snelle informatie-uitwisseling, om de mogelijkheden van vroege opsporing goed te kunnen benutten. Dit vergt de opbouw van een betrouwbare en veilige digitale infrastructuur, het opstellen en bewaken van robuuste betrouwbaarheidscriteria en een goede ondersteuning van de gebruiker.
- Goed omgaan met spanningen tussen ethische en juridische overwegingen en zorginhoudelijke belangen bij genetische informatie. De spanning tussen privacy en rechtmatigheid en het steeds sneller en breder beschikbaar komen van (genetische) informatie over individuele patiënten wordt steeds prominenter. Dit kan niet alleen via wet- en regelgeving worden aangepakt. Het vergt ook goede afspraken tussen verschillende partijen in de zorg.
- Samen bepalen welke zorg thuis kan plaatsvinden en welke niet door patiënten, zorgverleners, zorginstellingen en de overheid.
- Verbeteren en uitbreiden structurele samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals, gemeenten en GGD-en om goed te kunnen antwoorden op de zorgvraag van mensen met meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd (multimorbiditeit).
- Opschalen van de kennisontwikkeling over man/vrouw-verschillen bij aandoeningen zoals hart- en vaatziekten en kanker en het sneller doorvoeren van nieuwe inzichten hierover in de medische praktijk, bijvoorbeeld door aanpassing van zorgstandaarden, behandelrichtlijnen en protocollen. Dit vraagt om gezamenlijke inzet van wetenschappers, beroepsgroepen, patiëntenorganisaties en de nationale overheid.

Andere zorg door technieken en andere organisatievormen

In het [Trendscenario](#) blijven hart- en vaatziekten en kanker tussen nu en 2040 veelvoorkomende aandoeningen. Beide ziektegroepen veroorzaken bovendien het grootste deel van de totale sterfte in Nederland, ook in 2040. Het verbeteren van de zorg voor mensen met kanker en hart- en vaatziekten is daarom een belangrijke maatschappelijke doel. Hierbij spelen verschillende ontwikkelingen een rol, zoals de *opmars van genetische informatie en mogelijkheden voor zelfdiagnostiek*, en een *snel veranderend zorglandschap* en *toenemende kennis over specifieke patiëntengroepen*. Deze onderdelen worden in dit webartikel verder uitgewerkt. Op deze uiteenlopende velden liggen niet alleen taken voor zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars, maar ook voor de nationale overheid en maatschappelijke partijen, zoals GGD-en en wetenschappers.

Verbeterde vroegopsporing door genetische kennis...

Naar verwachting van de geraadpleegde experts, zal de komende jaren het belang van gentechnologie bij vroegopsporing en risicoprofilering voor hart- en vaatziekten en kanker snel toenemen. Nieuwe genetische opsporingsmogelijkheden worden op dit moment ook al toegepast in de zorg. De niet-invasieve prenatale test (NIPT) voor Down-, Edwards- en Patau-syndroom is een bekend voorbeeld hiervan (1). Het analyseren van genetische informatie zal de komende jaren steeds sneller, goedkoper en routinematiger worden [\[link themaverkenning technologie\]](#). Genetische informatie komt hierdoor steeds meer en steeds sneller beschikbaar. Daarnaast wordt er ook steeds mee onderzoek gedaan naar biomarkers die helpen bij het eerder signaleren van bijvoorbeeld een aanstaand hartinfarct of ritmestoornissen. Zowel de toenemende kennis over genetica als over

biomarkers kan de opsporing en behandeling van ziektes een belangrijke impuls geven (2, 3). De grote uitdagingen liggen in het vinden van betrouwbare testen en het stellen van robuuste criteria voor effectiviteit, maar ook in juridische en ethische borging. Hiervoor zullen overheden en wetenschappers de handen ineen moeten slaan.

...en meer zelfdiagnostiek door techniek...

Steeds meer mensen houden via zelftests en apps bij hoe het staat met hun eigen bloeddruk, cholesterolniveau en bloedsuikerwaardes. Het is bovendien ook steeds eenvoudiger om genetische informatie te laten analyseren. Vroegopsporing raakt hierdoor steeds meer verward met data-gedreven technologie (eHealth). Doordat mensen zelf gegevens verzamelen, zal belangrijke informatie gefragmenteerd beschikbaar zijn. Om deze data toch voor zorg en preventie te kunnen gebruiken, zijn er zowel een robuuste data-infrastructuur als soepele data-uitwisselingsmogelijkheden nodig. In de eerste plaats gaat het om het delen van data tussen de patiënt en zijn zorgverlener. Maar ook het delen van gegevens tussen (de systemen van) zorgverleners, zorginstellingen en GGD-en zal belangrijker worden. Deze nieuwe ontwikkelingen kunnen vroegopsporing laagdrempeliger maken: mensen kunnen het immers zelf doen op een tijden plaats die hun uitkomt. Dit gebeurt bijvoorbeeld al bij de darmkanker- en baarmoederhalskankerscreening. De data die hiermee verzameld worden, kunnen inzicht geven in de gezondheidstoestand van personen, maar ook van de bevolking als geheel. Dit kan naast gezondheidswinst, ook nieuwe kennis opleveren over de oorzaken en gevolgen van ziekten en aandoeningen (zie ook: themaverkenning technologie [[link](#)]).

...leveren ook nieuwe spanningen op

Tegelijkertijd spelen rondom het verzamelen van genetische gegevens en andere gezondheidsdata (bijvoorbeeld via apps en wearables) ook belangrijke juridische en ethische overwegingen die soms haaks staan op het zorgbelang. Denk hierbij aan vraagstukken als: is er straks nog een recht om iets 'niet te weten', bijvoorbeeld als het gaat om onbedoelde nevenbevindingen van tests? Hoe gaan we als maatschappij om met keuzes waarvoor mensen geplaatst worden als gevolg van nieuwe informatie? Denk hierbij bijvoorbeeld aan het maatschappelijke debat over de NIPT-test en kinderen met het syndroom van Down. Vergroten zelftests niet de kloof tussen mensen die het wel en niet kunnen betalen? Maar ook andere vraagstukken spelen een rol. Wat voor soort gezondheidsvaardigheden of kennis hebben mensen nodig om de door henzelf verzamelde data te interpreteren? Van wie is de data? Wanneer is het geoorloofd dat wetenschappers of overheden dit soort informatie verzamelen? Wat mag dan wel en wat niet? Bovendien kan informatie over gedrag, leefstijl en gezondheidsrisico's ook interessant zijn voor allerlei andere instanties buiten de zorg, zoals verzekeringsmaatschappijen en werkgevers. Hoe bewaken we de privacy van patiënten en burgers (zie ook: themaverkenning technologie [[link](#)])? Een deel van deze dilemma's kan via wet- en regelgeving en voorlichting worden opgelost, maar een groot deel zal ook afhankelijk zijn van het maken van afspraken (zoals gedragscodes) tussen zorgverleners, het bedrijfsleven en de overheid.

Genetica en zelfdiagnostiek: welke actierichtingen zijn er en wie speelt daarbij een rol?

Wat zijn handelingsopties/actierichtingen?	Wie kan daarbij een rol spelen
Opzetten van een robuuste data-infrastructuur en soepele data-uitwisselingsmogelijkheden	- Nationale overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ministerie van Economische Zaken) - ICT-bedrijven - Zorgverzekeraars - Gemeenten - Zorginstellingen
Bescherming persoonsgegevens en medische gegevens	Nationale Overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

	ministerie van Binnenlandse Zaken; ministerie van Veiligheid en Justitie) • ICT-bedrijven • Zorgverzekeraars • Zorginstellingen • Juristen • Ethici • Patiëntenorganisaties • Burgers
Stellen van nieuwe criteria en regels voor persoonlijke (genetische) gezondheidschecks	• Gezondheidsraad, • Wetenschappers en kennisinstituten • Zorgprofessionals • Ethici • Nationale Overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
Omgang met eHealth en genetische informatie borgen in alle zorgopleidingen	• Beroepsgroepen, • Kennisinstituten • zorgopleiders (mbo, hbo, wo)
Ondersteuning van burgers bij het omgaan met en interpreteren van de door henzelf verzamelde data	• Gezondheidsfondsen • Patiëntenorganisaties • Wetenschappers en kennisinstituten • Zorgprofessionals • Zorgverzekeraars

Het zorglandschap verandert...

Het zorglandschap is in beweging. De geraadpleegde (ervarings)deskundigen verwachten bijvoorbeeld dat een groot deel van de zorg voor mensen met hart- en vaatziekten de komende jaren bij de patiënt thuis zal kunnen plaatsvinden. Dit gebeurt in sommige gevallen al, bijvoorbeeld bij het maken van hartfilmpjes en andere vormen van hartbewaking. Ook de zorg voor mensen met kanker ontwikkelt zich langzaam in deze richting. De controle van bloedwaarden voor het begin van de chemotherapie vindt steeds vaker thuis plaats, en ook chemotherapie zelf lijkt op termijn thuis te kunnen worden uitgevoerd (zie ook: themaverkenning zorgvraag [[link](#)]). Complexere vormen van diagnostiek of zorg, waarvoor specifieke expertise of dure techniek nodig is, zullen volgens de geraadpleegde experts juist steeds meer worden gecentraliseerd in een beperkt aantal expertisecentra. De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) zet hier met het koersboek 2015/2020 ook expliciet op in voor de zorg voor mensen met kanker: zorg dichtbij de patiënt (thuis) als het kan, maar als het nodig is, is (super)specialistische zorg goed bereikbaar (4).

Zorg thuis of in het ziekenhuis: welke actierichtingen zijn er wie speelt daarbij een rol?

Wat zijn handelingsopties/actierichtingen?	Wie kan daarbij een rol spelen
Nagaan welke vormen van zorg er thuis of in het ziekenhuis kunnen plaatsvinden	• Patiëntenorganisaties • Zorgprofessionals en beroepsgroepen • Zorginstellingen en –ondernemers • Zorgverzekeraars • Nationale overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorginstituut Nederland, Nederlandse Zorgautoriteit)
Nieuwe afspraken over rolverdelingen	• Zorgprofessionals

verantwoordelijkheden bij zorg thuis, bijvoorbeeld: wie is dan eindverantwoordelijk voor de behandeling als die bij de patiënt thuis plaatsvindt? Wie ziet toe op de veiligheid? Wie zorgt voor de benodigde apparatuur? Welke taken heeft het ziekenhuis, de behandeld arts of de thuiszorg?	• Zorginstellingen • Zorgverzekeraars • Nationale overheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorginstituut Nederland, Nederlandse Zorgautoriteit, Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd i.o.)
Nieuwe afspraken maken over financiering, bijvoorbeeld over de financiering van ziekenhuizen die zorg bij patiënten thuis leveren of de inzet van apparatuur en (tijdelijke) aanpassingen aan de woning.	• Zorgprofessionals • Zorginstellingen en -ondernemers • Zorgverzekeraars • Gemeenten • Nationale overheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorginstituut Nederland, Nederlandse Zorgautoriteit)
Opzetten van betrouwbare digitale communicatiemiddelen voor snelle data-uitwisseling en veilige thuismonitoring	• Nationale overheid (ministerie van VWS, ministerie van Binnenlandse Zaken (privacy/databescherming) • ICT-bedrijven • Zorgverzekeraars • Zorginstellingen en -ondernemers
Meer aandacht voor coaching (zorg thuis) en superspecialisme in artsenopleiding	• Beroepsgroepen • Zorgopleiders (wo)

De patiënt verandert...

Niet alleen het zorglandschap verandert. Ook de patiënt en zijn of haar zorgvraag zullen naar verwachting van de geraadpleegde experts de komende jaren anders worden. Het gaat daarbij om twee dingen. Ten eerste zullen er steeds meer mensen zijn die meerdere aandoeningen tegelijkertijd hebben (multimorbiditeit). Dit maakt hun zorgvraag complexer en dit vergt een andere aanpak. Daarnaast wordt er steeds meer bekend over verschillen tussen patiëntengroepen, zoals man/vrouwverschillen en de effecten die dit heeft op de wijze waarop aandoeningen zich uiten. Dit heeft ook gevolgen voor de zorg.

De toename in multimorbiditeit vergt integrale zorg

Tussen nu en 2040 zal het aantal mensen toenemen dat naast een hart- en vaatziekte of kanker één of meer andere chronische gezondheidsproblemen heeft. Dit noemen we ook wel multimorbiditeit. Deze stijging wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door de vergrijzing. Ouderen hebben vaker dan jongeren meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd. Sommige chronische aandoeningen, zoals diabetes mellitus (type 2) doen zich echter op steeds jongere leeftijd voor. Hierdoor kan er ook op steeds jongere leeftijd sprake zijn van multimorbiditeit. Mensen met hart- en vaatziekten of kanker hebben bijvoorbeeld relatief vaak ook diabetes mellitus (type 2), COPD, artrose of chronische nek- of rugklachten. Daarnaast valt op dat mensen met kanker vaak óók een hart- of vaatziekte hebben en andersom (5, 6). De toename van het aantal mensen met multimorbiditeit versterkt de noodzaak voor een integrale zorg en sectoroverstijgende samenwerking. De zorgvraag wordt immers niet alleen bepaald door de lichamelijke gezondheid, maar ook door factoren als eigen regie op het leven, het kunnen onderhouden van sociale contacten (eenzaamheid), een gevoel van zingeving en waardigheid, maar ook veiligheid in de buurt en de kwaliteit van de leefomgeving. Hierdoor zullen steeds meer verschillende partijen, zoals welzijnsprofessionals en gemeenten betrokken zijn bij de zorg voor deze groep.

Man/vrouw-verschillen in zorgvragen om een gendersensitieve zorg

Meer zorg op maat betekent ook meer aandacht voor de verschillen tussen specifieke patiëntengroepen. Zo is in het geval van hart- en vaatziekten en kanker de afgelopen jaren veel duidelijker geworden dat mannen en vrouwen verschillen als het gaat om de uitingsvormen, de klachten die daarbij horen, en de onderliggende ziekteprocessen. Ook zijn er genderspecifieke risicofactoren, zoals een vroege menopauze of zwangerschapscomplicaties zoals hoge bloeddruk en zwangerschapsdiabetes bij vrouwen (7). Deze verschillen hebben invloed op de diagnostiek én op de behandeling. Doordat bepaalde aandoeningen zich bij vrouwen anders kunnen uiten, zoals een [hartinfarct](#), worden die vaak veel later of soms zelfs niet ontdekt. Ook werken geneesmiddelen bij vrouwen soms anders dan bij mannen, zijn er verschillen in prognoses en kunnen de gevolgen van behandeling een andere impact hebben. Zo heeft haaruitval bij chemotherapie een veel groter effect op de kwaliteit van leven bij vrouwen dan bij mannen (7). Hoewel we steeds meer weten over man/vrouw-verschillen en aandoening als kanker en hart- en vaatziekten, is er nog veel onbekend. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor etnische verschillen (8). Bovendien leiden bekende inzichten en verschillen niet zo snel tot veranderingen in de medische praktijk. Het vergroten van de gendersensitiviteit van de Nederlandse gezondheidszorg vergt een investering in kennis én een verandering in zorg en onderwijs. Voor kennisontwikkeling over vrouwspecifieke aspecten van gezondheid, preventie en zorg zijn er al enkele aangrijpingspunten, zoals het ZonMw-programma [Gender en Gezondheid](#) en de [Alliantie Gender en Gezondheid](#).

De patiënt verandert: welke actierichtingen zijn er wie speelt daarbij een rol?

Wat zijn handelingsopties/actierichtingen?	Wie kan daarbij een rol spelen
Meer aandacht voor werken in multidisciplinaire teams in zorgopleidingen en de opleiding van welzijnsprofessionals	• Beroepsgroepen • Zorgopleiders (mbo, hbo, wo)
Geven van voorlichting over de mogelijkheden om binnen bestaande wet- en regelgeving en financieringsvormen integraal te kunnen werken	• Nationale Overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) • Gemeenten • Zorgverzekeraars • Beroepsgroepen • Patiëntenorganisaties
Opschalen van programma's als Gender en Gezondheid voor kennisontwikkeling over vrouwspecifieke aspecten van gezondheid, preventie en zorg	• Wetenschappers, UMCs en kennisinstituten • Onderzoeksfinciers (NWO, ZonMw) • Beroepsgroepen en hun wetenschappelijke verenigingen • Genees- en hulpmiddelenfabrikanten
Opnemen van kennis over genderspecifieke aspecten in zorgstandaarden, behandelrichtlijnen en protocollen	• Nationale overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Kwaliteitsinstituut) • Zorgprofessionals • Patiëntenorganisaties • Zorginstellingen
Borgen van genderspecifieke aspecten in de opleiding van nieuwe zorgprofessionals	• Zorgopleiders (mbo, hbo, wo) • Beroepsgroepen

Referenties

1. Blaumeiser B, Jacquemyn Y. Prenatale diagnostiek anno 2015. *Bijblijven*. 2016;32(1):4-15.
2. Gezondheidsraad. Next Generation Sequencing in diagnostiek. Den Haag: Gezondheidsraad; 2015.
3. van Bon BWM, Coenen MJH, Feenstra I. Next generation genetische diagnostiek. *Bijblijven*. 2015;31(8):567-77.
4. Oncologie T. Koersboek 2015/2020. Oncologische Netwerkvorming. Utrecht: IKNL; Levenmetkanker; NFU; NHG; NVZ; Soncos; 2015.
5. van Oostrom SH, Picavet SJ, van Gelder BM, Lemmens LC, Hoeymans N, Verheij RA, et al. Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking –gegevens van huisartsenpraktijken *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2011;155:A3193.
6. van Oostrom SH, Picavet HSJ, de Bruin SR, Stirbu I, Korevaar JC, Schellevis FG, et al. Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. *BMC Family Practice*. 2014;15(1):61.
7. ZonMw. ZonMw Kennisprogramma Gender en Gezondheid. Den Haag: ZonMw; 2016.
8. Pharos. Factsheet Hart- en vaatziekten en hypertensie. Utrecht: Pharos; 2016.

Tabblad 4: Omgaan met chronische aandoeningen

Leeswijzer

In dit webartikel worden mogelijke handelingsopties uitgewerkt voor het doel 'beter omgaan met de fysieke, mentale én maatschappelijke gevolgen van chronische aandoeningen'. Dit doel hoort bij de maatschappelijke opgave: 'hart- en vaatziekten en kanker blijven veelvoorkomende ziekten die ook in 2040 nog het grootste deel van de sterfte veroorzaken en een grote impact hebben op het leven van patiënten'. Andere doelen die voor deze opgave zijn uitgewerkt zijn 'werken aan integrale preventie' [\[link\]](#) en 'andere zorg door technische toepassingen en andere organisatievormen' [\[link\]](#). Een beschrijving van de opgave vindt u in het webartikel 'Wat is de opgave' [\[link\]](#). In het webartikel 'Internationaal en regionaal' vindt u een beschrijving van de internationale en regionale verschillen met betrekking tot deze opgave [\[link\]](#).

Dit webartikel is gebaseerd op de opbrengsten van een brede stakeholderbijeenkomst met (ervarings)deskundigen op het gebied van preventie, zorg en kwaliteit van leven voor hart- en vaatziekten en kanker [\[link naar verslag\]](#). Deze opbrengsten zijn verder aangevuld en verrijkt met literatuur en inspirerende en goede voorbeelden. De verschillende doelen voor deze opgaven zijn op basis van de stakeholderbijeenkomst geformuleerd. Per doel wordt geschetst wat er op dat gebied al gebeurt, wat eventuele andere of aanvullende opties zijn, en wie daarbij een rol kan spelen. Dit webartikel heeft tot doel om inzicht te geven in wat volgens stakeholders de belangrijkste actierichtingen zijn om met deze opgave om te gaan. Het geeft dus geen uitputtend overzicht van alle mogelijke handelingsopties.

Belangrijkste actierichtingen

- Meer aandacht voor de late effecten van kanker en hart- en vaatziekten. Deze hebben vaak een grote (negatieve) impact op het leven van mensen hebben. Het gaat hierbij niet alleen om gezondheid, maar ook om het vermogen om te werken of onderwijs te volgen of om verzekeringen of hypotheek af te sluiten. Voor het omgaan met dit soort gevolgen is niet alleen de betrokkenheid van zorgprofessionals nodig, maar juist ook van partijen daarbuiten: werkgevers, onderwijsinstellingen, banken en verzekeraars.
- Het aanleren van vaardigheden bij zowel patiënten als zorgverleners om goed om te kunnen gaan met zelfmanagement. Zelfmanagement heeft tot gevolg dat zorgverleners meer een rol van coach innemen, in plaats van zorgverlener.
- Ondersteunen van mensen die niet zelf de regie over hun zorgproces kunnen of willen nemen, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van een casemanager of organiseren van *peer support*. Hier liggen taken voor zorgprofessionals, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, gemeentes en de nationale overheid.

Beter omgaan met de fysieke, mentale én maatschappelijke gevolgen van chronische aandoeningen

De aard van aandoeningen als hart- en vaatziekten en kanker zal de komende decennia veranderen. Niet alleen komen er steeds meer mensen met kanker of hart- en vaatziekten, maar door de stijgende overlevingskansen zal een steeds groter deel van hen ook langer mét of ná de aandoening leven [\[link themaverkenning zorgvraag\]](#). Het beter omgaan met de gevolgen van (chronische) aandoeningen wordt daardoor een steeds belangrijker maatschappelijk doel. Het gaat daarbij om

zowel om persoonlijke *fysieke of mentale gezondheidsklachten*, maar óók om de *maatschappelijke gevolgen* van de aandoening en behandeling en de rol van *zelfmanagement*. Deze onderdelen worden in dit webartikel verder uitgewerkt. Op deze uiteenlopende velden liggen niet alleen taken voor zorgprofessionals, zorginstellingen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars, maar ook voor de rijksoverheid en maatschappelijke partijen, zoals werkgevers, vakbonden, gezondheidsfondsen, banken, verzekeraars, softwareontwikkelaars en onderwijsinstellingen.

Late effecten van kanker en hart- of vaatziekten...

Het leven met en na kanker of een hart- of vaatziekte staat vaak in het teken van 'late effecten'. Zo hebben relatief veel (ex-)kankerpatiënten last van concentratieverlies, moeilijkheden met het verwerken en onthouden van informatie, zenuwpijn, chronische vermoeidheid of het niet of moeilijk kunnen uitvoeren van dagelijkse bezigheden. Daarnaast hebben mensen met kanker of hart- en vaatziekten vaker last van een verlaagde weerstand, angst, depressie en ander psychische klachten. De late effecten beperken zich bovendien niet alleen tot gezondheidsklachten. De aandoening heeft vaak ook effect op werk, inkomen, relaties of onderwijs. Volwassenen met kanker hebben bijvoorbeeld relatief vaak te maken blijvende arbeidsongeschiktheid en werkloosheid. Daarnaast hebben mensen bij en na hart- en vaatziekten en kanker vaak emotionele problemen en relatieproblemen. Jongeren ondervinden na kanker vaker leerproblemen en hebben moeite op de arbeidsmarkt. Ook het krijgen of verlengen van een rijbewijs kan voor iemand met een hartaandoening of beroerte lastig zijn. Beide groepen hebben ook moeilijker toegang tot financiële diensten, zoals levensverzekeringen en hypotheek, waardoor het kopen van een eigen huis of het opzetten van een eigen bedrijf vaak lastig is (zie ook: themaverkenning zorgvraag [[link](#)]).

[[hier infographic NFK over late effecten](#)]

...verdienen meer aandacht in de zorg en daarbuiten

Beter omgaan met de late effecten van kanker en hart- en vaatziekten vergt een inclusieve manier van kijken naar zorg en welzijn. Het gaat immers niet alleen om gezondheidsklachten, maar vaak ook om de maatschappelijke effecten daarvan. Late effecten zijn de laatste jaren ook binnen de gezondheidszorg steeds meer in beeld gekomen. Dit komt onder andere door de inzet van [patiëntenorganisaties](#) en gezondheidsfondsen. Zo zijn er tegenwoordig enkele expertisecentra rond late effecten, onder andere bij het [Radboudumc](#) en het [NKI-AvL](#). Tegelijkertijd hebben ook andere partijen dan zorgprofessionals een rol bij het doorbreken van de relatie tussen chronische aandoeningen en maatschappelijke beperkingen. Zo spelen patiëntenorganisaties nu vaak al een [bemiddelende rol](#) bij de toegang tot financiële diensten. Dit soort initiatieven zouden beter kunnen worden benut. Tegelijkertijd zouden patiëntenorganisaties en financiële dienstverleners in gesprek kunnen gaan over de betekenis van stijgende overlevingscijfers voor aandoening en zoals hart- en vaatziekten en kanker voor de toegang tot bijvoorbeeld hypotheek en verzekeringen.

Meer aandacht voor late effecten: welke actierichtingen zijn er wie speelt daarbij een rol?

Wat zijn handelingsopties/actierichtingen?	Wie kan daarbij een rol spelen
Creëren van meer mogelijkheden om flexibel te kunnen werken tijdens en na de behandeling	• Werkgevers en vakbonden • UWV • Gemeenten
Inzetten op behoud van werk en re-integratie op de werkvloer door re-integratiebudgetten, persoonlijke begeleiding, revalidatie- of omscholingsmogelijkheden	• Werkgevers en vakbonden • UWV • Gemeenten
Creëren van mogelijkheden om flexibel onderwijs te kunnen volgen tijdens én na de behandeling	• Onderwijsinstellingen • Gemeentes • Ouders en verenigingen van ouders

	• Patiëntenorganisaties
Faciliteren van afstemming zorg, werk en onderwijs op hoofdlijnen en waar nodig in wetgeving	• Nationale overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen)
Meer aandacht voor psychosociale ondersteuning van (ex-)patiënten tijdens en na de behandeling	• Zorgprofessionals • Zorginstellingen • Patiëntenorganisaties
Actief aanbieden van vaccinaties voor het verminderen van gezondheidsklachten (1, 2).	• Zorgprofessionals • GGD-en
Meenemen van de impact van late effecten op het leven van patiënten bij de keuze van de behandeling of bij ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden	• Zorgprofessionals • Patiëntenorganisaties • Nationale Overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Kwaliteitsinstituut)
Het starten van een dialoog over stijgende overlevingscijfers en toegang tot verzekeringen en hypotheek.	• Banken en verzekeraars • Patiëntenverenigingen • kennisinstututen

Ook zelfmanagement wordt belangrijker...

Het belang van zelfmanagement in de zorg door mensen met een chronische aandoening zal de komende jaren belangrijker worden. De effecten van zelfmanagement op behandeluitkomsten, zoals welbevinden of kwaliteit van leven, lijken in veel gevallen ook positief te zijn [[link themaverkenning Zorgvraag van de toekomst](#)]. De nadruk op zelfmanagement heeft ook gevolgen voor de zorg voor mensen met kanker en hart- en vaatziekten. Zij zullen een actievere rol krijgen, bijvoorbeeld als het gaat om vormen van zelfzorg, zorg op afstand en zelfmonitoring. Maar zelfmanagement heeft ook betrekking op het stellen van behandeldoelen en het kiezen van passende behandelingen (shared decision making). Hoe kan de aandoening het beste worden ingepast in 'mijn' dagelijks leven, en wat kunnen zorgverleners en andere partijen daaraan bijdragen?

...en techniek kan dit ondersteunen

Volgens de geraadpleegde experts kunnen eHealthtoepassingen hierbij een belangrijke rol spelen. Wat betreft zorg op afstand gebeurt er al veel (zie webartikel [[Andere Zorg](#)]). Ook zelfmonitoring is aan een opmars bezig. Zo gebruiken sommige mensen met hartritmestoornissen de data van hun [Implanteerbare Cardioverter Defibrillator](#) (ICD) voor het aanpassen van hun sport- of eetregime. Ook bij psychosociale ondersteuning en hulp bij depressies kunnen digitale toepassingen een belangrijke rol spelen [[link themaverkenning zorgvraag van de toekomst](#)].

...maar het vraagt ook om kennis, vaardigheden en ondersteuning

Zelfmanagement wordt dus steeds belangrijker, maar dit is niet voor iedereen weggelegd. Het nemen van de regie over je eigen zorg vergt niet alleen een bepaalde mindset, maar ook kennis en vaardigheden. Niet iedereen kan of wil zelf de regie nemen over zijn of haar zorgproces. Vooral kwetsbare groepen, zoals ouderen of mensen met psychische of cognitieve problemen, hebben moeite met zelfmanagement. Zij hebben daarom baat bij goede ondersteuning, bijvoorbeeld door een case manager, coach of zorgverlener. Maar ook hulp door ervaringsdeskundigen (peer support) of familie kan hierbij een rol spelen.

Eigen regie en zelfmanagement: verschillende vormen van ondersteuning

Hoe voorkom je dat de nadruk op eigen regie in de zorg voor mensen met een chronische aandoening verandert in 'zoek-het-zelf-maar-uit-management'? Deze vraag wordt op de website van het programma [Goed/leven](#) expliciet gesteld. Het programma Goed/leven zet zich in om te zorgen dat de inwoners van Zeeuws-Vlaanderen in 2022 nog steeds kunnen beschikken over een goede basiszorg dichtbij en bereikbare, kwalitatief hoogwaardige specialistische zorg, als dat nodig is. Om mensen die moeite hebben met het nemen van eigen regie en zelfmanagement te ondersteunen, biedt Goed/leven de [Gezondheidswaaier](#) aan. Het doel is om mensen bewust te maken van het 'wat kan je wel'-principe: wat heeft voor jou betekenis, wat wil je?

Een ander voorbeeld is de [zelfregietool](#) van de Stichting Zelfhulp Verbindt Nederland. Deze tool is vooral gericht op het inzichtelijker maken van de mogelijkheden voor zelfregie en mogelijkheden aan te bieden voor *peer support*. Bij zowel de Gezondheidswaaier als de zelfregietool zijn meerdere partijen betrokken, van gemeentes, GGD-en en zorgverleners tot zorgverzekeraars en welzijnsorganisaties.

Programma's als [BigMove](#) en [Sociaal Vitaal](#) hebben laten zien dat intensieve begeleiding door getrainde hulpverleners echt helpt bij het vergroten van de zelfregie van kwetsbare groepen, zoals oude ouderen en mensen met een combinatie van psychische en somatische klachten.

Naast deze voorbeelden staan er in de interventiedatabase van het RIVM nog tal van andere interventies [[link](#)].

In dit achtergronddocument vindt u meer informatie over erkenningsniveau van deze interventies [[link](#)].

Zelfmanagement: welke actierichtingen zijn er wie speelt daarbij een rol?

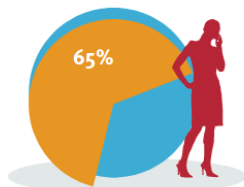
Wat zijn handelingsopties/actierichtingen?	Wie kan daarbij een rol spelen
Ondersteunen van patiënten bij (het nemen) van eigen regie en zelfmanagement en opschalen bestaande programma's	• Patiëntenorganisaties • Gezondheidsfondsen • Zorgprofessionals
Het opzetten van platforms waar medische informatie én ervaringsinformatie staat (naar analogie van kanker.nl)	• Patiëntenorganisaties • Gezondheidsfondsen • Zorgprofessionals
Meer aandacht voor coachingsvaardigheden in zorgopleidingen	• Beroepsgroepen • Zorgopleiders (mbo, hbo, wo)
Zorgen voor goede ondersteuning (casemanager of peer support) voor mensen die moeite hebben bij het nemen van de eigen regie	• Zorgprofessionals • Zorgverzekeraars • Patiëntenorganisaties • Gemeenten • Nationale overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
Geven van voorlichting over de mogelijkheden om binnen bestaande wet- en regelgeving en financieringsvormen goed te kunnen werken met eHealth of zorg-op-afstand	• Nationale overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) • Zorgverzekeraars

Cijfers over late gevolgen van kanker

'De buitenkant ziet er weer 'gezond' uit, maar van binnen is er nog veel te helen. Dat begrijpt niet iedereen en levert soms ongemakkelijke situaties op.'

Onderzoek onder meer dan 3600 (ex-)kankerpatiënten

- **24%** heeft nog nooit van 'late gevolgen' van (de behandeling van) kanker gehoord.
- **65%** ervaart 'late gevolgen' van kanker,



Meest voorkomende 'late gevolgen'

- Vermoeidheid **68%**
- Verminderde lichamelijke conditie **54%**
- Seksuele problemen **44%**
- Concentratieproblemen **40%**
- Geheugenproblemen **37%**

TIP Meer informatie, ervaringsverhalen en praktische tips over seks en kanker vind je op Kankerenseks.nl



Beperkingen door late gevolgen

- Hobby en/of sport **67%**
- Werk en/of school **61%**
- Relatie **50%**
- Vriendschappen en/of sociaal netwerk **47%**
- Gezin en/of familie **44%**

Omgaan met late gevolgen

- **73%** praat met naasten
- **56%** sport of doet aan lichaamsbeweging
- **55%** past activiteiten aan

Rapportcijfers voor begrip uit de omgeving voor 'late gevolgen' van kanker

- Het gezin, familie en huisarts: **7,3**
- Vrienden en kennissen: **6,7**
- Collega's, leidinggevend en werkgevers krijgen een onvoldoende voor het begrip dat ze tonen, met een gemiddeld rapportcijfer van **5,4**
- Zorgverleners (ziekenhuis): **7,4**



Mensen die zich door late gevolgen beperkt voelen op het werk:

- Zoeken meer psychosociale hulp
- Sluiten zich meer af voor mensen die geen begrip tonen
- Ervaren meer onbegrip op het werk

(Ex-)kankerpatiënten die minder begrip ervaren op het werk:

- Ervaren meer emotionele klachten (angst, depressieve gevoelens en stress)
- Praten er minder over met collega's
- **25%** weet niet hoe zij met dit onbegrip moeten omgaan, tegenover **9%** van de groep die wél begrip ervaart.



TIP Informatie en ondersteuning voor werknemers en werkgevers: Kankerwerk.nl

Bron landelijk onderzoek NFK i.s.m. haar lidorganisaties.
Lees de volledige resultaten op: Doneerjeervaring.nl, oktober 2017.

Referenties

1. Groeneveld GH, Paassen Jv, Dissel JTv, Arbous MS. Influenza Season and ARDS after Cardiac Surgery. New England Journal of Medicine. 2018;378(8):772-3.
2. Vollaard AM, Schreuder I, Slok-Raijmakers L, Opstelten W, G.F. R, Gelderblom AJ. Griepvaccinatie tijdens chemotherapie bij patiënten met solide tumoren. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2017;161:D2066.

Webartikel 3: Handelingsopties voor de opgave over zelfstandig wonende ouderen met dementie en andere complexe problemen

Tabblad 1: Wat is de opgave?

Leeswijzer

Dit webartikel geeft een korte beschrijving van de opgave 'De groep zelfstandig wonende ouderen met dementie en andere complexe problematiek wordt veel groter'. Deze beschrijving is voor het grootste deel gebaseerd op het [Trendscenario](#) en de [Themaverkenningen](#) van de VTV-2018. Het Trendscenario en de themaverkenningen hebben in kaart gebracht hoe onze volksgezondheid en zorg zich ontwikkelen bij gelijkblijvend beleid: als we niets extra's zouden doen, hoe zien onze volksgezondheid en zorg er dan uit in 2040? U vindt de onderbouwing voor de informatie in dit webartikel in het Trendscenario en de themaverkenningen, tenzij anders aangegeven. Een andere manier om een goed beeld te krijgen van deze opgave is om de problematiek vanuit regionaal en internationaal perspectief te bekijken. Dit geeft antwoord op vragen als: in welke regio's of wijken zijn de problemen het grootst, en waar het kleinst? Hoe is de situatie in Nederland in vergelijking met andere landen, en hoe groot is het verschil met de best scorende landen?

Voor deze opgave zijn voor meerdere maatschappelijke doelen mogelijke handelingsopties uitgewerkt. Dit zijn: 'betere zorg en ondersteuning van zelfstandig wonende ouderen' [\[link\]](#), 'zorgen voor een ouderenvriendelijke leefomgeving' [\[link\]](#) en 'goed zorgen voor mantelzorgers' [\[link\]](#). De opgave rond zelfstandig wonende ouderen kan niet los gezien worden van de zorg voor ouderen in een verpleeghuis. Dat onderwerp komt in dit webartikel niet aan de orde, maar wordt uitgebreider behandeld in de themaverkenning 'Zorgvraag van de toekomst' [\[link\]](#).

Dit webartikel bestaat uit drie onderdelen:

- De belangrijkste bevindingen uit het Trendscenario en de Themaverkenningen
- De belangrijkste onzekerheden
- Internationaal en regionaal perspectief

De belangrijkste bevindingen uit Trendscenario en Themaverkenningen

Verdubbeling van het aantal mensen met dementie

Het aantal mensen met dementie neemt in het Trendscenario toe van 154.000 in 2015 tot 330.000 in 2040. Hoewel er andere aandoeningen zijn die in absolute zin (veel) vaker voorkomen, heeft dementie een heel grote impact op de volksgezondheid. In 2040 is het de aandoening die de meeste sterfte en de hoogste ziektelast veroorzaakt. Dementie is een syndroom dat veroorzaakt kan worden door verschillende aandoeningen. De meest voorkomende vorm van dementie is de ziekte van Alzheimer (ongeveer 60-70 procent van alle gevallen).

Meer thuiswonende en meer alleenstaande mensen met dementie

Volgens het NIVEL woont ongeveer 70 procent van de mensen met (beginnende) dementie thuis. Van deze groep thuiswonenden woont ongeveer 40 procent (ongeveer 80.000 mensen) alleen. Het aantal alleenwonende ouderen neemt tussen nu en 2040 sterk toe, met bijna 800.000. Uitgaand van gelijkblijvend beleid, zal de trend dat mensen met dementie langer thuis wonen de komende decennia door te zetten. Bovendien zullen mensen met dementie ook vaker dan nu alleen wonen.

Meer mensen met een migratieachtergrond met dementie

Het aantal ouderen met een migratieachtergrond met dementie stijgt de komende jaren sneller dan het aantal ouderen met dementie met een Nederlandse achtergrond. Hoewel het gaat om een relatief kleine groep, lijkt dementie onder ouderen met een Marokkaanse, Turkse en of Surinaams-Hindoestaanse achtergrond verhoudingsgewijs drie tot vier keer vaker voor te komen dan onder ouderen met een Nederlandse achtergrond. Dementie zit bij deze groepen vaak nog in de taboesfeer, waardoor er laat hulp gezocht wordt.

De impact van dementie op de samenleving en de gezondheidszorg zijn aanzienlijk

Dementie heeft een grote impact op het leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers. De zorg is intensief, vooral in de latere fasen van de aandoening. Omdat mensen met dementie langer thuis blijven wonen wordt er ook vaker een beroep gedaan op mensen buiten de zorg, zoals burens, partners, familieleden, vrienden en politie bij dwaalgedrag. De zorguitgaven voor mensen met dementie nemen toe van 6,6 miljard euro in 2015 naar 15,6 miljard in 2040. Het gaat hierbij om zowel specialistische zorg, verpleeghuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, maar ook om thuiszorg en dagbesteding. Dat is een stijging van 135 procent en betekent een gemiddelde jaarlijkse toename van 3,5%. Deze toename wordt voor het grootste deel verklaard door de vergrijzing.

Toenemende druk op informele zorg

De druk op de mensen die mantelzorg geven zal naar verwachting toenemen. Die druk is nu al hoog, zeker voor mantelzorgers van mensen met dementie: van hen voelt één op de zes zich zeer zwaar belast of zelfs overbelast. Het verlenen van mantelzorg voor mensen met dementie is intensief en wordt zwaarder naarmate de ziekte vordert, zeker als mantelzorgers er alleen voor staan. Daarnaast zal het aantal 50-64 jarigen per 85-plusser in de toekomst halveren. Dit betekent waarschijnlijk dat het aantal potentiële mantelzorgers afneemt. Wat dit betekent voor de vraag naar formele zorg is nog onbekend.

Toenemende druk op formele zorg

Het aantal mensen met een indicatie voor intensieve psychogeriatrische zorg (zorgzwaartepakket 5) zal toenemen van 76.000 in 2015 naar 165.000 in 2040. Doordat mensen met dementie de komende decennia langer thuis zullen wonen, zal de zorgvraag op moment van opname in het verpleeghuis vaak complexer zijn dan voorheen. De toename van het aantal thuiswonende mensen met dementie veroorzaakt ook een toenemende druk op onder andere de huisartsenzorg, thuiszorg, extramurale zorg door specialisten ouderengeneeskunde, en acute zorg. Die druk is nu al hoog, mede door bestaande personeelstekorten in de ouderenzorg en (wijk)verpleging.

Geriatrische syndromen vergroten kwetsbaarheid ouderen

Het aantal oude ouderen (80+) neemt toe. Hiermee zal ook het aantal ouderen met één of meer geriatrische syndromen stijgen. Geriatrische syndromen (geriatric giants) zijn (gezondheids)problemen die relatief vaak bij ouderen voorkomen. Het gaat hierbij, naast geheugenproblemen en dementie, onder andere om vallen, gezichts- en gehoorstoornissen, beperkingen in het dagelijks functioneren, incontinentie, depressie, eenzaamheid en polyfarmacie (het gebruik van meerdere medicijnen tegelijkertijd). De meeste ouderen hebben één of meerdere geriatrische syndromen. Een aantal geriatrische syndromen komt vaak in combinatie met elkaar voor, zoals dementie met incontinentie en beperkingen in het dagelijks functioneren. Een stapeling van geriatrische syndromen vergroot de kwetsbaarheid van ouderen.

Multimorbiditeit leidt tot complexe zorgvraag

Door de vergrijzing neemt het aantal mensen met meerdere aandoeningen tegelijkertijd (multimorbiditeit) toe. Het percentage mensen met twee of meer chronische aandoeningen stijgt van bijna 25 procent (4,3 miljoen mensen) in 2015 naar 30 procent (5,5 miljoen mensen) in 2040. Hierdoor zullen er meer ouderen met een complexe zorgvraag zijn.

Belangrijkste onzekerheden

Wat zijn de belangrijkste onzekerheden rond deze opgave?

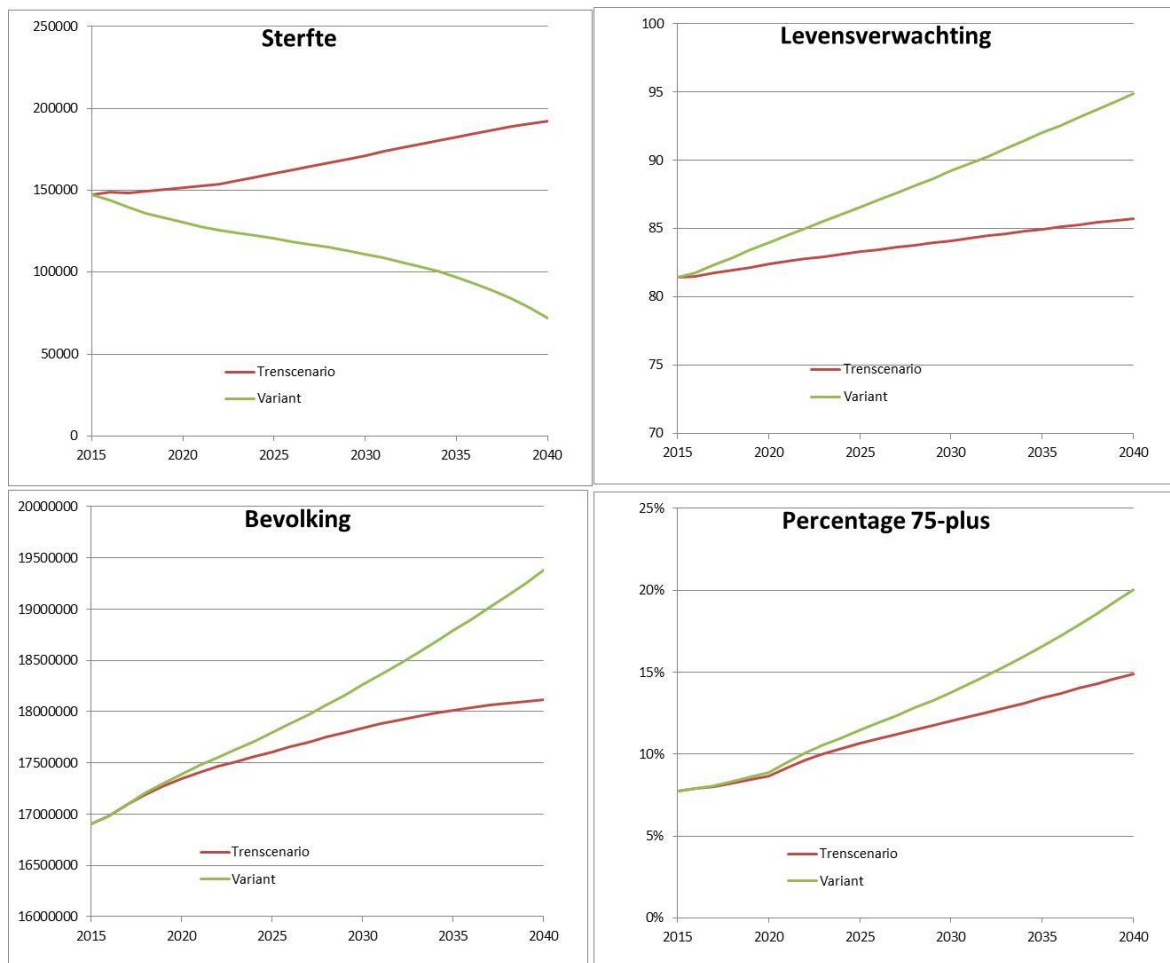
De groep zelfstandig wonende ouderen met dementie en andere complexe problematiek wordt tussen nu en 2040 groter. Het Trendskenario en de themaverkenningen van deze VTV geven een beeld van hoe deze opgave er uit ziet als historische trends zich onveranderd zouden doorzetten. Er zijn echter verschillende factoren die kunnen maken dat de opgave groter of kleiner wordt dan hier geschetst. Een belangrijke onzekerheid zit in het vóórkomen van dementie. Dementie ontstaat meestal uit een ingewikkeld samenspel van veroudering, genetische gevoeligheid, omgevingsfactoren en leefstijl. Voor de meeste risicofactoren is de kennis over hun relatie met dementie nog beperkt. Daarnaast heeft ook de mate van vergrijzing invloed op het voorkomen van dementie. Meer ouderen betekent meer dementie. Met name de gunstige ontwikkeling in sterfte op hogere leeftijd is in het verleden meer dan eens onderschat en projecties van de levensverwachting waren daardoor steeds te laag [**Wat als: lang zullen we leven**]. De onzekerheid in de ontwikkeling in overleving aan bijvoorbeeld kanker [**LINK naar onzekerheden HVZ/Kanker**] zorgt ook voor onzekerheid rondom deze opgave: als er minder mensen sterven aan kanker, bereiken meer mensen een hoge leeftijd, en een deel van hen zal dementie ontwikkelen. Een andere bron van onzekerheid is dat ouderen zelf veranderen. De ouderen van de komende 25 jaar zijn anders dan de ouderen van nu. Ze zijn gemiddeld genomen hoger opgeleid, kapitaalkrachtiger en minder beperkt. Dit kan invloed hebben op de impact van de opgave. Ook technologische ontwikkelingen zijn van invloed. De inzet van bijvoorbeeld domotica en andere technologieën in de leefomgeving kunnen de druk op informele zorg verminderen, maar niet altijd. Mogelijk de grootste onzekerheid rond deze opgave is of er een medicijn wordt gevonden waarmee dementie voorkomen of genezen kan worden. Hiermee wordt de opgave ten gevolge van dementie minder groot, maar zullen ouderen steeds meer en langer te maken krijgen met andere complexe problematiek. De grote vraag is dan wat dan de belangrijkste doodsoorzaak zal worden.

Wat als... we langer zullen leven?

De stijging van de levensverwachting is in het verleden vaak onderschat (1). De daling van de sterfte, en dan met name de sterfte op hogere leeftijden, ging vaak sneller dan gedacht. De kennis over de sterfte bij toekomstige generaties ouderen baseren we op analyses van de sterfte en levensverwachting van de huidige generatie ouderen. De kennis over toekomstige generaties is daardoor onzeker (2). De nieuwe generaties ouderen zullen andere kenmerken hebben dan de generaties ouderen voor hen. Zo zijn ze gemiddeld hoger opgeleid, kapitaalkrachtiger en hebben ze een andere arbeidsgeschiedenis. Wat hiervan precies de effecten op sterfte zullen zijn, is onbekend. Ook is het lastig in te schatten wat het effect van toekomstige behandelmogelijkheden en medische technologie op de sterftekansen zal zijn. De toekomstige levensverwachting brengt daarmee onzekerheden met zich mee, en dit heeft ook een direct effect op de vergrijzing. Wat zouden de gevolgen zijn als de levensverwachting harder stijgt dan we nu verwachten (3-5)?

Als de vooruitgang in het terugdringen van sterfte in de komende 25 jaar sneller gaat dan verwacht, en de sterftekansen 80 procent lager uitkomen dan in het [Trendscenario](#), dan komt de levensverwachting bijna 10 jaar hoger uit dan in het Trendscenario. Mannen bereiken dan in 2040 een levensverwachting van net boven de 94 jaar en vrouwen bijna 96 jaar. Door de hogere levensverwachting groeit de Nederlandse bevolking in 2040 naar 19,5 miljoen, bijna 1,5 miljoen meer dan in het Trendscenario. Dit heeft grote consequenties voor de vergrijzing. Het aandeel 75-plussers in de bevolking komt met 20 procent veel hoger uit dan de 15 procent in het Trendscenario. Dit betekent dat dan er 1,2 miljoen meer 75-plussers zijn in 2040, in vergelijking met het Trendscenario. De vraag wat dit dan betekent voor volksgezondheid hangt ook sterk af van of de meeste van deze extra jaren ook in goede gezondheid zullen zijn. Maar zelfs als dat wel zo zou zijn, dan nog zullen er meer jaren met ziekte en zorggebruik bij komen. Mensen leven immers langer, maar wel met meer aandoeningen. Bovendien zijn er veel meer ouderen. Mocht de winst in gezondheid echter sterk achterblijven dan zal dit deze opgave fors vergroten. Ook zullen andere kwesties gaan spelen, bijvoorbeeld op het gebied van huisvesting, werk en pensionering, vrije tijd en zingeving (6).

Voor meer informatie over methoden die zijn toegepast om deze cijfers te berekenen, zie het [achtergronddocument](#) over bij deze 'wat als' analyses [\[link\]](#).



Bron: RIVM

Internationaal en regionaal perspectief

Percentage mensen met dementie komt overeen met EU-gemiddelde

Het percentage mensen met dementie in Nederland ligt rond het gemiddelde van de landen van de Europese Unie (EU). Dit blijkt uit schattingen van Alzheimer Europe en de OECD. Bij het schatten van het voorkomen in de verschillende landen zijn beide organisaties er vanuit gegaan dat de verdeling van het percentage mensen met dementie over de verschillende leeftijdsgroepen in EU-landen gelijk is. Verschillen in percentages mensen met dementie komen daardoor overeen met verschillen in de leeftijdsopbouw van de bevolking. Hierbij hebben de meest vergrijsde landen het hoogste percentage mensen met dementie en de minst vergrijsde het laagste percentage (7, 8).

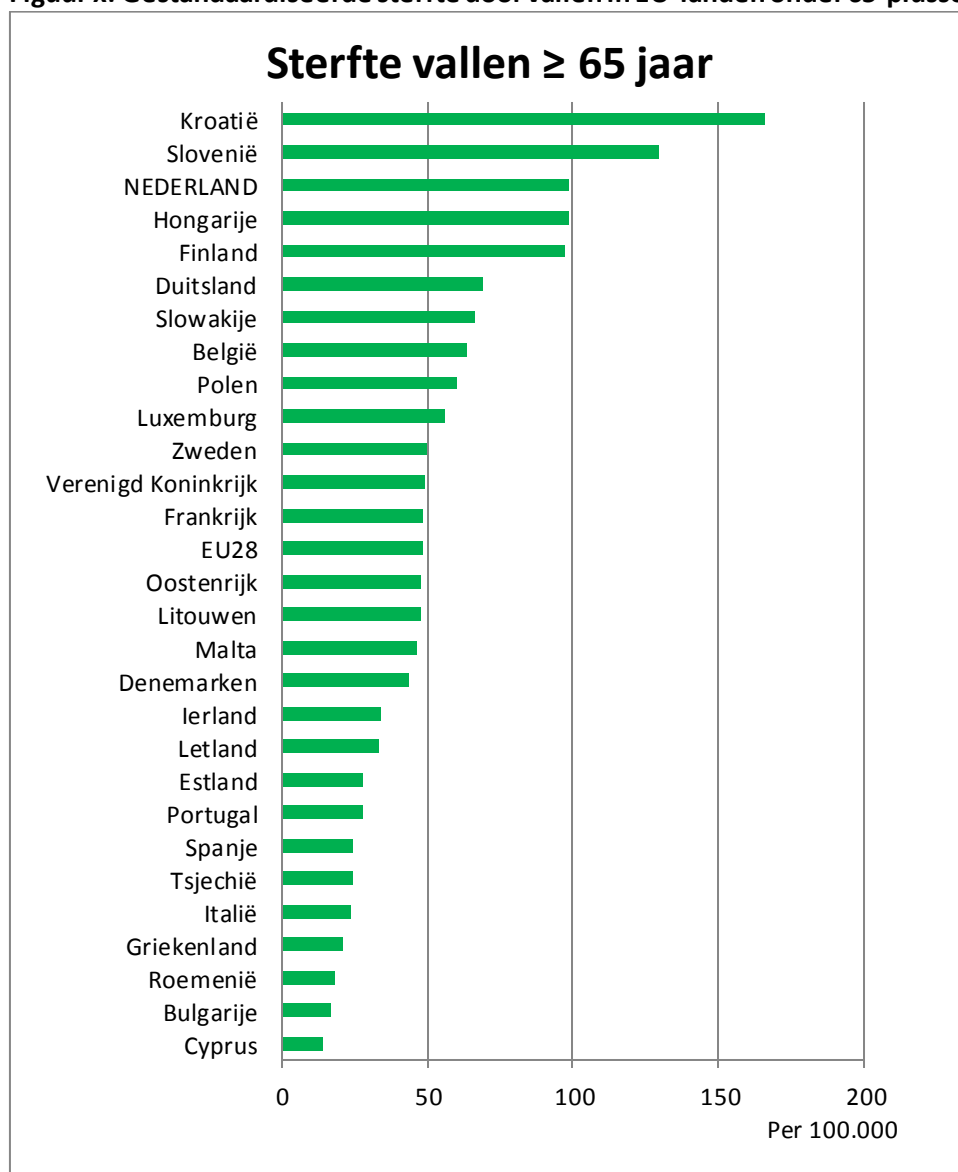
Relatief veel 65-plussers overlijden in Nederland door een val

De sterfte door een val onder Nederlandse ouderen van 65 jaar en ouder is bijna twee keer zo hoog als gemiddeld in de Europese Unie (zie figuur X). Bovendien is de sterfte door een val tussen 2011 en 2015 in Nederland relatief sterk gestegen. Nederland staat op plaats 3 van landen met de hoogste sterfte. De sterfte is het laagst in Zuid-Europese landen. Het is niet precies bekend waardoor dit komt. Een mogelijke verklaring voor de relatief hoge sterfte en sterke stijging in Nederland is een toename van het aantal ouderen dat (langer) thuis blijft wonen in combinatie met een toename van het aantal mensen met neurodegeneratieve ziekten zoals dementie. De toename van neurodegeneratieve ziekten gaat gepaard met een toename van het aantal mensen dat valt als complicatie van deze ziekten.

Ouderen in Nederland ontvangen minder sociale steun, maar zijn minder vaak eenzaam

Het percentage 75-plussers dat veel sociale steun ontvangt, is in Nederland lager dan gemiddeld in de EU. Het gaat hier om sociale steun van bijvoorbeeld familie, vrienden, collega's en burens. Ook hebben relatief weinig Nederlandse 75-plussers iemand die om hulp gevraagd kan worden of om persoonlijke zaken mee te bespreken. Desondanks zijn Nederlandse ouderen (50-plussers) relatief weinig eenzaam (9). Nederlanders geven wel iets vaker dan gemiddeld informele hulp (zie figuur X). Het geven van informele hulp is hier gedefinieerd als minstens een keer per week niet beroepsmatig hulp geven bij persoonlijke verzorging of in het huishouden aan mensen met een chronisch gezondheidsprobleem, lichamelijke gebreken of problemen als gevolg van hoge leeftijd. Het maakt daarbij niet uit of iemand familie is of niet (10). Het geven of ontvangen van hulp en sociale ondersteuning houdt in deze cijfers niet specifiek verband met dementie.

Figuur x: Gestandaardiseerde sterfte door vallen in EU-landen onder 65-plussers, 2015



Bron: Eurostat

Lees meer

Gebruikte indicator(en): Sterfte door vallen per 100.000 onder mensen van 65 jaar en ouder in landen van de

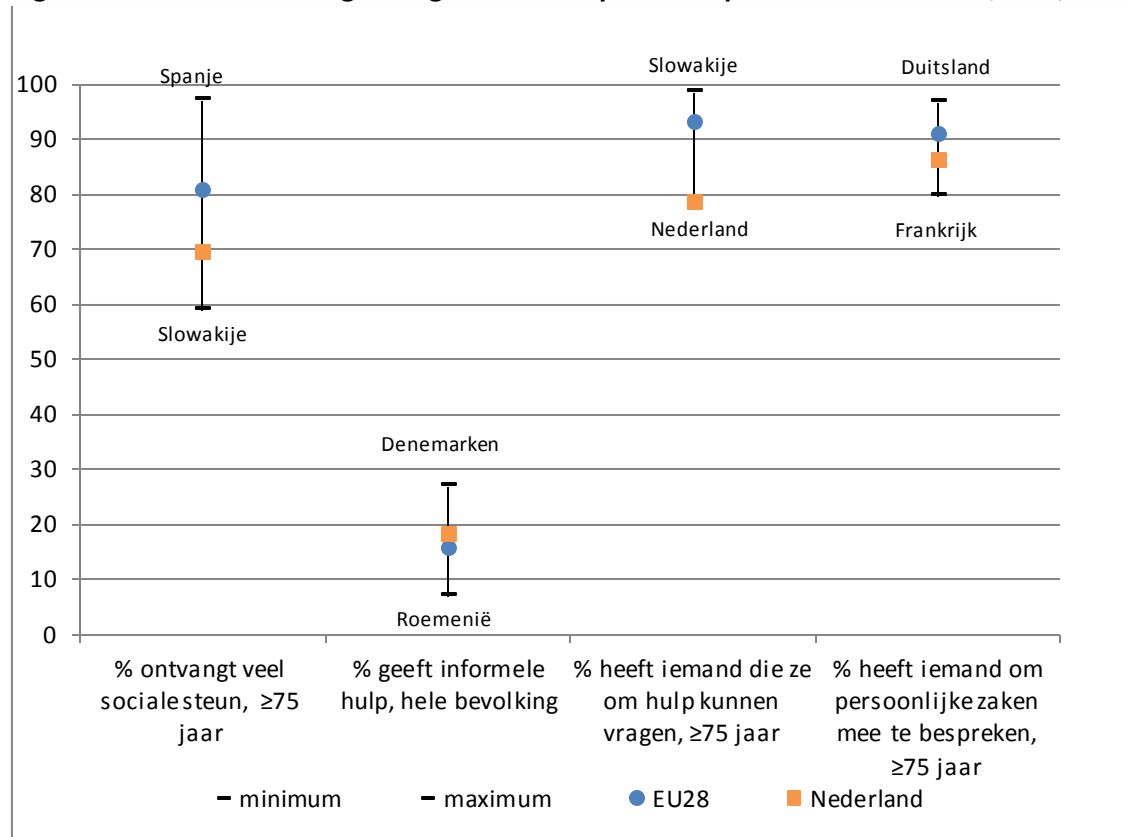
Europese Unie in 2015. Gestandaardiseerd naar de Europese standaardbevolking. ICD code W00-W19.

Gebruikte bron(nen): Eurostat

Meer informatie:

- Sterfte door vallen internationaal op VZinfo

Figuur x: Variatie in ontvangen en geven van hulp door 75-plussers in EU-landen, 2014/2015



Bron: Eurostat

Lees meer

Gebruikte indicator(en): Percentage mensen van 75 jaar en ouder in landen van de Europese Unie dat (2014/2015):

- veel of gemiddelde sociale steun ervaart;
- minstens een keer per week informele zorg of hulp geeft aan familie en niet-familie. Het geven van informele hulp is hier gedefinieerd als niet beroepsmatig hulp geven bij persoonlijke verzorging of in het huishouden aan mensen met een chronisch gezondheidsprobleem, lichamelijke gebreken of problemen als gevolg van hoge leeftijd;
- iemand heeft die ze om hulp kunnen vragen;
- iemand heeft om persoonlijke zaken mee te bespreken.

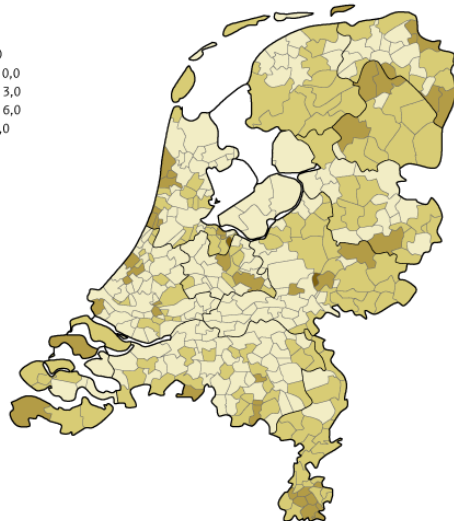
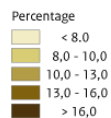
Gebruikte bron(nen): Eurostat (EHIS 2014 en EU-SILC 2015)

Vergrijzing is het sterkst aan de randen van Nederland

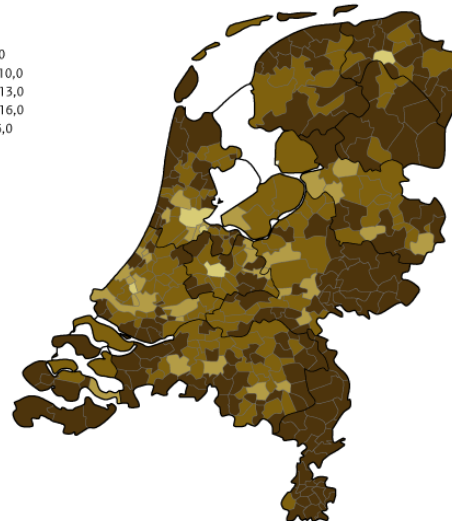
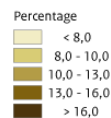
Voor dementie en andere complexe problemen bij ouderen zijn er geen gedetailleerde regionale data beschikbaar. Wel blijkt dat het voorkomen van dementie, het hebben van lichamelijke

beperkingen en het ervaren van een slechtere gezondheid sterk toenemen boven de 75 jaar. Het percentage 75-plussers in de bevolking is daarmee een goede indicator voor waar deze opgave zich nu en in de toekomst sterker en minder sterkt voordoet. In de komende decennia is de vergrijzing het sterkst aan randen van Nederland. Dit zijn regio's als Oost-Groningen, Delfzijl en omgeving, Zuidoost-Drenthe, de Achterhoek, Zeeuws-Vlaanderen en de provincie Limburg. Hier zal de zorgvraag voor dementie en andere complexe problematiek onder ouderen het grootst zijn. Dit zijn ook de regio's die te maken krijgen met bevolkingskrimp. Hierdoor komen zorgvoorzieningen in deze regio's onder druk te staan, terwijl de zorgvraag hier dus het sterkst zal toenemen.

Vergrijzing 2015
per gemeente



Vergrijzing 2040
per gemeente



Bron: PBL/CBS

Lees meer

Gebruikte indicator(en): Percentage mensen van 75 jaar en ouder per gemeente voor 2015 en 2040

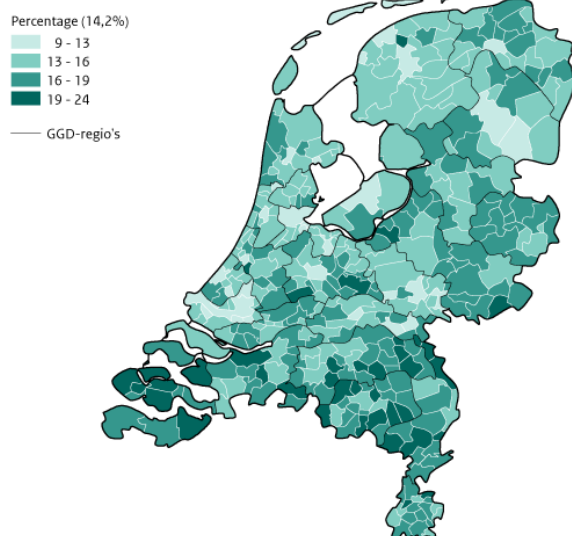
Gebruikte bron(nen): PBL Planbureau voor de Leefomgeving/ CBS Centraal Bureau voor de Statistiek regionale bevolkings- en huishoudensprognose 2016

Hoogste percentage mantelzorgers in gemeenten in Zeeland

In Nederland geeft ruim 14 procent van de bevolking van 19 jaar en ouder intensieve of langdurige mantelzorg (minimaal 8 uur per week en/of langer dan 3 maanden). Het percentage mantelzorgers is het hoogst in gemeenten in Zeeland, en ook gemeenten in Noord Brabant, Limburg en Gelderland hebben relatief hoge percentages. Het percentage mantelzorgers is relatief laag in grote steden en in regio's in Drenthe en Gelderland.

Mantelzorgers 2016

Per gemeente, volwassenen van 19 jaar en ouder



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 GGD'en, CBS en RIVM

Lees meer

Gebruikte indicator(en): Percentage mantelzorger per gemeente, 2016.

Iemand is mantelzorger als de zorg al minimaal 3 maanden duurt, of zorg biedt voor minimaal 8 uur per week. De mantelzorg kan bestaan uit het doen van het huishouden, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen enzovoort. Mantelzorg wordt niet betaald.

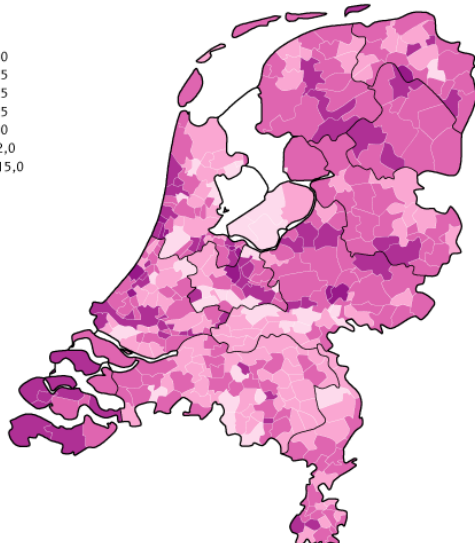
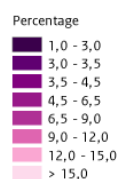
Gebruikte bron(nen): Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2016 GGD'en, CBS en RIVM

Mantelzorgpotentieel komt in sommige regio's sterk onder druk te staan

Veel mensen die mantelzorg verlenen zitten in de leeftijdsgroep 45-64-jarigen (11, 12). Hierbij gaat het in 45 procent van de gevallen om het geven van mantelzorg aan (schoon)ouders (13). De verhouding tussen 50-64 jarigen en 85 plussers is dan ook een goede indicator voor de verandering in druk op het mantelzorgpotentieel. Nu zijn er gemiddeld in Nederland nog ongeveer tien 50-64 jarigen voor iedere 85-plusser. In 2040 is dit aantal nog maar vier. Ook hier zijn er regionale verschillen. In veel gemeenten aan de rand van Nederland, die een sterke vergrijzing zullen kennen, zal deze verhouding ver onder het landelijk gemiddelde van 4 komen. Grote steden en andere jongere regio's zullen ook in de toekomst een gunstigere verhouding houden, hoewel ook daar de veranderingen aanmerkelijk zullen zijn. Het is de vraag of dit er ook toe zal leiden dat er daadwerkelijk minder mantelzorg gegeven wordt.

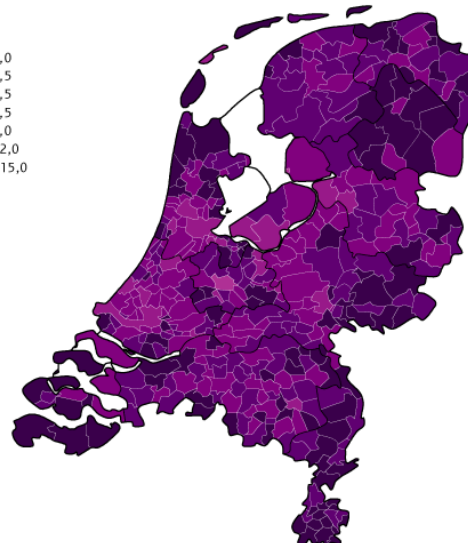
Potentieel aan mantelzorgers 2015

Per gemeente, aantal 85-plussers t.o.v. het aantal 50-65-jarigen



Potentieel aan mantelzorgers 2040

Per gemeente, aantal 85-plussers t.o.v. het aantal 50-65-jarigen



Bron: PBL/CBS, bewerkt door RIVM

Lees meer

Gebruikte indicator(en): Parent-support ratio per gemeente voor 2015 en 2040.

De parent-support ratio wordt berekend door het aantal 50 tot 64 jarigen te delen door het aantal oudere ouderen (85-plussers).

Gebruikte bron(nen): PBL Planbureau voor de Leefomgeving/ CBS Centraal Bureau voor de Statistiek regionale bevolkings- en huishoudensprognose 2016

Referenties

1. De Beer JAA. Is de CBS-prognose van de levensverwachting te conservatief? Bevolkingstrends. 2013(Juli):1-11. <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2013/27/is-de-cbs-prognose-van-de-levensverwachting-te-conservatief>
2. Mathers CD, Stevens GA, Boerma T, White RA, Tobias MI. Causes of international increases in older age life expectancy. Lancet (London, England). 2015;385(9967):540-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60569-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60569-9)
3. Oeppen J, Vaupel JW. Demography. Broken limits to life expectancy. Science (New York, NY). 2002;296(5570):1029-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1069675>
4. De Beer JAA. Een levensduur van meer dan honderd jaar: van uitzondering naar regel? NIDI-Webartikel. 2013;2013-02. <https://www.nidi.nl/nl/publications/webart/nidi-webart-2013-02>
5. Dong X, Milholland B, Vijg J. Evidence for a limit to human lifespan. Nature. 2016;538:257. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/nature19793>
6. CPB, PBL. Demografie Achtergrondstudie WLO – Welvaart en Leefomgeving. Den Haag: Centraal Planbureau en Planbureau voor de Leefomgeving; 2016. <http://www.wlo2015.nl/wp-content/uploads/pbl-2016-wlo-achtergronddocument-demografie-1772.pdf>
7. Alzheimer Europe. 2013: The prevalence of dementia in Europe 2017 [updated Thursday 01 June 2017. Available from: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-The-prevalence-of-dementia-in-Europe>

8. OECD, EU. Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. Parijs: Organisation for Economic Development and Cooperation/European Union; 2016.
<http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>
9. Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society. Berlijn: De Gruyter; 2015.
https://books.google.nl/books?id=haMLCwAAQBAJ&dq=Ageing+in+Europe+gruyter&lr=&hl=nl&source=gbs_navlinks_s
10. Verbakel E, Tamlagsrønning S, Winstone L, Fjær EL, Eikemo TA. Informal care in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. European Journal of Public Health. 2017;27(suppl_1):90-5. DOI:
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw229>
11. Oudijk D, de Boer A, Woittiez I, Timmermans J, de Klerk M. Mantelzorg uit de doeken: een actueel beeld van het aantal mantelzorgers. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2010.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2010/Mantelzorg_uit_de_doeken
12. de Klerk M, de Boer A, Plaisier I, Schyns P. Voor Elkaar? Stand van de informele hulp in 2016. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2017.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/Voor_elkaar
13. de Klerk M, de Boer A, Plaisier I, Schyns P, Kooiker SE. Informele hulp: wie doet er wat?: omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2015.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/Informele_hulp_wie_doet_er_wat

Tabblad 2: Optimale zorg en ondersteuning

Leeswijzer

In dit webartikel worden mogelijke actierichtingen uitgewerkt voor het doel 'betere zorg en ondersteuning van zelfstandig wonende ouderen'. Dit doel hoort bij de maatschappelijke opgave: 'de groep zelfstandig wonende ouderen met dementie en andere complexe problematiek wordt veel groter'. Andere doelen die voor deze opgave zijn uitgewerkt zijn 'zorgen voor een ouderenvriendelijke leefomgeving' [\[link\]](#) en 'goed zorgen voor mantelzorgers' [\[link\]](#). De opgave rond zelfstandig wonende ouderen kan niet los gezien worden van de zorg voor ouderen in een verpleeghuis. Dat onderwerp komt in dit webartikel niet aan de orde, maar wordt uitgebreider behandeld in de themaverkenning 'Zorgvraag van de toekomst' [\[link\]](#). Een beschrijving van de opgave vindt u in het webartikel 'Wat is de opgave' [\[link\]](#).

Dit webartikel is gebaseerd op de opbrengsten van een brede stakeholderbijeenkomst met (ervarings)deskundigen op het gebied van ouderen, ouderenzorg en leefomgeving [\[link naar verslag\]](#). Deze opbrengsten zijn verder aangevuld en verrijkt met literatuur en inspirerende en goede voorbeelden. De verschillende doelen voor deze opgaven zijn op basis van de stakeholderbijeenkomst geformuleerd. Per doel wordt geschetst wat er op dat gebied al gebeurt, wat eventuele andere of aanvullende opties zijn, en wie daarbij een rol kan spelen. Dit webartikel heeft tot doel om inzicht te geven in wat volgens stakeholders de belangrijkste actierichtingen zijn om met deze opgave om te gaan. Het geeft geen uitputtend overzicht van alle mogelijke actierichtingen.

Belangrijkste actierichtingen:

- Organiseer de zorg voor ouderen rond datgene wat ze nog wel kunnen en willen. Dit vraagt om integrale zorgnetwerken (zorg, welzijn, ondersteuning) rondom zelfstandig wonende ouderen met een onafhankelijke coördinator.
- Ondersteun mensen die moeite hebben met het verwoorden van hun wensen en behoeften, zoals ouderen met een migratieachtergrond, ouderen met een cognitieve beperking en kwetsbare ouderen.
- Wees als gemeente, zorgprofessional of zorgverzekeraar flexibel als ouderen zelf het initiatief nemen bij het organiseren van zorg in hun eigen omgeving. Dit soort burgerinitiatieven werken vaak buiten de bestaande kaders van zorg en welzijn en dat botst soms met de bestaande praktijk.

Betere zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen

In het [Trendscenario](#) van de VTV-2018 neemt het aantal ouderen in Nederland tussen nu en 2040 fors toe. Dit heeft gevolgen voor de volksgezondheid. Ouderen hebben vaker dan jongeren meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd (multimorbiditeit). Bovendien hebben ouderen ook vaker last van ouderdomsaandoeningen, zoals artrose of dementie, én combinaties van ongemakken (geriatrische syndromen), zoals vallen, geheugenproblemen, gezichts- en gehoorstoornissen, beperkingen in het dagelijks functioneren, incontinentie, eenzaamheid en polyfarmacie (het gebruik van meerdere geneesmiddelen tegelijkertijd). Ouderen zullen tussen nu en 2040 vaak langer thuis wonen en ook vaker alleen. Het zorgen voor betere zorg en ondersteuning voor de groep zelfstandig wonende ouderen met dementie en andere complexe problemen is daarom een belangrijk

maatschappelijk doel. De geraadpleegde experts en literatuur geven aan dat hiervoor de zorg zoveel mogelijk integraal moet worden geleverd. Dat vergt ook een goede afstemming tussen formele en informele zorg. Hier liggen niet alleen taken voor de rijksoverheid, gemeenten, zorgverleners en GGD-en, maar ook voor zorgverzekeraars, cliënten- en patiëntenverenigingen, ouderenbonden en kennisinstituten.

Ouderenpact: thuis met de juiste zorg en ondersteuning

Het verbeteren van de ouderenzorg is voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een belangrijk beleidsspeerpunt (3). Zo is op 8 maart 2018 door het ministerie en veertig [maatschappelijke partijen](#) het [Pact voor de ouderenzorg](#) ondertekend. Het ministerie wil er onder andere samen met ouderen, zorgverleners, welzijnswerkers, gemeenten, zorgverzekeraars en het bedrijfsleven voor zorgen dat ouderen die dit willen ook langer thuis kunnen blijven wonen, met de juiste zorg en ondersteuning. In het pact wordt onder andere de ambitie uitgesproken om te zorgen voor een integraal zorgnetwerk rondom de zelfstandig wonende oudere. Daarnaast wordt ook ingezet op het voorkomen en bestrijden van eenzaamheid onder ouderen en het verbeteren van de verpleeghuiszorg.

Persoonsgerichte ouderenzorg gaat om méér dan ziekte...

Het organiseren van zorg rond de individuele zorgvraag van de oudere vraagt vaak om andere vormen van zorg (niet alleen medisch) én om een andere kijk op zorg. Zorg moet niet alleen uitgaan van wat ouderen niet meer kunnen, maar (juist) ook van wat ze nog wel kunnen en willen en hoe dit het beste ondersteund kan worden. De zorgvraag wordt immers niet alleen bepaald door de lichamelijke gezondheid. Ook andere factoren spelen hierbij een rol, zoals de mate van eigen regie op het leven, het kunnen onderhouden van sociale contacten, eenzaamheid, een gevoel van zingeving en waardigheid, cognitieve vaardigheden, mobiliteit, maar ook veiligheid in de buurt en de kwaliteit van de leefomgeving (denk aan winkels en andere voorzieningen). Storytelling kan volgens de geraadpleegde experts een goede methode zijn om erachter te komen wat voor de oudere waardevol is als het gaat om zijn of haar gezondheid. Omdat wensen en behoeftes kunnen veranderen, is het goed om het gesprek hierover regelmatig te voeren (4, 5). Om recht te doen aan de unieke eigenschappen en behoeften van een oudere zal de zorg altijd integraal moeten zijn: naast medische zorg gaat het immers ook vaak om welzijn en sociale ondersteuning.

Eigen regie is niet voor iedereen weggelegd, maar kan wel worden ondersteund

Eigen regie en zelfmanagement is niet voor iedereen weggelegd. Niet iedereen kan of wil zelf de regie nemen over zijn of haar zorgproces. Een omvangrijke deel van de Nederlandse bevolking ervaart op dit moment onvoldoende regie over het eigen leven. In het [Trendscenario](#) neemt dit aantal tot 2040 toe van 1,3 naar 1,6 miljoen mensen. Vooral kwetsbare groepen, zoals oude ouderen (80+), ouderen met een cognitieve of lichamelijke beperking of ouderen met een migratieachtergrond ervaren vaak weinig eigen regie.

Er zijn een aantal interventies met goede aanwijzingen voor effectiviteit die zich speciaal richten op het versterken van deze groepen. De [GRIP&GLANS](#)-cursussen, ontwikkeld door het UMCG, helpen bijvoorbeeld vrouwen van 55 jaar en ouder om meer grip (eigen regie) en meer glans (welbevinden) te ervaren. In zes wekelijks bijeenkomsten wordt in een samen met een coach door de deelnemers gewerkt aan zelf initiatief nemen, positief zijn, zelfvertrouwen krijgen en doelen stellen. Het programma [Sociaal Vitaal](#), ontwikkeld door stichting GALM, plaats sociale vaardigheids- en weerbaarheidstraining en coaching in zelfmanagement in een breder kader van beweegprogramma's en voorlichting over een gezond leefpatroon.

Naast deze voorbeelden staan er in de interventiedatabase van het [RIVM](#) nog tal van andere interventies [\[link\]](#).

In dit achtergronddocument vindt u meer informatie over het erkenningsniveau van deze interventies [\[link\]](#)

...en vraagt ook om aandacht migrantenouderen

Persoonsgerichte zorg gaat uit van ouderen die zelf hun wensen en mogelijkheden goed kunnen formuleren. Lang niet iedereen is hiertoe in staat. Zo hebben kwetsbare ouderen en ouderen met een cognitieve beperking hier vaak moeite mee. Maar er is ook extra aandacht nodig voor ouderen met een migratieachtergrond. Door de toename van het aantal ouderen met een migratieachtergrond zal ook de vraag naar zorg groeien die rekening houdt met cultureel bepaalde wensen en behoeftes, zoals taal, eetgewoontes, leefregels en de gebruiken van het land van herkomst. Bovendien heeft deze groep ouderen vaak ook een specifieke zorgvraag. Zo lijkt dementie verhoudingsgewijs vaker voor te komen onder mensen met een Marokkaanse, Turkse en of Surinaams-Hindoestaanse migratieachtergrond, maar wordt het relatief weinig herkend (6). Dit komt soms doordat er een taboe rust op dementie, maar ook door een taalbarrière waardoor er vaak over lichamelijke klachten wordt gesproken en niet over minder grijpbare mentale klachten. Hierdoor wordt formele hulp vaak (te) laat ingeschakeld (zie ook: themaverkenning zorgvraag [\[link\]](#)).

Integrale zorgnetwerken rond zelfstandig wonende ouderen...

Door de toename van het aantal ouderen en de verscheidenheid van hun wensen en behoeften zullen er niet alleen steeds meer, maar ook steeds meer verschillende zorgverleners betrokken zijn bij de zorg voor ouderen (7). Dit geldt in het bijzonder voor ouderen die nog zelfstandig wonen, al dan niet thuis. Dit zorgnetwerk zal steeds vaker bestaan uit partijen uit de hele zorgketen: van eerstelijnszorg tot medisch-specialistische zorg en sociale ondersteuning. Heel concreet, naast de huisarts, thuiszorgmedewerkers en wijkverpleging, zullen ook de apotheker, verschillende medisch-specialisten, wijkteams, buurtwerkers, welzijnsprofessionals, case-managers, woningbouwcorporaties en de gemeente tot het formele zorgnetwerk van één oudere kunnen behoren. Daarnaast zullen ook informele (mantel)zorgers bij dit zorgnetwerk betrokken zijn, zoals familie, burens, collega's en andere naasten, maar ook vrijwilligers.

...vragen om coördinatie

Om dit soort multidisciplinaire zorgnetwerken goed te laten functioneren is volgens de geraadpleegde experts een vorm van centrale coördinatie nodig. Intensieve samenwerking waarbij zorgprofessionals en informele zorgverleners elkaar kennen en snel weten te vinden kan alleen van de grond komen als er iemand is die het overzicht heeft en houdt over dit complexe netwerk. Multidisciplinaire samenwerking, bijvoorbeeld in speciale ouderenteams, betekent ook het maken van heldere afspraken tussen zorg- en welzijnsprofessionals en informele zorgverleners wie waarvoor en tot op welk niveau verantwoordelijk is (7). Bovendien kan de coördinator ook een rol vervullen bij het helpen van ouderen en mantelzorgers bij het vinden van de juiste voorzieningen en instanties. Wie deze coördinerende rol het beste kan invullen hangt sterk af van de specifieke situatie. Het kan volgens de geraadpleegde experts soms de huisarts zijn, maar ook de oudere zelf, een mantelzorger of een speciale case-manager. De geraadpleegde experts benadrukken het belang van een onafhankelijke coördinator die zorgt voor rust en goede zorg en die niet gelieerd is aan één bepaalde zorginstelling of aan een gemeente.

Techniek kan hierbij helpen

Technologie kan de samenwerking tussen verschillende (in)formele zorgverleners ondersteunen. Nieuwe communicatiemiddelen maken het bijvoorbeeld makkelijker voor zorgverleners om op afstand met elkaar te overleggen en snel informatie te delen. Daarnaast kunnen valsensoren, gps-trackers, persoonsalarmering of nachtpadverlichting helpen bij het ondersteunen van zelfstandig wonende ouderen (8-11). Vooral sensortechnologie biedt veel mogelijkheden. Bijvoorbeeld het vroegtijdig signaleren van veranderingen in leefpatronen die kunnen wijzen op beginnende dementie of urineweginfecties. Daarnaast kan sensortechnologie ook in de nachtzorg van toegevoegde waarde zijn. Het maakt het veel eenvoudiger om centrale bewaking te organiseren voor een netwerk van afzonderlijke locaties (zie kader). Op dit moment wordt geëxperimenteerd met sociale robots voor zelfstandig wonende ouderen. Deze robots kunnen bijvoorbeeld helpen bij het bestrijden van eenzaamheid of het activeren van mensen. Maar ze kunnen ook een seintje geven als geneesmiddelen moeten worden ingenomen (12). Het goed inpassen van technologie in de zorg voor ouderen thuis gaat niet vanzelf. Het is vaak duur. Maar belangrijker nog, nieuwe technologie sluit vaak niet goed aan bij wat ouderen óf hun mantelzorgers kunnen én wat ze echt willen (9). Zo is er bijvoorbeeld nog nauwelijks technologie voor ondersteuning van mensen met dementie in hun dagelijkse leven, zoals klokken, telefoons of afstandsbedieningen (9, 13).

Nachtzorg en domotica: zorgcirkels in Brabant

In Zuidoost-Brabant werken zeventien zorgorganisaties binnen zogenaamde 'zorgcirkels' samen in de nachtzorg. Een zorgcirkel kan bestaan uit een netwerk van bijvoorbeeld verpleeg- en verzorgingshuizen, kleinschalige woonvormen, begeleid wonen en de thuiszorg. Per cirkel staan er 's nachts één of meerdere medewerkers paraat om hulp te bieden als dat nodig is. Domotica voor toezicht en alarmering speelt een centrale rol. Als er iets mis is, komt er een signaal binnen bij een centrale. Deze centrale roept vervolgens passende hulp in. Dat kunnen burens of mantelzorgers zijn, maar ook spoedzorg of een medewerker. Dit zorgt ervoor dat er met minder mensen toch kan worden gezorgd voor een optimale nachtzorg voor meerdere locaties, waaronder zelfstandig wonende ouderen (2).

Er zijn wel enkele kritische succesfactoren die een rol spelen bij de opschaling van het zorgcirkel-concept. Vertrouwen tussen organisaties is van groot belang, waardoor het verstandig is om eerst klein te beginnen en het daarna langzaam op te bouwen. Bovendien moeten organisaties samen personeel organiseren, en dat kost tijd. Ook kan techniek zorgen voor oponthoud. De verschillende systemen 'praten' niet altijd goed met elkaar en veel apparatuur heeft een beperkt bereik (2).

Integrale ouderenzorg: welke actierichtingen zijn er en wie speelt daarbij een rol?

Wat zijn handelingsopties/actierichtingen?	Wie kan daarbij een rol spelen
Actief ondersteunen van ouderen en kwetsbare groepen in het nemen van regie	• Cliënten- en patiëntenverenigingen • Zorg- en welzijnsprofessionals • Ouderenbonden • Kennisinstituten
Meer aandacht voor ondersteuning van ouderen in hun dagelijkse leven in zorgopleidingen (in tegenstelling tot het <i>overnemen</i> van zorg)	• Beroepsverenigingen • Zorgopleiders (mbo, hbo, wo)
Versterken rol case-manager/zorgcoördinator in zorgnetwerken	• Gemeenten • Zorgverzekeraars • Nationale overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
Fiscaal stimuleren van (aanschaf van) domotica	• Nationale overheid (Ministerie van Financiën, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
Stimuleren van behoeftegedreven technologie-ontwikkeling, bijvoorbeeld door het betrekken van ouderen, mantelzorgers en zorgprofessionals	• Cliënt- en patiëntenverenigingen, ouderenbonden • Organisaties van mantelzorgers • Beroepsgroepen • Bedrijfsleven en tech-ontwikkelaars • Nationale overheid (ministerie van Economische Zaken, ministerie van VWS)
Het omgaan met technologie een plaats geven in de opleiding van verplegend en verzorgend personeel	• Beroepsgroepen • Bedrijfsleven en tech-ontwikkelaars • Zorgopleiders (mbo, hbo)
Meer aandacht voor multidisciplinaire samenwerking in bijvoorbeeld ouderenteams in de opleiding van zorgverleners en welzijnsprofessionals	• Beroepsgroepen, • Zorgopleiders (mbo, hbo, wo) • Kennisinstituten
Geven van voorlichting en goede voorbeelden over de mogelijkheden om binnen bestaande wet- en regelgeving en financieringsvormen integraal te kunnen werken	• Nationale overheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) • Gemeenten • Zorgkantoren • Zorgverzekeraars

Ouderen organiseren zorg ook steeds vaker zelf...

Ouderen nemen steeds vaker zelf het initiatief bij het organiseren van zorg in hun wijk, dorp of stad. Bijvoorbeeld door het oprichten van een zorgcoöperatie. Volgens de geraadpleegde experts zal deze vorm van burgerinitiatief in de toekomst belangrijker worden. Op dit moment zijn er rond de 400 burgerinitiatieven *vooren door* ouderen op het gebied van zorg en welzijn. Elk jaar komen er ongeveer 100 bij (14, 15). Onderzoek van Vilans en Movisie laat zien dat het merendeel van deze initiatieven zich op dit moment vooral richten op het creëren van een goede en sociaal leefbare omgeving voor (kwetsbare) ouderen. Daarbij spelen activiteiten op het gebied van welzijn, ontmoeting en sociale samenhang een belangrijke rol. Maar het gaat vaak ook om het ondersteunen van zelfstandig wonen en hulp bij het krijgen van zorg en de coördinatie daarvan. Daarnaast wordt

ook ingezet op het geven van informatie en deskundigheidsvorming onder ouderen. Slechts een kleine minderheid van de burgerinitiatieven biedt op dit moment ook zelf zorg aan (16). De geraadpleegde experts verwachten dat zorgcoöperaties op dit vlak in de toekomst een grotere rol zullen gaan spelen, bijvoorbeeld door het aanbieden van kleinschalige woonvormen. Tegelijkertijd wordt er door geraadpleegde experts op gewezen dat dit soort burgerinitiatieven ook een risico van sociale uitsluiting en ongelijkheid in zich dragen. Wat de ene groep met elkaar verbindt, sluit een andere groep vaak buiten. Hierdoor zouden mensen die hulp of ondersteuning nodig hebben, toch buiten de boot kunnen vallen (17, 18).

...en dat vraagt om flexibiliteit

Burgerinitiatieven werken vaak buiten de bestaande kaders van zorg en welzijn en dat vraagt vaak flexibiliteit van andere partijen. De belangrijkste randvoorwaarden om het potentieel van burgerinitiatieven goed te kunnen benutten zijn erkenning en vertrouwen (16, 17). Eén van de belangrijkste knelpunten waar veel initiatieven op dit moment tegenaan lopen, is de moeizame samenwerking met gemeenten, zorg- en welzijnsaanbieders en zorgverzekeraars. Het gaat daarbij vaak om een gebrek aan erkenning als volwaardige samenwerkingspartner in de zorg en om een gebrek aan vertrouwen (16). Burgerinitiatieven moeten zich vaak als nieuwe partij 'invechten' in een al langer bestaand netwerk van gemeenten, welzijnswerkers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarnaast lopen veel burgerinitiatieven tegen soms ingewikkelde wet- en regelgeving aan, bijvoorbeeld als het gaat om het krijgen van huursubsidie, de inzet vrijwilligers met een werkloosheidsuitkering, de financiering van vastgoed of de kwaliteitseisen van zorg. Als burgerinitiatieven ook zelf zorg willen aanbieden, krijgen ze vaak te maken met een complex geheel aan financieringsvormen (Wmo, Wlz, Zvw) en financiers (gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars) die elk weer hun eigen eisen en regels stellen (16).

Zorgcoöperatie Hoogeloon: pionier van het eerste uur

In het Brabantse dorp Hoogelaan namen de inwoners in 2005 het heft in eigen handen en richtten de eerste zorgcoöperatie van Nederland op: door en voor ouderen. Ze accepteerden het niet dat ouderen noodgedwongen hun dorp moesten verlaten, omdat er te weinig seniorenwoningen waren en zorgorganisaties het dorp te klein vonden om in te investeren (1).

De Zorgcoöperatie Hoogeloon besloot zelf aanvullende voorzieningen voor ouderen, chronisch zieken en mensen met een beperking te organiseren. Met succes. Er is een eetgroep, een spreekuur met de wijkverpleegkundige en voor ouderen met lichamelijke beperkingen en dementie is dagbesteding georganiseerd. De zorgcoöperatie biedt zelf thuiszorg aan, leent hulpmiddelen uit, variërend van een scootmobiel, rollators, krukken of hometrainers. Bovendien geeft de coöperatie ook ondersteuning bij WMO-aanvragen, helpt bij tuinonderhoud en organiseert extra ondersteuning door vrijwilligers. Ook zijn er nieuwe seniorenwoningen gebouwd en de zorgcoöperatie runt ook een kleinschalig verpleeghuis voor ouderen met dementie (1).

Zorg vóór en dóór ouderen: welke actierichtingen zijn er en wie speelt daarbij een rol?

Wat zijn handelingsopties/actierichtingen?	Wie kan daarbij een rol spelen
Aanstellen van speciale contactpersonen voor burgerinitiatieven die helpen bij het vinden van de weg en assisteert bij procedures	• Gemeenten
Zorgen voor een flexibeler zorgaanbod buiten de bestaande zorgpatronen en protocollen dat	• Zorgprofessionals • Zorginstellingen en -ondernemers

beter overeenkomt met behoefte van burgerinitiatieven	• Gemeenten
Flexibeler omgaan met inkoopregels en andere manieren van monitoring en controle op uitkomsten	• Zorgverzekeraars
Zorgen voor duidelijke en handhaafbare in- en exclusiecriteria voor deelname aan vrijwillige verenigingen en burgerinitiatieven (wanneer is het gerechtvaardigde uitsluiting, wanneer ongeoorloofde discriminatie)	• Nationale overheid (ministerie van Justitie en Veiligheid, Raad van State, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)

Referenties

1. Pijnenborg A, Pijnenborg F. Burgers doen het zelf! De Zorgcoöperatie Hoogeloon. Amsterdam: Uitgeverij SWP; 2018. <https://www.swpbook.com/boek/2049/burgers-doen-het-zelf>
2. URBACT-II. Steering effective co-operation for health innovation in cities. New urban economies. How can cities foster economic development and develop 'new urban economies'. 2015(April 2015):33-5. http://urbact.eu/sites/default/files/01_newurb-web.pdf
3. VWS. Kamerbrief over het pact voor de ouderenzorg van 7 december 2017 (1269690-171156-DMO). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2017. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/12/07/kamerbrief-over-pact-voor-de-ouderenzorg>
4. Hertogh CPMP. Advance care planning: vooruitzien in zorg. Medisch Contact. 2017(September 2017):15-9. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/advance-care-planning-vooruitzien-in-zorg.htm>
5. de Bruin S, Lette M, Baan C, van den Berg M. Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen; op weg naar betere aansluiting bij wat ouderen zelf willen en kunnen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2014. https://www.rivm.nl/bibliotheek/digitaaldepot/factsheet_vroegopsporing_ouderen.pdf
6. Parlevliet JL, Uysal-Bozkir Ö, Goudsmit M, van Campen JP, Kok RM, Ter Riet G, et al. Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study. International journal of geriatric psychiatry. 2016;31(9):1040-9. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.4417>
7. Buist Y, de Bruin S, Rijken M, Lemmens L, van Vooren N, Baan C. Factsheet: vroegsignalering bij (kwetsbare) ouderen: wat is nodig om samenwerking te verbeteren? Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018. [https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Uitgaven/Preventie Ziekte Zorg/VPZ/Vroegsignalering bij kwetsbare ouderen wat is nodig om samenwerking te verbeteren](https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Uitgaven/Preventie_Ziekte_Zorg/VPZ/Vroegsignalering_bij_kwetsbare_ouderen_wat_is_nodig_om_samenwerking_te_verbeteren)
8. Vilans. Technologie bij dementie thuis: Ondersteunende technologieën per fase voor thuiswonende mensen met dementie. Utrecht Vilans; 2016. <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/infographic-technologie-dementie-thuis.pdf>
9. de Bruin S, Molema C, Busch M, Hegger I, C. B. Factsheet: Langdurige zorg in beweging: wat zijn uitdagingen en oplossingsrichtingen? Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2018. [https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Uitgaven/Preventie Ziekte Zorg/VPZ/Langdurige zorg in beweging wat zijn uitdagingen en oplossingsrichtingen](https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Uitgaven/Preventie_Ziekte_Zorg/VPZ/Langdurige_zorg_in_beweging_wat_zijn_uitdagingen_en_oplossingsrichtingen)
10. Kosse NM. Sensor technologies and fall prevention. Sensor technologies to assess fall risk in long-term care residents with dementia and gait in healthy older adults. Groningen:

- Rijksuniversiteit Groningen; 2016.
https://www.rug.nl/research/portal/files/32695686/Chapter_7_.pdf
11. Lukkien D, Suijkerbuijk S, van der Leeuw J. Op zoek naar een bruikbaar GPS-systeem voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking. Overzicht huidige GPS-lokalisatiesystemen en resultaten bruikbaarheidsonderzoek. Utrecht: Vilans; 2015.
http://www.domoticawonenzorg.nl/Site_Domotica/docs/onderzoeksrapport-gps-lokalisatietechnologie.pdf
 12. Robotzorg. Sociale robots: Robotzorg.nl; 2018 [Available from:
<https://www.robotzorg.nl/product-categorie/sociale-robots/>
 13. Gibson G, Newton L, Pritchard G, Finch T, Brittain K, Robinson L. The provision of assistive technology products and services for people with dementia in the United Kingdom. *Dementia*. 2014;15(4):681-701. DOI: <https://doi.org/10.1177/1471301214532643>
 14. Landering Landelijk Netwerk Burgerinitiatieven in Zorg en Welzijn [press release]. Utrecht: Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg 2017.
<https://www.kcwz.nl/thema/burgerinitiatieven/landering-landelijk-netwerk-burgerinitiatieven-in-zorg-en-welzijn>
 15. NLZVE. Landelijk Netwerk Burgerinitiatieven Nederland Zorgt Voor Elkaar; 2018 [Available from: <https://nlzorgtvoorelkaar.nl/default.aspx>
 16. Movisie, Vilans. Wat knelt? Inventarisatie knelpunten bij burgerinitiatieven in zorg en ondersteuning. Utrecht: Movisie en Vilans; 2016.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/06/01/wat-knelt>
 17. RMO. Terugtrekken is vooruitzien. Maatschappelijke veerkracht in het publieke domein. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling; 2013.
https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Terugtrekken_is_vooruitzien.pdf
 18. van Campen C, Kooiker S, de Boer A. Zorgen. Hoe gaan we als samenleving zorgen voor de groeiende groep ouderen? In: van den Broek A, van Campen C, de Haan J, Roeters A, Turkenburg M, Vermeij L, editors. *De toekomst tegemoet. Werken, leren, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2016. p. 108-42.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2016/De_toekomst_tegemoet

Tabblad 3: Een ouderenvriendelijke leefomgeving

Leeswijzer

In dit webartikel worden mogelijke actierichtingen uitgewerkt voor het doel 'zorgen voor een ouderenvriendelijke leefomgeving'. Dit doel hoort bij de maatschappelijke opgave: 'de groep thuiswonende ouderen met dementie en andere complexe problematiek wordt veel groter'. Andere doelen die voor deze opgave zijn uitgewerkt zijn 'betere zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen' [\[link\]](#) en 'goed zorgen voor mantelzorgers' [\[link\]](#). De opgave rond zelfstandig wonende ouderen kan niet los gezien worden van de zorg voor ouderen in een verpleeghuis. Dat onderwerp komt in dit webartikel niet aan de orde maar wordt uitgebreider behandeld in de themaverkenning 'Zorgvraag van de toekomst' [\[link\]](#). Een beschrijving van de opgave vindt u in het webartikel 'Wat is de opgave' [\[link\]](#).

Dit webartikel is gebaseerd op de opbrengsten van een brede stakeholderbijeenkomst met (ervarings)deskundigen op het gebied van preventie, zorg en kwaliteit van ouderen [\[link naar verslag\]](#). Deze opbrengsten zijn verder aangevuld en verrijkt met literatuur en inspirerende en goede voorbeelden. De verschillende doelen voor deze opgaven zijn op basis van de stakeholderbijeenkomst geformuleerd. Per doel wordt (op hoofdlijnen) geschetst wat er op dat gebied al gebeurt, wat eventuele andere of aanvullende opties zijn, en wie daarbij een rol kan spelen. Dit webartikel heeft tot doel om inzicht te geven in wat volgens stakeholders de belangrijkste actierichtingen zijn om met deze opgave om te gaan. Het geeft geen uitputtend overzicht van alle mogelijke actierichtingen.

Belangrijkste actierichtingen:

- Houd rekening met wat er nodig is om gezond, veilig en prettig oud te worden bij het inrichten van de leefomgeving (steden, publieke ruimte, woningen). Dit vraagt samenwerking tussen overheid, ouderen, zorgpartijen en vastgoedontwikkelaars, zowel op lokaal als landelijk niveau.
- Zorg voor een gebalanceerd beeld over ouderen en ouder worden: meer aandacht voor datgene wat ouderen nog wél kunnen, is een belangrijk bij het ouderenvriendelijk maken van de samenleving. Hier liggen taken voor cliënten- en patiëntenverenigingen, ouderenorganisaties, gezondheidsfondsen en zorg- en welzijnsprofessionals.

Zorgen voor een goede leefomgeving voor ouderen

In het [Trendscenario](#) van de VTV-2018 neemt het aantal ouderen in Nederland tussen nu en 2040 fors toe. Dit heeft gevolgen voor de volksgezondheid. Ouderen hebben vaker dan jongeren meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd (multimorbiditeit). Bovendien hebben ouderen ook vaker last van specifieke ouderdomsaandoeningen, zoals artrose of dementie, én combinaties van ongemakken (geriatrie syndromen), zoals vallen, geheugenproblemen, gezichts- en gehoorstoornissen, beperkingen in het dagelijks functioneren, incontinentie, eenzaamheid en polyfarmacie (het gebruik van meerdere geneesmiddelen tegelijkertijd) (2-4). Ouderen zullen tussen nu en 2040 vaak langer thuis wonen en vaker alleen. Een deel van de zorgvraag van ouderen kan worden opgevangen door aanpassingen in de leefomgeving en dit kan soms ook helpen een zorgvraag te voorkomen (preventie). Het creëren van een goede fysieke en sociale leefomgeving voor ouderen is daarom een belangrijk maatschappelijk doel. Hier liggen niet alleen taken voor de nationale overheid, maar ook

voor gemeentes, ouderenorganisaties, vastgoedontwikkelaars, zorginstellingen, zorgprofessionals en kennisinstituten.

Gezond ouder worden: stedenbouw en publieke ruimte...

Andere manieren van het inrichten van steden en de publieke ruimte kunnen bijdragen aan het creëren van een goede fysieke en sociale leefomgeving. Het kan hierbij gaan om een heel breed scala aan maatregelen, zoals het zorgen voor een schone en veilige buurt óf het behouden van bepaalde voorzieningen, zoals winkels, horeca, bushaltes, een postpunt of een geldautomaat. Ook technologische innovaties, zoals zelfrijdende vervoersmiddelen, kunnen helpen bij het behoud of het vergroten van de mobiliteit en het sociale netwerk van ouderen. Maar het kan ook gaan om kleinschalige maatregelen, zoals het plaatsen van bankjes langs populaire wandelroutes, zorgen voor schaduwrijke omgevingen tegen hittestress of het verlagen van stoepranden. Het gezamenlijk briefadvies *Who Cares* van de Rijksbouwmeester, de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving en Stichting Humanitas geeft hiervoor handreikingen (6). Voor mensen met dementie is het bijvoorbeeld belangrijk dat het huis en de omgeving 'leesbaar' zijn: een kamer, gebouw of straat moet zichtbare aanwijzingen geven over waar mensen zijn, wat er van ze verwacht wordt of waar ze naartoe moeten gaan. Denk hierbij aan het duidelijk markeren van de ingang van een gebouw of het onderscheidend maken van rijtjeshuizen (14-16). Daarnaast kan de omgeving ook helpen bij het stimuleren van maatschappelijke participatie van ouderen of mensen met dementie, bijvoorbeeld via dagbesteding in een groene omgeving in de stad, zoals dagbesteding op stadsboerderijen, buurttuinen en tuinen bij zorginstellingen (7), of op het platteland zoals dagbesteding op zorgboerderijen (8).

...én huisvesting

Ook huisvesting speelt een belangrijke rol bij gezond en gelukkig oud worden. Vooral voor ouderen in steden geldt dat woningen niet altijd geschikt zijn om zelfstandig in te blijven wonen (bijvoorbeeld portiekwoningen). Ook ontbreekt het ouderen vaak aan middelen om de woning goed aan te passen (9). Er zijn echter steeds meer nieuwe woonvormen in opkomst. Hierbij gaat het vaak om woonvormen die én aangepast zijn aan de lichamelijke beperkingen en/of gezondheidsproblemen van ouderen én tegemoet komen aan de behoefte aan sociaal contact. Denk hierbij aan wijkgerichte hofjes, woongroepen of woonvormen voor bepaalde groepen migrantenouderen of . Ook het 'oude' concept van de seniorenflat is aan een *revival*/ bezig. Het biedt de mogelijkheid om langer zelfstandig te wonen en faciliteert ook ontmoeting en sociale cohesie door bijvoorbeeld de inpandige koffie/eetgelegenheden, winkels of kapper (6, 10). Nieuwe en kleinschalige woonvormen kunnen ervoor zorgen dat ouderen ook zonder alleen thuis te wonen toch langer zelfstandig kunnen wonen zonder in een sociaal isolement terecht te komen.

Valpreventie: een combinatie van aanpassen van leefomgeving en gedrag

Veel ouderen vallen weleens. De gevolgen hiervan kunnen groot zijn, zoals een gebroken heup of hersensletsel. In 2016 zorgden valincidenten onder 65-plussers voor ongeveer 96.000 behandelingen op de spoedeisende hulp (SEH). In ruim 37.000 gevallen werd na behandeling op de SEH overgegaan tot ziekenhuisopname (1). Valpreventie kan in potentie dus heel wat opleveren.

Veel bestaande interventies zetten vooral in op het gedrag en zijn daarin vaak ook effectief. Zo combineert de interventie [Vallen Verleden Tijd](#) het trainen op dagelijkse situaties (bijvoorbeeld via een hindernisbaan) met spelvormen die de snelheid en richting veranderen, waardoor ook het aanpassingsvermogen van ouderen wordt gestimuleerd. Daarnaast besteedt het programma ook aandacht aan het zo goed mogelijk vallen en meer beweging. Het programma is effectief in het verminderen van valincidenten. Naast het trainen op vallen en gevaarlijke situaties, speelt ook vermindering van bezorgdheid over vallen een rol. Het programma [Zicht op Evenwicht](#) zet daarom juist in op het omgaan met de angst voor vallen onder ouderen en het daaruit voortvloeiende vermijddrag, met goede resultaten.

Maar bij valpreventie gaat het vaak om een zowel het aanpassen van het gedrag als de leefomgeving. Het is ook nodig om de valrisico's in en om het huis goed in kaart te brengen en waar nodig aan te passen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om drempels en trappen in huis en losliggende stoeptegels en hoge stoepranden buiten. De [Health Impact Bond Valpreventie](#) van VeiligheidNL en Vilans waarbij ook private partijen kunnen investeren, geeft aanknopingspunten om op lokaal niveau dit soort geïntegreerde programma's op te zetten (5).

Naast deze voorbeelden staan er in de interventiedatabase van het [RIVM](#) nog tal van andere interventies [\[link\]](#).

In dit achtergronddocument vindt u meer informatie over het erkenningsniveau van deze interventies [\[link\]](#)

Ouderenvriendelijke leefomgeving: welke actierichtingen zijn er en wie speelt daarbij een rol?

Wat zijn handelingsopties/actierichtingen?	Wie kan daarbij een rol spelen
Flexibilisering bestaande regels rond ruimtelijke ordening en huisvesting om te kunnen experimenteren met nieuwe woonvormen of het aanpassen van de bestaande woningvoorraad	• Gemeenten • Provincies • Nationale overheid (ministerie van Binnenlandse Zaken)
Betrekken van ouderen, mantelzorgers en zorgverleners bij het vormgeven van huisvesting of omgevingsaanpassingen	• Client- en patiëntenorganisaties • Ouderenorganisaties • Organisaties van mantelzorgers • Zorginstellingen en –ondernemers • Zorgprofessionals • Gemeenten • Projectontwikkelaars • Architecten • Woningbouwcorporaties
Financiering van innovatieve en nieuwe vormen	• Nationale overheid (ministerie van

van ouderenhuisvesting	Binnenlandse Zaken, ministerie van VWS) • Pensioenfondsen • Woningbouwcorporaties • Gemeenten • Zorgverzekeraars
Zorgen voor een goede kennisbasis voor de relatie tussen gezondheid, huisvesting en leefomgeving.	• Kennisinstituten • Hogescholen • Universiteiten

Op weg naar een inclusieve, ouderenvriendelijke samenleving

Naast de fysieke leefomgeving is ook de sociale en inclusieve leefomgeving een belangrijke factor bij *healthy ageing*. Schone, veilige en rustige buurten verhogen het gevoel van leefbaarheid en de fysieke leefomgeving kan uitnodigen tot ontmoetingen en op die manier zorgen voor meer sociale cohesie. Naast mantelzorgers spelen ook burens vaak een belangrijke rol bij de (vaak heel praktische) ondersteuning van thuiswonende ouderen. De groei van het aantal ouderen zorgt ook voor specifieke uitdagingen. Zo zal een groot deel van de mensen met (beginnende) dementie nog zelfstandig wonen. Dat betekent dat ook dat de samenleving inclusiever en bewuster moet worden van wat dementie is en hoe je daarmee om kan gaan (11). De samenwerkende organisaties van het [Deltaplan Dementie](#) zijn daarom in mei 2016 een actie gestart om Nederland 'dementievriendelijk' te maken (10). Want ook voor kwaliteit van leven van mensen met dementie is het contact houden met de directe omgeving en het zich thuis voelen essentieel (11). Zo worden er steeds meer trainingen gegeven aan bijvoorbeeld medewerkers van supermarkten, openbaarvervoersbedrijven, gemeentes of horecapersoneel over hoe je het beste met mensen met dementie kan omgaan.

Teylingen: een dementievriendelijke gemeente

In 2013 sloegen in Teylingen (Zuid-Holland) de gemeente, huisartsen, woonstichtingen, welzijns- en zorgorganisaties en een lokale voetbalclub de handen ineen in het Zorgpact Teylingen. Eén van de doelen van het zorgpact was om ouderen in Sassenheim, Voorhout en Warmond zo lang mogelijk veilig en zelfstandig te kunnen laten wonen. Hiervoor werd bijvoorbeeld een mobiele zorgserre ontwikkeld die gemakkelijk aan een eengezinswoning kan worden aangesloten.

In 2016 startte het zorgpact met het actieprogramma *Dementievriendelijk Teylingen*, met als inzet om mensen met (beginnende) dementie veilig en prettig te kunnen laten wonen. In het kader hiervan werd een bewustwordingscampagne opgestart om inwoners bekend te maken met de signalen van dementie, te informeren waar men terecht kan met vragen en hoe men het beste om kan gaan met mensen met dementie.

Naast de vrijwilligers en medewerkers van het al langer bestaande Ontmoetingscentrum Dementie, werden ook vrijwilligers van buurtkamers getraind in het ondersteunen van mensen met dementie en hun mantelzorgers. Ook het personeel van het zwembad werd getraind. Het zwembad trekt immers veel ouder wordende zwemmers en sommigen van hen hebben (beginnende) dementie. Daarnaast kreeg ook het project DementTalent een stevige impuls. Hierbij wordt gekeken naar wat de talenten van iemand met dementie zijn. Op basis daarvan wordt gekeken welke vrijwilligersfuncties deze persoon in de maatschappij kan en wil vervullen.

Ouderenvriendelijke samenleving: welke actierichtingen zijn er en wie speelt daarbij een rol?

Wat zijn handelingsopties/actierichtingen?	Wie kan daarbij een rol spelen
Verspreiding van een gebalanceerd beeld van ouder worden: gebreken en beperkingen – ook bij dementie – betekenen niet altijd een eind van een actief en zinvol leven.	• Cliënten- en patiëntenverenigingen • Ouderenorganisaties • Gezondheidsfondsen • Zorg- en welzijnsprofessionals
Bestaande initiatieven zoals de Dementievriendelijke Samenleving verbreden tot de inclusieve <i>Ouderenvriendelijke Samenleving</i> .	• Nationale overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) • Gezondheidsfondsen • Supermarkten en detailhandel • Werkgevers • Openbaarvervoerbedrijven • Partijen van het Pact voor de ouderenzorg
Aandacht voor een gebalanceerd beeld van ouderen en ouder worden in zorgopleidingen	• Zorgopleiders (mbo, hbo, wo) • Ethici • Ervaringsdeskundigen • Beroepsverenigingen
Combineren van scholen, kinderopvang of studentenhuysvesting en ouderenvoorzieningen	• Gemeenten • Kinderopvangorganisaties • Onderwijsinstellingen en –verbanden • Universiteiten • Woningbouwcorporaties

Referenties

1. VeiligheidNL. Valongevallen 65 jaar en ouder. Ongevalscijfers 2016. Amsterdam: VeiligheidNL; 2017. <https://www.veiligheid.nl/valpreventie/kennis-en-cijfers/cijfers>
2. Olde Rikkert MGM, Rigaud AS, van Hoeyweghen RJ, de Graaf J. Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics? The Netherlands journal of medicine. 2003;61(3):83-7. <http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=73>
3. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. Journal of the American Geriatrics Society. 2007;55(5):780-91. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x>
4. Tabue-Teguo M, Grasset L, Avila-Funes JA, Genuer R, Proust-Lima C, Péres K, et al. Prevalence and Co-Occurrence of Geriatric Syndromes in People Aged 75 Years and Older in France: Results From the Bordeaux Three-city Study. The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/glx068>
5. Vilans, VeiligheidNL. Haalbaarheid van een Health Impact Bond Valpreventie Oude ren. Utrecht en Amsterdam: Vilans en VeiligheidNL; 2017. <https://www.vilans.nl/producten/haalbaarheid-van-health-impact-bond-valpreventie-ouderen>
6. Rijksbouwmeester, RVS, Humanitas. Briefadvies n.a.v. de ontwerpprijsvraag WHO CARES. Den Haag: Rijksbouwmeester, Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving, Stichting Humanitas; 2018. https://www.prijsvraagwhocares.nl/blog/briefadvies_who_cares_gepubliceerd/

7. ZonMw. Groene initiatieven in de stad voor thuiswonende ouderen met dementie en hun mantelzorgers. 2016. <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/internationaal/programmas/project-detail/memorabel/groene-initiatieven-in-de-stad-voor-thuiswonende-ouderen-met-dementie-en-hun-mantelzorgers/>
8. de Bruin S, Hop P, Molema C, Stoop A, Baan C. Dagbesteding op zorgboerderijen: de onderscheidende waarden voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2015. https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2015/Zorgboerderij_waardevolle_dagbesteding_voor_mensen_met_dementie
9. de Bruin S, Lette M, Baan C, van den Berg M. Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen; op weg naar betere aansluiting bij wat ouderen zelf willen en kunnen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2014. https://www.rivm.nl/bibliotheek/digitaaldepot/factsheet_vroegopsporing_ouderen.pdf
10. PBL. Vergrijzing en ruimte. Gevolgen voor de woningmarkt, vrijetijdsbesteding, mobiliteit en regionale economie. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving; 2013. <http://www.pbl.nl/publicaties/vergrijzing-en-ruimte>
11. Alzheimer-Europe. Dementia in Europe Yearbook 2015. Is Europe becoming more dementia friendly? Luxemburg: Alzheimer Europe; 2016. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2015-Is-Europe-becoming-more-dementia-friendly>

Tabblad 4: Zorgen voor mantelzorgers

Leeswijzer

In dit webartikel worden mogelijke actierichtingen uitgewerkt voor het doel ‘goed zorgen voor mantelzorgers’. Dit doel hoort bij de maatschappelijke opgave: ‘de groep zelfstandig wonende ouderen met dementie en andere complexe problematiek wordt veel groter’. Andere doelen die voor deze opgave zijn uitgewerkt zijn ‘betere zorg en ondersteuning voor ouderen’ [\[link\]](#) en ‘ouderenvriendelijke leefomgeving’ [\[link\]](#). De opgave rond zelfstandig wonende ouderen kan niet los gezien worden van de zorg voor ouderen in een verpleeghuis. Dat onderwerp komt in dit webartikel niet aan de orde, maar wordt uitgebreider behandeld in de themaverkenning ‘Zorgvraag van de toekomst’ [\[link\]](#). Een beschrijving van de opgave vindt u in het webartikel ‘Wat is de opgave’ [\[link\]](#).

Dit webartikel is gebaseerd op de opbrengsten van een brede stakeholderbijeenkomst met (ervarings)deskundigen op het gebied van preventie, zorg en kwaliteit van ouderen [\[link naar verslag\]](#). Deze opbrengsten zijn verder aangevuld en verrijkt met literatuur en inspirerende en goede voorbeelden. De verschillende doelen voor deze opgaven zijn op basis van de stakeholderbijeenkomst geformuleerd. Per doel wordt (op hoofdlijnen) geschetst wat er op dat gebied al gebeurt, wat eventuele andere of aanvullende opties zijn, en wie daarbij een rol kan spelen. Dit webartikel heeft tot doel om inzicht te geven in wat volgens stakeholders de belangrijkste actierichtingen zijn om met deze opgave om te gaan. Het geeft geen uitputtend overzicht van alle mogelijke handelingsopties en/of actierichtingen.

Belangrijkste actierichtingen:

- Zorg voor meer ondersteuning van mantelzorgers. Het gaat hierbij om informatie en handvatten voor hoe om te gaan met moeilijke situaties, maar ook om sociale, materiële en financiële steun en het aanbieden van respijtzorg. Hier liggen taken voor gemeenten, case-managers, organisaties van mantelzorgers, zorg- en welzijnsprofessionals en zorginstellingen.
- Wees alert op ‘vraagverlegenheid’ bij mantelzorgers. Veel mantelzorgers hebben behoefte aan ondersteuning, maar vinden het lastig om hierom te vragen. Dit vergt extra aandacht van zorgprofessionals, case-managers, gemeenten, werkgevers en onderwijsinstellingen.
- Oog hebben voor de zorgvraag van de mantelzorger. Het geven van mantelzorg is zwaar, zowel mentaal, emotioneel als lichamelijk. Extra aandacht voor mentale en lichamelijke gezondheidsklachten bij mantelzorgers zouden bijvoorbeeld in het zorgplan voor de hulpvrager kunnen worden opgenomen, maar ook in de opleidingen van zorgprofessionals. Hier liggen take voor zorgprofessionals, case-managers en gemeenten.

Goed zorgen voor mantelzorgers

Ongeveer 32 procent van de Nederlandse bevolking van 16 jaar of ouder verleent mantelzorg [\[link staatvenz\]](#). Dat zijn ruim vijf miljoen mensen. Ongeveer 14 procent van de Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder (2 miljoen mensen) geeft intensieve of langdurige mantelzorg: meer dan 8 uur per week en langer dan drie maanden (1). De meeste mantelzorgers zorgen voor mensen met langdurige (51 procent) of tijdelijke (20 procent) lichamelijke beperkingen. Ongeveer 18 procent van de mantelzorgers zorgt voor iemand met dementie (1). In veel gevallen zijn de mantelzorgers de partner en/of de volwassen kinderen van de hulpontvanger. De druk op mantelzorgers is hoog, vooral voor mantelzorgers die zorgen voor mensen met dementie: van hen voelt één op de zes zich

zeer zwaar belast of zelfs overbelast. Ook mantelzorgers van mensen met een terminale ziekte of een psychisch probleem voelen zich vaak overbelast (1). Het verlenen van mantelzorg heeft dan ook gevolgen voor de zorgvraag van de mantelzorger. Zo hebben mantelzorgers van mensen met dementie vaak last van stress en frustratie en hebben ze depressieve klachten of zijn depressief. Ook zijn er aanwijzingen dat mantelzorgers vaak eerder overlijden dan hun leeftijdsgenoten die geen mantelzorg verlenen (2). Dit geldt ook voor jonge mantelzorgers (tot 24 jaar) (3). Het zorgen voor maximale ondersteuning van mantelzorgers is daarom een belangrijk maatschappelijk doel. Hier liggen taken voor de nationale overheid, maar ook voor andere maatschappelijke partijen als gemeenten, werkgevers, zorgprofessionals, patiëntenorganisaties én organisaties van mantelzorgers, wijkteams en zorgopleiders.

Veel mantelzorgers hebben behoefte handvatten...

Het geven van mantelzorg verandert verhoudingen tussen partners of familieleden ingrijpend. Die krijgt vaak trekken van een (semi)professionele zorgrelatie. Daarvoor zijn vaak specifieke vaardigheden en kennis voor nodig. Bijna één op de vijf mantelzorgers vindt zelf dat ze kennis missen die nodig is om goede zorg te kunnen leveren, en bijna één op de tien voelt zich zelfs niet kundig genoeg om mensen goed te kunnen helpen (1). Dit ervaren gebrek aan kennis en vaardigheden lijkt vooral te leven onder mantelzorgers die zorg geven aan mensen met dementie, maar ook bij mensen die zorgen voor iemand met een terminale aandoening of een psychisch probleem. Zij hebben bij dementie vaak grote behoefte aan informatie over hoe je om kunt gaan met stemmings- en gedragsproblemen, angstklachten, rusteloosheid, achterdocht of agressie, maar ook een verstoord dag-nacht-ritme of pijnklachten van de hulpvrager. Mantelzorgers voor mensen met een lichamelijke beperking hebben vaak behoefte aan meer kennis over genees- en hulpmiddelen en de medische verzorging (1).

Kennis: welke actierichtingen zijn er en wie speelt daarbij een rol?

Wat zijn handelingsopties/actierichtingen?	Wie kan daarbij een rol spelen
Ondersteuning bij en scholingsmogelijkheden over het omgaan met emotionele en sociale problemen bij mantelzorg	• Cliënt en patiëntenorganisaties • Organisaties van mantelzorgers • Case-managers • Gezondheidsfondsen • Kennisinstituten • Gemeenten • Zorgprofessionals
Praktische hulp of informatie geven aan mantelzorgers. Bijvoorbeeld bij het vinden van de weg naar en/of gebruik van zorgvoorzieningen, instanties en regelingen	• Cliënt en patiëntenorganisaties • Organisaties van mantelzorgers • Case-managers • Gezondheidsfondsen • Gemeenten • Zorgprofessionals en -instellingen
Aanbieden aan mantelzorgers van laagdrempelige informatie over zorgvoorzieningen, instanties en regelingen en het omgaan met emotionele en sociale problemen bij mantelzorg via internet of apps	• Cliënt en patiëntenorganisaties • Organisaties van mantelzorgers • Gezondheidsfondsen • Kennisinstituten • Gemeenten • Zorgprofessionals • App-ontwikkelaars
Vergroten van aanbod en toegang van lotgenotencontact voor mantelzorgers (peer support)	• Cliënt en patiëntenorganisaties • Organisaties van mantelzorgers • Gezondheidsfondsen

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Gemeenten • Zorginstellingen en -ondernemers |
|--|---|

Ondersteuning voor (en door) mantelzorgers

Veel mantelzorgers hebben behoefte aan een luisterend oor en aan praktische oplossingen voor het omgaan met hun naaste. In een aantal regio's in Nederland zijn er voor deze groep [ontmoetingscentra](#) opgezet waar zowel mensen met dementie als hun mantelzorgers ondersteuning kunnen krijgen, op een laagdrempelige plek in de wijk. Die worden het VUmc ondersteund. Het doel is om te voorkomen dat de mantelzorger overbelast raakt. De ondersteuning wordt geboden door een vast team van professionals en vrijwilligers.

Maar ondersteuning hoeft niet altijd door een professional te worden geleverd. Ook ervaringsdeskundigen kunnen hier een waardevolle bijdrage leveren, juist omdat oud-mantelzorgers de mantelzorg voor mensen met dementie uit eigen ervaring kennen. Het ZonMw-Memorabel project [GOUDmantel](#) van het Radboudumc zet zich in om de kennis en ervaring van oud-mantelzorgers toegankelijk te maken voor de mantelzorgers van nu.

Het GOUDmantel-project probeert onder andere te achterhalen waar mantelzorgers behoefte aan hebben en wanneer in het zorgproces deze ondersteuning het hardste nodig is. Ook wordt er gekeken naar hoe deze vorm van *peer support* het beste vormgegeven kan worden, bijvoorbeeld door samen koffie te drinken of te wandelen.

Naast deze voorbeelden staan er in de interventiedatabase van het [RIVM](#) en [Movisie](#) nog tal van andere interventies [\[link\]](#)

In dit achtergronddocument vindt u meer informatie over het erkenningsniveau van deze interventies [\[link\]](#)

Mantelzorgers hebben behoefte aan ondersteuning...

Ongeveer een vijfde van de mantelzorgers heeft behoefte aan meer ondersteuning. Hierbij gaat het vooral om ondersteuning door professionals of informele hulp van bijvoorbeeld familie of buren (1). Maar er is een grote vraagverlegenheid onder mantelzorgers. Een aanzienlijk deel van hen wil, kan of durft vaak geen hulp te vragen (4, 5). Bovendien worden mantelzorgers niet altijd 'gezien' door zorg- en welzijnsprofessionals (6). Mantelzorgers vinden het vaak moeilijk om hun mantelzorgactiviteiten te combineren met bijvoorbeeld werk, hobby's, sport en het onderhouden van sociale contacten (1, 7). Bij jongere mantelzorgers is er vooral behoefte aan meer mogelijkheden om zorg, werk en opleiding goed met elkaar te combineren. Sommige mantelzorgers moeten minder werken of zelfs helemaal stoppen met werk om mantelzorg te kunnen geven. Bovendien kan mantelzorg ook zorgen voor studie-uitval, verzuim en substantiële extra uitgaven voor mantelzorgers, zoals telefoon- en reiskosten (8, 9). Bij oudere mantelzorgers is er vaak behoefte dagopvang en respijtzorg. Een zinvolle dagbesteding voor mensen met dementie zorgt aan de ene kant voor structuur, het onderhouden van sociale contacten en activering die de ervaren gezondheid en kwaliteit van leven van mensen met dementie verbetert. Maar het zorgt er ook voor dat de mantelzorger kan bijkomen van de intensieve zorg die zij of hij moet geven en ruimte krijgt voor haar of zijn eigen contacten en activiteiten.

...maar vinden niet altijd de weg

Op het gebied van mantelzorgondersteuning gebeurt er al veel. Er zijn tal van vrijwilligersprojecten die gericht zijn op het ondersteunen van ouderen (met dementie) en hun mantelzorgers. Dit varieert van buurttuinen, buddyprojecten, nachtvrijwilligers tot logeerhuizen (10). Bovendien zijn gemeenten

wettelijk verplicht om mantelzorgers te ondersteunen. Veel gemeenten pakken dit ook actief op, bijvoorbeeld door zelf respijtzorg aan te bieden, mantelzorgers materieel of financieel te ondersteunen of te helpen bij het vinden van hulp en ondersteuning (11). Toch bereikt die ondersteuning lang niet iedereen. Ongeveer een derde van de mantelzorgers – vooral mensen met een klein sociaal netwerk – weten de weg naar vrijwillige of gemeentelijke ondersteuning vaak niet goed te vinden (1).

Behoefte aan ondersteuning: welke actierichtingen zijn er en wie speelt hierbij een rol?

Wat zijn handelingsopties/actierichtingen?	Wie kan daarbij een rol spelen
Aandacht voor de 'vraagverlegenheid' van mantelzorgers in zorgopleiding en praktijk	• Beroepsgroepen en zorgprofessionals • Welzijnsprofessionals • Case-managers, • Wijkverpleging • Wijkteams • Vrijwilligers en -organisaties • Gemeenten • Zorgopleiders (mbo, hbo, wo)
Actief aanbieden van mantelzorgondersteuning (materiaal, financieel, respijtzorg)	• Gemeenten • Wijkteams
Mogelijk maken van flexibele werktijden en onderwijsmogelijkheden bij langdurige mantelzorg	• Nationale overheid (ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, ministerie van Onderwijs Cultuur & Wetenschappen) • Werkgevers en vakbonden • Onderwijsinstellingen
Vergroten aanbod voorzieningen voor dagbesteding en respijtzorg	• Zorginstellingen en -ondernemers • Gemeenten • Zorgkantoren

Ook mantelzorgers hebben een zorgvraag

Het geven van mantelzorg heeft vaak ook een grote impact op de (ervaren) gezondheid van de mantelzorger. Veel gezondheidsklachten hangen samen met overbelasting, zoals pijnklachten en vermoeidheid. Het bepalen van wat er wel en niet kan is voor mantelzorgers vaak lastig. Er zijn, anders bij zorgprofessionals, geen wettelijke voorschriften over de duur en intensiteit van de zorg die ze leveren (12). Het geven van mantelzorg heeft vaak ook gevolgen voor de psychische gezondheid van mantelzorgers. Zo rapporteren mantelzorgers van mensen met dementie vaak stress, frustratie, depressieve gevoelens of een depressie (13-15). Daarnaast spelen ook schuldgevoelens en concentratie- of slaapproblemen een rol. Volgens de geraadpleegde experts richt de zorg en ondersteuning zich vaak op de zorgvraag van de hulpvrager. Mantelzorgers worden daarbij vaak over het hoofd gezien, terwijl ook zij vaak behoefte hebben aan psychosociale ondersteuning.

Zorgvraag van mantelzorgers: welke actierichtingen zijn er en wie speelt hierbij een rol?

Wat zijn handelingsopties/actierichtingen?	Wie kan daarbij een rol spelen
Structurele aandacht voor zorgbehoefte van mantelzorgers in het integrale zorgplan voor ouderen	• Huisartsen • Case-managers • Wijkverpleegkundigen • Wijkteams

	• Welzijnswerkers
Structurele aandacht voor zorgbehoefte van mantelzorgers in onderwijs	• Beroepsgroepen • Zorgopleiders (mbo, hbo, wo)
Versterken van psychosociale ondersteuning van mantelzorgers	• Huisartsen • POH-GGZ • Case-managers • Psychologen en psychosociaal therapeuten, wijkverpleegkundigen • Wijkteams • Welzijnswerkers • Gemeenten • Nationale overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)

Referenties

1. de Klerk M, de Boer A, Plaisier I, Schyns P. Voor Elkaar? Stand van de informele hulp in 2016. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2017.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/Voor_elkaar
2. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *Jama*. 1999;282(23):2215-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.282.23.2215>
3. Tseliou F, Rosato M, Maguire A, Wright D, O'Reilly D. Health and Mortality Risks for Caregivers Vary by Age: A Census-Based Record Linkage Study. *American Journal of Epidemiology*. 2018;kwx384-kwx. DOI: <https://doi.org/10.1093/aje/kwx384>
4. de Klerk M, de Boer A, Plaisier I, Schyns P, Kooiker SE. Informele hulp: wie doet er wat?: omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2015.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/Informele_hulp_wie_doet_er_wat
5. Jansen D, Werkman W, Francke AL. Dementiemonitor Mantelzorg 2016 : Mantelzorgers over zorgbelasting en ondersteuning. Utrecht. 2016:62.
https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Dementiemonitor_Mantelzorg_2016.pdf
6. Vernooij-Dassen M, de Boer A, de Vugt ME, Meiland FJM, Dröes R-M. Mantelzorg bij dementie en de kracht van sociale gezondheid. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2017;161(D1878). <https://www.ntvg.nl/artikelen/mantelzorg-bij-dementie-en-de-kracht-van-sociale-gezondheid/volledig>
7. de Bruin S, Hop P, Molema C, Stoop A, Baan C. Dagbesteding op zorgboerderijen: de onderscheidende waarden voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2015.
https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2015/Zorgboerderij_waardevolle_dagbesteding_voor_mensen_met_dementie
8. De Boer A, Plaisier I. Arbeid en mantelzorg. In: M. DK, De Boer A, Plaisier I, Schyns P, Kooiker S, editors. Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014 Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2015.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2015/Informele_hulp_wie_doet_er_wat
9. Borsboom L, De Boer A, De Klerk M. Mantelzorg: extra uitgaven en vergoedingen (factsheet). Bunnik en Den Haag: Mezzo en Sociaal en Cultureel Planbureau.; 2011.
<https://www.scp.nl/dsresource?objectid=6c4b6f66-4cdf-4637-b83a-4e3e57b10818&type=org>

10. Verkaik R, Schoenmakers TM, Francke AL. Kennissynthese: vrijwilligershulp thuis bij mensen met dementie. Utrecht: NIVEL; 2016.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/04/01/kennissynthese-vrijwilligershulp-thuis-bij-mensen-met-dementie>
11. De Meijer M, Redeker I, Nanninga K. Kennisdossier: mantelzorgbeleid door gemeenten. Utrecht: Vilans en Movisie; 2017.
<https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/mooie-voorbeelden-van-mantelzorgbeleid-in-gemeenten.pdf>
12. de Klerk M, de Boer A, Kooiker SE, Plaisier I, Schyns P. Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2014.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2014/Hulp_geboden
13. Baumgarten M, Battista RN, Infante-Rivard C, Hanley JA, Becker R, Gauthier S. The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. *Journal of clinical epidemiology*. 1992;45(1):61-70. DOI:
[https://doi.org/10.1016/0895-4356\(92\)90189-T](https://doi.org/10.1016/0895-4356(92)90189-T)
14. Schulz R, Boerner K, Shear K, Zhang S, Gitlin LN. Predictors of complicated grief among dementia caregivers: a prospective study of bereavement. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2006;14(8):650-8. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000203178.44894.db>
15. Butcher HK, Holkup PA, Buckwalter KC. The experience of caring for a family member with Alzheimer's disease. *Western journal of nursing research*. 2001;23(1):33-55. DOI:
<https://doi.org/10.1177/019394590102300104>

Webartikel 4: Handelingsopties voor de opgave over toenemende mentale druk op jongeren en jongvolwassenen

Tabblad 1: Wat is de opgave?

Leeswijzer

Dit webartikel geeft een korte beschrijving van de opgave 'De mentale druk op jongeren en jongvolwassenen neemt toe, met mogelijke gevolgen voor hun psychische gezondheid'. Deze beschrijving is voor het grootste deel gebaseerd op het Trendscenario en de Themaverkenningen van de VTV-2018. Het Trendscenario en de Themaverkenningen hebben in kaart gebracht hoe onze volksgezondheid en zorg zich ontwikkelen bij gelijkblijvend beleid: als we niets extra's zouden doen, hoe zien onze volksgezondheid en zorg er dan uit in 2040? U vindt de onderbouwing voor de informatie in dit webartikel in het Trendscenario en de Themaverkenningen, tenzij anders aangegeven. Een andere manier om een goed beeld te krijgen van deze opgave is om de problematiek vanuit internationaal perspectief te bekijken. Dit geeft antwoord op vragen als: Hoe is de situatie in Nederland in vergelijking met andere landen, en hoe groot is het verschil met de best scorende landen? Zulke internationale vergelijkingen staan ook in dit webartikel.

Voor deze opgave zijn voor drie maatschappelijke doelen mogelijke handelingsopties uitgewerkt. Dit zijn: 'kennisontwikkeling over mentale druk' [\[link\]](#), 'mentaal gezond blijven' [\[link\]](#) en 'acceptatie van psychische klachten' [\[link\]](#).

Dit webartikel bestaat uit de volgende onderdelen:

- De belangrijkste bevindingen uit het Trendscenario en de Themaverkenningen
- De belangrijkste onzekerheden
- De opgave in internationaal perspectief

De belangrijkste bevindingen uit het Trendscenario en de Themaverkenningen

Mentale druk op jongeren en jongvolwassenen lijkt toe te nemen

Veel jongeren en jongvolwassenen ervaren druk om te presteren en dit lijkt toe te nemen. In 2014 gaf ongeveer 78 procent van deze groep aan de prestatiedruk als hoog te ervaren. Studentpsychologen geven aan dat ze steeds meer studenten in hun spreekkamer zien met steeds ernstiger en complexere klachten, waardoor meer jongeren moeten worden doorverwezen naar de huisarts of geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Eén van de mogelijk verklarende factoren is de versobering van de studiefinanciering, waardoor meer jongeren een bijbaantje nodig hebben om de kosten te kunnen dekken. Een ander signaal is dat steeds meer jongeren gebruik lijken te maken van (off-label) middelen die de kans op (studie)succes verhogen, zoals ADHD medicatie. Ook onder middelbare scholieren wordt hoge prestatiedruk en stress ervaren.

Sociale media leiden tot nieuwe psychische klachten

Het gebruik van sociale media draagt ook bij aan de druk op jongeren en jongvolwassenen. Hierbij lijkt het vooral te gaan om het ideaalbeeld van het perfecte leven dat via het selectief delen van hoogtepunten via sociale media wordt gestimuleerd. Gebruik van sociale media en het lang online zijn kan leiden tot Fear of Missing Out, maar het kan ook andere psychische problemen in de hand werken, zoals angst, depressie en slaapproblemen. Door de steeds verdere integratie van deze technologie in het leven, zullen juist dit soort psychische klachten mogelijk meer voorkomen in de toekomst. Bovendien kan het langdurig kijken naar schermen van bijvoorbeeld van smartphones of

tablets ook leiden tot fysieke problemen, zoals bijziendheid en een verstoord bioritme en slaapproblemen door 'blauw licht'. Ook andere technologieën, waar jongeren veelvuldig gebruik van (zullen gaan) maken, zoals gaming en virtual reality, kunnen (mogelijk) negatieve gevolgen hebben voor psychische gezondheid.

Mogelijk effect op ziektelast door psychische aandoeningen

Uit het Trendskenario blijkt dat psychische aandoeningen ook in de toekomst voor veel ziektelast zorgen. Hierin zijn mogelijke effecten van de toenemende mentale druk op jongeren en jongvolwassenen op hun psychische gezondheid, zoals een stijging van het aantal gevallen van burn-out, niet meegenomen. De toenemende mentale druk zou de ziektelast ten gevolge van psychische aandoeningen in de toekomst kunnen verhogen. Of en in welke mate dit gebeurt, is nu echter nog niet duidelijk. Recente cijfers laten wel een stijging zien voor burn-outachtige klachten onder 25-35 jarige werknemers (1). Wat hiervoor precies de verklaring is, is nog niet bekend. Meerdere factoren kunnen hierbij een rol spelen. Naast een stijging van het daadwerkelijke aantal gevallen, kan grotere bekendheid over burn-out achtige klachten onder zowel werknemers als hulpverleners leiden tot betere herkenning en meer registraties van deze diagnose.

De belangrijkste onzekerheden

Wat zijn de belangrijkste onzekerheden rond deze opgave?

De mentale druk op jongeren en jongvolwassenen neemt toe, met mogelijke gevolgen voor hun psychische gezondheid. Er zijn verschillende factoren die ervoor kunnen zorgen dat deze opgave groter of kleiner wordt in de toekomst. Een belangrijke bron van onzekerheid is de huidige beperkte kennis over de relatie tussen druk en psychische gezondheid. Er is nog weinig bekend over welke drukfactoren bijdragen aan (ervaren) druk, en op welke manier. Dit geldt ook voor de relatie tussen (ervaren) druk en psychische klachten en aandoeningen. Er is ook nog weinig inzicht in welke (individuele) factoren maken dat de ene persoon klachten krijgt door blootstelling aan (langdurige, hoge) druk en de andere persoon niet. Dit heeft waarschijnlijk te maken met zaken zoals iemands mate van beïnvloedbaarheid, weerbaarheid en veerkracht. Wat betreft de drukfactoren lijken de economische en de sociaal-culturele ontwikkelingen voor de meeste onzekerheid te zorgen. Denk aan de mogelijk verdere ontwikkeling naar een 24-uurseconomie, waardoor mensen altijd bereikbaar moeten zijn (of dat gevoel hebben), of het doorzetten van een prestatiegericht onderwijsstelsel, waarin weinig tijd en ruimte meer is voor verkeerde keuzes of een tijdje minder goed presteren. Deze ontwikkelingen kunnen, in combinatie met de vergrijzing, ervoor zorgen dat het combineren van werken, leren en zorgtaken extra moeilijk wordt. Zulke ontwikkelingen kunnen drukverhogend werken. Ook de rol van social media, en hoe hier mee om te gaan, leidt tot onzekerheid rondom deze opgave. Dit komt onder andere omdat er nog weinig bekend is over de langetermijneffecten van (overmatig) social media gebruik, zoals angst, depressie en slaapproblemen. Aan de andere kant zou het feit dat de jongere generaties al van jongs af aan opgroeien met een veelheid aan prikkels zoals social media, internet en een competitieve maatschappij ertoe kunnen leiden dat zij daardoor ook al vroeg een groter bewustzijn van de mogelijke effecten ervan ontwikkelen. Mogelijk hebben zij hiervan op latere leeftijd profijt.

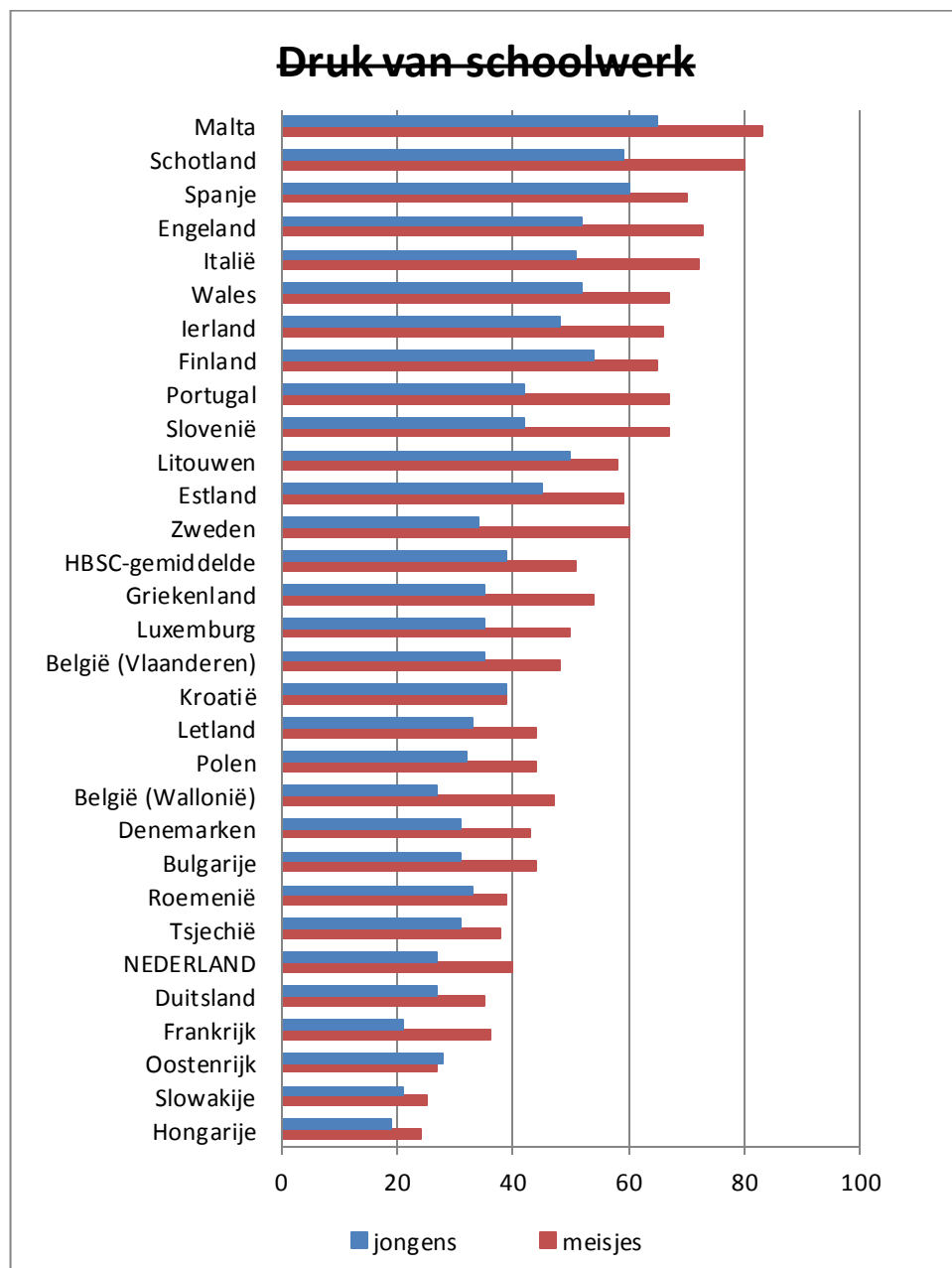
De opgave in internationaal perspectief

Jongeren in andere landen ervaren (nog) meer druk door schoolwerk

Veertig procent van de Nederlandse meisjes en 27 procent van de Nederlandse jongens van 15 jaar ervaren druk door schoolwerk. In andere landen van de Europese Unie (EU) ervaren jongeren echter nog (veel) meer druk (zie figuur 1). Op 11-jarige leeftijd ervaren Nederlandse jongeren nog de minste druk van alle EU-landen in de HBSC-studie (niet in figuur). De druk op Nederlandse scholieren neemt dus toe naarmate ze ouder worden. Daarnaast voelt 10 procent van de jongens en 19 procent van de meisjes zich vaker dan 1 keer per week nerveus, en 7 procent van de jongens en 21 procent van de

meisjes voelt zich vaker dan 1 keer per week somber. Vergeleken met andere EU-landen zijn deze percentages relatief laag. Nederlandse jongeren hebben wel relatief vaak problemen met in slaap komen. Zo heeft van de 15-jarigen 25 procent vaker dan 1 keer per week problemen met in slaap komen. Onder 11- en 13-jarigen ligt het percentage zelfs nog iets hoger (respectievelijk 29 en 27 procent (zie figuur 2)). Nederlandse 15-jarigen vinden hun klasgenoten het vaakst aardig en behulpzaam van alle EU-landen in de HBSC-studie. Daarnaast ervaren 15-jarige meisjes in Nederland relatief veel steun van vrienden. Het percentage dat dagelijks via sociale media contact met vrienden heeft, is gemiddeld in Nederland, evenals het percentage dat veel steun van familie ervaart (zie figuur 3).

Figuur 1. Percentage 15-jarigen in EU-landen dat druk door schoolwerk ervaart, 2013/2014



Bron: HBSC 2013/2014 survey

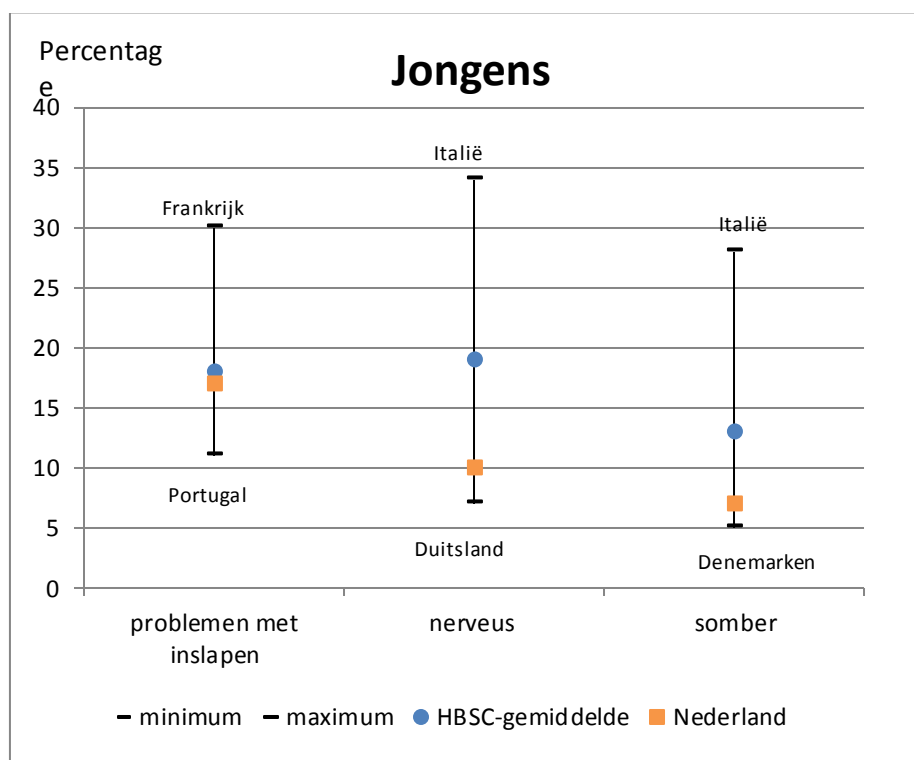
Voetnoot: HBSC-gemiddelde is het gemiddelde van alle landen die deelnamen aan de HBSC 2013/2014 survey (hier zitten ook niet-EU-lidstaten bij).

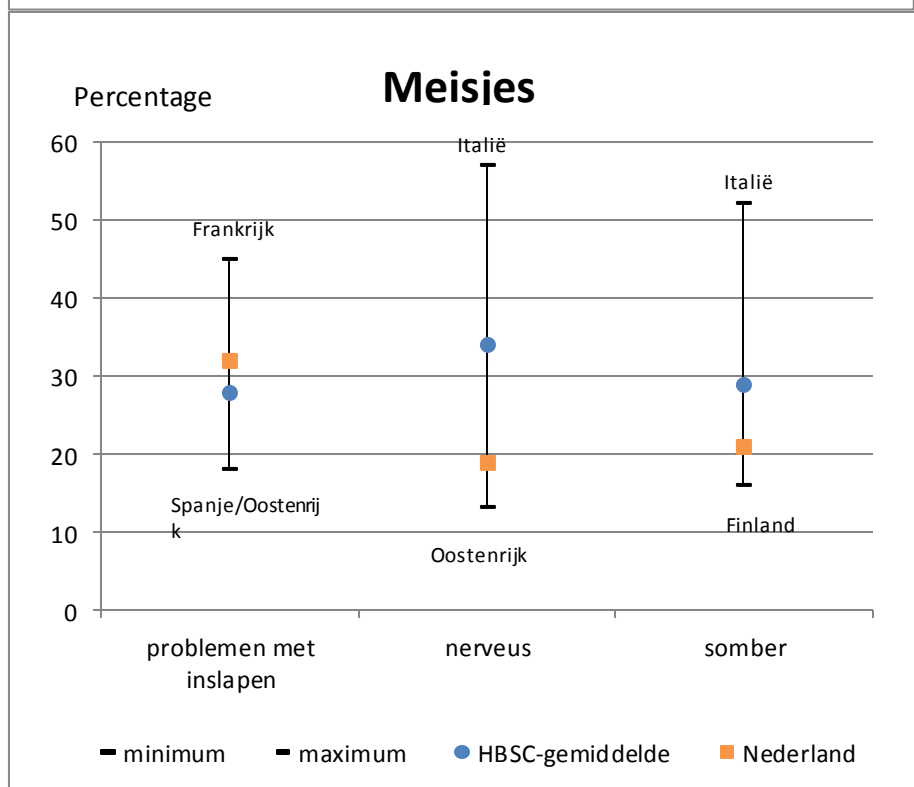
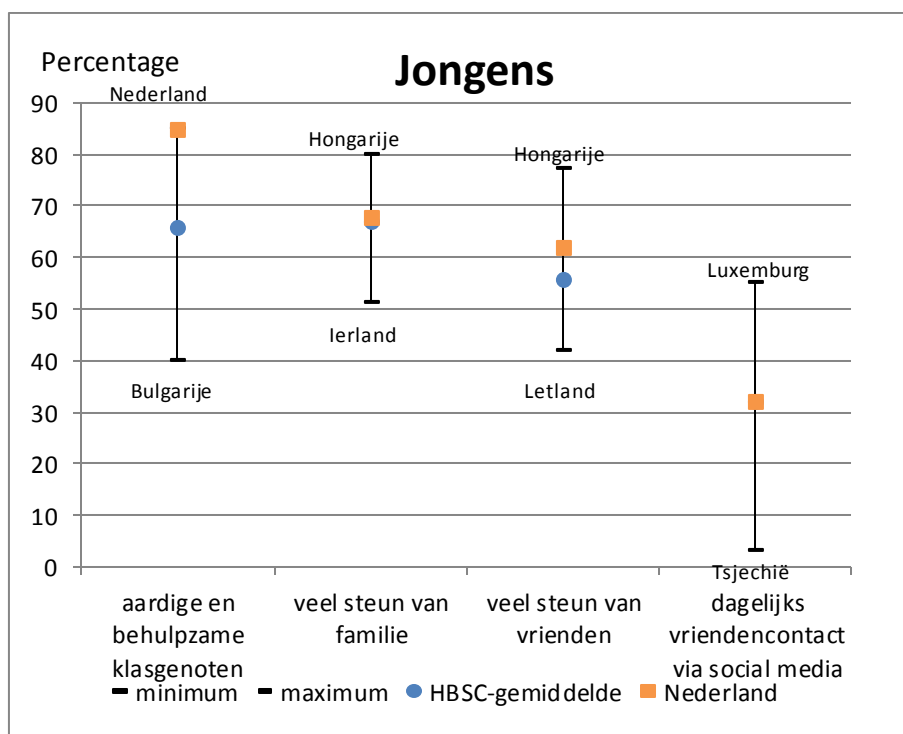
Lees meer

Gebruikte indicator(en): Percentage 15-jarigen dat druk door schoolwerk ervaart

Gebruikte bron(nen): [HBSC 2013/2014 survey](#) (2)

Figuur 2. Variatie in enkele indicatoren voor de mentale gezondheid van jongeren in EU-landen, 2013/2014





Bron: HBSC 2013/2014 survey

Voetnoot: HBSC-gemiddelde is het gemiddelde van alle landen die deelnamen aan de HBSC 2013/2014 survey (hier zitten ook niet-EU-lidstaten bij) .

Lees meer

Gebruikte indicator(en):

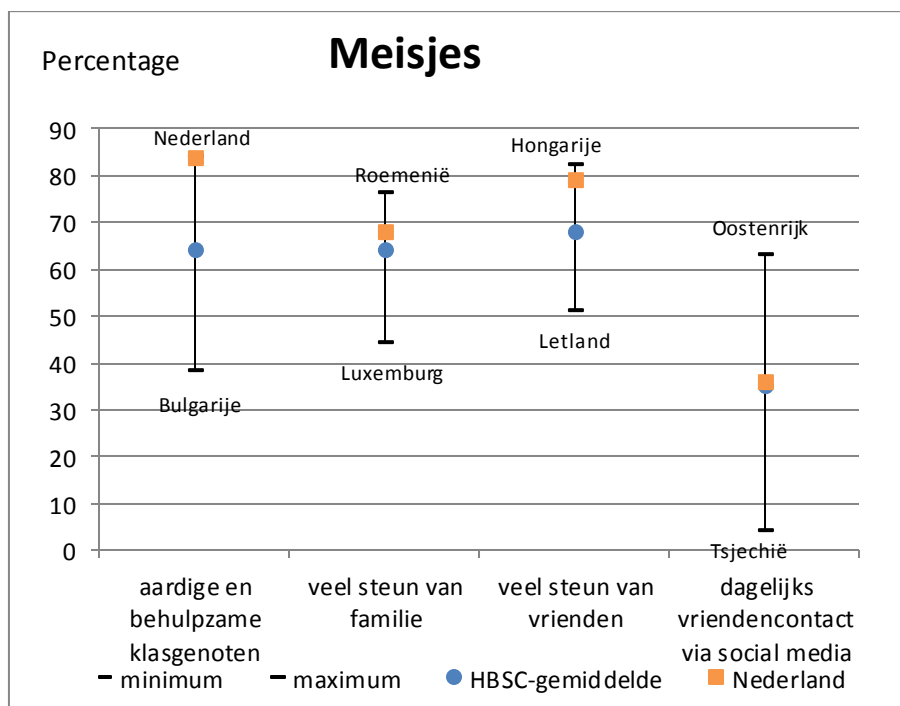
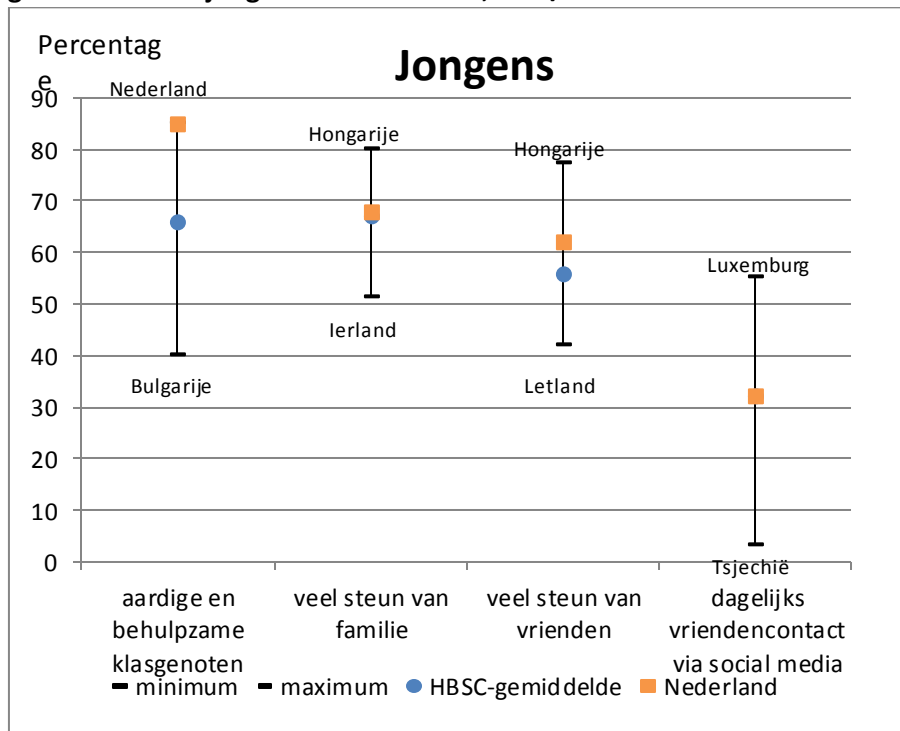
- Percentage 15-jarigen dat zegt vaker dan één keer per week problemen te hebben met in slaap komen

- Percentage 15-jarigen dat zegt zich vaker dan één keer per week nerveus te voelen
- Percentage 15-jarigen dat zegt zich vaker dan één keer per week somber te voelen

Gebruikte bron(nen):

- [HBSC 2013/2014 survey](#) (2)

Figuur 3. Variatie in enkele indicatoren voor de sociale omgeving gerelateerd aan mentale gezondheid van jongeren in EU-landen, 2013/2014



Bron: HBSC 2013/2014 survey

Voetnoot: HBSC-gemiddelde is het gemiddelde van alle landen die deelnamen aan de HBSC 2013/2014 survey (hier zitten ook niet-EU-lidstaten bij).

Lees meer

Gebruikte indicator(en):

- Percentage 15-jarigen dat hun klasgenoten aardig en behulpzame vindt
- Percentage 15-jarigen dat zegt veel steun van familie te ervaren
- Percentage 15-jarigen dat zegt veel steun van peers/vrienden te ervaren
- Percentage 15-jarigen dat dagelijks contact met vrienden heeft op sociale media

Gebruikte bron(nen):

- [HBSC 2013/2014 survey](#) (2)

Referenties

1. CBS. Psychosociale arbeidsbelasting werknemers. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Pagina op op 4 juni 2018 bezocht.
<https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83049NED/table?ts=1528097958648>
2. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson Let al. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) 2013/2014 Survey. Copenhagen: World Health Organization (WHO Regional office). 2016.
<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/growing-up-unequal.-hbsc-2016-study-20132014-survey>

Tabblad 2: Kennisontwikkeling mentale druk

Leeswijzer

In dit webartikel worden mogelijke handelingsopties uitgewerkt voor het doel 'Kennisontwikkeling mentale druk'. Dit doel hoort bij de maatschappelijke opgave: 'De mentale druk op jongeren en jongvolwassenen neemt toe, met mogelijke gevolgen voor hun psychische gezondheid'. Andere doelen die voor deze opgave zijn uitgewerkt zijn 'mentaal gezond blijven' [link] en 'acceptatie psychische klachten' [link]. Een beschrijving van de toekomstige ontwikkelingen rond de opgave wordt beschreven in het webartikel 'wat is de opgave?' [link].

Dit webartikel is gebaseerd op de opbrengsten van een brede stakeholderbijeenkomst [link naar verslag] met (ervarings)deskundigen op het gebied psychische gezondheid, jongeren en jeugdzorg. Deze opbrengsten zijn verder aangevuld en verrijkt met literatuur en inspirerende en goede voorbeelden. De verschillende doelen voor deze opgaven zijn op basis van de stakeholderbijeenkomst geformuleerd. Per doel wordt geschetst wat er op dat gebied al gebeurt, wat eventuele andere of aanvullende opties zijn, en wie daarbij een rol kan spelen.

Dit webartikel heeft tot doel om inzicht te geven in wat volgens stakeholders de belangrijkste actierichtingen zijn om met deze opgave om te gaan. Het geeft geen uitputtend overzicht van alle mogelijke handelingsopties.

Belangrijkste actierichtingen

- Ontwikkelen van eenduidig begrippenkader en heldere terminologie, door onderzoek, beleid en praktijk, om begripsverwarring over mentale druk tegen te gaan
- Meer kennis ontwikkelen over de stressoren en achterliggende werkingsmechanismen die mentale druk en psychische problemen bij jongeren en jongvolwassenen veroorzaken
- Monitoren van mentale gezondheid bij jongeren en jongvolwassenen met vergelijkbare data om zicht op aard en omvang van het probleem te krijgen
- Ontwikkelen van meer praktijkkennis over wat wel en niet werkt onder welke omstandigheden en ervaringsdeskundigen hierbij betrekken

Kennisontwikkeling over mentale druk bij jongeren en jongvolwassenen

In de Themaverkenning over de zorgvraag [link, webartikel Mentale druk] wordt gesignaleerd dat jongeren en jongvolwassenen steeds meer prestatiedruk ervaren. Dit heeft mogelijk gevolgen voor hun psychische gezondheid. Er is nog veel onduidelijkheid over mentale druk en dat maakt het benoemen van concrete handelingsopties voor deze opgave lastig. Om actierichtingen in de toekomst beter te kunnen onderbouwen, is kennisontwikkeling volgens de geraadpleegde experts daarom een belangrijk maatschappelijk doel voor deze opgave. Ten eerste is heldere terminologie en een eenduidig begrippenkader voor mentale druk van belang. Kennisontwikkeling over de stressoren en de achterliggende werkingsmechanismen van mentale druk en (langdurige) monitoring met vergelijkbare data over mentale druk en gezondheid is ook noodzakelijk. Dat blijkt uit zowel uit de aanbevelingen van de geraadpleegde experts als de onderzochte literatuur. Kennisontwikkeling over

mentale druk vraagt om nauwe samenwerking tussen kennisinstituten, rijksoverheid, gemeenten, zorgorganisaties, onderwijsinstellingen, werkgevers, jongeren en jongvolwassenen.

Behoefte aan heldere terminologie rondom mentale druk...

Er zijn diverse termen in omloop die afwisselend worden gebruikt om mentale druk aan te duiden. Dit varieert van leefstijl tot psychische klachten. Veel gebruikte termen zijn: mentaal welbevinden, mentaal fit, mentale gezondheid, mentaal weerbaar, mentale belastbaarheid, en psychosociaal welbevinden (1, 2). Hierdoor kan het onduidelijk zijn waar het precies over gaat in de discussie over mentale druk en de relatie met psychische aandoeningen. Geraadpleegde experts herkennen deze onduidelijkheid. De verschillende interpretaties zijn terug te zien in de diversiteit van onderzoeken, interventies en aanpakken. In dit webartikel wordt mentale druk vooral geïnterpreteerd als stress. Voor toekomstige acties in onderzoek, beleid en praktijk is het essentieel een eenduidig begrippenkader te ontwikkelen.

... en meer kennis over stressoren en achterliggende werkingsmechanismen

Een belangrijk kennishiaat is de beperkte kennis over de achterliggende werkingsmechanismen van mentale druk. Zo is er beperkte kennis over hoe verschillende drukfactoren bepalend zijn voor mentale druk, en in hoeverre en bij wie een toename in druk kan leiden tot ook een mindere mentale gezondheid. Hierbij spelen factoren zoals mate van beïnvloedbaarheid, weerbaarheid en veerkracht een rol, die van persoon tot persoon kunnen verschillen. Over de rol van sociale media gebruik bij het veroorzaken van druk en stress is ook nog veel onbekend. Daarom is meer kennisontwikkeling nodig over deze stressoren en de achterliggende werkingsmechanismen. Hierbij is ook specifieke aandacht voor kwetsbare groepen nodig. Geraadpleegde experts geven bijvoorbeeld aan dat de specifieke context van jongeren of jongvolwassenen mede bepalend kan zijn voor stress, zoals klimaat van het gezin, en schulden door werkeloosheid. Zo vergroot opgroeien in armoede het risico op een mindere mentale gezondheid (3, 4). Mensen met een migratieachtergrond hebben bijvoorbeeld relatief vaker te maken met psychische problemen dan mensen met een Nederlandse achtergrond (5, 6). De kennis over ook deze onderliggende risicofactoren en werkingsmechanismen is echter nog maar beperkt. Mogelijk speelt het feit dat steeds meer mensen met een migratieachtergrond zich niet thuis voelen in Nederland, onder andere door sociale uitsluiting en discriminatie (7), hierbij een rol [[link](#) themaverkenning Zorgvraag, webartikel Mentale druk].

Ook goede monitoring is noodzakelijk...

Naast kennishiaten over terminologie en werkingsmechanismen ontbreekt de kennis om mentale gezondheid goed te monitoren. Hierdoor is er geen goed zicht op de aard en omvang van het probleem. De huidige data zijn verouderd en niet goed vergelijkbaar of niet beschikbaar voor jongeren en jongvolwassenen. Geraadpleegde experts geven aan dat er behoefte bestaat aan een goed overzicht van betrouwbare, landelijke en actuele cijfers. Dat geldt bijvoorbeeld voor psychische klachten en aandoeningen onder jongeren, zoals angst en depressie. Ook over kwetsbare groepen, zoals kinderen uit gezinnen met veel sociale problematiek en jongeren met een migratieachtergrond, is goede monitoring nodig (zie hierboven). Experts geven verder aan dat er meer kennis nodig is over de maatschappelijke kosten en baten van de geestelijke gezondheidszorg.

...en benutten van praktijkkennis

Door het beschikbaar stellen van betrouwbare data over mentale druk is betere onderbouwing mogelijk van uit te voeren beleid en interventies (evidence-informed werken). Uiteraard spelen de behoeften en ervaringen van jongeren en jongvolwassenen in de praktijk ook een rol in het ontwikkelen en uitvoeren van interventies, met ook input van ervaringsdeskundigen. Meer focus op praktijkkennis is daarom nodig (practice-based werken). Dat betekent ook (kwetsbare) jongeren en jongvolwassenen betrekken bij onderzoek, beleidsvorming en uitvoering en evaluatie. Ondanks de genoemde kennishiaten bieden de huidige inzichten al wel handvatten om mentale druk bij jongeren en jongvolwassen te verminderen [zie Mentaal gezond blijven [[link](#)] en Acceptatie psychische klachten [[link](#)].

Kennisontwikkeling: welke actierichtingen zijn er en wie speelt daarbij een rol?

Wat zijn handelingsopties/richtingen voor actie?	Wie kan daarbij een rol spelen?
Ontwikkelen eenduidig begrippenkader en terminologie voor mentale gezondheid	• Universiteiten • Kennisinstituten • Jongeren • Ervaringsdeskundigen • ZonMw / NWO
Ontwikkelen kennis over de achterliggende werkingsmechanismen van mentale druk	• Universiteiten • Kennisinstituten • Zorgprofessionals • Jongeren • Ervaringsdeskundigen • ZonMw / NWO
Werken aan betrouwbare, landelijke en actuele cijfers over mentale gezondheid bij jongeren/jongvolwassenen	• Universiteiten • Kennisinstituten • Jongeren • Ervaringsdeskundigen • Nationale overheid (ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ministerie Onderwijs, Cultuur & Wetenschappen) • ZonMw / NWO
Opzetten landelijk longitudinaal onderzoek over mentale druk bij jongeren	• Universiteiten • Kennisinstituten • Jongeren • Ervaringsdeskundigen • Nationale overheid (ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ministerie van Onderwijs, Cultuur en Welzijn) • ZonMw / NWO
Zorgen voor kennisontwikkeling met een focus op de dagelijkse praktijk (praktijkkennis)	• Universiteiten • Kennisinstituten • Jongeren • Ervaringsdeskundigen • ZonMw / NWO • Academische werkplaatsen
Uitvoeren van meer maatschappelijk kosten-en-baten-analyses over de geestelijke gezondheidszorg	• Universiteiten • Kennisinstituten • Jongeren • Ervaringsdeskundigen • ZonMw / NWO

Referenties

1. Government office for Science. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Final Project report. Executive summary. London: The Government Office for Science. 2008.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/292453/mental-capital-wellbeing-summary.pdf
2. Pas L, Busch M, Proper K. Beleid rondom mentale gezondheid in werksetting. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). 2014.

- https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2014/juni/Beleid_rondom_mentale_gezondheid_in_de_werksetting
3. Hoff S. Armoede onder kinderen - een probleemschets. De Haag: Sociaal Cultureel Planbureau (SCP). 2017.
https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/Armoede_onder_kinderen
 4. Yoshikawa H, Aber J, Beardslee W. The effects of poverty of the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: implications for prevention. *The American psychologist*, 2012. 67(4): p. 272-84. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0028015>
 5. Selten JP, Laan W, Kupka R, Smeets HM, van Os J. *Risk of psychiatric treatment for mood disorders and psychotic disorders among migrants and Dutch nationals in Utrecht, The Netherlands*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2012. 47(2): p. 271-8. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0335-7>
 6. Ince D & van den Berg G. Culturele diversiteit in opgroeien en opvoeden: feiten en cijfers Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (NJI). 2013. https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Culturele_diversiteit_in_opgroeien_en_opvoeden_feiten_en_cijfers_2013.pdf
 7. Huijnk W & Andriessen I. Integratie in zicht? De integratie van migranten in Nederland op acht terreinen nader bekeken. 2016. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2016/Integratie_in_zicht

Tabblad 3: Mentaal gezond blijven

Leeswijzer

In dit webartikel worden mogelijke handelingsoptie uitgewerkt voor het doel 'Mentaal gezond blijven'. Dit doel hoort bij de maatschappelijke opgave: 'De mentale druk op jongeren en jongvolwassenen neemt toe, met mogelijke gevolgen voor hun psychische gezondheid'. Andere doelen die voor deze opgave zijn uitgewerkt zijn 'Acceptatie van psychische klachten' [\[link\]](#) en 'Kennisonwikkeling mentale druk' [\[link\]](#). Een beschrijving van de toekomstige ontwikkelingen rond de opgave worden beschreven in het webartikel 'wat is de opgave?' [\[link\]](#).

Dit webartikel is gebaseerd op de opbrengsten van een brede stakeholderbijeenkomst [\[link naar verslag\]](#) met (ervarings)deskundigen op het gebied psychische gezondheid, jongeren en jeugdzorg. Deze opbrengsten zijn verder aangevuld en verrijkt met literatuur en inspirerende en goede voorbeelden. De verschillende doelen voor deze opgaven zijn op basis van de stakeholderbijeenkomst geformuleerd. Per doel wordt geschetst wat er op dat gebied al gebeurt, wat eventuele andere of aanvullende opties zijn, en wie daarbij een rol kan spelen.

Dit webartikel heeft tot doel om inzicht te geven in wat volgens stakeholders de belangrijkste actierichtingen zijn om met deze opgave om te gaan. Het geeft geen uitputtend overzicht van alle mogelijke handelingsopties.

Belangrijkste actierichtingen

- Aanbod vergroten van interventies gericht op het versterken van vaardigheden van jongeren en jongvolwassenen om met drukfactoren om te gaan en mentaal gezond te blijven
- Doorvoeren van aanpassingen in de leeromgeving, zoals inzet op studentenwelzijn in hoger onderwijs en gezonde middelbare scholen
- Meer inzetten op mentale gezondheidsbevordering bij jonge werknemers in de werksetting, met specifieke aandacht voor persoonlijke ontwikkeling en groei
- Inzetten op vroegsignalering en ondersteuning op plekken waar jongeren en jongvolwassen komen en een passend (integraal) aanbod bieden met interventies vanuit welzijn en zorg

Mentaal gezond blijven door betere omgang met drukfactoren

In de themaverkenning over de zorgvraag [\[link\]](#) wordt gesignaleerd dat de ervaren druk om te presteren onder jongeren en jongvolwassenen lijkt toe te nemen. In 2014 gaf ongeveer 78 procent van deze groep aan de prestatiedruk als hoog te ervaren. Jongeren en jongvolwassenen ervaren niet alleen prestatiedruk door hun studie of werk, maar ook in hun sociale leven. Daarom is een belangrijk maatschappelijk doel jongeren en jongvolwassenen mentaal gezond te houden door zowel het versterken van kennis en vaardigheden in omgaan met drukfactoren als het bevorderen van een gezonde leer- en werkomgeving. Mentale druk kan leiden tot psychische klachten, waardoor ook aandacht nodig is voor vroegsignalering en ondersteuning. Dat blijkt zowel uit de aanbevelingen van

de geraadpleegde experts als de onderzochte literatuur. Hier liggen taken voor diverse organisaties, zoals onderwijsinstellingen, werkgevers en gemeenten, om samen met jongeren (en hun ouders) en jongvolwassenen te werken aan mentaal gezond blijven.

Interventies richten op kennis en vaardigheden over omgaan met druk...

Het gebruik van sociale media draagt bij aan de druk op jongeren en jongvolwassenen. Hierbij lijkt het vooral te gaan om het ideaalbeeld van het perfecte leven dat via het selectief delen van hoogtepunten via sociale media wordt gestimuleerd. Gebruik van sociale media kan leiden tot Fear Of Missing Out (FOMO) [1, 2], maar ook andere psychische problemen in de hand werken, zoals angst, depressie en slaapproblemen [3, 4]. Ook langdurig schermgebruik of veel gamen kan leiden tot psychische of lichamelijke problemen [5]. Daarom is het van belang bij jongeren en volwassenen in te zetten op *kennis en vaardigheden* over hoe om te gaan met deze drukfactoren, en te zorgen dat ze mentaal weerbaar zijn en blijven.

Mentaal weerbare jongeren hebben een goed gevoel voor eigenwaarde en zijn zich bewust van eigen gevoelens en die van anderen. Ook kunnen ze op een juiste manier opkomen voor zichzelf (zoals grenzen bewaken, hulp vragen) en beschikken ze over sociaal en emotionele competenties die bijdragen aan positief gedrag en positieve relaties met vrienden en volwassenen [6]. Dit is te stimuleren door inzet van interventies gericht op vroegtijdige voorlichting, bevorderen van veerkracht en weerbaarheid, aanleren van levensvaardigheden en zinvolle vrijetijdsbesteding. Interventies zijn aan te bieden via de directe omgeving van de jongeren, zoals het gezin, de school en diverse wijkvoorzieningen. Het aanbod van (erkende) interventies voor de doelgroep jongeren en jongvolwassenen is echter nog beperkt. De meeste bestaande interventies zijn gericht op de leeftijdsgroep 4-12 jaar. Uiteraard is het belangrijk om al in een vroeg stadium te werken aan vaardigheden om mentaal weerbaar te zijn en te blijven (ofwel een sterke basis vanaf de basisschool). Maar er is daarnaast ook behoefte aan het vergroten van het aanbod van interventies gericht op jongeren en jongvolwassenen. Hiermee zijn deze groepen adequaat te ondersteunen in het ontwikkelen van de juiste kennis en vaardigheden om met druk om te gaan. Geraadpleegde experts geven aan dat het belangrijk is om hierover samen met jongeren (en ook ouders, opvoeders en scholen) in gesprek te gaan. Het aanbod dient immers goed aan te sluiten bij de belevingswereld van deze groep.

Versterken van vaardigheden om met druk om te gaan: Inspirerende (erkende) interventies

GEZIN

[Toolbox mediaopvoeding](#)

Jongeren van 13 tot 18 jaar gaan steeds meer zelfstandig media gebruiken. Ouders kunnen hierin begeleiden door met kinderen te praten over mediagebruik en afspraken te maken, zoals welke media is geschikt, hoe zich online te gedragen, hoeveel tijd er aan te besteden en wat gevolgen zijn voor de gezondheid. Positieve kanten zijn ook te bespreken, zoals veilige plek om te praten met leeftijdsgenoten of laagdrempelig hulp krijgen door met hulpverleners te chatten. Er zijn tips van NJi beschikbaar voor verschillende doelgroepen.

SCHOOL

[Levensvaardigheden via lesprogramma](#)

Levensvaardigheden is een lesprogramma voor het aanleren van sociale, emotionele en morele kerncompetenties bij leerlingen in het voortgezet onderwijs. Leerlingen leren adequaat herkennen, benoemen en omgaan met gedachten, gevoelens en gedragingen. Levensvaardigheden is bedoeld voor leerlingen van 14 tot en met 17 jaar in alle typen voortgezet onderwijs, een programma gegeven door docenten van school.

[Gelukslessen](#)

Het doel van HappyPles is het bevorderen van welbevinden en geluk ter voorkoming of vermindering van depressieklachten bij jongeren. De doelgroep van het klassikale aanbod zijn leerlingen van 13-25 jaar, op het MBO en VMBO (alle niveaus).

WIJK

[Sport in de Wijk](#)

Sport in de Wijk is een interventie voor (leden van) jeugdgroepen van 14-23 jaar, die niet of nauwelijks sporten/bewegen, geen lid (meer) zijn van een sportvereniging, of die zoeken naar een zinvolle/sportieve vrijetijdsbesteding. Het biedt hen wekelijks structureel een laagdrempelig sport-/beweegaanbod in de wijk aan. Er wordt (indirect) aandacht besteed aan de sociale binding bij de deelnemers in de vorm van saamhorigheidsgevoel, intensief contact, vertrouwen opbouwen, gedeelde normen en waarden en participatie.

Naast deze voorbeelden staan er in de interventiedatabases van het [Nji](#), het [Loket Gezond Leven van het RIVM](#) en het [Kenniscentrum Sport](#) nog veel andere interventies.

In dit [achtergronddocument](#) vindt u meer informatie over het erkenningsniveau van een deel van deze interventies. [\[link\]](#)

...en het aanbod van interventies inbedden in een bredere beleidsstrategie

Naast het toepassen van 'losse' interventies is een bredere beleidsstrategie nodig om jongeren mentaal gezond en weerbaar te houden en een positieve ontwikkeling te stimuleren. Het raamwerk *Positive Youth Development* (PYD), ontwikkeld in de Verenigde Staten, kan inspiratie bieden voor het ontwikkelen van beleidsprogramma's [6, 7]. Het PYD-raamwerk bestaat uit een aantal factoren die een groot positief effect kunnen hebben op de ontwikkeling van de jeugd [7], te weten:

- Fysieke en psychische veiligheid van kinderen
- Ondersteunende relaties met ouders, leerkrachten, coaches en andere volwassenen.
- Kansen voor betrokkenheid (bijvoorbeeld bij gezin of school)
- Positieve sociale normen
- Ontwikkeling van vaardigheden
- Samenwerking en afstemming over interventies en activiteiten in verschillende domeinen

Door interventies gericht op deze factoren zijn effecten te verwachten op onder meer interpersoonlijke vaardigheden, kwaliteit van relaties met volwassenen en leeftijdgenoten, probleemoplossende en cognitieve competenties, persoonlijke effectiviteit en school prestaties. Sommige interventies laten ook effecten zien op een vermindering van probleemgedrag, waaronder drugs- en alcoholgebruik, roken, agressief gedrag en ander probleemgedrag op school [7, 8]. Gemeenten kunnen via hun jeugdbeleid een belangrijke rol spelen bij het vormgeven van een bredere beleidsstrategie gericht op zowel jongeren als hun omgeving. Hierdoor kunnen ze gezond en veilig opgroeien. Mentale gezondheid is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle jeugddomeinen. Samenwerking tussen gemeentelijke sectoren als jeugd, onderwijs en welzijn en professionals (scholen, hulpverleners, jongerenwerkers) is van belang om tot een goede integrale combinatie van interventies te komen en werk te maken van samenhangend jeugdbeleid.

Mentaal gezond blijven: wat kan een gemeente doen?

[Communities that Care](#)

Communities that Care is een voorbeeld van een sturingsinstrument dat op een systematische en met cijfers onderbouwde wijze inzicht biedt in de op wijkniveau aanwezige risico- en beschermende factoren van jongeren [9]. Deze informatie vormt vervolgens de basis om concrete invulling te geven aan het jeugdbeleid,

in samenwerking met alle instellingen die gericht zijn op jeugd. Belangrijk aandachtspunt is dat er systematische monitoring van deelname, uitval en effecten plaatsvindt zodat het aanbod tijdig kan worden bijgesteld. Daarnaast is nodig dat er onder instellingen een bereidheid is om waar nodig veranderingen in werkwijze door te voeren.

Onderzoek in Nederland laat zien dat CtC vooral een strategisch sturingsinstrument is dat een positief effect heeft op de samenwerking tussen stedelijke partijen en op hun werkwijze. Dit blijkt uit de resultaten:

- CtC draagt ertoe bij dat instellingen uit verschillende sectoren die zich met preventie bezighouden beter gaan samenwerken;
- CtC biedt handvatten voor een nauwkeurige probleemanalyse;
- CtC bevordert de samenwerking tussen instellingen en geeft concreet richting aan een preventieve aanpak.

Toolkit 16-27

De Toolkit 16-27 geeft handvatten om jongeren op weg te helpen naar zelfstandigheid.

Om jongvolwassenen in een kwetsbare positie van 16 tot 27 jaar te ondersteunen richting participatie en zelfredzaamheid, is een integrale en preventieve aanpak nodig van de gemeente en partners op de leefgebieden onderwijs, werk, inkomen, zorg, veiligheid en wonen. In dat kader is de Toolkit 16-27 ontwikkeld voor gemeenten en professionals. De Toolkit biedt praktische informatie zoals stappenplannen en praktijkvoorbeelden.

Inzetten op kennis en vaardigheden: welke actierichtingen zijn er en wie speelt daarbij een rol?

Wat zijn handelingsopties/richtingen voor actie?	Wie kan daarbij een rol spelen?
Ontwikkelen van meer aanbod in interventies voor jongeren en jongvolwassenen gericht op kennis en vaardigheden over omgaan met druk	• Universiteiten • Kennisinstituten • Jongeren • Ervaringsdeskundigen
Betrekken jongeren en jongvolwassenen bij het ontwikkelen van interventies gericht op vaardigheden	• Universiteiten • Kennisinstituten • Jongeren • Ervaringsdeskundigen
Bereiken van jongeren met interventies niet alleen via gezin en school maar ook meer via wijk	• Gemeenten • Zorgprofessionals • Jongeren • Ervaringsdeskundigen
Werk maken van integraal jeugdbeleid voor een positieve ontwikkeling en opvoeding van jongeren	• Gemeenten • Zorgprofessionals • Jongeren • Ervaringsdeskundigen
Inzetten van brede cq. integrale beleidsprogramma's om mentale druk bij jongeren aan te pakken	• Gemeenten (sectoren als jeugd, onderwijs, welzijn) • Zorgprofessionals • Jongeren • Ervaringsdeskundigen

Inzetten op studentenwelzijn in hoger onderwijs....

De toegenomen mentale druk is ook merkbaar in het onderwijs. Prestatiedruk, studiedruk, financiële druk, persoonlijke omstandigheden en het combineren van werken, studie en sociaal leven zijn voor

studenten vaak oorzaak van mentale druk en psychische klachten. Zelfs studiedoping wordt steeds meer ingezet om te presteren [10, 11]. Geraadpleegde experts vinden dan ook dat het verbeteren van studentenwelzijn een belangrijk aandachtspunt is. Op Europees niveau staat het welzijn van studenten hoog op de agenda [12]. Ook volgens het Australische [Centre for Education Of Statistics and Evaluation](#) (CESE) dient onderwijs zich niet alleen te richten op prestaties, maar ook op het welzijn van de student. In Nederland krijgen volgens geraadpleegde experts studentenwelzijn en psychische klachten momenteel onvoldoende aandacht in het hoger onderwijs. Daarom is er een Actieplan Studentwelzijn opgesteld om studentenwelzijn onderdeel te laten zijn van het instellingsplan van elke hogeschool en universiteit [13]. Meerdere hogescholen zijn ook al actief op dit gebied. Het actieplan pleit voor een integrale aanpak met 5 pijlers: bewustzijn creëren voor welzijn van studenten; een veilig studieklimaat; preventie en vroegsignalering psychosociale problemen; professionalisering van docenten en studiebegeleiders; en het hulpaanbod voor studenten vergroten (zoals meer studentenpsychologen) [14]. Bij de pijler preventie is het van belang om niet alleen de nadruk te leggen op studenten met problemen (zoals depressiepreventie), maar ook om samen met alle studenten te werken aan vaardigheden om mentaal gezond te blijven (zoals zelfregie). Door het actieplan kan welzijn een belangrijke plek krijgen in het onderwijs en gaat het niet alleen meer om rendement en presteren. Geraadpleegde experts geven aan dat er kennisdeling op dit gebied nodig is. Zo kan een goed werkend onderwijssysteem en -cultuur gecreëerd worden.

.....ook prestatiedruk op middelbare scholen vraagt om verbreding van schoolbeleid

De hoge prestatiedruk en ervaren stress onder scholieren begint al op middelbare scholen [15, 16]. Daarom is hier al aandacht nodig voor mentaal gezond blijven. Op deze scholen kan ook een integrale aanpak of brede school benadering bijdragen aan preventie van mentale druk. Dat betekent het combineren van interventies en maatregelen om een gezonde schoolomgeving te realiseren. Om tot een kwalitatief goede school te komen zouden veel meer scholen zich kunnen aansluiten bij de integrale principes van Gezonde School [17]. Dit programma zet zich in voor een school met een organisatie-brede benadering, ingeregelde randvoorwaarden, een curriculum voor sociaal-emotionele ontwikkeling en vaardigheden van leerlingen, samenwerking met jongeren en continue professionele ontwikkeling van leerkrachten om stress en mentale druk bij leerlingen te signaleren. Hogescholen en universiteiten kunnen mogelijk met aangepaste criteria ook het vignet Gezonde School behalen. Geraadpleegde experts vinden dat er ook ruimte moet komen voor persoonlijke vorming en groei van jongeren in het schoolbeleid.

Een gezonde schoolomgeving: welke actierichtingen zijn er en wie speelt daarbij een rol?

Wat zijn handelingsopties/richtingen voor actie?	Wie kan daarbij een rol spelen?
Meer bewustwording creëren voor studentenwelzijn bij bestuurders van onderwijsinstellingen	• Onderwijsinstellingen (mbo, hbo, wo) • Ervaringsdeskundigen • VSNU • HBO-raad
Voorlichting op scholen door ervaringsdeskundigen over mentale druk en psychische klachten	• Onderwijsinstellingen (mbo, hbo, wo) • Ervaringsdeskundigen
Scholen geven onderwijs over hoe mentaal gezond te blijven (curriculum in alle onderwijstypes)	• Onderwijsinstellingen (middelbare scholen) • Nationale overheid (ministerie van Onderwijs, Cultuur en Welzijn) • Jongeren
Jongeren betrekken bij beleidsvorming op scholen	• Onderwijsinstellingen • Nationale overheid (ministerie van Onderwijs, Cultuur en Welzijn) • Jongeren
Laagdrempelige steun, zorg en coaching beschikbaar in het onderwijs voor jongeren met mentale klachten	• Onderwijsinstellingen • Nationale overheid (ministerie van

	Onderwijs, Cultuur en Welzijn) • Ervaringsdeskundigen
Verbindingen leggen vanuit onderwijs met zorg om tijdig door te verwijzen bij psychische klachten	• Onderwijsinstellingen • Zorg- en welzijnsorganisaties • Jeugdzorg
Docenten trainen in het signaleren van mentale druk/stress en het helpen van leerlingen bij persoonlijke vorming	• Onderwijsinstellingen • Nationale overheid (ministerie van Onderwijs, Cultuur en Welzijn) • Ervaringsdeskundigen
Hogescholen en universiteiten sluiten aan bij de Gezonde schoolpijlers (gezondheidseducatie, fysieke en sociale omgeving, signaleren en beleid), evt ook vignet gezonde school	• Onderwijsinstellingen • Nationale overheid (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ministerie van Onderwijs, Cultuur en Welzijn) • Studentenorganisaties • Jongeren

Mentale gezondheidsbevordering voor werknemers....

Ook in arbeidssituaties is de ontwikkeling van druk door het gevoel steeds meer en beter te moeten presteren herkenbaar. Stress, overbelasting en burn-out op het werk komt relatief vaak voor onder jonge werknemers [18]. De Arbo Unie roept werkgevers bijvoorbeeld op om de jongere werkgeneraties adequaat te ondersteunen, omdat zij behoefte hebben aan feedback en hulp bij hun professionele ontwikkeling. Deze generatie moet zich leren wapenen, hun drijfveren leren kennen en begrijpen waarom ze de dingen doen die ze doen. En hiermee duurzaam inzetbaar blijven. Beleid en een aanbod dat gericht is op het verbeteren van de mentale fitheid, voorkómen van psychische klachten en depressie heeft een positief effect op verzuim, en daarmee ook op de kwantiteit én de kwaliteit van het werk [19]. Mensen met een goede mentale gezondheid hebben een kleiner risico op het krijgen van psychische klachten en stoornissen. Daarom is het van belang te investeren in mentale gezondheidsbevordering van medewerkers.

... vooral inzet nodig op persoonlijk ontwikkeling en groei

Acht van de tien werkgevers beschouwt de mentale gezondheid van werknemers als een belangrijke indicator van het succes van het bedrijf. En 40 procent geeft aan maatregelen te hebben genomen om de mentale gezondheid te bevorderen [20]. Voorbeelden zijn yoga, fitness en stressreductieprogramma's, maar ook 'reguliere' activiteiten zoals voortgangsgesprekken en persoonlijke ontwikkelingsplannen [21]. Er worden ook interventies ingezet gericht op psychische gezondheid en het voorkomen van depressie en spanning, die de mentale fitheid van medewerkers vergroten. Voorbeelden zijn de (gratis) online trainingen 'Beter slapen', 'Minder stress' en 'Minder piekeren', die helpen bij vermindering van stress én in de vermindering van depressieklachten. Echter er is meer bekend over de effectiviteit van interventies gericht op problemen en stoornissen (zoals stress, burn-out en depressie), dan van interventies gericht op persoonlijke groei en bevlogenheid van werknemers [22]. Geraadpleegde experts geven aan dat er meer ingezet kan worden door werkgevers op persoonlijke ontwikkeling en groei, met specifieke aandacht voor jonge werknemers. Over het algemeen is weinig bekend wat specifiek werkt bij de groep van jonge werknemers.

Een gezonde werkomgeving: welke (erkende) interventies zijn beschikbaar?

Online trainingen

De online klachtgerichte mini-interventies (KMI's) op www.snelbeterinjevel.nl zijn ontwikkeld voor depressiepreventie. De trainingen richten zich op klachten die aantoonbaar samenhangen met depressie: slaapproblemen, stress en piekeren. De trainingen zijn vooral gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Kern

van de online KMI's vormen de modules met oefeningen. Er is geen vaste volgorde; deelnemers kunnen zelf kiezen met welke oefeningen ze aan de slag gaan en wanneer. De online KMI's zijn zelfstandig te volgen.

[Psyfit](#)

Het doel van de online interventie Psyfit.nl is het verbeteren van de mentale fitheid door oefeningen, tests en tips. Iemand met een goede mentale conditie kan beter het hoofd bieden aan problemen en tegenslagen, waardoor hij minder kwetsbaar is voor een depressie. De mental fitness interventie Psyfit is een online zelfhulpinterventie die iemand zelfstandig kan doorlopen zonder begeleiding van een deskundige. Deelnemers bouwen hun eigen programma op maat en houden hun voortgang bij door diverse zelftests. De interventie *Psyfit.nl* is effectief in het verminderen van symptomen van angst en depressie en het verhogen van het gevoel van welbevinden en vitaliteit op korte termijn.

[Businessyoga](#)

Business Yoga is een interventie waarbij yoga wordt aangeboden op de werkvloer. Werknemers en managers verminderen hun (ervaren) werkstress en verbeteren hun fysieke en mentale gezondheid via deelname aan yogatrainingen. Business Yoga gaat uit van de gedachte dat gezonde/vitale medewerkers minder verzuimen (en dus bijdraagt bij aan het terugdringen van het ziekteverzuim), het de kwaliteit van het werk verhoogt en hierdoor bijdraagt aan het behalen van een hoger rendement. De interventie speelt in op de positieve gezondheidseffecten en biedt deze aan op een plek waar zowel werknemers als managers hiervan kunnen profiteren.

[Mental fit werken](#)

Het programma Mentaal FIT Werken is speciaal ontwikkeld om de mentale fitheid van werknemers te versterken zodat ze veerkracht tonen en beter omgaan met de werkbelasting en stress op het werk.

Naast deze voorbeelden staan er in de interventiedatabase het [Loket Gezond Leven van het RIVM](#) nog veel andere interventies.

In dit [achtergronddocument](#) vindt u meer informatie over het erkenningsniveau van een deel van deze interventies. [\[link\]](#)

Een gezonde werkomgeving: welke actierichtingen zijn er en wie speelt daarbij een rol?

Wat zijn handelingsopties/richtingen voor actie?	Wie kan daarbij een rol spelen?
Zorgen voor meer ruimte voor eigen interesses en ontwikkeling voor jonge werknemers	• Werkgevers • Nationale overheid (ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) • Vakbonden (Arbo Unie) • Gemeenten • Jonge werknemers
Bieden van mental health ondersteuning op de werkvloer via interventies	• Werkgevers • Nationale overheid (ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) • Gemeenten • Jonge werknemers • Vakbonden
Meer aandacht geven aan ziekteverzuim (oorzaken en gevolgen)	• Werkgevers • Nationale overheid (ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) • Gemeenten • Vakbonden • Arbodiensten

	• Jonge werknemers • Zorgverzekeraars
Duurzaam inzetbaarheidsbeleid met specifieke aandacht voor jongeren en jongvolwassenen, (ook in verband met het hoge percentage burn-out bij deze groep	• Werkgevers • Nationale overheid (ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) • Vakbonden (Arbo Unie) • Gemeenten • Jonge werknemers
Vastleggen in wetgeving van recht op (behoud van) werk voor mensen met psychische problemen t om uitval te voorkomen	• Werkgevers • Nationale overheid (ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) • Vakbonden (Arbo Unie) • Gemeenten

Vroegsignalering en ondersteuning in aanpak psychische klachten....

Mentale druk en langdurige stress kunnen mogelijk leiden tot burn-out of ontstaan van psychische klachten, zoals piekeren, gespannenheid, geestelijke vermoeidheid, slaapproblemen, concentratieproblemen en nergens meer zin in hebben. De psychische klachten kunnen weer leiden tot niet meer goed functioneren op het werk of school. Daarom is het van belang tijdig in te grijpen op psychische klachten via vroegsignalering, advies en ondersteuning op plekken waar jongeren en jongvolwassen komen. Ook voldoende aandacht voor cultuursensitiviteit speelt hierbij een rol, omdat omgaan met psychische klachten per cultuur kan verschillen. Er zijn verschillende (erkende) interventies beschikbaar die via cursussen en trainingen psychische klachten van jongeren aanpakken [23]. De Zorgorganisaties, welzijnsorganisaties en stichtingen spelen hierin een essentiële rol. Geraadpleegde experts vinden het van groot belang dat de samenwerking tussen onderwijs, werk, welzijn en zorg verbetert om jongeren en jongvolwassenen met een hulpvraag goed te ondersteunen. Bij kwetsbare groepen is het in de ondersteuning ook belangrijk aandacht te hebben voor de achterliggende stressverhogende factoren, zoals armoede en schulden. Een goede keten voor mentale druk tot (preventie van) psychische klachten blijft de komende jaren een uitdaging.

Ondersteuning bij psychische klachten: groepsinterventies

[Stoppen met piekeren](#)

Doel van de Training Stoppen Met Piekeren is het vergroten van mogelijkheden van deelnemers om doelmatig problemen aan te pakken, door hen te helpen minder te piekeren en een negatieve denkstijl om te buigen. Dit vergroot de zelfredzaamheid en biedt een structurele bescherming van de psychische gezondheid in stressvolle omstandigheden.

[Head up](#)

Head up is een gestructureerde therapeutische cursus in groepsverband voor jongeren van 13-17 jaar met depressieve klachten. Iedere bijeenkomst heeft een thema en vaste programmaonderdelen. Jongeren leren op gestructureerde wijze negatieve denkpatronen te achterhalen en om te zetten in reële en positieve manieren van denken en leren leuke activiteiten in te plannen. Alle deelnemers ontvangen bij aanvang van de cursus een werkboek waarin opdrachten gemaakt kunnen worden. Naast de acht wekelijkse sessies vindt er tevens een bijeenkomst voor ouders plaats, waarin ouders informatie krijgen over de cursus en waarin zij ondersteuning krijgen bij het omgaan met de depressieve klachten van hun zoon/dochter.

Naast deze voorbeelden staan er in de interventiedatabases van het [Nji](#) en het [Loket Gezond Leven van het RIVM](#) nog veel andere interventies.

In dit [achtergronddocument](#) vindt u meer informatie over het erkenningsniveau van een deel van deze

interventies. [\[link\]](#)

Vroegsignalering en ondersteuning: welke actierichtingen zijn er en wie speelt daarbij een rol?

Wat zijn handelingsopties/richtingen voor actie?	Wie kan daarbij een rol spelen?
Herkennen en erkennen psychische klachten via onderwijs en werk	• Onderwijsinstellingen • Werkgevers • Zorg- en welzijnsorganisaties • Jeugdzorg • Gemeenten
Inzetten van speciale mediators die zich richten op het voorkomen van vroegtijdig schooluitval	• Onderwijsinstellingen • Werkgevers • Zorg- en welzijnsorganisaties • Jeugdzorg • Gemeenten
Werk gedifferentieerd of flexibel aanbieden	• Werkgevers • Zorg- en welzijnsorganisaties • Gemeenten
Integrale visie vanuit onderwijs, werk en zorg gericht op (preventie van) psychische klachten	• Nationale overheid • Gemeenten • Zorgorganisaties • Onderwijsinstellingen • Werkgevers • Zorgverzekeraars
Ontschotting in financieringsstromen tussen zorg en onderwijs ten behoeve van integrale zorg	• Nationale overheid • Gemeenten • Zorgorganisaties • Onderwijsinstellingen • Zorgverzekeraars
Zorgen voor voldoende coaching maatjes voor mensen met psychische klachten	• Zorg- en welzijnsorganisaties (maatschappelijk werk)
Aandacht voor achterliggende sociale problemen die stress veroorzaken bij achterstandsgroepen met psychische stoornissen, zoals (armoede en schulden	• Gemeenten • Zorgorganisaties • Welzijnsorganisaties • Jeugdzorg
Inzetten cultuursensitieve zorgverleners bij groepen met een migratieachtergrond	• Gemeenten • Zorgorganisaties • Welzijnsorganisaties • Jeugdzorg
Aansluiting zoeken bij Jeugdwet en jeugdbeleid om tot een goede keten te komen van mentale druk tot (preventie van) psychische klachten	• Nationale overheid • Gemeenten • Werkgevers • Onderwijsinstellingen • Zorg- en welzijnsorganisaties • Zorgverzekeraars

Referenties

1. Swan, A. and P. Kendall, *Fear and Missing Out: Youth Anxiety and Functional Outcomes*. Clinical Psychology: Science and Practice, 2016. **23**(4): p. 417-35.

2. Elhai, J.D., et al., *Fear of missing out, need for touch, anxiety and depression are related to problematic smartphone use*. Computers in Human Behavior, 2016. **63**: p. 509-516.
3. Demirci, K., M. Akgonul, and A. Akpinar, *Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students*. J Behav Addict, 2015. **4**(2): p. 85-92.
4. Shensa, A., et al., *Problematic social media use and depressive symptoms among U.S. young adults: A nationally-representative study*. SocSci Med, 2017. **182**: p. 150-157.
5. Harwood, J., et al., *Constantly connected – The effects of smart-devices on mental health*. Computers in Human Behavior, 2014. **34**(Supplement C): p. 267-272.
6. Ince, D., T. Yperenvan, and M. Valkestijn, *Top tien beschermende factoren voor een positieve ontwikkeling van jeugdigen*. 2018, Nederlands Jeugd Instituut.
7. Catalano, R., et al., *Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs*. . The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 2004(591): p. 98.
8. Durlak, J., et al., *Effects of positive youth development programs on school, family and community systems*. . American Journal of Community Psychology 2007. **39**: p. 269-286.
9. Jonkman, H., *Communities that Care. Opgroeien in een veilige en leefbare wijk*. . 2006, NIZW: Utrecht.
10. Nijland, L. *Ga je harder studeren met de nieuwe studiepil?* 2016 11-10-2017]; Available from: <https://www.dub.uu.nl/nl/achtergrond/ga-je-harder-studeren-met-de-nieuwe-studiepil>.
11. IVM, *Levendige Ritalinhandel bij studenten*. 2017, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik: Utrecht.
12. Gubbels, N. and R. Kappe, *Onderzoekslijn Studentenwelzijn – onderzoeksagenda*. . 2017, Hogeschool Inholland.
13. NetwerkStudentenWelzijn, *Actieplan Studententwelzijn*. 2018: <https://lsvb.nl/wp-content/uploads/2018/04/Actieplan-Partnership-Studentenwelzijnversie-def.pdf>.
14. Sinke, D. and E. Zondervan, *Studentpsychologen: een stand van zaken*. 2016, Utrecht: Interstedelijk Studenten Overleg (ISO).
15. 1V-Jongerenpanel and 7Days, *Onderzoek Stress*. 2014, Hilversum: EenVandaag.
16. Verheul, R. and A. de Jong, *Als je het ons vraagt. De Kinderombudsman op Kinderrechtentour*. 2016, Den Haag: De Kinderombudsman.
17. CGL. *Wat is een gezonde school?* april 2018]; Available from: <https://www.loketgezondleven.nl/school/wat-is-gezonde-school>.
18. TNO. *Jongeren en werkstress. Zeven wetenschappers over oorzaken en oplossingen*. 2015 [cited april 2018; Available from: http://www.duurzameinzetbaarheid.nl/62100/151117_jongerenenwerkstress.pdf?v=0.
19. Monshouwer, K., M. Kleinjan, and L. Bolier. *Versterken van mentale weerbaarheid en mentaal welbevinden in de arbeidsetting*. 2016.
20. Leven, C.G., *Mentale Gezondheid en Werk*. <https://www.loketgezondleven.nl/gezond-werk/gezondheidsthemas/mentale-gezondheid-en-werk>, Geraadpleeg april 2018.
21. Pas, L., M. Busch, and K. Proper, *Beleid rondom mentale gezondheid in werksetting*. 2014, RIVM: Bilthoven.
22. Ouwenel, E., W. Schaufeli, and P. Le Blanc, *Van preventie naar amplitie: interventies voor optimaal functioneren*. Gedrag & Organisatie 2009. **22**(2).
23. Hollis, C., et al., *Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems – a systematic and meta-review*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2017. **58**(4): p. 474-503.

Tabblad 4: Acceptatie van psychische klachten

Leeswijzer

In dit webartikel worden mogelijke actierichtingen uitgewerkt voor het doel 'Acceptatie van psychische klachten'. Dit doel hoort bij de maatschappelijke opgave: 'De mentale druk op jongeren en jongvolwassenen neemt toe, met mogelijke gevolgen voor hun psychische gezondheid'. Andere doelen die voor deze opgaven zijn uitgewerkt zijn 'kennisontwikkeling mentale druk' [\[link\]](#) en 'mentaal gezond blijven' [\[link\]](#). Een beschrijving van de toekomstige ontwikkelingen rond de opgave worden beschreven in het webartikel 'wat is de opgave?' [\[link\]](#).

Dit webartikel is gebaseerd op de opbrengsten van een brede stakeholderbijeenkomst [\[link naar verslag\]](#) met (ervarings)deskundigen op het gebied psychische gezondheid, jongeren en jeugdzorg. Deze opbrengsten zijn verder aangevuld en verrijkt met literatuur en inspirerende en goede voorbeelden. De verschillende doelen voor deze opgaven zijn op basis van de stakeholderbijeenkomst geformuleerd. Per doel wordt geschetst wat er op dat gebied al gebeurt, wat eventuele andere of aanvullende opties zijn, en wie daaraan kan bijdragen.

Dit webartikel heeft tot doel om inzicht te geven in wat volgens stakeholders de belangrijkste actierichtingen zijn om met deze opgave om te gaan. Het geeft geen uitputtend overzicht van alle mogelijke handelingsopties.

Belangrijkste actierichtingen

- Continu tegengaan van stigmatisering van psychische klachten door communicatie-activiteiten, zoals via landelijke en lokale campagnes en voorlichting
- Inzetten van ervaringsdeskundigen om de drempel om hulp te zoeken voor jongeren met psychische klachten zo laag mogelijk te maken
- Blijven inzetten op een inclusieve samenleving waarin jongeren en jongvolwassen met psychische klachten volwaardig mee kunnen (blijven) doen

Bredere acceptatie van psychische klachten

Uit de themaverkenning over de zorgvraag [\[link\]](#) blijkt dat de ervaren druk om te presteren toe zal nemen onder jongeren en volwassenen tussen nu en 2040 als we niets extra's doen. Dit heeft mogelijk gevolgen voor hun psychische gezondheid. Stress door prestatiedruk kan leiden tot een burn-out of psychische klachten zoals angst, depressie, verslaving en slaapproblemen. Om te zorgen dat jongeren en jongvolwaardig volwaardig mee (blijven) doen in de maatschappij bij psychische problemen, is maatschappelijke acceptatie noodzakelijk. Daarom is het van belang stigma's en labels voor jongeren met psychische klachten en problemen tegen te gaan door communicatiestrategieën, zoals campagnes en voorlichting door ervaringsdeskundigen, en in te zetten op een inclusieve samenleving. Dat blijkt zowel uit de aanbevelingen van de geraadpleegde experts als de onderzochte literatuur. Hier liggen taken voor diverse organisaties, zoals de nationale overheid, gemeentes, patiënten- en belangenorganisaties, ervaringsdeskundigen, welzijns- en zorgorganisaties en media.

Doorbreken taboe via communicatieactiviteiten....

De geraadpleegde experts vinden het belangrijk het taboe op psychische klachten en problemen te doorbreken. Dat betekent dat het maatschappelijk geaccepteerd is om niet (altijd) gelukkig te zijn en dat psychische klachten even serieus worden genomen (en 'normaal' worden gevonden) als lichamelijke klachten, en er gepersonaliseerde zorg is voor elke hulpvraag (ofwel: zorg op maat die aansluit bij de beleving van het individu). Het verdwijnen van het taboe draagt bij aan een mentaal veerkrachtige jeugd: het is normaal en geaccepteerd om over klachten te praten. Publiekscampagnes en goede voorlichting kunnen hieraan bijdragen. Er loopt al een aantal landelijke programma's en projecten om stigmatisering tegen te gaan. Zo wordt onder andere vanuit het meerjarenprogramma Depressiepreventie van het Ministerie van VWS sinds 2018 de publiekscampagne 'Hey, het is oké, maak depressie bespreekbaar!' uitgevoerd. Hier ging in 2016 de publiekscampagne 'Omgaan met depressie' aan vooraf. In het project Destigmatisering van Jeugdigen met Psychische Problemen wordt kennis gebundeld en voorlichtingsmateriaal ontwikkeld waarin jongeren professionals vertellen over hun ervaring met stigmatisering in de jeugdhulp (1). Ook zijn er internationale samenwerkingen op dit gebied, zoals 'Peer Learning Youth (workers), Mental health & Participation' met betrokkenen uit Nederland en Finland, om kennis over stigma van psychische klachten te delen (2). Geraadpleegde experts geven aan dat het nodig is om continu in te zetten op zowel nationale als lokale campagnes en voorlichting. Dat kan een plek krijgen in huisartsenposten en ziekenhuizen, maar ook op middelbare scholen en het vervolgonderwijs (zie ook [Gezonde schoolomgeving](#) [link naar tabblad 3 Mentaal gezond blijven]).

Doorbreken van taboe door communicatiestrategieën: een aantal voorbeelden

See me in Schotland

Het doel van het project [SEE ME](#) is het stigma rondom mentale gezondheid en psychische problemen te verminderen en discriminatie tegen te gaan door jongeren te versterken. Om dit doel te bereiken, is het van belang dat er veranderingen plaatsvinden in de manier waarop de maatschappij tegenover psychische problemen staat, de houding die we hebben, het huidige beleid en de uitvoerende praktijk.

De boodschap van het project is: '*Mental health belongs to all of us*'. Activiteiten die binnen het project plaatsvinden, zijn onder andere:

- Ondersteuning van leraren bij het benaderen van mentale gezondheid en discriminatie in de school;
- Het werken met peer educators (in de school);
- De campagne 'It's OK', die gaat over het feit dat het normaal is voor jongeren om psychische klachten te hebben.

Peer Learning Youth (workers), Mental health & Participation

In een samenwerkingsproject (peer learning) met 9 Europese landen stond de vraag centraal hoe de participatie van jongeren met psychische problemen te bevorderen is door samenwerking tussen ervaringsdeskundige jongeren, jongerenwerk en de jeugd-ggz. De peer learning was een initiatief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in samenwerking met het Finse Ministerie van Onderwijs en Cultuur. Op de seminars in Amsterdam, Helsinki en Rotterdam hebben de deelnemers via lezingen, workshops en werkbezoeken kennis en ervaringen uitgewisseld. Het ging om delen van praktijkvoorbeelden, aanbevelingen en tips voor gemeenten uit de peer learning (2).

Belangrijke lessen met betrekking tot stigmatisering zijn bijvoorbeeld:

- Stigma en discriminatie zijn barrières voor hulp zoeken, met name voor jongeren.
- Hoe groter het stigma door hulpverleners, hoe minder mensen geneigd zijn hulp te zoeken.
- Advies: vertel positieve verhalen, goede voorbeelden van mensen met psychische klachten. Laat zien dat ze ermee om kunnen gaan, dat ze een waardevol leven leiden. Dat beïnvloedt

de algemene beeldvorming. Sociale media kan hier ook een positieve rol spelen (3).

...en ervaringsdeskundigen inzetten om jongeren te bereiken

Naast campagnes en voorlichting rond stigmatisering zijn er diverse communicatieplatforms die (laagdrempelige) ondersteuning bieden aan jongeren en jongvolwassenen. Zij halen en brengen informatie via deze platforms. Hierbij worden ook ervaringsdeskundigen ingezet. Stigmatisering, ook onder professionals, kan zorgen voor angst of onzekerheid om problemen bespreekbaar te maken. Dat maakt het vragen om hulp moeilijker en kan de problemen verergeren. Jongeren krijgen vaak onnodig laat hulp bij psychische problemen. De geraadpleegde experts zien grote toegevoegde waarde van het inzetten van ervaringsdeskundigen om het taboe te doorbreken en jongeren op tijd ondersteuning en hulp te bieden. Naast tijdige hulp en ondersteuning gaat het ook om sociale participatie en ontmoeten. Sociale participatie geeft mensen met psychische problemen de kans om onderdeel uit te maken van een gemeenschap en deel te nemen aan alle aspecten van het leven. Als mensen zich verbonden voelen met anderen leidt dat tot positievere gevoelens, een verbeterd sociaal leven en verminderd risico op terugval en een verminderd aantal (gedwongen) opnames (4). Voor jongeren, jongvolwassenen, jeugdorganisaties, onderwijs, werk, zorgprofessionals en overheden ligt er de komende jaren een rol om samen te blijven inzetten op de acceptatie van psychische klachten, en ervoor te zorgen dat jongeren en jongvolwassenen volwaardig mee kunnen (blijven) doen. Zo kan er toegewerkt worden naar een inclusieve samenleving (5).

Laagdrempelig bereiken van jongeren met een hulpvraag: een aantal inspirerende voorbeelden

MIND Young

[MIND Young](#) maakt jongeren psychisch krachtig door hen te informeren, inspireren, motiveren en ondersteunen. Samen met jongeren en organisaties in Nederland voeren ze projecten uit en communiceren ze gericht met jongeren. Een voorbeeld is een scholenproject dat psychische problemen bespreekbaar maakt in de klas. De lessen worden gegeven door leeftijdsgenoten (peer educators) die zelf of in hun omgeving te maken hebben met psychische problemen. Ze gaan het gesprek met leerlingen aan over veel voorkomende psychische klachten. Hun boodschap: praat er gewoon over, want je bent niet de enige!

Eerste Hulp bij Mentale gezondheid

[Mental Health First Aid](#) is een in 2000 in Australië ontwikkelde training en wordt in verschillende landen uitgevoerd, waaronder in Finland en Nederland. Met Mental Health First Aid wordt eerste hulp geboden aan iemand die een psychisch probleem ontwikkelt, een verergering van een probleem ervaart of zich in een crisis bevindt. Wanneer nodig, kan daarna professionele hulp geboden worden. Het idee is dat iedereen net zoals bij EHBO-cursussen de cursus Mental Health First Aid moeten kunnen volgen, ook bv. brandweermannen en politie. Er is ook een speciale cursus ontwikkeld voor professionals of vrijwilligers die met kinderen en jongeren werken. De trainingen zijn ook geschikt voor ouders. Na het volgen van de cursus kan men psychische problemen herkennen en eerste hulp en ondersteuning bieden. Daarnaast wordt de kennis over mogelijke oorzaken en behandelingen vergroot. GGZ Eindhoven heeft dit programma in 2015 naar Nederland gehaald. De cursus wordt op diverse plaatsen in Nederland uitgevoerd.

Acceptatie van psychische klachten: welke actierichtingen zijn er en wie speelt daarbij een rol?

Wat zijn handelingsopties/richtingen voor actie?	Wie kan daarbij een rol spelen?
Inzetten op publiekscampagnes voor	Nationale en lokale overheid

normalisering van psychische klachten en problemen	• Zorgprofessionals • Ervaringsdeskundigen • Patiëntenverenigingen • Maatschappelijke organisaties (bv SIRE)
Opzetten van (meer) lokale campagnes in ziekenhuizen, huisartsenposten en scholen	• Nationale en lokale overheid • Zorgprofessionals • Onderwijsinstellingen • Ervaringsdeskundigen • Patiënten/cliëntenorganisaties • Maatschappelijke organisaties (bv. SIRE) • Zorgverzekeraars
Starten discussie over mentale druk op school en thuis en de acceptatie van ongelukkig zijn	• Ervaringsdeskundigen • Jongerenorganisaties • Onderwijsinstellingen • Maatschappelijke organisaties (bv. Sire)
Meer onderzoek doen naar (het vóórkomen van) stigma's onder jongeren met psychische klachten	• Universiteiten • Kennisinstituten • Jongeren • Ervaringsdeskundigen • ZonMw/NWO
Meer bekendheid genereren voor online platforms en diensten om jongeren met psychische klachten beter te bereiken	• Patiënten/cliëntenorganisaties • Nationale en lokale overheid • Zorgverzekeraars
Zorgen voor structurele inzet van ervaringsdeskundigen voor voorlichting	• Nationale en lokale overheid • Zorg- en welzijnsprofessionals • Zorgverzekeraars • Ervaringsdeskundigen

Referenties

1. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Generieke module Destigmatisering. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. 2017. <https://www.samensterkzonderstigma.nl/assets/GM-Destigmatisering.pdf>
2. NJi. Peer Review on the participation of young people with mental health issues, in Report hird peer learning seminar. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. 2017. <https://www.nji.nl/nl/Peer-Review-on-the-participation-of-young-people-with-mental-health-issues-in-Rotterdam.pdf>
3. NJi. Nieuwsbericht NJi: Participatie jongeren met psychische problemen. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. 2017. <https://www.nji.nl/nl/Actueel/Nieuws-van-het-NJi/Participatie-jongeren-met-psychische-problemen>
4. Smith B. Gemeenten en mensen met een psychische kwetsbaarheid. Landelijk platform GGz: Amersfoort. 2016. <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/common/gemeente-en-mensen-met-een-psychische-kwetsbaarheid-2017.pdf>
5. van der Meulen M. GGZ in de wijk. Hoe biedt je een welkome plek voor iedereen? Utrecht: Movisie. 2017. <https://www.movisie.nl/publicatie/ggz-wijk>

Webartikel 5: Verdiepende beschrijving voor de opgave over de dreiging van antibioticaresistentie

Leeswijzer

Het [Trendscenario](#) [link] en de [themaverkenningen](#) [link] van de VTV-2018 brengen een groot aantal toekomstige ontwikkelingen die relevant zijn voor onze volksgezondheid en zorg in beeld. Uit een [vragenlijst](#) [link naar webartikel over de vragenlijst binnen Handelingsopties (lange versie)] is gebleken dat burgers en (toekomstige) volksgezondheidsprofessionals de dreiging van antibioticaresistentie een urgente maatschappelijke opgave vinden voor de toekomst. In dit webartikel vindt u een verdiepende beschrijving van deze opgave: wat is de stand van zaken, en wat zijn aandachtspunten voor huidig en toekomstig beleid?

De respondenten van de vragenlijst vonden ook de stijging van de zorguitgaven een urgente maatschappelijke opgave voor de toekomst. Hierover is ook een [verdiepende beschrijving](#) gemaakt [link naar webartikel]. Daarnaast zijn voor drie andere opgaven, die de respondenten urgent vonden, handelingsopties uitgewerkt; hoe zouden we met deze opgaven om kunnen gaan? Deze opgaven gaan over de hoge ziektelast door [hart- en vaatziekten en kanker](#) [link], de groter wordende groep [zelfstandig wonende ouderen met dementie en andere complexe problemen](#) [link], en de [toenemende mentale druk op jongeren en jongvolwassenen](#) [link].

Antibioticaresistentie is een belangrijke wereldwijde dreiging voor de volksgezondheid

Wereldwijd ontwikkelen steeds meer bacteriën resistentie tegen antibiotica. Dat is op zich een normaal natuurlijk verschijnsel, omdat bacteriën zich op deze manier wapenen tegen indringers. Door overvloedig gebruik van antibiotica is het aantal bacteriën dat resistentie ontwikkelt de laatste decennia echter sneller toegenomen. Ook zijn sommige soorten resistent geworden tegen meerdere typen antibiotica; de zogenaamde multi-resistente bacteriën. Hierdoor kunnen sommige infecties slecht, of soms helemaal niet meer, worden behandeld.

Als we niet voldoende doen om het probleem aan te pakken, kunnen op den duur zelfs routinematige behandelingen (zoals een chemokuur tegen kanker en chirurgische ingrepen) een groeiend risico vormen vanwege het infectiegevaar. Ook zullen mensen veel vaker dan nu het geval is overlijden aan bijvoorbeeld een bloedvergiftiging. Anders gezegd, het betekent dat bepaalde verworvenheden van de moderne geneeskunde in aanzienlijke mate kunnen worden teruggedraaid. Ook kunnen de zorguitgaven sterk toenemen. Zo kan in de toekomst een eenvoudige blaasontsteking leiden tot een ziekenhuisopname, terwijl nu kan worden volstaan met het innemen van tabletten thuis.

In een aantal delen van de wereld is antibioticaresistentie nu al een groot probleem voor de volksgezondheid. Volgens de WHO zullen bij gelijkblijvend beleid in 2050 wereldwijd jaarlijks 10 miljoen mensen 'extra' sterven aan onbehandelbare infecties. Sommige experts vinden dit een te pessimistische voorspelling, maar er wordt algemeen onderkend dat het een ernstig en groeiend probleem is. Daar komt bij dat de ontwikkeling van nieuwe antibiotica en andere middelen om infecties te behandelen te langzaam verloopt. Er vindt weliswaar onderzoek plaats naar nieuwe middelen en daar wordt ook vooruitgang in geboekt, maar het is nu nog niet duidelijk of deze middelen ooit geschikt zullen zijn en beschikbaar zullen komen voor brede toepassing.

Verminderen antibioticagebruik en voorkomen verspreiding resistentie

Om te zorgen dat infecties ook in de toekomst goed behandeld kunnen worden, is het van groot belang dat het gebruik van antibiotica wordt teruggebracht en de verspreiding van resistente bacteriën zoveel mogelijk wordt voorkomen. Dat geldt niet alleen voor de gezondheidszorg, maar

ook voor de veehouderij, het voedsel en het milieu, aangezien het resistentieprobleem zich in al deze domeinen manifesteert.

Hoewel het bewustzijn van het probleem wereldwijd geleidelijk toeneemt, blijkt het in veel landen moeilijk om het gebruik van antibiotica te beperken. Dat komt mede door verschillen in cultuur en de organisatie van de gezondheidszorg. Dit zijn zaken die niet eenvoudig en snel zijn te veranderen. Ook de verspreiding van resistente bacteriën is moeilijk te beteugelen. In veel landen worden onvoldoende maatregelen getroffen om infectiepreventie te bevorderen en ontbreekt het aan kennis en middelen om het probleem adequaat te bestrijden. Verschillende resistente bacteriën komen endemisch voor in bepaalde delen van de wereld. Dit betekent dat ze daar wijdverspreid zijn en nagenoeg niet meer uit te roeien. Doordat steeds meer mensen reizen, neemt de kans op verspreiding van antibioticaresistentie toe.

De resistentieproblematiek staat hoog op internationale agenda's. Onder meer de WHO, de EU, de G20 en het World Economic Forum stimuleren het opstellen van nationale actieplannen en de uitvoering daarvan. Ook in Nederland wordt al langere tijd veel gedaan aan de problematiek. Op hoofdlijnen kent de Nederlandse aanpak twee sporen:

- Nationaal: het stabiliseren of liever nog verminderen van het probleem in ons eigen land.
- Internationaal: het stimuleren en ondersteunen van andere landen en internationale organisaties om het probleem aan te pakken. Daarvoor stelt Nederland kennis en faciliteiten beschikbaar via politiek en beleid.

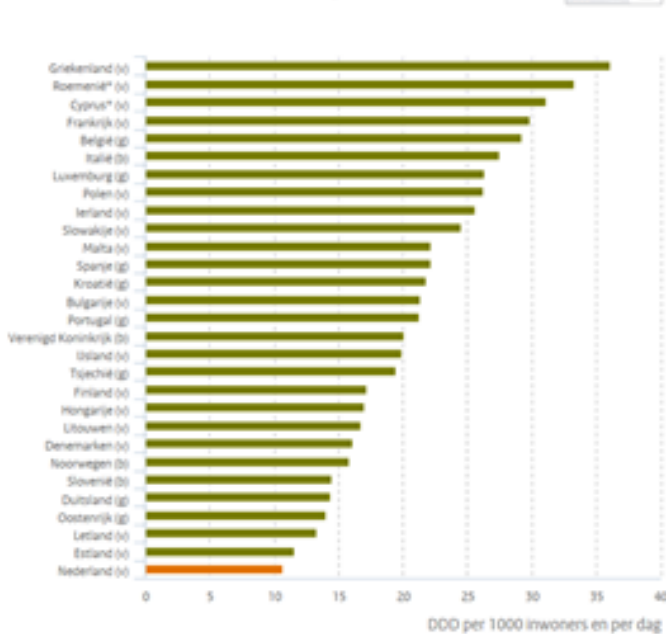
Nationale aanpak: integrale 'One health' benadering

De aanpak van antibioticaresistentie in Nederland richt zich op de terreinen zorg, veehouderij, voedsel en milieu. Dit heet de 'One Health' benadering. Resistente bacteriën komen in al deze domeinen voor en sommige kunnen bijvoorbeeld van dieren op mensen worden overgedragen en andersom. Hiervoor is in Nederland extra aandacht, aangezien 87 procent van de veehouderijen op minder dan 250 meter van een burgerwoning ligt. In de 'One Health' benadering worden alle facetten van menselijke gezondheid in relatie tot de gezondheid van dieren en het milieu integraal beschouwd.

Op ieder terrein worden specifieke maatregelen genomen. Zo zijn artsen terughoudend met het voorschrijven van antibiotica aan patiënten en is het antibioticagebruik in de humane zorg de afgelopen jaren gemiddeld genomen stabiel gebleven. Ook hebben alle ziekenhuizen speciale infectiepreventieteamen. Vergeleken met andere Europese landen is het gebruik van antibiotica in de eerstelijnszorg in Nederland laag (zie figuur 1). In de veehouderij is het antibioticagebruik tussen 2007 en 2012 met meer dan 60% afgenomen. Nederland scoorde hierop in 2012 vergeleken met andere Europese landen gemiddeld. De laatste jaren is de daling in de Nederlandse veehouderij minder sterk. In de gezondheidszorg is er veel aandacht voor infectiepreventie en risicogroepen zoals veehouders en reizigers uit landen waar resistente bacteriën veel vóórkomen. Zij worden gescreend voor opname in een ziekenhuis. Om onderzoek uit al deze relevante terreinen te bundelen en resultaten te delen is het Netherlands Centre for One Health opgericht, een netwerk van kennisinstellingen en universiteiten die onderzoek doen naar antibioticaresistentie in al haar facetten.

Figuur 1: Gebruik van antibiotica in de eerstelijnszorg international 2015

Gebruik van antibiotica in de eerstelijns internationaal 2015



Bron: ESAC-Net

Lees meer

Gebruikte indicator(en): antibioticagebruik in de eerstelijns in DDD (defined daily dose, of standaard dagdosering) per 1000 inwoners in de 28 landen van de Europese Unie plus Noorwegen, 2015.

Tussen haakjes is weergegeven van welk type bron de gegevens afkomstig zijn: v=verkoopcijfers, g=gedeclareerde afleveringen, b=beide typen gegevens.

Gebruikte bron(nen): Antimicrobial consumption database (ESAC-Net) van het ECDC

Meer informatie:

- Internationale vergelijking antibioticagebruik bij mensen in VZinfo.nl

Binnen Nederland zijn er grote verschillen in antibioticagebruik. In 2016 kregen in sommige gemeenten twee keer zoveel mensen antibiotica als in andere gemeenten. Het percentage mensen dat antibiotica gebruikt is vooral hoog in Noordoost Groningen. In Noord Holland wordt in veel gemeenten relatief weinig antibiotica verstrekt (zie kaart). Het gemiddelde in Nederland was in 2016 bijna 21 procent (mannen: 17 procent en vrouwen: 24 procent).

Figuur 2: Gebruikers antibiotica per gemeente 2016

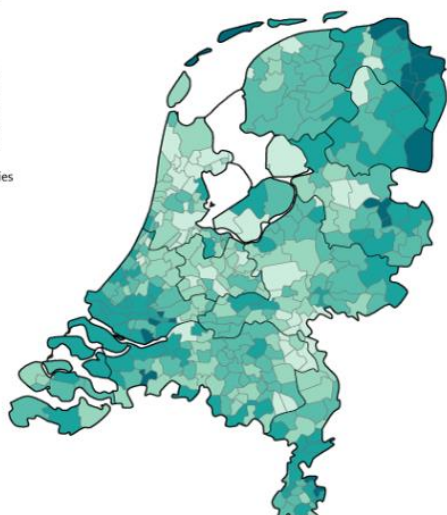
Gebruikers antibiotica 2016

Per gemeente

Percentage

- 15 - 18
- 18 - 20
- 20 - 22
- 22 - 25
- 25 - 30

— provincies



Bron: CBS StatLine

Lees meer

Gebruikte indicator(en): 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.

Gebruikte bron(nen): CBS Statline

Meer informatie:

- Gebruikers antibiotica per gemeente in VZinfo.nl

Internationale aanpak: samenwerking en ondersteuning

Nederland draagt op verschillende manieren bij aan de internationale aanpak van het antibioticaresistentie probleem. Zo is ons land uitgenodigd voor de G20 top in oktober 2018 waar de aanpak van het probleem hoog op de agenda van de gezondheidsministers staat. Ook heeft Nederland financieel bijgedragen aan de eerste *Antimicrobial benchmark* van het World Economic Forum, waarmee onder andere wordt beoogd farmaceutische en biotechbedrijven aan te zetten tot ontwikkeling en productie van nieuwe middelen. Met een aantal landen, waaronder India, China en Indonesië, heeft Nederland een zogeheten Memorandum of Understanding overeenkomst, waarmee ondersteuning en advisering op het gebied van antibioticaresistentie in praktijk wordt gebracht. Het RIVM is een WHO Collaborating Centre voor antibioticaresistentie en heeft een belangrijke rol in internationale surveillance netwerken. Op het gebied van onderzoek en ontwikkeling aan antibioticaresistentie werken Nederlandse universiteiten en andere kennisinstituten in verschillende internationale projecten samen met hun partners in andere landen.

Surveillance: een belangrijke pijler

Een belangrijke pijler onder de Nederlandse aanpak van het probleem is surveillance. In Nederland ondersteunt en coördineert het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM de surveillance.

Zorginstellingen verzamelen gegevens over gebruik van antibiotica en het vóórkomen van resistente bacteriën en zorginfecties. Ze stellen deze gegevens beschikbaar aan het RIVM, dat op zijn beurt de gegevens, na analyse en interpretatie, weer verstrekt aan zorginstellingen en professionals. Zo kunnen zij maatregelen treffen en zo nodig hun beleid bijstellen. Het RIVM onderhoudt ook nauwe contacten met andere landen en internationale organisaties, zoals de WHO en het *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), en levert gegevens aan deze organisaties voor internationale surveillance. Ook in de dierhouderij en het milieu worden systematisch en in gerichte onderzoeken gegevens verzameld over het vóórkomen, gedrag en de verspreiding van resistente bacteriën.

Beleid voor de komende jaren gericht op meerdere pijlers; continue aandacht blijft nodig

Door de boven beschreven aanpak is het aantal resistente bacteriën dat bij mensen in Nederland wordt aangetroffen de afgelopen jaren niet gegroeid. Aan de andere kant zorgen de vergrijzing en de groei van het aantal oudere, kwetsbare mensen met een complex zorgbeeld ervoor dat zich nieuwe problemen voordoen. Zo is er een groeiend besef dat het toenemend aantal verplaatsingen van patiënten tussen instellingen voor langdurige zorg en ziekenhuizen bij kan dragen aan verspreiding van resistente bacteriën. Hierdoor wordt de samenwerking tussen zorginstellingen zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGD'en steeds belangrijker. Om deze samenwerking te versterken worden momenteel tien regionale zorgnetwerken gevormd die vanaf 2019 operationeel zijn.

In de komende jaren wordt het gebruik van antibiotica in de veehouderij verder teruggedrongen. Hoewel antibiotica in de humane gezondheidszorg al zorgvuldig worden toegepast, blijft ook hier aandacht voor. Goede voorlichting en zogenaamde stewardship programma's voor professionals moeten dit gaan ondersteunen. Surveillance en gericht onderzoek naar risicogroepen, transmissie en gedrag en verspreiding van resistente bacteriën in mensen, dieren en het milieu zullen meer inzicht geven in de problematiek en de noodzaak voor eventuele aanvullende maatregelen. Tegelijkertijd blijft Nederland zich internationaal inzetten voor de aanpak van het probleem en het adviseren en ondersteunen van andere landen en internationale organisaties. Daarnaast wordt gewerkt aan onderzoek, ontwikkeling, testen en productie van nieuwe antibiotica en andere middelen, onder andere in het Netherlands Antibiotic Development Platform en door internationale initiatieven zoals van het World Economic Forum.

Referenties

- WHO. Website Antimicrobial resistance. Geneve: World Health Organization (WHO). Website bezocht op 31 mei 2018. <http://www.who.int/antimicrobial-resistance/en/>
- O'Neill J. Review on Antimicrobial Resistance. Antimicrobial Resistance: Tackling a Crisis for the Health and Wealth of Nations. Londen: UK Government. 2014. https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 32 620, nr. 159, meerjarenprogramma antibioticaresistentie. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32620-159.html>
- RIVM. Webpagina Wat is antibioticaresistentie. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Website bezocht op 31 mei 2018. https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf
https://www.rivm.nl/Onderwerpen/A/Antibioticaresistentie/Antibioticaresistentie/Wat_is_antibioticaresistentie

Webartikel 6: Verdiepende beschrijving voor de opgave over de stijgende zorguitgaven

Leeswijzer

Dit webartikel is een beschouwing over de toekomstige opgave: 'de zorguitgaven groeien harder dan de economie groeit en verdubbelen over de periode 2015-2040'. In deze VTV zijn verschillende groepen in de samenleving geraadpleegd. Hieruit is gebleken dat burgers en volksgezondheidsprofessionals dit een belangrijke opgave voor de toekomst vinden [[link naar webpagina over vragenlijst](#)]. Dit webartikel belicht de oorzaken en mogelijke gevolgen van de stijging van de zorguitgaven en besteedt aandacht aan de verschillende manieren om naar zorguitgaven te kijken. Tot slot wordt kort gereflecteerd op de houdbaarheid van de zorguitgaven.

Dit webartikel is onder andere gebaseerd op het Trendskenario [[link](#)] en de Themaverkenningen [[link](#)] van deze VTV-2018. De onderbouwing voor de hier gepresenteerde teksten, cijfers en figuren kunt u in deze onderdelen vinden, tenzij anders aangegeven. Het Trendskenario en de themaverkenningen geven een beeld van hoe onze volksgezondheid en zorg zich de komende 25 jaar kunnen ontwikkelen als we op de huidige voet door zouden gaan en niets extra's zouden doen. Op deze manier kunnen de maatschappelijke opgaven voor de toekomst in kaart gebracht worden.

Dit webartikel bestaat uit de volgende onderdelen:

- De zorguitgaven verdubbelen tot 2040
- Verschillende manieren van kijken naar zorguitgaven
- Wat zijn de gevolgen van de groei van de zorg en de stijgende zorguitgaven?
- Is de stijging van zorguitgaven houdbaar?

De zorguitgaven verdubbelen tot 2040

In het [Trendskenario](#) stijgen de zorguitgaven met gemiddeld 2,9 procent per jaar tot 174 miljard euro in 2040. Dat is een verdubbeling ten opzichte van 2015. De zorguitgaven per persoon stijgen van 5.100 euro in 2015 tot 9.600 euro in 2040. Hierbij zijn de uitgaven uitgedrukt in prijzen van 2015 en omvatten zowel collectieve als private uitgaven aan zorg. Het aandeel van de zorguitgaven als percentage van het Bruto Binnenlands Product (BBP) neemt toe van 12,7 procent in 2015 naar 16,4 procent in 2040. Dit is gebaseerd op een veronderstelde groei van het BBP van 1,8 procent per jaar.

De zorguitgaven stijgen door demografie, welvaart en technologie...

De grote drijvende krachten achter de groei van de zorguitgaven zijn demografie, welvaart en technologie. Van de gemiddelde jaarlijkse groei van de totale zorguitgaven in het Trendskenario (2,9 procent) komt een derde deel (1,2 procent) door demografische ontwikkelingen (bevolkingsgroei en vergrijzing). Twee derde van de uitgavengroei (1,7 procent) is toe te schrijven aan andere factoren, waaronder stijgende welvaart en medische technologie. Deze factoren beïnvloeden de zorguitgaven op verschillende manieren. Zo zorgt bevolkingsgroei voor hogere zorguitgaven omdat er simpelweg meer mensen zijn die zorg nodig hebben. Vergrijzing (de toename van het aantal ouderen in de bevolking) zorgt voor hogere uitgaven omdat ouderen in de regel (veel) meer zorg nodig hebben dan jongeren. De stijgende levensverwachting (het ouder worden van ouderen) zorgt ook voor hogere zorguitgaven, omdat de periode waarin ouderen zorg gebruiken langer wordt (1). Ook welvaarts-groei zorgt vaak voor een stijging van de zorguitgaven. Bij een groeiende economie zijn er meer middelen voorhanden, en burgers verwachten bij welvaarts-groei vaak ook dat de overheid (meer) investeert in

de gezondheidszorg (2). Tegelijkertijd zijn overheden bij een groeiende economie vaak ook geneigd om daar meer geld voor vrij te maken.

De relatie tussen zorguitgaven en technologie is complex

De relatie tussen technologie op zorguitgaven is complex. Het gaat hierbij zowel om hogere prijzen, meer gebruik (volume) en om de indirecte effecten van technologie, zoals langere overleving. Om te beginnen, zorgt de introductie van nieuwe technologie in de gezondheidszorg vaak voor hogere prijzen, en daardoor ook hogere uitgaven. Deze hogere prijzen zijn vaak het gevolg van doorberekende research- en ontwikkelingskosten, patenten en (om)scholing van personeel. Hoge prijzen zijn meestal tijdelijk (3). Daarnaast schept nieuwe technologie in de gezondheidszorg vaak ook meer vraag en meer gebruik (in economische termen ook wel volume genoemd). Ook dit zorgt voor hogere uitgaven. Dit effect heeft vaak een structureel karakter dan hoge prijzen, waardoor prijsdalingen lang niet altijd leiden tot lagere zorguitgaven (4, 5). De groei van de vraag kan verklaard worden door het feit dat nieuwe technologie vaak ook de behandeling van nieuwe patiëntengroepen mogelijk maakt. Bij de groei van het volume speelt ook het fenomeen ‘technology creep’ een rol (bij geneesmiddelen wordt dit ook wel ‘off-labelgebruik’ genoemd). Deze term slaat op de vaak langzame maar gestage uitbreiding van het gebruik van nieuwe technologieën naar groepen waarvoor die in eerste instantie niet bedoeld zijn, zonder dat duidelijk is of dit ook altijd leidt tot betere gezondheidsuitkomsten. Bovendien zijn er weinig (financiële of zorginhoudelijke) prikkels om de oude technologie niet meer te gebruiken, waardoor nieuwe technologie vaak naast en niet in plaats van oude technologie gebruikt. De uitgaven aan nieuwe technologie komen er dus bij, zonder dat er iets van de uitgaven af gaat (6-8). Tot slot heeft technologie ook indirecte effecten. Nieuwe diagnostiek en behandelmogelijkheden (waaronder nieuwe geneesmiddelen) zorgen ervoor dat steeds meer mensen niet overlijden als gevolg van bepaalde aandoeningen. Dit betekent echter ook dat deze groep – zeker naar mate die ouder wordt – vaak andere aandoeningen krijgt, met daaraan verbonden zorggebruik en zorguitgaven.

Ook arbeidsproductiviteit speelt een rol

Ook arbeidsproductiviteit speelt een rol bij het toenemen van de zorguitgaven. De gezondheidszorg, is, vergeleken met bijvoorbeeld de industrie, een arbeidsintensieve bedrijfstak. Loonstijgingen vallen hierdoor niet altijd samen met hogere arbeidsproductiviteit. In de industrie kunnen hogere loonkosten vaak worden gecompenseerd door mechanisering of automatisering. Hierdoor is het vaak mogelijk om met minder mensen méér te produceren. In de gezondheidszorg kan dat veel minder. Soms zijn er door nieuwe technologie juist meer mensen nodig, in plaats van minder; bijvoorbeeld bij hoogspecialistische monitoring. In de gezondheidszorg blijven ondanks de hogere lonen vaak evenveel handen aan het bed werkzaam. De zorg wordt daardoor in vergelijking met de bijvoorbeeld de industrie duurder. Dit noemen we ook wel het Baumol-effect (9, 10).

De zorguitgaven aan kanker stijgen het snelst

De groep van psychische stoornissen, inclusief dementie en verstandelijke beperking, is ook in 2040 de ziektegroep waaraan het meest wordt uitgegeven. In de periode 2015-2040 stijgen de uitgaven aan de behandeling van kanker (nieuwvormingen) het snelste, met gemiddeld 6 procent per jaar. De groei van de uitgaven aan kanker is voor één zesde deel toe te schrijven aan demografische ontwikkelingen (vergrijzing, bevolkingsgroei). Het resterende deel (vijf zesde) kan worden toegeschreven aan andere factoren, waaronder medische technologie (waar ook geneesmiddelen onder vallen) en toenemende welvaart. Deze projectie is gebaseerd op historische trends, waarbij verondersteld wordt dat trends uit het verleden zich voortzetten in de toekomst. Voor de behandeling van kanker zijn in de periode tussen 2011 en 2015 veel nieuwe en vaak dure geneesmiddelen op de markt gekomen. Deze extra uitgavengroei verklaart een deel van de stijging in deze projectie.

Ook de uitgaven aan ouderenzorg nemen snel toe

Volgens het Trendskenario stijgen de zorguitgaven voor 65-plusser tussen 2015 en 2040 van 44 procent in naar 59 procent van de totale zorguitgaven. Hierbij gaat het zowel om curatieve zorg – bijvoorbeeld in een ziekenhuis – als langdurige zorg thuis of in een verpleeghuis. Van alle zorgsectoren stijgen in het Trendskenario de uitgaven aan de ouderenzorg het snelst, van 20 procent van de totale zorguitgaven in 2015 naar 25 procent in 2040. Ongeveer driekwart van deze groei is toe te schrijven aan de doorzettende vergrijzing.

Wat zijn de onzekerheden rondom de stijging van de zorguitgaven?

Net als andere toekomstprojecties is ook de projectie van de zorguitgaven omgeven door een aantal onzekerheden. Ten eerste is de economische groei en daarmee het economisch draagvlak voor stijgende zorguitgaven onzeker. In het Trendskenario wordt uitgegaan van een gemiddelde economische groei van 1,8 procent per jaar. Het verleden laat zien dat deze groei sterk kan fluctueren. Eventuele economische crises kunnen zorgen voor een rem op de groei van de zorguitgaven. Zowel de overheid als burgers hebben dan minder geld te besteden. Dit leidt op nationaal niveau vaak tot beheersingsmaatregelen en bezuinigingen op de zorguitgaven. Op persoonlijk niveau zullen mensen minder snel geneigd zijn om zorg te gebruiken die ze (gedeeltelijk) uit eigen zak moeten betalen. Daarnaast kan de bevolking sneller groeien dan verwacht, bijvoorbeeld door dalende sterftcijfers en migratie. Ook kan de levensverwachting harder stijgen dan verwacht. Een toename van de bevolking of van het aantal ouderen, zal direct effect hebben op de zorguitgaven. De invloed van technologie vormt de grootste onzekerheid, omdat dit zowel een positief als negatief effect kan hebben op de groei van de zorguitgaven [[link tech.-verkenning](#)]. Andere, meer normatieve factoren, zoals de betalingsbereidheid van mensen, zijn vaak lastig kwantitatief uit te drukken. Eerdere analyses laten zien dat toekomstige zorguitgaven naar verwachting harder zullen stijgen dan de groei van het Bruto Binnenlands Product (10). Hierdoor zullen de zorguitgaven als percentage van het BBP stijgen.

Verschillende manieren van kijken naar zorguitgaven

Kosten, uitgaven of investering?

In de VTV wordt de term 'zorguitgaven' gebruikt in plaats van zorgkosten. Dit is een bewuste keuze. Voor het geld dat we uitgeven aan zorg krijgen we immers ook iets terug: gezondheid. De term zorgkosten suggereert dat de zorg vooral wordt gezien als kostenpost. De laatste jaren wordt ook de term zorginvesteringen steeds vaker gebruikt. Hiermee wordt benadrukt dat gezondheidszorg soms meer oplevert dan het aanvankelijke bedrag dat eraan wordt uitgegeven. Het inzichtelijk krijgen van kosten en baten van een zorginvestering of een interventie is niet eenvoudig. De kosten zijn vaak goed in cijfers uit te drukken. Voor de resultaten is dat vaak veel lastiger, zeker als hier ook een bedrag aan moet worden toegekend. Er zijn weliswaar vastgestelde waardes voor gezondheidswinst, maar de effecten van interventies kunnen ook andere uitingsvormen hebben, zoals een betere kwaliteit van leven, een betere ervaren gezondheid of een hogere (arbeids)productiviteit (11). Het uitvoeren van een maatschappelijke kosten-baten analyse (MKBA) is een manier om voor- en nadelen van een maatregel af te wegen door deze zoveel mogelijk in euro's uit te drukken (12). De meeste MKBA's gaan echter over (een pakket) van één of enkele interventies. Het uitvoeren van een MKBA op de totale zorguitgaven is vanwege de complexiteit en omvang vrijwel onhaalbaar.

Verschillende afbakeningen van zorguitgaven

Het lijkt eenvoudig om de zorguitgaven te bepalen. Er bestaan echter meerdere manieren om naar de zorguitgaven te kijken. In de VTV wordt een maatschappelijk perspectief gehanteerd. Dat houdt in dat alle directe collectieve en private zorguitgaven worden meegenomen [[Link Trendskenario](#)]. Als op deze manier naar de zorguitgaven van 2015 wordt gekeken, komen die op 85,8 miljard euro uit. Hiermee is het perspectief van de VTV anders dan die van de Zorgrekeningen van het CBS, die voor 2015 uitkomt op een totaalbedrag van 94,5 miljard euro. Dit komt doordat het CBS óók de uitgaven

aan welzijnsactiviteiten, jeugdzorg en kinderopvang meeneemt. Als er wordt gekeken met de bril van de overheidsfinanciën (rijksbegroting) dan zijn zowel de VTV - als de CBS-definitie te ruim. Het ministerie hanteert een eigen definitie die uitgaat van het perspectief van de begroting van het ministerie van VWS: het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Hierbij wordt alleen gekeken naar de zorg die collectief wordt gefinancierd, door bijvoorbeeld verzekeringen (Zvw en Wlz) en door directe overheidsuitgaven door rijk en gemeenten (Wmo). Dit betekent dat bijvoorbeeld jeugdzorg, lokaal welzijnswerk, de uitgaven aan arbodiensten, GGD-en en de zorg die door aanvullende (private) verzekeringen worden gefinancierd in het BKZ buiten beeld blijven. Bij het zogenaamde 'netto-BKZ' worden bovendien ook het verplichte eigen risico (Zvw) en de eigen bijdragen (Zvw, Wlz en Wmo) buiten beschouwing gelaten. Het netto-BKZ voor 2015 bedroeg 66,4 miljard euro. Hierbij moet worden opgemerkt dat het BKZ niet elk jaar hetzelfde is. De samenstelling van het verzekerde pakket (zorgaanbod) van Zvw en Wlz verandert van jaar tot jaar. Soms zijn de veranderingen minimaal, maar het kan ook om substantiële wijzigingen gaan. Daarnaast kunnen ook de hoogte van het verplichte eigen risico en de verplichte eigen bijdrages van jaar tot jaar veranderen (1). Uit het bovenstaande blijkt wel dat de gehanteerde definitie van zorguitgaven sterk samenhangt met de context waarin die gebruikt wordt.

Zorguitgaven en het huishoudboekje

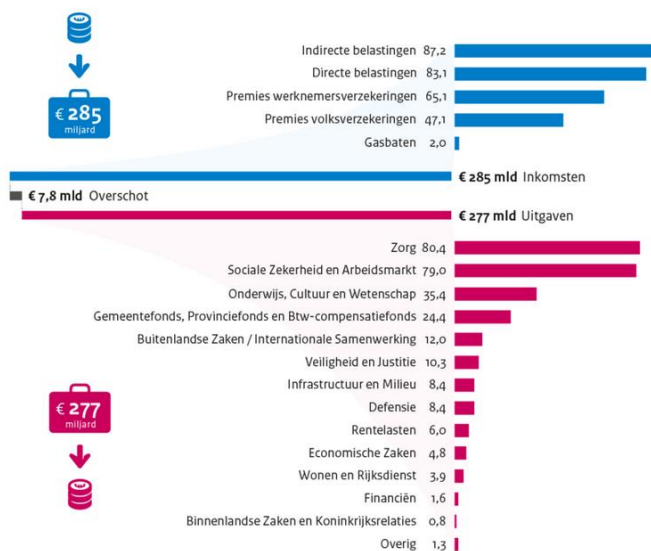
Voor individuele burgers en huishoudens hebben de bovenstaande afbakeningen waarschijnlijk weinig zeggingskracht. Voor hen bestaan de zorguitgaven vooral uit zorgpremies, eigen bijdragen en het eigen risico, waarvan een deel eventueel gedeeltelijk gecompenseerd wordt via de zorgtoeslag. Hoe verhouden deze uitgaven aan zorg zich tot andere persoonlijke uitgaven? Het Centraal Planbureau (CPB) heeft in 2013 berekend dat het aandeel van de gemiddelde huishoudelijke begroting dat naar zorg gaat kan oplopen tot 28% in 2040 (10). Op dit moment is dat nog 23%. Als gekeken wordt naar de totale zorguitgaven per individuele Nederlander (inclusief kinderen), dan gaven we in 2015 gemiddeld 422 euro per persoon per maand uit aan zorg. Dit stijgt in 2040 naar gemiddeld 800 euro per persoon per maand. Hierbij gaat het om gemiddelden. In individuele gevallen –vooral bij mensen met een chronische aandoening – kan er soms sprake zijn van een stapeling van eigen risico's en eigen bijdrages. Hoewel het eigen risico en de eigen bijdrages aan een wettelijk maximum gebonden zijn, kunnen de uitgaven op individueel niveau fors oplopen (13).

Zorg is de grootste uitgavenpost binnen de overheidsbegroting

Voor 2018 bedraagt de totale overheidsbegroting 285 miljard euro. Zorg neemt hiervan 80,4 miljard euro voor haar rekening (zie figuur 1). Dat is ongeveer 28 procent. De post Sociale Zekerheid en Arbeidsmarkt volgt met 79 miljard euro. De post Zorg in de overheidsbegroting is ongeveer net zo groot als Onderwijs, Defensie, Buitenlandse en Binnenlandse Zaken en Justitie samen. Het bedrag voor Zorg op de rijksbegroting voor 2018 (80,5 miljard euro) is hoger dan het netto-BKZ (68,8 miljard euro). Dit komt doordat hier ook andere uitgaven onder vallen, zoals die voor preventie, de zorgtoeslag, jeugd, sport en bewegen, de zorg voor oorlogsgetroffenen en de herinnering aan de Tweede Wereldoorlog. Bovendien staan ook de personeelskosten van het ministerie en aanverwante organisaties, zoals het RIVM, op de begroting (14).

Overzicht inkomsten en uitgaven Rijksoverheid 2018

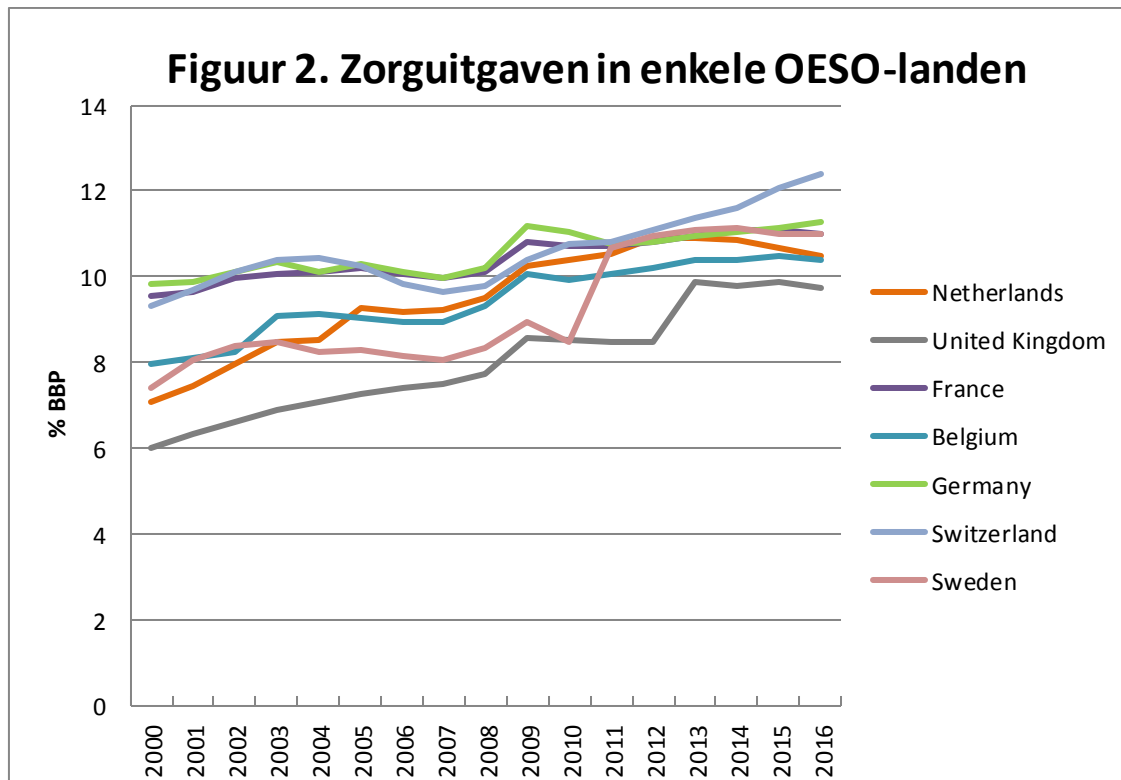
Bedragen in miljarden euro



Bron: ministerie van Financiën

Nederlandse zorguitgaven hoog, maar vergelijkbaar met andere landen

Waar staat Nederland in vergelijking met andere landen als het gaat om zorguitgaven? Met de System of Health Accounts-definitie van de OESO (in het Engels: OECD) zijn deze vergelijkbaar met de ons omringende landen (Figuur 2). We geven meer uit aan zorg dan België en het Verenigd Koninkrijk, maar bijvoorbeeld minder dan Duitsland, Frankrijk en Zweden. Tegelijkertijd valt op dat de zorguitgaven de afgelopen jaren in alle OESO-landen zijn gestegen. Volgens de OESO kan deze stijging vooral verklaard worden door de toename van de uitgaven aan langdurige zorg. Hierbij heeft Nederland lang een afwijkend patroon gehad, met relatief lage uitgaven aan curatieve zorg maar juist hoge uitgaven aan langdurige zorg. De laatste jaren zijn deze verschillen bijgetrokken, eerst door de komst van de Zorgverzekeringswet en de toename van de curatieve zorguitgaven, en daarna door de komst van de Wet langdurige zorg en bezuinigingen op de langdurige zorg. Daartegenover staat dat het Nederlandse zorgstelsel volgens de OESO ook doeltreffend, zeer toegankelijk en adaptief is (1).



Wat zijn de gevolgen van de groei van de zorg en de stijgende zorguitgaven?

Het macro-economisch belang van de zorg neemt sterk toe

De gezondheidszorg kan op verschillende manieren worden bekeken: als een consumptieve sector, waar we producten of diensten 'kopen' of als een productieve sector die iets oplevert. Met de bril van consumptie op kan er bijvoorbeeld worden gekeken hoeveel van de toekomstige welvaarts-groei naar de gezondheidszorg zal gaan. Bij een gemiddelde groei van 1,8 procent per jaar zal onze economie tussen 2015 en 2040 met 380 miljard euro groeien. De zorguitgaven nemen in deze periode toe met bijna 88 miljard, bij een gemiddelde groei van 2,9 procent per jaar. Dat betekent dat ongeveer 23 procent van de absolute economische groei naar de gezondheidszorg zou gaan. Als we gezondheidszorg bekijken als een productieve sector, dan lijkt deze met een omvang van 16,4 procent van het BBP in 2040 een van de grootste economische sectoren van Nederland te worden. Dit is vergelijkbaar met de omvang van bijvoorbeeld de industrie of de zakelijke dienstverlening. Daar tegenover staat dat de industrie producten maakt en de financiële dienstverlening geld oplevert. De opbrengsten van de gezondheidszorg zijn echter veel minder tastbaar. Toch is hier wel wat over te zeggen. Recent onderzoek laat zien dat zeker de helft van de stijging van de levensverwachting in de afgelopen decennia is toe te wijzen aan verbeteringen in de gezondheidszorg. Ook de investeringen in de ouderenzorg hebben hieraan bijgedragen (1, 15, 16). Daarnaast kan goede zorg bij patiënten ook leiden tot minder ziekteverzuim, hogere arbeidsproductiviteit, betere schoolprestaties of meer maatschappelijke participatie (vrijwilligerswerk).

De vraag naar personeel in de zorg neemt toe

In de zorg werken momenteel ruim één miljoen mensen. Dat is ongeveer 13% van alle werknemers in Nederland. Ruim een derde (35%) van deze mensen werkt in de verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT), een kwart (27%) in een ziekenhuis en 16% in de gehandicaptenzorg (17). Er is op dit moment een tekort aan zorgprofessionals (17). De groei van de zorgsector zal ook effecten hebben op de (zorg)arbeidsmarkt. Vergeleken bij andere economische sectoren, kunnen binnen de zorgsector handen (aan het bed) vaak niet zo eenvoudig worden vervangen door technologie. De inzet van mensen blijft hierdoor belangrijk.

Verwacht wordt dat het extra tekort aan zorgpersoneel de komende jaren zal oplopen tot ongeveer 100.000 mensen. Hierbij gaat het vooral om hbo- en mbo-verpleegkundigen en mbo3 verzorgenden. De toekomstige vraag naar zorgpersoneel zal ook afhangen van de ontwikkelingen van specifieke onderdelen van zorg en het benodigde profiel van toekomstige zorgprofessionals. Dit is nu nog niet goed in te schatten. Maar gegeven de huidige en voorziene tekorten aan personeel zal de druk de komende jaren waarschijnlijk zeker niet afnemen.

Solidariteit onder druk?

Het huidige Nederlandse zorgstelsel kenmerkt zich door een sterke risico solidariteit. Dit betekent dat er in de zorgpremies voor de basisverzekering en langdurige zorg geen onderscheid gemaakt wordt tussen zieken en niet-zieken, tussen mensen met een gezonde en ongezonde leefstijl en tussen jongeren en ouderen. De stijging van de zorguitgaven zorgt voor een toenemende druk op deze solidariteit en de discussie hierover neemt de laatste jaren toe. Volgens sommigen rechtvaardigen de stijgende zorguitgaven een meer risicogerichte aanpak: degene die 'onverantwoord leeft', moet ook meer bijdragen. Volgens de voorstanders hiervan betekent dit onder andere dat (de gevolgen van) een ongezonde leefstijl (bijvoorbeeld overgewicht, overmatig alcoholgebruik en roken) zou(den) moeten leiden tot hogere individuele zorgpremies. Mensen met een ongezonde leefstijl, zo wordt geredeneerd, gebruiken immers ook meer zorg en bovendien is die zorg grotendeels 'vermijdbaar' (18). Dit ligt echter ingewikkelder. Op de middellange termijn levert het verbeteren van de leefstijl inderdaad lagere zorguitgaven op, maar die worden vaak op de langere termijn weer teniet gedaan. Mensen die gezonder leven, worden vaak ouder. Dan krijgt juist deze groep te maken met ouderdomsaandoeningen die intensieve en dure zorg met zich meebrengen (1). Het koppelen van premies aan risicofactoren is dus niet zo eenvoudig als het lijkt. Bovendien kan het betrekken van risicofactoren bij het vaststellen van de solidariteit binnen de zorgverzekering leiden tot een proces dat door de sociologen Doyle en Ericsson 'unpooling' is genoemd: het versplinteren van een brede solidariteitsbasis binnen verzekeringsystemen tot steeds kleinere subgroepen. Uiteindelijk leidt dit voor bijna iedereen tot hogere premies (19).

Is de stijging van de zorguitgaven houdbaar?

Als de zorguitgaven in 2040 twee keer zo hoog zijn als nu, zijn ze dan nog houdbaar? Meerdere factoren spelen hierbij een rol. De houdbaarheid hangt niet alleen af van de stijging van de zorguitgaven zelf. Ook de toekomstige ontwikkeling van de welvaart speelt een belangrijke rol. Door de toenemende demografische druk wordt het economische draagvlak voor de verzorgingsstaat en voor de uitgaven voor de zorg kleiner. De groep die de baten van de zorg geniet wordt immers groter in vergelijking met de groep die de premies moet opbrengen. De effecten hiervan kunnen ondervangen worden door bezuinigingen (bijvoorbeeld door het inkrimpen van het pakket van de basisverzekering of het instellen van uitgavenplafonds), door een groter BBP, bijvoorbeeld door mensen langer te laten werken (verhoging pensioenleeftijd), of door het verhogen van de arbeidsproductiviteit door innovatie. Bij het laatste is de rol van (zorg)technologie onduidelijk. Zoals in dit stuk is geschetst, kan technologie (waaronder geneesmiddelen) op verschillende manieren effect hebben op de zorguitgaven. Trends uit het verleden laten vooral het opdrijvende effect van technologie op de zorguitgaven zien. Als echter de beloftes over mogelijke kostenbesparingen door technologie in de toekomst worden ingelost, kunnen de zorguitgaven er in 2040 heel anders uitzien dan we nu verwachten. Het hangt echter niet alleen af van de vraag hoeveel we aan zorg *kunnen* uitgeven, maar ook hoeveel we eraan *willen* uitgeven en waaraan dit geld dan besteed moet worden. Dat zijn vaak politieke of beleidsmatige keuzes, bijvoorbeeld over hoe kwaliteit van zorg, toegankelijkheid van zorg en de hoogte van de uitgaven zich tot elkaar zouden moeten verhouden (1). Tegelijkertijd leveren de uitgaven aan gezondheidszorg ook veel op: een hogere (gezonde) levensverwachting, minder ziekteverzuim, hogere arbeidsproductiviteit, betere schoolprestaties en

meer maatschappelijke participatie. Het is daarom eigenlijk niet goed mogelijk om een uitspraak te doen over de houdbaarheid van de zorguitgaven in de toekomst.

Referenties

1. Polder JJ. Zorguitgaven. In: Jeurissen P, Maarse H, Tanke M, editors. Betaalbare zorg. Den Haag: Sdu Fiscale en Financiële Uitgevers. 2018. <https://www.sdu.nl/betaalbare-zorg.html>
2. Dekker P, van der Ham L, Wennekers A. Burgerperspectieven 2018|1. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). 2018. https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2018/Burgerperspectieven_2018_1
3. Hult KJ, Jaffe S, Philipson TJ. How Does Technological Change Affect Quality-Adjusted Prices in Health Care? Systematic Evidence from Thousands of Innovations. NBER Working Paper No. 22986/2016. Website bezocht op 5 juni 2018. <http://www.nber.org/papers/w22986>
4. Thorpe KE & Howard DH. The Rise In Spending Among Medicare Beneficiaries: The Role Of Chronic Disease Prevalence And Changes In Treatment Intensity. Health Affairs. 2006;25(5):w378-w88. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.w378>
5. Thorpe KE, Ogden LL, Galactionova K. Chronic Conditions Account For Rise In Medicare Spending From 1987 To 2006. Health Affairs. 2010;29(4):718-24. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0474>
6. Skinner J & Staiger D. Technology Diffusion and Productivity Growth in Health Care. The Review of Economics and Statistics. 2015;97(5):951-64. https://doi.org/10.1162/REST_a_00535
7. Douven R & Boone J. Efficiëntie, concurrentie en globale budgetten in de zorg. TPE digitaal. 2014;8(2):82-97. Website bezocht op 5 juni 2018. <https://econpapers.repec.org/paper/tiutiutis/59dd9621-4204-471c-b29a-0f1ac8bec3b6.htm>
8. Mot E, Aalbers R, Stuut K, Douven R. Prikkel om effectiviteit te meten laag. Overheid aan zet. CPB Policy Brief 2017/06. Den Haag: Centraal Planbureau (CPB). 2017. <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Notitie-8nov2017-productiviteits-ontwikkeling-van-de-Nederlandse-overheid.pdf>
9. Baumol WJ. Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis. The American Economic Review. 1967;57(3):415-26. <http://piketty.pse.ens.fr/files/Baumol1967.pdf>
10. van Ewijk C, van der Horst A, Besseling P. Toekomst voor de zorg. Den Haag: Centraal Planbureau (CPB). 2013. <https://www.cpb.nl/publicatie/toekomst-voor-de-zorg>
11. Pomp M. Arbeidsbaten en uitgespaarde zorgkosten door innovatieve geneesmiddelen. Zes casestudies. Analyse in opdracht Nefarma. 2015. Website bezocht op 5 juni 2018. <http://docplayer.nl/10746998-Zes-casestudies-arbeidsbaten-en-uitgespaarde-zorgkosten-door-innovatieve-geneesmiddelen-marc-pomp-marc-pomp-borstkanker-hypertensie.html>
12. Pomp M, Schoemaker CG, Polder JJ. Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg : Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). 2014. https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2014/april/Op_weg_naar_maatschappelijke_kosten_batenanalyses_voor_preventie_en_zorg_Themarapport_Volksgezondheid_Toekomst_Verkenning_2014
13. VWS. Kamerbrief over Maatregelen om stapeling van zorgkosten te beperken (1260146-170454-Z). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). 2017. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/11/17/kamerbrief-over-maatregelen-om-stapeling-van-zorgkosten-te-beperken>

14. VWS. Rijksbegroting 2018. Deel 16: Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). 2017.
<http://www.rijksbegroting.nl/2018/voorbereiding/begroting?hoofdstuk=40.25>
15. Meerding WJ, Polder JJ, de Hollander AEM, Mackenbach JP. Hoe gezond zijn de zorguitgaven? De kosten en opbrengsten van gezondheidszorg bij infectieziekten, kankers, en hart- en vaatziekten. Zorg voor euro's – 6. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). 2007. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270091002.html>
16. Mackenbach JP, Slobbe L, Looman CWN, van der Heide A, Polder J, Garssen J. Sharp upturn of life expectancy in the Netherlands: effect of more health care for the elderly? European Journal of Epidemiology. 2011;26(12):903-14. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10654-011-9633-y>
17. UWV. Factsheet Arbeidsmarkt Zorg. 2018. Amsterdam: UWV.
https://www.uwv.nl/overuwv/Images/Factsheet_Zorg.pdf
18. Kloosterman R, te Riele S. Meningen over de eigen bijdrage aan de gezondheidszorg. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). 2012. Website bezocht op 5 juni 2018.
<https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2012/38/meningen-over-de-eigen-bijdrage-aan-de-gezondheidszorg>
19. Doyle A & Ericson R. Five ironies of insurance. In: Clark GW, Anderson G, Thomann C, Graf von der Schulenberg JM, editors. The appeal of insurance. Toronto, Buffalo & London: University of Toronto Press. 2010;226-47. DOI: 10.3138/9781442685888