



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

## **Methodenbeschrijving Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024**

## Colofon

Dit is een achtergronddocument bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024.

© RIVM 2024

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

A. Spijkerman (auteur), RIVM  
H. Hilderink (auteur), RIVM  
R. Poos (auteur), RIVM  
C. Couwenbergh (auteur), RIVM  
L. den Broeder (auteur), RIVM

Contact:

[vtv@rivm.nl](mailto:vtv@rivm.nl)

Toekomstverkennen Volksgezondheid (TVG), Centrum Volksgezondheid Zorg en Maatschappij (VZM)

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 (VTV-2024)

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

Nederland

[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

## Inhoudsopgave

### **Samenvatting — 5**

#### **1 Methodologische uitgangspunten en toetsing — 7**

- 1.1 Uitgangspunten methoden toekomstverkennen — 7
- 1.2 Wetenschappelijke toetsing — 9
  - 1.2.1 Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) — 9
  - 1.2.2 Externe wetenschappelijke toetsing rapportages — 9
  - 1.2.3 Interne wetenschappelijke toetsing rapportages — 9

#### **2 VTV-2024: Proces en keuze inhoudelijke focus — 11**

- 2.1 Inventarisatie maatschappelijke ontwikkelingen — 12
- 2.2 Van inventarisatie naar thema's — 13
- 2.3 Digitalisering als maatschappelijke ontwikkeling — 13

#### **3 Trends en Toekomst: hoe gaat onze toekomst eruitzien? — 15**

- 3.1 Conceptueel model — 15
- 3.2 Beleidsarm toekomstscenario — 16
- 3.3 Methode toekomstprojecties — 17
- 3.4 Aanvullende analyses zonder projecties naar de toekomst — 21

#### **4 Focusgroepen onder jongeren — 23**

- 4.1 Samenstelling groepen en aantal deelnemers — 23
- 4.2 Uitvoering focusgroepen — 23
- 4.3 Verwerking gegevens — 23

#### **5 Themaverkenningen — 25**

- 5.1 Aanvulling DESTEP per thema: verkenning grijze literatuur — 25
- 5.2 Stakeholderconsultaties — 26
- 5.3 Verdiepende literatuurstudie — 26

#### **6 Opgaven en handelingsopties — 29**

- 6.1 Opgaven — 29
- 6.2 Handelingsopties vanuit meerdere perspectieven — 29

#### **7 Duiding vanuit expert en maatschappelijk perspectief — 33**

- 7.1 Burgerraad en burgerpanel — 33
- 7.2 RIVM reflectieteam — 35
- 7.3 Governance projectorganisatie, aansturing en afstemming — 35

#### **Bijlagen bij hoofdstuk 2 — 37**

#### **Bijlagen bij hoofdstuk 3 — 43**

#### **Bijlagen bij hoofdstuk 4 — 48**

#### **Bijlagen bij hoofdstuk 5 — 71**

#### **Bijlagen bij hoofdstuk 6 — 79**

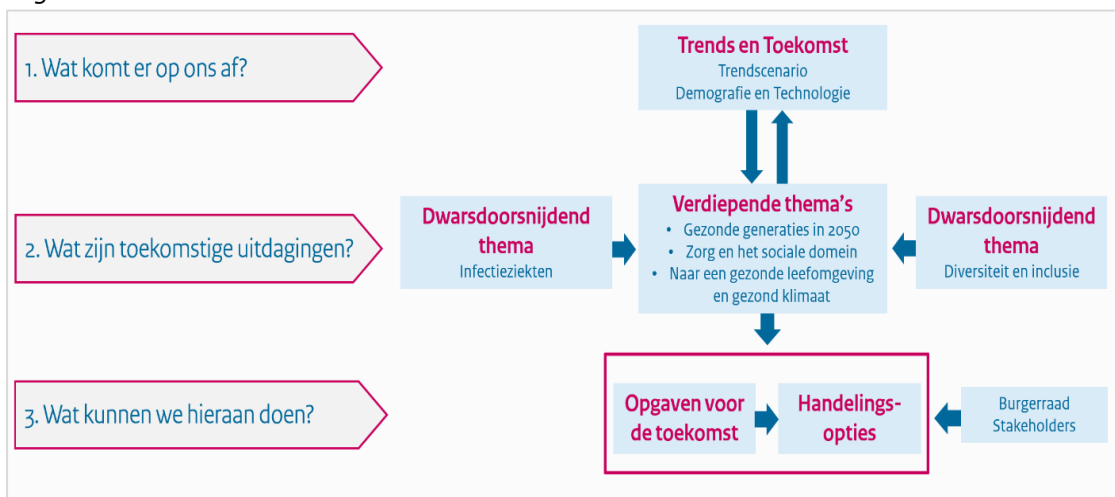
#### **Bijlagen bij hoofdstuk 7 — 118**



## Samenvatting

Dit document geeft een overzicht van de methoden en processen die zijn gebruikt voor het opstellen van de VTV-2024, bijvoorbeeld het Trendscenario, de themaverkenningen en de focusgroepen (zie figuur 1). Maar het geeft ook aan hoe deze verschillende onderdelen zijn geïntegreerd en welke afwegingen zijn gemaakt. Juist door het proces van integratie van al deze verschillende bouwstenen en informatiebronnen ontstaat een samenhangend beeld van de toekomst dat kenmerkend is voor de VTV.

*Figuur 1 Overzicht van de onderdelen van de VTV-2024*



Voor de leesbaarheid beschrijft dit document de methoden van alle onderdelen op hoofdlijnen. Voor de verdere verdieping per onderdeel, verwijzen we naar bijlagen per hoofdstuk. Dit is een nieuwe opzet voor de methodenbeschrijving van de VTV<sup>1</sup>. De Open Science principes zijn hierbij tevens leidraad geweest en de data stewards van het RIVM Onderzoeks- en Dataloket hebben ondersteuning geboden. De toepassing van de Open Science principes op procesgericht en kwalitatief onderzoek is nieuw en nog in ontwikkeling. Dat maakt ook dat de beschrijving van de verschillende gehanteerde methoden (kwantitatief, kwalitatief en procesgericht) verschilt. Om de lengte en het detailniveau niet teveel te laten variëren, is bij sommige onderwerpen veel informatie in de bijlagen bij dit document te vinden. Omdat sommige stukken gegevens bevatten die niet gemakkelijk te anonimiseren zijn (bijvoorbeeld verslagen met persoonsgegevens) zijn deze niet opgenomen in de bijlagen. Deze kunnen bij de auteurs worden opgevraagd. Enkele stukken, zoals de transcripties van de focusgroepen, kunnen op basis van wetenschappelijk ethische richtlijnen niet gedeeld worden.

<sup>1</sup> In 2022 is een wetenschappelijke audit uitgevoerd op de twee voorafgaande VTV's, de VTV-2018 en de corona-VTV.<sup>1</sup> Een aandachtspunt was om het proces goed vindbaar en transparant te maken: [Report Audit Public Health Foresight Study-VTV 2022.pdf](#)

Voor de analyses en projecties naar de toekomst is vanwege de omvang een eigenstandige methodenbijlage voor het Trendsscenario te vinden op de website onder de sectie 'methoden VTV-2024'. Hierin is alle gedetailleerde en specifieke informatie over deze analyses te vinden. Dit scenario verkent toekomstige trends en ontwikkelingen van verschillende aspecten van volksgezondheid en zorg. In Hoofdstuk 3 (Trends en Toekomst) geven wij slechts een korte omschrijving en verwijzen we op relevante plekken naar die bijlage.

Omdat een toekomstverkenning een heel ander type onderzoek is dan klassiek wetenschappelijk onderzoek, start dit document met een beschrijving van de gehanteerde methodologische uitgangspunten en kwaliteitstoetsing.

Alle rapportages en onderdelen van de VTV-2024 staan op [www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl). Ook is op deze website een overzicht te vinden van alle organisaties en personen die aan de VTV-2024 hebben meegewerkt.

# 1 Methodologische uitgangspunten en toetsing

## 1.1 Uitgangspunten methoden toekomstverkennen

Een Toekomstverkenning is anders dan klassiek wetenschappelijk onderzoek met objectieve onderzoeksmethoden naar oorzaak-en-gevolgrelaties. Maar hoewel de toekomst nooit precies valt te voorspellen, is hij ook niet 'leeg'. Allerlei huidige ontwikkelingen en keuzes hebben invloed op de toekomstige publieke gezondheid en de zorg in Nederland. Met de integratie en vertaling van deze kennis beoogt de VTV een brug te slaan tussen wetenschap en beleid, en informatie te bieden voor beleid en praktijk. Het is een voorbeeld van 'wetenschap voor de maatschappij' zoals voorgesteld door de KNAW.<sup>2</sup>

De VTV-2024 bouwt voort op methoden die ook in de VTV-2018 en de c-VTV zijn gebruikt, zie [www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl). Om te komen tot een (wetenschappelijk) gefundeerde toekomstverkenning voor de volksgezondheid en zorg passen we een benadering toe die in lijn is met gebruikelijke scenariobenaderingen.<sup>3</sup> Hiervoor worden veel verschillende informatiebronnen geraadpleegd en zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden gebruikt. Juist ook de participatieve ofwel interactieve methoden van toekomstonderzoek zijn essentieel<sup>4</sup>. Hieronder zijn drie belangrijke uitgangspunten toegelicht die gebruikt zijn om de kwaliteit te waarborgen.

### *Triangulatie*

Triangulatie is het combineren van bronnen en methoden om een tunnelvisie te voorkomen en een breder beeld te krijgen. Bronnen van de VTV-2024 zijn datasets, literatuur, experts, stakeholders, en burgers. Deze zijn niet allemaal wetenschappelijk van aard. Van Asselt stelt dat juist input van niet-wetenschappers, in het bijzonder burgers, leidt tot verbreding van de blik. Bovendien kijkt wetenschappelijk onderzoek doorgaans achteruit in plaats van vooruit<sup>5</sup>.

Ook verschillende methoden zijn gecombineerd. Kwalitatieve methoden worden vaak gebruikt in toekomstverkennen: van heel gangbare (expert panels, workshops, literatuuronderzoek) tot meer zeldzame (spelvormen, science fiction literatuur). Voor de VTV-2024 zijn meerdere kwalitatieve methoden gebruikt, zoals focusgroepen en workshops met stakeholders. Ook kwantitatieve methoden zijn een belangrijke basis. De resultaten hiervan zijn gebruikt in het hoofdrapport *Kiezen voor een gezonde toekomst* te vinden op [www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl). Maar ze zijn ook verwerkt in de verschillende themaverkenningen van de VTV-2024.

<sup>2</sup> [publieke kennisinvesteringen en de waarde van wetenschap.pdf \(knaw.nl\)](https://www.knaw.nl/publicaties/publieke-kennisinvesteringen-en-de-waarde-van-wetenschap.pdf)

<sup>3</sup> Dammers E, Klooster S van 't, Wit B de, Hilderink H, Petersen A, Tuinstra W. Scenario's maken voor milieu, natuur en ruimte: een handreiking. Den Haag: PBL; 2013.

<sup>4</sup> In 't Veld, R. (2021). Kennisdemocratie. In het oog van de orkaan. Boombestuurkunde.

<sup>5</sup> van Asselt, M., Faas, A., van der Molen, F., & Veenman, S. (2010). *Uit zicht. toekomst verkennen met beleid*. In. Den Haag/Amsterdam: WRR/Amsterdam University Press.

*Member check*

Veel groepen en personen, met kennis en expertise op verschillende gebieden, zijn uitgenodigd om bij te dragen aan de VTV-2024. Daarbij checkten we ook actief of we hun inbreng goed hebben begrepen – en of zij op basis van onze verslaglegging nog nieuwe of aanvullende input hebben. Op de website [www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl) is de lijst gepubliceerd van iedereen die heeft meegewerkt aan deze VTV.

*Intersubjectiviteit*

Tot slot speelt intersubjectiviteit een belangrijke rol bij het vanuit alle verzamelde kennis en input genereren van een beeld wat er op ons af komt in de toekomst<sup>6</sup>. Intersubjectiviteit is van origine een filosofisch concept en ontstaat als meerdere mensen hun individuele interpretatie over iets delen en er een gezamenlijk perspectief ontstaat. In het VTV kernteam, bestaande uit experts op het gebied van publieke gezondheid en zorg, ontstond deze intersubjectiviteit en bijbehorende toekomstbeelden.

Volgens Tavory<sup>7</sup> kan intersubjectiviteit alleen bestaan bij de gratie van interactie. Er is dus ook actief ingezet op die interactie van expertise en frisse blik. Daarbij is de focus gelegd op bijeenkomsten met kleinere groepen. Deze zijn namelijk beter dan individuen in staat om toekomstige gebeurtenissen te voorspellen, maar ook beter dan grotere groepen. Dat geldt volgens Dezechache<sup>8</sup>, zelfs in geval van een groepje leken t.o.v. een grotere groep experts.

In deze toekomstverkenning benutten we actief diverse kennisbronnen bij het genereren van kennis over de toekomst. Door de combinatie van diverse methoden (focusgroepen met jongeren, expertmeetings, workshops met stakeholders) brachten we diverse vormen van (ervarings-, professionele en wetenschappelijke) kennis bij elkaar om zo breder zicht te krijgen op toekomstperspectieven van diverse groepen in de samenleving.

In deze VTV is gekozen voor bijeenkomsten met zowel experts en professionals als met burgers. Om burgers actief mee te laten denken met het VTV kernteam is een Burgerraad ingesteld (zie Hoofdstuk 7). De dialoog en interactie met de Burgerraad heeft de onderzoekers zicht gegeven op hun mening en perspectieven en heeft daardoor bijgedragen aan de intersubjectiviteit in een breder, maatschappelijk verband. Intersubjectiviteit is onmisbaar om de complexiteit van diverse beelden over de toekomst te kunnen vatten. De kennis en ervaring van groepen in de samenleving zijn immers geworteld in hun eigen geschiedenis en maatschappelijke positie<sup>9,10</sup>.

Dezechache geeft ook aan dat een gestructureerde aanpak daarbij wel noodzakelijk is. Elke interactie met groepen experts, stakeholders of burgers is uitgevoerd met een vooraf vastgestelde methode en proces.

<sup>6</sup> In 't Veld, R. (2021). Kennisdemocratie. In het oog van de orkaan. Boombestuurkunde.

<sup>7</sup> Tavory, I. (2022). A theory of intersubjectivity: experience, interaction and the anchoring of meaning. *Theory and Society*. <https://doi.org/10.1007/s11186-022-09507-y>

<sup>8</sup> Dezechache, G., Dockendorff, M., Ferreiro, D. N., Deroy, O., & Bahrami, B. (2022). Democratic forecast: Small groups predict the future better than individuals and crowds. *J Exp Psychol Appl*, 28(3), 525-537. <https://doi.org/10.1037/xap0000424>

<sup>9</sup> Ghorashi, H. (2023). Het belang van een insider-outsider perspectief. *Mens & Maatschappij*98(3):270-4.

<sup>10</sup> Ghorashi, H., Azarhoosh F. (2021). De ontregelende kracht van meerstemmigheid in tussenuimtes. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.



Het doel van deze interacties was afgestemd op de fase van de VTV. Draaiboeken van deze bijeenkomsten zijn in de bijlagen toegevoegd of kunnen geanonimiseerd bij auteurs worden opgevraagd als ze persoonsgegevens bevatten.

## 1.2 Wetenschappelijke toetsing

### 1.2.1 *Wetenschappelijke Adviesraad (WAR)*

De Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) VTV heeft de wetenschappelijke kwaliteit, de samenhang en de consistentie van de producten van de VTV-2024 getoetst. De leden van de WAR-VTV fungeren tevens als ambassadeur van de VTV. De huidige leden zijn geworven op grond van hun uiteenlopende expertise. De WAR wordt voorgezeten door een onafhankelijke voorzitter, Prof. dr. K. Stronks. Gedurende de looptijd van de VTV is de WAR vijf keer bij elkaar geweest. Tijdens deze bijeenkomsten stonden de volgende stap in het proces en/of specifieke thema's op de agenda, bijvoorbeeld methoden van toekomstverkennen, modellering of operationalisatie van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Ook hebben leden van de WAR op onderdelen ook vanuit hun individuele expertise meegelezen en hebben zij geadviseerd. De WAR heeft op die manier pro-actief meegedacht en niet enkel achteraf getoetst.

Op de website [www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl) is een overzicht te vinden van alle groepen en personen die aan de VTV hebben mee gewerkt, waarin ook de leden van het WAR vermeld worden. De verslagen zijn vanwege persoonsgegevens niet openbaar gepubliceerd en kunnen bij auteurs (geanonimiseerd) worden opgevraagd.

### 1.2.2 *Externe wetenschappelijke toetsing rapportages*

Per VTV themaverkenning zijn onafhankelijke externe experts met expertise op dat gebied gevraagd om de teksten te reviewen. Daarbij golden de volgende criteria:

- Zijn meest recente inzichten meegenomen?
- Zijn belangrijkste bronnen gebruikt?
- Is verhaal coherent?
- Is verhaal aannemelijk?
- Overige opvallende zaken / punten om mee te nemen
- Niet: methodologische verantwoording (hiervoor was de WAR=wetenschappelijke adviesraad ingesteld)

Op de website [www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl) is een overzicht te vinden van de externe experts die de verschillende rapportages hebben gereviewd.

### 1.2.3 *Interne wetenschappelijke toetsing rapportages*

De concept rapportages zijn ook intern getoetst door twee ervaren onderzoekers vanuit het RIVM. Criteria voor de Wetenschappelijke Toetsing waren:

- Algemeen: duidelijke en onderbouwde doelstelling product, herleidbaarheid van verwijzingen (inclusief correcte overname brongegevens), consequent gebruik terminologie, bondigheid tekst, logica en opbouw product.
- Consistentie met soortgelijke adviezen, beleidsmatige inbedding.

- Beantwoording van de vraag van de opdrachtgever, bruikbaarheid product.

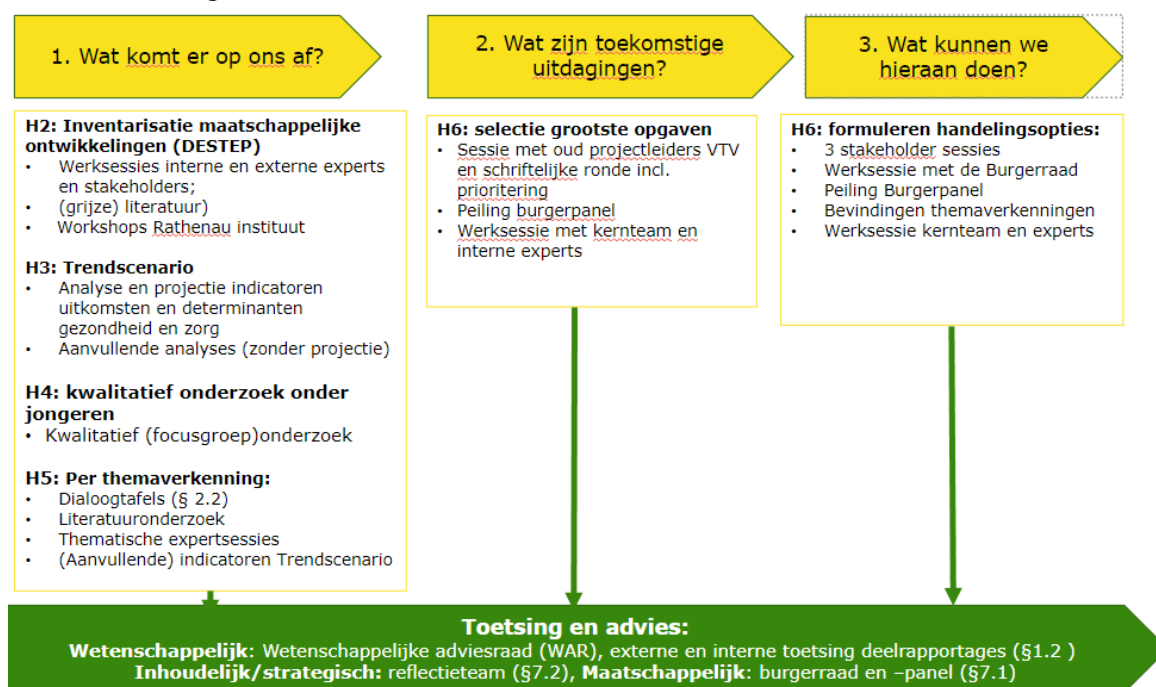
Bij onduidelijkheden/inconsistenties in de toetsing, is zo nodig gesproken met de betrokken toetsers. De projectleiders besloten uiteindelijk hoe de feedback van de toetsers is verwerkt. Indien nodig, is hierbij de managementlijn betrokken. Na verwerking van de feedback uit de peer review, zijn rapportages voorgelegd aan het lijnmanagement van het RIVM.

## 2 VTV-2024: Proces en keuze inhoudelijke focus

De VTV is opgebouwd uit drie fases die een verschillende vraag beantwoorden: 1) Wat komt er op ons af, 2) Wat zijn belangrijke toekomstige opgaven, 3) Wat kunnen we hieraan doen? Die fases in het proces zijn iteratief van aard. Ze bouwen op elkaar voort en soms maken nieuwe inzichten ook dat uitkomsten in uit een eerdere fase worden heroverwogen of verfijnd.

Iedere VTV heeft een andere inhoudelijke focus. In de VTV2024 staan drie thema's centraal: Leefomgeving en Klimaat, Gezonde Generaties 2050, en Zorg en het Sociaal Domein. Binnen alle thema's is ook gekozen om daar waar relevant 'dwarsdoorsnijdend' aandacht te besteden aan 'infectieziekten' en 'diversiteit en inclusie'. In de afbeelding hieronder zijn de verschillende methoden per fase weergegeven. Inhoudelijke bouwstenen zijn met elkaar geïntegreerd door verschillende processtappen. Ook die processtappen (veelal werksessies, bijeenkomsten, etc.) worden beschreven.

Figuur 2 Overzicht van de gebruikte methoden per fase en hoofdstukken waarin deze worden toegelicht



Vanwege de vervroegde verkiezingen en de kabinetsformatie is er op verzoek van VWS in december 2023 een tussentijdse rapportage opgesteld<sup>11</sup>. In deze Vooruitblik op de VTV-2024 staan inzichten die tot dan toe bekend waren. Deze Vooruitblik heeft het verdere proces van het opstellen van VTV-2024 inhoudelijk niet beïnvloed.

<sup>11</sup> [Opgaven voor volksgezondheid en zorg op weg naar 2050 Vooruitblik Volksgezondheid Toekomstverkenning 2024 \(rivm.nl\)](https://www.rivm.nl/onderzoek-en-toetsing/onderzoek/2024/01/14/ogaven-voor-volksgezondheid-en-zorg-op-weg-naar-2050-vooruitblik-volksgezondheid-toekomstverkenning-2024)

## 2.1 Inventarisatie maatschappelijke ontwikkelingen

Wat komt er op ons af? En als we op dezelfde voet doorgaan, waar liggen dan de uitdagingen? Het in kaart brengen van de belangrijkste maatschappelijke ontwikkelingen (drijvende krachten) die van invloed zijn op volksgezondheid en zorg zijn een belangrijk onderdeel van toekomstverkennen. Drijvende krachten zijn ontwikkelingen waarop het volksgezondheidsbeleid geen invloed heeft, en die zich relatief autonoom voordoen.

Externe toekomstige ontwikkelingen zijn voor de VTV in kaart gebracht aan de hand van de zogenaamde DESTEP-classificatie en voorgelegd aan stakeholders in verschillende sessies. DESTEP staat voor Demografie, Economie, Sociaal-cultureel, Technologie, Ecologie en Politiek-juridisch. DESTEP is een raamwerk dat bij toekomstverkenningen vaker wordt gebruikt om externe ontwikkelingen op verschillende relevante domeinen te inventariseren. De methode zorgt voor een brede blik op uiteenlopende factoren die van invloed kunnen zijn op de toekomst van volksgezondheid en zorg.<sup>12</sup>

Als startpunt voor de VTV-2024 is de input van RIVM-experts en externe stakeholders gebruikt (zie Tabel 1 en bijlagen bij Hoofdstuk 2).

Daarnaast is ook het overzicht van belangrijkste drijvende krachten, relevant voor volksgezondheid en zorg, gebruikt dat is opgesteld in het kader van de VTV-2018<sup>13</sup>. Uitgangspunt hierbij is geweest dat veel drijvende krachten langer lopende ontwikkelingen zijn, bijvoorbeeld demografie - de omvang van de huidige generaties is bekend. Wel moet daarbij aangetekend worden dat zich daarnaast onverwachte ontwikkelingen kunnen voordoen. Pandemieën, maar ook veranderingen in migratiestromen (met gevolgen voor de bevolkingsopbouw) zijn bijvoorbeeld niet altijd goed te voorzien. (Grijze) literatuur is in deze inventarisatie meegenomen. Bijvoorbeeld rapportages van adviesraden, uitvoeringsorganisaties, inspecties en denktanks. Daarnaast werden internationale rapportages geraadpleegd van de WHO, de OECD, EEA en EuroHealthNet. Alleen documenten waarin verwezen wordt naar (mogelijke) toekomstige ontwikkelingen die relevant zijn voor volksgezondheid worden daarbij gebruikt.

Tabel 1 Breed proces DESTEP methode VTV-2024, inventarisatie (2020-2021)

Intern RIVM	Met externe partners
Ophalen input binnen afdeling Verkenningen Volksgezondheid, de afdeling waar de kennis over toekomstverkenning bijeengebracht is	Organiseren VWS-brede sessie met beleidsmedewerkers vanuit de directies
Ophalen input in managementteams van de drie RIVM-domeinen (Volksgezondheid en Zorg, Milieu en Veiligheid en Centrum Infectieziektenbestrijding)	Bijeenbrengen input die is opgehaald tijdens Toekomsttafels met een brede stakeholdergroep. Deze waren georganiseerd voor de (door de coronapandemie afgebroken) VTV-2020
RIVM-brede sessie waaraan alle medewerkers van het RIVM konden meedoen	

<sup>12</sup> Nekkers, J. (2006) Wijzer in de toekomst: werken met toekomstscenario's, Amsterdam: Business Contact

<sup>13</sup> Hilderink H, Verschuuren M. Drijvende krachten (VTV-2018). Bilthoven: RIVM; 2018.

Als belangrijkste trends voor volksgezondheid en zorg kwamen in deze fase naar voren: de vergrijzing van de samenleving, de klimaatverandering, het risico op infectieziekten en digitalisering.

## 2.2 Van inventarisatie naar thema's

Op basis van de inventarisatie van brede maatschappelijke ontwikkelingen is door het VTV kernteam een prioritering gemaakt van de belangrijkste onderwerpen met de grootste impact op de volksgezondheid. Criteria voor prioritering waren:

- Toekomstgerichtheid;
- Verwachte impact op de volksgezondheid en/of zorg door ze binnen het conceptuele model van de VTV te relateren aan determinanten, ziekte en sterfte om de effecten op de uitkomstmaten van volksgezondheid waar mogelijk te analyseren (zie methodenbijlage Trendskenario op [www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl) onder 'methoden')
- Beschikbare kennis over de ontwikkelingen;
- Vernieuwend/onderscheidend (d.w.z. niet elders al inhoudelijk belegd).

De gekozen onderwerpen zijn vervolgens geclusterd in de thema's van de VTV-2024: gezonde generaties in 2050; zorg en het sociale domein; naar een gezonde leefomgeving in een veranderend klimaat.

Binnen de thema's is speciale aandacht geweest voor inclusie en diversiteit en infectieziekten, omdat zij uit de inventarisatie als belangrijke onderwerpen naar voren kwamen met invloed op alle thema's.

Om deze thema's te verdiepen zijn in januari 2022 zes online Dialoogtafels gehouden met wetenschappelijke experts, bestuurders en beleidsmakers. In deze sessies met zes tot twaalf deelnemers werd een thema besproken aan de hand van een droom- en doemscenario. Wat als alles goed gaat versus wat als alles fout gaat? Vervolgens zijn hefbomen besproken, waarmee de goede ontwikkelingen gestimuleerd worden en negatieve ontwikkelingen worden afgeremd. Tijdens de sessies was een tekenaar aanwezig, die het gesprek omzette in beeld. Hierdoor kon de input nog verder worden aangescherpt.

De opbrengst van deze dialoogtafels heeft het VTV-team verdere richting gegeven voor de verdere invulling van de thema's. De verslagen zijn vanwege persoonsgegevens niet openbaar gepubliceerd en kunnen bij auteurs (geanonimiseerd) worden opgevraagd.

## 2.3 Digitalisering als maatschappelijke ontwikkeling

Voor de inhoudelijke verdieping van de digitalisering binnen de VTV-2024 werkten het Rathenau Instituut en RIVM samen. Inzichten zijn verwerkt in de hoofdrapportage en waar mogelijk zijn de inzichten per themaverkenning geïntegreerd. Ook is de opbrengst verwerkt in een essay<sup>14</sup> door de onderzoekers van het Rathenau Instituut, met advies van VTV projectleiders.

<sup>14</sup> ['Transities bieden kans voor gezondheid' | Rathenau Instituut](#)

Als start hebben experts van Rathenau een online lezing met een vraag- en antwoordsessie gehouden waarin zij collega's van het RIVM hebben meegenomen in de belangrijkste aanstormende technologieën en hun impact.

Vervolgens is per themaverkenning een aparte workshop georganiseerd met als start een korte presentatie van het betreffende thema, waarna projectteams van de themaverkenningen met experts van Rathenau in gesprek gingen over de specifieke raakvlakken van de ontwikkelingen rondom digitalisering met de betreffende themaverkenning. Het draaiboek van deze workshops is te vinden in de bijlage bij Hoofdstuk 2. Verslagen zijn op te vragen.

### 3 Trends en Toekomst: hoe gaat onze toekomst eruitzien?

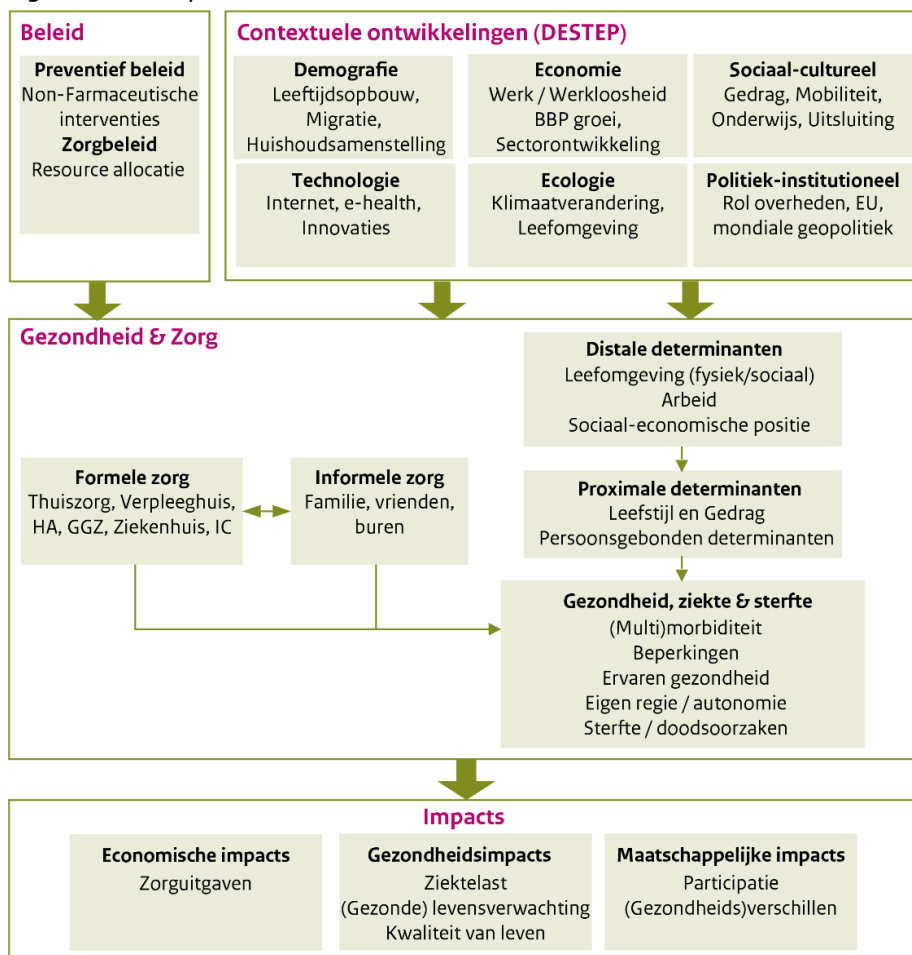
Een belangrijke bouwsteen van de VTV is het trendscenario. Dit scenario verkent toekomstige trends en ontwikkelingen van verschillende aspecten van volksgezondheid en zorg. De centrale vraag is: als de historische trends zich in de toekomst op eenzelfde wijze voortzetten, hoe ziet de toekomst er dan uit? Ervan uitgaand dat er geen nieuw of aanvullend beleid wordt ontwikkeld. Hierbij kijkt de VTV-2024 ruim 25 jaar vooruit, naar de ontwikkeling tot 2050.

In dit document wordt een korte en algemene beschrijving gegeven van de methode die is gebruikt voor het maken van de toekomstprojecties in de verschillende onderdelen van het Trendscenario. In de methodenbijlage over het Trendscenario is een uitgebreidere beschrijving te vinden en zijn aanvullende methodologische aspecten beschreven ([www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl) onder 'methoden'). Aanvullende analyses zonder toekomstprojecties worden in paragraaf 3.3 beschreven en meer informatie is te vinden in de bijlage van Hoofdstuk 3.

#### 3.1 Conceptueel model

Bij vorige VTV's is een conceptueel model ontwikkeld en gebruikt. Dit model laat de complexiteit zien van de relaties tussen alle determinanten, gevolgen en uitkomsten. Dit helpt om de onderlinge samenhang tussen indicatoren systematisch te bekijken en te analyseren. Het geeft ook de belangrijkste onderwerpen aan, die in de VTV in beschouwing moeten worden genomen. Voor de VTV-2024 is het onderstaande conceptuele model gebruikt (zie Figuur 3).

Figuur 3 Conceptueel model van de VTV



In elk onderdeel van het Trendscenario worden verschillende onderwerpen beschreven. Voor elk onderwerp worden indicatoren gebruikt. In de Trendscenario-achtergrondtabel (zie [www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl) onder 'methoden') staat een overzicht van welke onderwerpen er in de verschillende onderdelen worden behandeld. De selectie van de behandelde onderwerpen en gebruikte indicatoren is tot stand gekomen op basis van met name relevantie (wat zijn de belangrijkste uitkomstmaten om toekomstige ontwikkelingen in de volksgezondheid te beschrijven?) en databeschikbaarheid.

### 3.2 Beleidsarm toekomstscenario

Het Trendscenario heeft als doel een beleidsarm toekomstscenario te schetsen, vergelijkbaar met andere toekomstverkenningen zoals Welvaart en Leefomgeving<sup>15</sup>. Het is bedoeld om inzicht te geven in hoe onze volksgezondheid en zorg zich de komende 25 jaar ontwikkelen als we niets extra's zouden doen. Het gaat uit van het voortzetten van huidige trends zonder dat er nieuw beleid wordt ingezet. Dat wil zeggen dat het bestaande beleid doorgaat en nieuw beleid niet wordt meegenomen. In de analyses van historische data wordt een inherente,

<sup>15</sup> <https://www.wlo2015.nl/>



impliciete trend van (historisch) beleid meegenomen. Het effect dat het beleid gehad heeft op de historische trends verschilt per onderwerp. Zo is het effect van het beleid in de afgelopen jaren op zorguitgaven waarschijnlijk groter dan bijvoorbeeld het beleid op overgewicht. Echter, in de historische analyses kunnen de effecten van beleid niet worden onderscheiden van andere effecten zoals inkomensontwikkelingen. In het Trendskenario houdt 'beleidsarm' dan ook in dat er wel sprake is van historisch, trendmatig beleid maar dat er geen nieuw of additioneel beleid wordt ingevoerd.

Bij het analyseren van historische trends wordt bepaald welke veranderingen er zijn geweest over de tijd. Deze veranderingen zijn geanalyseerd met verschillende regressiemethoden. Met regressiemethoden kunnen verklarende variabelen worden geïdentificeerd die gerelateerd zijn aan een uitkomstvariabele. Op basis van één of meer (onafhankelijke) verklarende variabelen kan dan een projectie gemaakt worden voor een (afhankelijke) uitkomstvariabele. In de projecties is rekening gehouden met toekomstige groei van de bevolking en de verder doorzettende vergrijzing.

#### *Peiljaar en horizon*

Voor de VTV-2024 is het peiljaar 2022. Voor het trendskenario is het essentieel te werken met databronnen die jaren teruggaan. Of dat mogelijk is, hangt af van de gebruikte gegevensbron en eventuele trendbreuken in de dataverzameling. Als dat bij indicatoren speelt is dat beschreven in de methodenbijlage van het Trendskenario (zie [www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl) onder 'methoden'). Bij de toekomstprojecties gaan we uit van een tijdshorizon van 2050. We nemen alle tussenliggende jaren mee in de projecties. Naarmate een projectie verder in de tijd ligt zal de mate van onzekerheid toenemen.

### **3.3 Methode toekomstprojecties**

Voor het doen van een toekomstprojectie zijn er twee soorten technieken toegepast. De eerste, de demografische projectie, houdt alleen rekening met de toekomstige veranderingen van de omvang en leeftijdsopbouw van de bevolking. De tweede techniek houdt niet alleen rekening met de toekomstige bevolkingsopbouw, maar projecteert ook historische veranderingen in de relatieve geslachts- en leeftijdsspecifieke cijfers naar de toekomst. Deze methode houdt rekening met zowel demografische als epidemiologische veranderingen.

#### *Demografische projecties*

Hierbij worden op basis van alleen toekomstige veranderingen van de omvang en leeftijdsopbouw van de bevolking projecties gemaakt terwijl de relatieve geslachts- en leeftijdsspecifieke cijfers (bijvoorbeeld van prevalentie) uit het beginjaar van de projectie constant worden gehouden. Deze methode wordt toegepast als er geen historische reeksen beschikbaar zijn, als de analyses van de historische data geen veranderingen over de tijd hebben aangetoond, of als deze veranderingen onvoldoende robuust zijn. In deze projecties worden de toekomstige veranderingen volledig bepaald door enerzijds de omvang van de bevolking en anderzijds de veranderende leeftijdsstructuur zoals de vergrijzing.

### *Epidemiologische én demografische projecties*

Als er wel historische veranderingen zijn gevonden in de relatieve geslachts- en leeftijdsspecifieke cijfers, worden deze veranderingen geprojecteerd naar de toekomst. Deze toekomstige veranderingen komen dan boven op de eerdergenoemde demografische veranderingen. De projecties in de meeste onderdelen van het Trendscenario zijn gebaseerd op een combinatie van demografische en epidemiologische projecties. Daar waar geen adequate historische trenddata beschikbaar zijn, wordt alleen een demografische projectie gedaan. Er zijn twee modellen gebruikt om de epidemiologische projecties te doen.

Het eerste model is het *age period model (AP)*: Dit is een (logistische of poisson) regressie waarin leeftijd en periode zijn meegenomen. De trend in de historische geslachts- en leeftijdsspecifieke cijfers worden naar de toekomst geprojecteerd. Deze toekomstige veranderingen komen dan boven op de eerdergenoemde demografische veranderingen.

Het tweede model is het *age period cohort model (APC)*: Dit is een aanvulling op het AP-model. Hierin wordt naast leeftijd en geslacht ook het leeftijdscohort meegenomen. Hierbij worden alle mensen geboren na 1985 als één cohort gezien.

Bij de projecties die zijn gebaseerd op een combinatie van demografische en epidemiologische projecties wordt standaard het APC-model gebruikt. Daar waar geen adequate historische trenddata beschikbaar zijn, wordt alleen een demografische projectie gedaan. In de Trendscenario-achtergrondtabel is per onderwerp aangegeven welk model is gebruikt voor de projectie.

Voor de projecties van de zorguitgaven zijn ook de historische zorguitgaven naar leeftijd en geslacht geanalyseerd, voor verschillende zorgsectoren en diagnosegroepen.

### *CBS-bevolkingsprognose*

Voor de projecties in het Trendscenario wordt gebruik gemaakt van de CBS Bevolkingsprognose 2023-2070. De Bevolkingsprognose 2023-2070 beschrijft de verwachte ontwikkeling van de Nederlandse bevolking tussen 2023 en 2070 op basis van veronderstellingen voor kindertal, migratie en sterfte. De toekomstige bevolkingsomvang en -structuur worden als onderlegger gebruikt voor bijvoorbeeld incidentie- en prevalentieprojecties en zorguitgaven. De sterfteprognose van de Bevolkingsprognose wordt gebruikt als uitgangspunt voor het projecteren van doodsoorzaak-specifieke sterfte. Ook de bijbehorende levensverwachting wordt overgenomen uit de bevolkingsprognose van het CBS.

### *Selecties van ziekten/aandoeningen en doodsoorzaken*

Om de volksgezondheid te beschrijven, maakt de VTV gebruik van een selectie van ziekten. Voor het Trendscenario is gebruikgemaakt van de selectie zoals deze voor de VTV-2014 ontwikkeld is, en die verder aangepast is voor de VTV-2018 en de c-VTV. Op basis van een aantal selectiecriteria, zoals hoge sterfte, hoge uitgaven, vermijdbaarheid en beleidsrelevantie zijn ziekten en aandoeningen geselecteerd. Voor de berekening van de ziektelast in Nederland is, in de VTV-2018, een flink

aantal ziekten toegevoegd aan deze selectie. Zo zijn onder meer ruim 20 soorten kanker toegevoegd om de ziektelast in meer detail te kunnen berekenen en om een betere toewijzing van de ziektelast aan achterliggende gezondheidsrisico's te kunnen maken. Daarmee kan beter inzicht worden verkregen in de effecten van risico's op het ontstaan van ziekten en de daarmee gepaard gaande ziektelast. Sommige van deze toegevoegde ziekten komen weinig voor, maar hebben soms wel een sterke causale relatie met een (of meer) risicofactor(en).

In het Trendscenario worden voor al deze ziekten projecties gemaakt van de incidentie of prevalentie en de sterfte. Ook de sterfte ten gevolge van de ziekten in deze selectie wordt dus beschreven. Omdat we de sterfte ook voor de ICD-hoofdgroepen willen projecteren, waren additionele analyses bewerkingen nodig. Zo zijn dementie en CVA voor de analyses en projecties opgedeeld in twee delen omdat deze aandoeningen in twee verschillende ICD-hoofdgroepen vallen. Verder is voor iedere hoofdgroep een restgroep gedefinieerd met alle reststerfte in een hoofdgroep die niet in de VTV-selectie van ziekten zit. Hierdoor kunnen – naast projecties van de sterfte door afzonderlijke ziekten – ook projecties van sterfte door ICD-hoofdgroepen gemaakt worden. Het CBS heeft deze indeling gebaseerd op de hoofdgroepen van de 10<sup>e</sup> revisie van de International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10).

De selectie van ziekten met de gebruikte ICD-10-codering is weergegeven in de Trendscenario-achtergrondtabel (zie [www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl) onder 'methoden'). In het tabblad "Overzicht ICD-10 hoofdgroepen" staan de hoofdgroepen met gebruikte codes weergegeven en in tabblad "ziekten indicatoren ranglijst" staan alle geselecteerde ziekten met gebruikte codes weergegeven.

#### *Data en databronnen*

Ook wat betreft het gebruik van data en databronnen bouwen we voort op de werkwijze bij de VTV-2018. Waar nodig en mogelijk vullen we deze aan op basis van de meest recente inzichten en op basis van wensen uit de inhoudelijke thema's.

De gebruikte bronnen zijn divers. Voor ziekten en aandoeningen maken we onder meer gebruik van cijfers van het Integraal Kankercentrum, VeiligheidNL, het Centrum voor infectieziektenbestrijding, Trimbos Instituut (NEMESIS), SCP, CMR peilstations en de NIVEL Zorgregistratie. Cijfers over determinanten komen onder meer uit de CBS-gezondheidsenquête, de leefstijlmonitor en milieumeetnetten ([www.rivm.nl/meetnetten](http://www.rivm.nl/meetnetten)), CBS-SSW. Voor meer verdiepende analyses op dit onderdeel gebruiken we de Gezondheidsmonitor 2022. Wat het zorggebruik en de zorguitgaven betreft, baseren we ons voor een groot deel op de Kosten van Ziektenstudie ([Kosten van ziekten | Volksgezondheid en Zorg \(vzinfo.nl\)](http://Kosten%20van%20ziekten%20Volksgesondheid%20en%20Zorg%20vzinfo.nl)) en de onderliggende bronnen. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om gegevens over ziekenhuisopnames (Landelijke Basisregistratie Ziekhuiszorg (LHZ) van Dutch Health Data (DHD)) en medisch specialistische zorg (DBC-Informatiesysteem (DIS) van Vektis of de Nederlandse Zorgautoriteit).

In de methodenbijlage van het Trendscenario staan een uitgebreide verantwoording van bronnen, methoden en afbakening van de berekeningen met betrekking tot sterfte en (gezonde) levensverwachting, gezondheid, aandoeningen, leefstijl, ziektelast, en toewijzing van gezondheidsimpacts aan determinanten (zie [www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl) onder 'methoden')

#### *Kosten van Ziekten*

Voor het verkennen van de zorguitgaven over de periode tot 2015-2040 zijn projecties gemaakt. Deze verkennen de invloed van demografische trends, en de door technologische en organisatorische vooruitgang gedreven ziekte-specifieke trends op de zorguitgaven. In de VTV-2024 hanteren we een maatschappelijke definitie van zorguitgaven: de Zorgrekeningen van het CBS, minus de uitgaven aan welzijn, kinderopvang en de jeugdzorg, omdat deze grotendeels niet aan gezondheid zijn gerelateerd. Deze definitie omvat zowel de via het Uitgavenplafond zorg (UPZ) collectief gefinancierde zorg alsook de privaat gefinancierde zorg: uitgaven aan eigen risico, verplichte eigen bijdragen aanvullende zorgverzekeringen en overige eigen betalingen. Ook in eerdere VTV's is deze definitie gebruikt, waardoor er consistentie met de resultaten van de vorige VTV's is. Deze definitie is ook toegepast in andere lange termijn verkenningen van de zorguitgaven ([www.cpb.nl/publicatie/toekomst-voor-de-zorg](http://www.cpb.nl/publicatie/toekomst-voor-de-zorg)).

Een ander argument om te kiezen voor dit kader is omdat de definitie robuust is in de tijd – kostenverschuivingen met posten buiten dit kader komen nauwelijks voor – en daarom nauwelijks gevoelig voor beleidsaanpassingen; 'beleidsneutraal' dus. Voor een lange termijn verkenning zoals de VTV, is het van belang een kader te nemen dat niet gevoelig is voor majeure beleidswijzigingen als stelselherzieningen, aanpassing eigen risico en wijzigingen in bekostiging en collectieve dekking, die ongetwijfeld binnen de verkenningsperiode op enig moment zullen optreden. Vanwege dit lange termijnperspectief kunnen we niet de collectieve uitgaven volgens het netto UPZ als uitgangspunt nemen voor onze verkenning, zoals het ministerie van VWS en het Centraal Planbureau voor verkenningen met een korte tijdshorizon wel hebben gedaan in de eigen begroting en in de macro-economische verkenningen. De afbakening van dit netto UPZ is immers gevoelig voor beleidsaanpassingen.

Voor de data wordt gebruik gemaakt van de Kosten van Ziektenstudies van het RIVM ([Kosten van ziekten | Volksgezondheid en Zorg \(vzinfo.nl\)](http://Kosten%20van%20ziekten%20|%20Volksgezondheid%20en%20Zorg%20(vzinfo.nl))). Deze studie wordt sinds 2003 uitgevoerd en geeft een gedetailleerd overzicht van zorguitgaven uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, ziekte, zorgaanbieder en financieringsbron. Er zijn data gebruikt uit de studies over de peiljaren 2003, 2005, 2007, 2011, 2013, 2015, 2017 en 2019. De projecties in het Trendscenario zijn gebaseerd op de Kosten van Ziekten-cijfers over 2019 en analyses van de zorguitgaven over de periode 2003-2019. Voor een uitgebreide verantwoording en beschrijving van de methoden zie [www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl) onder 'methoden')

### 3.4 Aanvullende analyses zonder projecties naar de toekomst

#### *Sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV): Relative Index of Inequality*

Inzicht in veranderingen van SEGV over de tijd zijn relevant. In hoeverre opleidingsverschillen in gezondheidsuitkomsten veranderen over de tijd is getoetst met behulp van de Relative Index of Inequality (RII) en de Slope Index of Inequality (SII)<sup>16</sup>. De resultaten van deze analyses zijn opgenomen in de hoofdrapportage van de VTV-2024 'Kiezen voor een Gezonde Toekomst'. De RII en SII zijn maten om vast te stellen in hoeverre een gezondheidsuitkomst verschilt tussen sociaaleconomische groepen in een hiërarchie (laag-midden-hoog). De SII is een maat voor het absolute verschil tussen de hoogste en laagste groep, bijvoorbeeld het verschil in percentage mensen met overgewicht. De RII is een maat voor het relatieve verschil tussen de hoogste en laagste groep, bijvoorbeeld hoeveel keer groter de kans is dat iemand met een po/vmbo/mbo1 opleiding overgewicht heeft vergeleken met mensen met een hbo/wo opleiding. Beide maten zijn gebruikt om de ontwikkeling van gezondheidsverschillen te duiden. Daarbij wordt uitgegaan van een verband tussen sociaaleconomische status en de gezondheidsindicator. Voor een groot deel van de gezondheidsuitkomsten is er inderdaad sprake van dit verband. Er is dan een gradiënt waarbij mensen op iedere stap hoger in de sociale hiërarchie betere gezondheidsuitkomsten hebben<sup>17</sup>. In de bijlage van Hoofdstuk 3 in dit document is aanvullende informatie te vinden over deze analyses.

#### *Ontwikkeling van overgewicht voor verschillende generaties en de rol van sociaaleconomische status*

Om inzicht te krijgen in de manier waarop de ontwikkeling van gezondheid over de tijd tussen opeenvolgende generaties kan verschillen en welke rol sociaaleconomische status hierin speelt is gebruik gemaakt van gegevens van de longitudinale Doetinchem Cohort Studie (DCS)<sup>18</sup>. Om dit inzicht te krijgen is overgewicht als casus gebruikt. De DCS naar (determinanten van) leefstijl en gezondheid over de levensloop is gestart in 1987 onder een representatieve steekproef van 20-60 jarige inwoners van Doetinchem. Deelnemers aan de studie zijn sinds de start elke vijf jaar opnieuw uitgenodigd voor lichamelijk onderzoek en het invullen van vragenlijsten. Door deze herhaalde metingen over een lange periode is de ontwikkeling van de gezondheid van de deelnemers over hun levensloop in kaart gebracht. De achtste meetronde van de DCS is in 2024 van start gegaan.

Voor de huidige analyse zijn data van de Doetinchem Cohort Studie (DCS) gekoppeld aan inkomensgegevens van het CBS. De gegevens van meetrondes 1-6 (1987-2017) van de DCS zijn hiervoor meegenomen. CBS-inkomensgegevens waren beschikbaar vanaf 2003. Het gemiddeld inkomen is, op basis van CBS-statistieken, als volgt berekend: het gemiddelde percentiel besteedbaar huishoudinkomen in het jaar

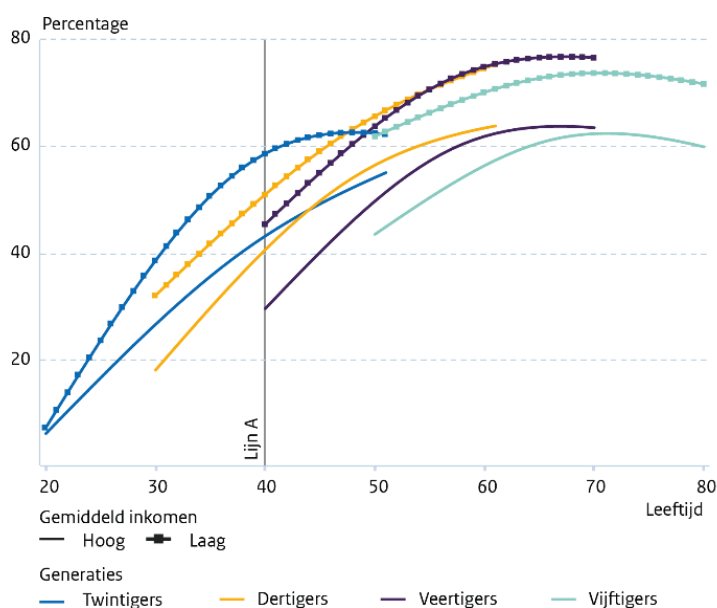
<sup>16</sup> Mackenbach, J. P., & Kunst, A. E. (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social science & medicine*, 44(6), 757-771.

<sup>17</sup> WRR. *Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen*. [https://www.wrr.nl/binaries/wrr/documenten/policy-briefs/2018/08/27/van-verschil-naar-potentieel.-een-realistisch-perspectief-op-de-sociaaleconomische-gezondheidsverschillen/PB+7\\_Sociaaleconomische+gezondheidsverschillen\\_web\\_2908.pdf](https://www.wrr.nl/binaries/wrr/documenten/policy-briefs/2018/08/27/van-verschil-naar-potentieel.-een-realistisch-perspectief-op-de-sociaaleconomische-gezondheidsverschillen/PB+7_Sociaaleconomische+gezondheidsverschillen_web_2908.pdf)

<sup>18</sup> <https://www.rivm.nl/en/doetinchem-cohort-study>

voorafgaand aan deelname in meetronde 4, 5 en/of 6 van de DCS. 'Hoog' gemiddeld inkomen is gedefinieerd als een gemiddeld inkomenspercentiel van 60 of hoger. 'Laag' gemiddeld inkomen is gedefinieerd als gemiddeld inkomenspercentiel van 40 of lager. De overige deelnemers hebben een 'midden' gemiddeld inkomen. De trajecten voor de verschillende generaties zijn geschat met behulp van een Linear Mixed Model. Overgewicht (Body Mass Index (BMI)  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) is de afhankelijke variabele. Deze variabele wordt als numerieke uitkomst (0 of 1) meegenomen in het model en wordt gemodelleerd door een interactie tussen leeftijd en gemiddeld inkomen. Leeftijd is een continue variabele die wordt beschreven met een spline. Spline regressie deelt een as op in meerdere stukken op en berekent voor ieder stuk een beste fit. Gemiddeld inkomen is een categorische variabele met de categorieën 'laag', 'midden' en 'hoog'. In dit model is rekening gehouden met herhaalde metingen door het toevoegen van een random intercept en random helling (slope) voor leeftijd per deelnemer. De analyses zijn uitgevoerd met behulp van het statistisch software programma R. De resultaten van deze analyses zijn ook opgenomen in hoofdstuk 3 van de hoofdrapportage van de VTV-2024 'Kiezen voor een Gezonde Toekomst'.

Figuur 4 Verschillen tussen generaties in overgewicht, Doetinchem Cohort Studie



### Regionale verschillen

Op basis van gegevens uit de Gezondheidsmonitor is het mogelijk om met behulp van Small Area Analysis schattingen te maken op laag-geografisch schaalniveau. In de ruimtelijke statistiek zijn diverse algoritmes beschikbaar die het mogelijk maken meer 'ordering' te brengen in dit soort 'scatterkaarten'. In de VTV-2024 is het [Optimized Getis-Ord Gi\\*](#) algoritme toegepast voor een aantal indicatoren in de hoofdrapportage en het Trendscenario (bv. ervaren gezondheid en overgewicht). In de bijlagen van Hoofdstuk 3 in dit document is aanvullende informatie te vinden over deze analyses.

## 4 Focusgroepen onder jongeren

Jongeren zijn voor de VTV-2024 een speciale aandachtsgroep. Deze groep heeft de toekomst grotendeels nog helemaal voor zich. In 2050 komt het op hen neer om de maatschappij draaiende te houden. Het welzijn en de mentale gezondheid van jongeren staat volop in de belangstelling, maar hun stem wordt nog weinig gehoord. Naast kwantitatieve methoden, literatuuronderzoek en expert inschattingen hebben we daarom ook jongeren zelf geïnterviewd tijdens groepsgesprekken (focusgroep methode). Hieronder volgt een korte beschrijving van de toegepaste methode. De uitgebreide gesprekshandleiding en verslag van de verwerking van de resultaten zijn te vinden in de bijlagen.

### 4.1 Samenstelling groepen en aantal deelnemers

Op basis van door Hennink<sup>19</sup> opgestelde vuistregels ten aanzien van aantal te houden focusgroepen zijn zes focusgroepen van 6-7 personen georganiseerd. Het betreft jongeren tussen de 18-25 jaar. De werving is uitbesteed aan een hierin gespecialiseerd bureau met als opdracht om diversiteit wat betreft opleidingsniveau, genderidentiteit en migratieachtergrond, stedelijk/niet-stedelijk terug laten komen in de samenstelling van elke groep. Toestemmingsverklaringen conform AVG en vergoeding zijn geregeld door dit bureau.

Om jongeren met een praktische opleiding meer stem te geven is een extra focusgroep gepland met studenten van een MBO opleiding. De werving hiervan is via het eigen netwerk verlopen (fieldlab RIVM; lectoraat aan de Hanze Hogeschool). Toestemming en vergoeding zijn door het RIVM geregeld. De jongeren uit deze groep ontvangen dezelfde vergoeding als die via het bureau geworven zijn.

### 4.2 Uitvoering focusgroepen

De eerste zes focusgroepen zijn uitgevoerd in Amersfoort (2 groepen) en Amsterdam (4 groepen). De extra focusgroep is uitgevoerd in Groningen. Voor de uitvoering is een protocol ontwikkeld. In de focusgroepen hebben de deelnemers samen nagedacht over de toekomst, over 2050. Drie thema's stonden centraal: 1) hoe gaat het in 2050 met de leefomgeving en het klimaat; 2) hoe gaat het in 2050 met de leefstijl en gezondheid van hun eigen generatie; 3) hoe gaat het met de zorg in 2050? Voor ieder thema is gebruik gemaakt van verschillende subvragen en werkvormen. De focusgroepen in Amsterdam en Amersfoort zijn op video opgenomen. Van de focusgroep in Groningen is alleen een geluidsopname gemaakt. De opnames zijn geanonimiseerd getranscribeerd, waarna de opnames uiterlijk na een jaar zijn vernietigd. De transcripten worden na maximaal 5 jaar vernietigd.

### 4.3 Verwerking gegevens

De transcripten zijn opgesteld door een hierin gespecialiseerd bureau. Met dit bureau heeft het RIVM een raamcontract waarin ook een

<sup>19</sup> Hennink MM, Kaiser BN, Weber MB. What Influences Saturation? Estimating Sample Sizes in Focus Group Research. Qual Health Res. 2019;29(10):1483-96.

algemene verwerkerovereenkomst is inbegrepen. De getranscribeerde verslagen zijn door twee codeurs gecodeerd met behulp van een vooraf opgestelde codeboom. Coderen en analyseren is gedaan met behulp van het programma MaxQDA. De codeurs controleerden ook elkaars coderingen. Zij voeren vervolgens een eerste analyse uit. In een workshop met RIVM-experts is deze besproken en is de analyse aangescherpt en zo nodig aangevuld. De uiteindelijke resultaten zijn beschreven in een verslag, en gebruikt in verschillende onderdelen van de VTV-2024. Het hele verslag is te vinden in de bijlagen van deze beschrijving.

*Check op AVG (Engels: General Data Protection Regulation (GDPR))*

Het onderzoeks- en analyseplan is voorgelegd aan de privacy officer van het Centrum Gezondheid en Maatschappij, waar dit project onder valt. Om het aantal praktisch opgeleid deelnemers te verhogen is een extra focusgroep georganiseerd met studenten aan een mbo-opleiding. Voor deze groep is een aparte informatiebrief en toestemmingsverklaring opgesteld. Ook deze is voorgelegd aan de privacy officer. Het onderzoek is goedgekeurd en opgenomen in het RIVM-register.

*Ethische toetsing*

Het onderzoeksplan is voorgelegd aan het Klinisch Expertise Centrum van het RIVM om te beoordelen of hiervoor medisch ethische toetsing aangewezen is. Het Klinisch Expertise Centrum heeft geoordeeld dat deze studie voldoet aan alle eisen en dat het onderzoek niet Wmo-plichtig is. Dat betekent dat het onderzoek niet onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (Wmo) valt, en er geen medisch ethische toetsing nodig is.



## 5 Themaverkenningen

In de drie verdiepende themaverkenningen zijn specifieke onderwerpen verder uitgewerkt: 'Gezonde Generaties in 2050', 'Zorg en het Sociale Domein', en 'Gezonde Leefomgeving in een veranderend Klimaat'.

Door alle drie de hoofdthema's zijn twee dwarsdoorsnijdende thema's verweven: 'Infectieziekten' en 'Diversiteit en Inclusie'. In de themaverkenning 'Gezonde Generaties' is in de hoofdstukken over jongeren extra aandacht besteed aan digitalisering net als in de themaverkenning 'Zorg en Sociaal Domein'. Deze drie deelrapportages zijn te vinden op [www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl).

Voor de verschillende themaverkenningen zijn specifieke indicatoren uit het Trendscenario relevant, die worden geïntegreerd in de betreffende themaverkenning. Maar ook uitkomsten van ander onderzoek van binnen en buiten het RIVM worden gebruikt. Daarnaast zijn kwalitatieve methoden van belang om tot een goed geduid beeld te komen. De methoden van de themaverkenningen worden hier op hoofdlijnen toegelicht. De gebruikte methoden overlappen grotendeels voor de drie themaverkenningen. Vanzelfsprekend is er ook ruimte geweest voor maatwerk per themaverkenning vanwege de variatie in context, kennis en betrokken werkvelden. Voor meer gedetailleerde informatie wordt verwezen naar de bijlagen van Hoofdstuk 5.

### 5.1 Aanvulling DESTEP per thema: verkenning grijze literatuur

Voor de VTV-2024 is een inventarisatie gedaan van maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de (toekomstige) volksgezondheid in den brede. Voor de volledigheid is deze inventarisatie voor elke themaverkenning aangevuld met ontwikkelingen uit de themaspecifieke grijze literatuur. Alleen publicaties waarin expliciet toekomstverwachtingen of verkenningen aan de orde komen zijn hiervoor geselecteerd. Het ging voor de themaverkenning 'Gezonde Generaties' dan bijvoorbeeld om publicaties van organisaties als het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) of de Raad voor de Volksgezondheid & Samenleving (RVS). De publicaties van bijvoorbeeld het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) zijn relevant voor de themaverkenning 'Gezonde Leefomgeving in een veranderend Klimaat'. De themaverkenning 'Zorg en Sociaal Domein' maakte gebruik van publicaties van bijvoorbeeld de Sociaaleconomische Raad (SER) en de Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid (WRR).

Voor de themaverkenning 'Gezonde Leefomgeving in een veranderend Klimaat' is een aantal RIVM-experts geïnterviewd om relevante ontwikkelingen en relevante publicaties te identificeren. Op basis daarvan is de inventarisatie van ontwikkelingen geactualiseerd. Daarnaast heeft het RIVM deelgenomen aan expert-sessies die door het Planbureau van de Leefomgeving werden georganiseerd in het kader van hun eigen ruimtelijke toekomstverkenning.

## 5.2 Stakeholderconsultaties

Naast de literatuur biedt raadpleging van stakeholders belangrijke inzichten in mogelijke drijvende krachten en toekomstige ontwikkelingen. Om deze reden zijn voor alle drie de themaverkenningen ook groepssessies ingepland met stakeholders. Voor de themaverkenningen 'Zorg en Sociaal Domein' en 'Gezonde Leefomgeving in een veranderend Klimaat' zijn hiervoor experts uitgenodigd. Voor de themaverkenning 'Gezonde Generaties' ging het om een combinatie van experts en vertegenwoordigers van de betreffende generatie (jongeren en vijftigplussers). Om de discussie te stimuleren is in alle sessies de Group Decision Room methode gebruikt. Dit is een nominale groepstechniek methode<sup>20</sup> Met behulp van de Mentimeter is de invloed van clusters van ontwikkelingen gescoord (5 punts Likert schaal), gezamenlijk besproken en daarna nog een keer gescoord om te kijken of uitwisseling van kennis en informatie tijdens de discussie uiteindelijk tot andere inzichten leidt. Voor 'Zorg en Sociaal Domein' ging het bijvoorbeeld om de invloed van ontwikkelingen op de toekomstige vraag naar zorg en ondersteuning, voor 'Gezonde Generaties' om de invloed op bijvoorbeeld toekomstige mentale gezondheid en voor 'Gezonde Leefomgeving in een veranderend Klimaat' om de invloed op toekomstige gezonde leefomgeving en gezondheid. Alle sessies hadden als doel om tot een verdere aanscherping te komen van de ontwikkelingen die verder verdiept worden in de rapportages van de themaverkenningen.

Voorafgaand aan de expertsessie is voor de themaverkenning 'Zorg en het Sociale Domein' een schriftelijke consultatieronde onder experts uitgevoerd om de belangrijkste drijvende krachten voor het thema te actualiseren en aan te scherpen.

## 5.3 Verdiepende literatuurstudie

Na de aanscherping van ontwikkelingen en onderwerpen in de stakeholderconsultaties is voor elk thema een verdiepende literatuurstudie uitgevoerd. Voor de themaverkenningen 'Gezonde Generaties' en 'Gezonde Leefomgeving in een veranderend Klimaat' is hiervoor vooral de (inter)nationale wetenschappelijke literatuur gebruikt. Grijs literatuur is ter aanvulling geraadpleegd. In de themaverkenning 'Zorg en Sociaal Domein' lag de focus op de Nederlandse grijs literatuur. In dit thema is de (inter)nationale wetenschappelijke literatuur, naast de grijs literatuur, gebruikt in de verdere uitwerking van de geprioriteerde clusters van ontwikkelingen ten behoeve van het in kaart brengen van de impact op de toekomstige zorgvraag.

De literatuurstudies richtten zich op internationale wetenschappelijke reviews en meta-analyses gepubliceerd in de periode 2017-2023, omdat de VTV2018 literatuur heeft gebruikt die tot 2017 is gepubliceerd. De zoekstrategieën met combinaties van zoektermen zijn i.s.m. een informatiespecialist opgesteld en uitgevoerd in databases als Embase, PubMed, Scopus, Google Scholar. De gevonden literatuur is vervolgens

<sup>20</sup> Manera, K., Hanson, C.S., Gutman, T., Tong, A. (2019). Consensus Methods: Nominal Group Technique. In: Liamputtong, P. (eds) Handbook of Research Methods in Health Social Sciences. Springer, Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4\\_100](https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_100)

gescand op relevantie en kwaliteit. Met behulp van de sneeuwbalmethode zijn aanvullende publicaties geïdentificeerd.

Voor de themaverkenning 'Gezonde Generaties' zijn relevante overzichtsstudies gelezen en samengevat die gingen over de betreffende leeftijdsgroep(en), over de manier waarop leefstijl, mentale en fysieke gezondheid in de ene levensfase invloed hebben op leefstijl, mentale en fysieke gezondheid in de volgende levensfase.

In de themaverkenning 'Gezonde Leefomgeving in een veranderend Klimaat' zijn overzichtsstudies meegenomen die o.a. aan criteria voldeden zoals 'human health effect or exposure', 'relation to climate change' of 'effect of climate change on primary outcome is quantified'.



## 6 Opgaven en handelingsopties

### 6.1 Opgaven

Op basis van de uitkomsten van de themaverkenningen zijn in de hoofdrapportage de belangrijkste opgaven geschetst in de volksgezondheid, leefomgeving en klimaat en zorg. Deze opgaven staan niet los van elkaar. Ze overlappen en beïnvloeden elkaar. Het overzicht van mogelijke toekomstige opgaven is, via een bijeenkomst en online poll voorgelegd aan alle oud-projectleiders van de VTV (zie bijlage Hoofdstuk 6. Resultaten van de poll zijn beschikbaar op aanvraag) en via een vragenlijst aan het Burgerpanel (zie Hoofdstuk 7 en bijlage bij Hoofdstuk 7). De vraag was om de mogelijke toekomstige opgaven te prioriteren.

We hanteerden daarbij de volgende criteria:

1. De opgaven staan hoog op de urgentieladder van burgers en stakeholders.
2. De opgaven zijn vanuit alle perspectieven relevant.
3. De opgaven zijn aan te pakken via (beleids- of andere) interventies of strategieën.
4. De opgaven worden nog niet elders al uitgebreid geadresseerd.

Op basis van deze rangschikking zijn drie belangrijke 'opgaven voor de toekomst' geselecteerd.

Deze waren vervolgens de basis voor de bijeenkomsten en vragenlijsten over handelingsopties (zie paragraaf 6.2).

### 6.2 Handelingsopties vanuit meerdere perspectieven

De handelingsopties in deze VTV zijn ontwikkeld samen met de Burgerraad en stakeholders. Omdat de verschillende VTV-perspectieven op gezondheid hier een centrale rol in hadden, komt nu eerst aan de orde wat de vier VTV-perspectieven op gezondheid zijn en hoe deze zijn herzien voor de VTV-2024.

#### *VTV-perspectieven op gezondheid*

Centraal in het formuleren van de handelingsopties stonden de VTV-perspectieven. Doel van deze perspectieven is om de opgaven en handelingsopties van de VTV niet enkel vanuit één dominant perspectief te bekijken maar expliciet meerdere invalshoeken te belichten. Elk thema is bekeken vanuit deze vier waardengedreven perspectieven om naar gezondheid te kijken. Deze perspectieven zijn ontwikkeld in de VTV-2014 en geüpdatet voor de VTV-2024. In de herziening voor de VTV-2024 is onderzocht hoe Nederlanders nu de vier perspectieven beleven, met name op gezondheid, en welke waarden hieraan ten grondslag liggen. De perspectieven zijn destijds opgesteld met input van experts en professionals, en via een vragenlijst getoetst bij burgers. Voor de VTV-2024 wilden we de input van burgers versterken, kijken of de bestaande perspectieven nog dekkend zijn en wat de onderliggende waarden zijn. De centrale vraag was: "Wat zijn de vier perspectieven waarmee Nederlanders anno 2022 naar gezondheid kijken?" We scherpten de oude perspectieven aan, en namen hierbij perspectief van burgers als uitgangspunt.

De update werd uitgevoerd door de Argumentenfabriek, de Burgerraad van de VTV-2024 (30 deelnemers) leverde tijdens een 'burgerconferentie' de bijdragen vanuit het gezichtspunt van burgers. Een samenvatting van de update is te vinden in de bijlage van Hoofdstuk 6. Ook het burgerpanel is bevraagd met een vragenlijst over hun weging van de vier VTV-perspectieven op gezondheid en hun affiniteit met de perspectieven. In totaal hebben 510 burgers de vragenlijst ingevuld. Een verslag van de resultaten is te vinden in de bijlage van Hoofdstuk 7.

Een begeleidingscommissie bestaande uit onderzoekers is op meerdere momenten betrokken bij de update. In deze commissie zaten naast onderzoekers uit het VTV-team ook een onderzoeker die betrokken was bij het opstellen van de perspectieven voor de VTV-2014 en een onderzoeker vanuit een onderzoeksproject van het Strategisch Programma RIVM (SPR) waarin ook met de VTV-perspectieven wordt gewerkt.

#### *Werkwijze bijeenkomsten handelingsopties*

In vier workshops (drie met stakeholders en één met de burgerraad) hebben de deelnemers vanuit de vier VTV-perspectieven gekeken naar de grootste uitdagingen en oplossingsrichtingen voor de drie VTV-2024 thema's: gezondheid en leefstijl, klimaat en leefomgeving en zorg en ondersteuning.

In totaal deden 52 stakeholders vanuit verschillende organisaties (beleid, wetenschap en praktijk; van lokaal tot landelijk niveau) mee met een stakeholderbijeenkomst. Daarbij stond in elke bijeenkomst een thema centraal. De burgerraad kwam bijeen in een workshop waarin alle thema's aan de orde kwamen.

De vier perspectieven geven verschillende zienswijzen op gezondheid weer (zie tabel 2 hieronder), want wat men een goede oplossing vindt, is afhankelijk van welke waarden vooropstaan.

*Tabel 2 VTV-perspectieven op gezondheid en uitspraken van burgers daarover*

<b>Perspectief</b>	<b>Uitspraken van burgers</b>
<p><b>Op en top gezond</b> Voor mensen die vanuit dit perspectief denken, is gezond leven zonder ziektes en beperkingen het hoogste doel. Zij vinden dat de overheid en bedrijven er alles aan moeten doen om iedereen zo gezond mogelijk te houden, of te genezen mocht dat nodig zijn. Voor deze mensen zijn preventie en kwaliteit van zorg basisprincipes waar vanuit keuzes moeten worden gemaakt.</p>	<p>"De overheid moet gezond leven zo veel mogelijk bevorderen, bijvoorbeeld met een tabaksverbod, gratis sport en gezonde voeding." "Ik wil geholpen worden door professionals, niet door mijn kinderen of mantelzorgers." "Iedereen kan zorg dichtbij zijn woonplaats krijgen, en kan er makkelijk naartoe."</p>
<p><b>Iedereen doet mee</b> Mensen die vanuit dit perspectief denken, willen leven in een solidaire gemeenschap. Zij vinden</p>	<p>"Je bent gezond als je mee kunt doen aan het (werkende) leven." "Iedereen heeft recht op dezelfde zorg."</p>

<b>Perspectief</b>	<b>Uitspraken van burgers</b>
dat iedereen vanuit eigen vermogen aan de maatschappij mee moet kunnen doen en dat mensen elkaar hierbij helpen. Mensen moeten aandacht hebben voor elkaar en zorgzaam zijn jegens elkaar.	"Het moet makkelijk zijn om nabij of bij iemand te wonen die zorg nodig heeft."
<b>Heft in eigen handen</b> Mensen die vanuit dit perspectief denken, vinden vrijheid en onafhankelijkheid een groot goed. Vrijheid om te doen wat je wil, om keuzes te maken zoals je dat zelf wil. Zij vinden dat de overheid en zorgverleners moeten helpen als zij hierom worden gevraagd, maar dat zij hierbij altijd de wensen van het individu als vertrekpunt moeten nemen.	"Mijn gezondheid is mijn eigen verantwoordelijkheid." "Je kunt mensen niet verplichten anderen te helpen, dat moet vanuit mensen zelf komen." "Je woonkeuze bepaalt hoe je leefomgeving eruitziet, hierin kan iedereen zelf kiezen."
<b>Gezonde Welvaart</b> Mensen die vanuit dit perspectief denken, vinden dat we scherpe en economisch zinvolle keuzes moeten maken, om schaarse middelen te verdelen. Hierin draagt iedereen een stukje verantwoordelijkheid en mag hier door de overheid ook op worden afgerekend, maar ook beloond. Zij vinden dat mensen die niet kunnen bijdragen door te werken en belastingen te betalen, vrijwilligerswerk moeten doen.	"Mensen krijgen alleen zorg als zij moeite doen om gezond te leven." "De overheid vergoedt alleen zorg die bewezen effectief is." "Het gezonder maken van de leefomgeving moet ook economisch gezien voordelig zijn."

Bij de stakeholdersessies was de vraag om vanuit het voor hen "meest herkenbare perspectief" zo veel mogelijk handelingsopties te formuleren voor een van de drie opgaven. Door eerst gezamenlijk (per perspectief) de grootste uitdagingen te formuleren zorgen we voor een (broodnodige) inperking van de drie centrale opgaves. Bij de workshop met de Burgerraad is aan de deelnemers gevraagd om vanuit een van de drie opgaves een zo breed mogelijk pallet aan handelingsopties te formuleren, waarna deze vervolgens gezamenlijk zijn toebedeeld aan de uitdagingen die in de perspectieven centraal staan. In de bijlage van Hoofdstuk 6 zijn de verslagen van de stakeholdersessies en workshop met de Burgerraad opgenomen.

#### *Analyse van uitkomsten*

De bovenstaande vier sessies leidden tot een zeer breed spectrum aan handelingsopties en concrete activiteiten (140 in totaal). Sommige van deze oplossingen waren specifiek gericht op een van de drie maatschappelijke opgaven, zoals het creëren van een gezonde

leefomgeving, anderen waren vooral ingestoken vanuit een specifieke maatschappelijke waarde, zoals betaalbaarheid of solidariteit. Het VTV-2024 team heeft de opbrengst van deze stakeholdersessies en de burgerraad geanalyseerd. De selectie van deze oplossingen (per thema) is vervolgens gedaan door een team van telkens zes onderzoekers die daarbij op zoek waren naar handelingsopties die vanuit alle vier de normatieve perspectieven acceptabel zijn. Op basis van die analyse zijn 15 handelingsopties geformuleerd. De Murals met de indeling zijn bij auteurs op te vragen. Voor een verslag van de analyse en de uitkomsten, zie bijlage van Hoofdstuk 6.

Deze selectie aan handelingsopties is vervolgens voorgelegd aan een panel van 512 burgers die gebruik makend van de MaxDiff-methodiek de oplossingen geprioriteerd hebben. Met MaxDiff worden in willekeurige meerdere keren een beperkte set aan handelingsopties voorgelegd met de vraag om deze te prioriteren. De ruwe data zijn op te vragen bij auteurs en de samenvatting van de uitkomsten van deze uitvraag aan de het burgerpanel is te vinden in de bijlage van Hoofdstuk 6.

#### *Selectie vijf overkoepelende opgaven en oplossingsrichtingen*

De laatste selectie van de in de hoofdrapportage beschreven oplossingsrichtingen is gedaan in het schrijfteam van de VTV-2024 hoofdrapportage. Deze selectie kwam tot stand op basis van de uitkomsten van de stakeholderbijeenkomsten en burgerraad, de raadpleging van het burgerpanel én de koppeling met de belangrijkste opgaven zoals beschreven in de themaverkenningen.

Het schrijfteam VTV-2024 heeft ernaar gestreefd alle oplossingsrichtingen die op basis van de stakeholdersessies en burgerraad bijeenkomst zijn gesynthetiseerd te gebruiken. Deze zijn daarbij qua formuleringen bewerkt om passend te zijn in een VTV-rapportage. Door het team zijn alle oplossingsrichtingen langsgelopen en is bepaald 1) welke als onderdeel van de overkoepelende oplossingsrichtingen en 2) welke als eigenstandige handelingsoptie vermeld moeten worden. Ook zijn de oplossingsrichtingen aangevuld met bijvoorbeeld kennis uit de literatuur waar nodig. Van dit iteratieve proces is geen werkbeschrijving of workshop verslag gemaakt. Als tussenstap is de resulterende beschrijving van handelingsopties en overkoepelende oplossingsrichtingen aan de dV&Z voorgelegd als 'extra paar ogen'.



## 7 Duiding vanuit expert en maatschappelijk perspectief

Voor de VTV zijn veel verschillende stakeholders van binnen en buiten het RIVM betrokken geweest. Een overzicht van deze verschillende groepen en wie er allemaal hebben mee gewerkt aan de VTV is te vinden op [www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl). En in de bijlage bij Hoofdstuk 7 is een overzichtstabel te vinden van de verschillende groepen, samenstelling, type deelnemers, wijze van bijdrage/ resultaat en gebruik. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste betrokken adviesgroepen beschreven.

### 7.1 Burgerraad en burgerpanel

Bij eerdere edities van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) zijn ook burgers ondervraagd, bijvoorbeeld met behulp van vragenlijsten (VTV-2014 en VTV-2018) en enkele focusgroepen (c-VTV, 2021). Bij het maken van de VTV-2024 wordt hierop voortgebouwd, bijvoorbeeld door toepassing van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Hierbij spelen burgers dus net als in vorige edities van de VTV, een rol als respondent. Vanuit de ambitie van het RIVM om middenin de samenleving te staan zijn burgers in de VTV-2024 uitgenodigd actief mee te denken met het VTV team. Betrokkenheid van burgers kan bijdragen aan agendasetting en aan maatschappelijke relevantie van toekomstscenario's, opgaven en handelingsopties. Juist bij een toekomstverkenning van de volksgezondheid die informatie moet opleveren voor nationale en lokale beleidsvorming is het van belang, die maatschappelijke betrokkenheid expliciet vorm te geven. Hiertoe is een burgerraad ingesteld, aangevuld met een breder burgerpanel. Deze werkwijze is voor de VTV nieuw; daarom wordt dit proces vormgegeven als een kleinschalige pilot, die zal worden meegenomen in de evaluatie van de VTV-2024. De werkwijze en de opbrengst van de Burgerraad worden daarbij apart geëvalueerd en hierover zal een wetenschappelijke publicatie verschijnen.

#### *De burgerraad*

De burgerraad is op verschillende manieren ingezet. De belangrijkste rol van de burgerraad was reflectie te bieden op het VTV proces en onderwerpen. Daarnaast is de Burgerraad twee keer inhoudelijk geraadpleegd: één keer voor de perspectieven update (§ 6.2) en één keer voor het formuleren van handelingsopties, vergelijkbaar met de stakeholdersessie (§ 6.2). De burgerraad is daarnaast ook een keer te gast geweest op het RIVM voor uitwisseling met de onderzoekers en een rondleiding te krijgen op het RIVM. Deelname was facultatief en onbezoldigd (enkel reiskostenvergoeding).

De burgerraad bestaat uit 30 leden die gedurende de looptijd van de VTV-2024 betrokken zijn geweest. De leden van de VTV-Burgerraad zijn geworven via een daarin gespecialiseerd bureau. Omdat het kan voorkomen dat een lid uitvalt of niet kan deelnemen worden er naast 30 vaste leden ook 10 reserve leden gerekruteerd. Hierdoor kan er gewaarborgd worden dat er bij elke bijeenkomst minimaal 30 deelnemers zijn. Verder wordt er om continuïteit te borgen een extra financiële vergoeding gegeven wanneer de deelnemers bij alle

bijeenkomsten aanwezig zijn. Desondanks zou het kunnen dat de groep burgerraadleden iets kan fluctueren.

De burgerraad is niet representatief voor de Nederlandse bevolking. Door een gevarieerde groep te rekruteren voor de burgerraad wordt er getracht verschillende perspectieven mee te nemen in de reflectie op de VTV-2024. Voor zowel de burgerraad als burgerpanel (zie hieronder) is gestuurd op variatie in opleidingsniveau, leeftijd (vanaf 18 jaar), gender, culturele achtergrond (op basis van zelfidentificatie), beroep en woonplaats. Voor opleidingsniveau geldt dat er ingezet wordt op een wat grotere vertegenwoordiging van praktijkopgeleide deelnemers, omdat dat het vaak een ondervertegenwoordigde groep is in onderzoek en beleid. Deelnemers voor burgerraad en burgerpanel zijn geworven via wervingsbureau Motivaction. Motivaction heeft een groot panel van waaruit deelnemers tegen vergoeding gevraagd kunnen worden om deel te nemen aan onderzoek. Het biedt het voordeel dat er gericht gezocht kan worden op de gewenste variatie in kenmerken van deelnemers en omvang van de steekproef. Het zelf werven van een dergelijke grote en diverse groep burgers is complex en inefficiënt.

Voor de burgerraad heeft het wervingsbureau een telefonische screening uitgevoerd waarbij is gevraagd of de desbetreffende persoon bereid is aan meerdere bijeenkomsten deel te nemen. Nagegaan is ook hoe de persoon tegenover overheidsorganisaties staat – alleen wanneer iemand (zeer) negatief tegenover alle vormen van overheden staat is van rekrutering afgezien. Ook is ingeschat of de persoon in staat is deel te nemen. Wanneer een persoon tijdens de telefonische screening bijvoorbeeld agressief, erg boos of ernstig verward reageert is deze niet uitgenodigd. De leden van de Burgerraad zijn niet van tevoren geïnformeerd over de VTV-2024.

De opzet van burgerparticipatie bij de VTV-2024 (incl. de werving, opzet van de verschillende bijeenkomsten) is te vinden in de bijlage van Hoofdstuk 7. De verslagen van de burgerraad zijn op te vragen bij auteurs.

#### *Het burgerpanel*

Het burgerpanel is een groep van ca. 560 burgers, gevarieerd naar leeftijd, gender, sociaal culturele achtergrond, opleidingsniveau, regio en beroep. Doel van het panel was de toetsing, relevantie en begrijpelijkheid van de (deel) uitkomsten van de VTV voor burgers. Het panel is in totaal vier keer bevroegd.

Er is steeds een nieuwe steekproef van ca 560 burgers benaderd om zo veel mogelijk aanvullende en diverse input te krijgen bij/naast de burgerraad. Meer informatie over deze methode is te vinden in de bijlage van Hoofdstuk 7. Dit panel werd ook gerekruteerd via het onderzoekspanel van Motivaction.

Het burgerpanel is vier keer bevroegd middels een online vragenlijst gedurende de hele looptijd van de VTV.

1. Vragenlijst over de inhoudelijke betekenis van de concepten gezondheid en volksgezondheid. Ook is er gevraagd naar de verwachtingen voor 2050 voor Nederland wat betreft gezondheid en zorg. In totaal hebben 569 burgers de vragenlijst ingevuld. Het verslag is bijgevoegd in de bijlage van Hoofdstuk 7.
2. Vragenlijst over de weging van de vier VTV perspectieven op gezondheid en hun affiniteit met de perspectieven. In totaal hebben 510 burgers de vragenlijst ingevuld. Het verslag is bijgevoegd in de bijlage van Hoofdstuk 7.
3. Vragenlijst over het belang en de prioritering van de belangrijkste opgaven voor de volksgezondheid en zorg. In totaal hebben 556 burgers de vragenlijst ingevuld. Het verslag is bijgevoegd in de bijlage van Hoofdstuk 7.
4. Prioritering van de 15 oplossingsrichtingen die naar voren kwamen uit de analyse van de stakeholdersessies en workshop met de burgerraad. In totaal hebben 512 burgers de vragenlijst ingevuld. Het verslag is te vinden in de bijlage van Hoofdstuk 6.

## **7.2 RIVM reflectieteam**

Het RIVM-Reflectieteam heeft het VTV team geadviseerd tijdens de hele looptijd van het project. Gaat de gekozen aanpak ook de vragen vanuit de opdrachtgever en stakeholders beantwoorden? Worden er doelgroepen of onderwerpen vergeten? Zijn er gemiste kansen? Past de inhoud en aanpak bij de missie en visie van het RIVM? Het kernteam VTV heeft bespreekpunten aangedragen, maar het Reflectieteam heeft ook een proactieve en agenderende rol. Deelnemers (onder wie de Chief Science Officers van het RIVM) komen vanuit alle RIVM-domeinen en hebben specifieke expertise passend bij de inhoudelijke thema's van de VTV en/of een breed overzicht over de RIVM-onderwerpen. Hierdoor borgen we een goede aansluiting bij de RIVM-strategieën. Om overlap met de Wetenschappelijke Adviesraad te voorkomen, ligt de nadruk minder op de wetenschappelijke kwaliteit van de gebruikte methoden. De verslagen van de bijeenkomsten met het Reflectieteam zijn vanwege persoonsgegevens niet openbaar gepubliceerd en kunnen bij auteurs (geanonimiseerd) worden opgevraagd.

## **7.3 Governance projectorganisatie, aansturing en afstemming**

Voor de projectorganisatie, aansturing en afstemming van de VTV-2024 is in de Directieraad van het RIVM een governance vastgesteld. Doel is om alle betrokken partijen in hun eigen rol en verantwoordelijkheid op de juiste momenten te betrekken om een gezamenlijk product op te leveren met breed draagvlak. Dit document is op te vragen.



## Bijlagen bij hoofdstuk 2

### **VWS-brede bijeenkomst 9 dec 2021**

#### **Informatie ter voorbereiding opgestuurd aan deelnemers van bijeenkomst 9 december 2021**

##### **Inleiding**

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) zoeken we naar antwoord op de vraag: **wat komt er op ons af in 2050?**

1. We starten daarbij met het identificeren van te verwachten brede maatschappelijke ontwikkelingen die van belang zullen zijn voor de volksgezondheid. Het betreft ontwikkelingen op **Demografisch, Economisch, Sociaal-cultureel, Technologisch, Ecologisch** en **Politiek-bestuurlijk gebied (DESTEP)**.
2. We verkennen wat de aard en omvang van de impact hiervan op gezondheid kan zijn.
3. En we beschrijven de opgaven voor het volksgezondheidsbeleid die hieruit voortvloeien.

##### **Thema's twee recente VTV's**

In de VTV2018 is gekeken naar de 1) zorgvraag van de toekomst, 2) de bredere determinanten van gezondheid en 3) technologische ontwikkeling.

De verkenningen leverden een aantal belangrijke opgaven voor de toekomst op:

- De vergrijzing heeft grote impact op de volksgezondheid en zorg (o.a. ouderdomsziekten, multi-morbiditeit, eenzaamheid)
- Meer gezondheid (door betere behandeling) maar ook meer ziekte (o.a. door de vergrijzing)
- De druk op ons dagelijkse leven neemt toe, bijv. prestatiedruk bij jongeren. Dit kan stress en gezondheidsproblemen veroorzaken.
- Leefstijl én leefomgeving beïnvloeden gezondheid gunstig en ongunstig, maar dit verschilt per doelgroep
- Opeenstapeling van gezondheids- én sociale problemen bij (groter wordende) kwetsbare groepen
- De zorguitgaven stijgen door demografie en technologie. Technologische oplossingen kunnen echter ook kosten besparen
- Zorg verandert geleidelijk door technologie en veranderende rol patiënt. Ook profiteren niet alle groepen hier evenveel van.
- Alertheid op bekende én nieuwe risico's nodig, waaronder antimicrobiële resistentie en microplastics

De corona-inclusieve VTV (c-VTV), uitgekomen in 2020, had als doel om bij te dragen aan inschatting van mogelijke toekomstige gevolgen van de pandemie. Hierin stonden de volgende thema's centraal:

- drie mogelijke scenario's die een bandbreedte weergeven van mogelijke toekomstige ontwikkelingen in de pandemie;
- indirecte impact van de coronacrisis op zorg, leefstijl en mentale gezondheid;

- impact van de coronacrisis op zorgsysteem, levering van zorg (thuis en in de wijk) en het perspectief van de patiënt en inwoner;
- Ontwikkelingen leefomgeving als gevolg van de coronacrisis, in termen van kansen en opgaven.

In beide VTV's is aandacht besteed aan vier perspectieven op gezondheid: 1) Op en top gezond 2) Iedereen doet mee 3) heft in eigen handen 4) gezonde welvaart.

### VTV2024

In de VTV2024 zal voortgebouwd worden op eerdere VTV's, maar er komen ook nieuwe thema's aan bod. Naast deze nieuwe en oude thema's zijn er twee belangrijke *dwarse* thema's (de 'breinaalden') die bij elk onderdeel van de VTV een rol zullen spelen.

Onderstaand schema geeft enkele **voorbeelden van denkrichtingen die nu in beeld zijn**. In de linker kolom staan de bredere maatschappelijke ontwikkelingen, kolom 2 laat de mogelijke effecten op gezondheid zien die verkend kunnen worden, kolom 3 de daaruit volgende mogelijke opgaven. De twee meeste rechtse kolommen laten zien hoe de 'breinaalden' bij de verschillende thema's vorm kunnen krijgen.

Ontwikkelingen DESTEP	Mogelijke impact op gezondheid	Mogelijke opgaven	'Breinaald': Diversiteit en inclusie	'Breinaald': corona
Klimaatverandering (ecologische ontwikkeling): hogere temperaturen, weers-extremen en andere impacts	Kansen/ bedreigingen adaptatiemaatregelen voor (on)gezonde leefomgeving  Invloed klimaatverandering op infectieziekten	Ontwikkeling leefomgeving met oog voor gezondheid  Preventie specifieke bedreigingen/ ziekten	Verbetering leefomgeving in kwetsbare wijken  Regionale risico's	Win-win scenario's die klimaatadaptatie en coronaherstel verbinden
Vergrijzing (demografische ontwikkeling): geen piek maar een plateau in 2050	Groter beroep op zorg, en behoefte aan maatwerk  Van 'kwetsbare ouderen' naar 'zelfbewuste senioren'	Aansluiting zorg op veranderende zorgvraag en behoeften	Intergenerationele solidariteit: 'jong en oud samen gezond in 2050'	Corona-proof ouder worden (leefomgeving, leefstijl, zorg)

<b>Ontwikkelingen DESTEP</b>	<b>Mogelijke impact op gezondheid</b>	<b>Mogelijke opgaven</b>	<b>'Breinaald': Diversiteit en inclusie</b>	<b>'Breinaald': corona</b>
De digitale leef-omgeving (technologische ontwikkeling)	Nieuwe risico's, bijv. verslavingen, ongezonde leefstijl, mentale druk en negatief zelfbeeld  Nieuwe kansen, bijv. VR in de zorg	Beter leren begrijpen hoe de digitale leefomgeving de gezondheid kan ondersteunen (en waar de bedreigingen zitten)	Digitale vaardigheden bij laaggeletterden in relatie tot zorg  Jeugd en online gezondheid	Inzet van digitale middelen voor infectiepreventie

In de volgende lege tabel kun je jouw eigen thema's invullen ten behoeve van de discussie.

<b>Ontwikkelingen (DESTEP)</b>	<b>Mogelijke impact op gezondheid</b>	<b>Mogelijke opgaven</b>	<b>Breinaald Diversiteit en inclusie</b>	<b>Breinaald corona</b>

**Lijst van deelnemende directies**

Directie Publieke Gezondheid  
Directie Maatschappelijke Ondersteuning  
Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie  
Directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie  
Directie Patiënt en Zorgordening  
Directie Langdurige Zorg  
Directie Sport  
Directie Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt  
Directie Financieel-Economische Zaken  
Directie Zorg

**Organisaties vertegenwoordigd in 2021 bij de Toekomsttafels  
Volksgezondheid Toekomst Verkenning**

Bartimeus  
BeBright  
Divosa  
Friz  
Gemeente Arnhem  
GGD'en  
Health Holland: Topsector Life Sciences & Health  
Maastricht Universitair Medisch Centrum  
Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat  
Ministerie van Landbouw en Visserij  
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Raad voor Volksgezondheid en Samenleving  
Rabobank  
Sociaal Cultureel Planbureau (SCP)  
Technische Universiteit Eindhoven  
Trimbos Instituut  
Universitair Medisch Centrum Groningen  
Vilans  
VNO-NCW-MKB



## Opzet workshops digitalisering met Rathenau Instituut en VTV Deelthema's

20 februari, 2023, in Bilthoven

Ca. 8-10 deelnemers per workshop vanuit Rathenau Instituut en RIVM.

### Achtergrond:

Voor de inhoudelijke invulling van het thema digitalisering binnen de VTV-2024 werken het Rathenau Instituut en RIVM samen. Vanwege de timing is gekozen voor een pragmatische insteek waarbij direct de vertaalslag wordt gemaakt naar de drie inhoudelijke deelthema's van de VTV (te weten: Gezonde Generaties, Zorg en Sociaal Domein, Klimaat en Gezonde Leefomgeving). De resultaten worden per deelthema in de VTV geïntegreerd en gepresenteerd.

De opbrengst kan daarna ook nog verwerkt worden in een overkoepelend stuk over digitalisering en gezondheid, dat door de onderzoekers van het Rathenau Instituut in samenwerking met RIVM kan worden geschreven.

Plan van Aanpak is dat:

1. Experts van Rathenau zullen op 30 januari een online lezing + Q&A houden waarin zij collega's van het RIVM meenemen in de belangrijkste aanstormende technologieën en hun impact. We zullen de lezing ook opnemen voor wie het niet lukt erbij te zijn.
2. Vervolgens zullen we op 20 februari per deelthema een aparte workshop organiseren met als start een korte presentatie van het betreffende thema, waarna deelprojectteams met experts van Rathenau in gesprek kunnen waar de specifieke raakvlakken met/ vragen bij dat thema zitten. Als dat nodig is kunnen de uitkomsten van die workshop nog verder worden uitwerkt of verdiept, maar het Rathenau zal dat niet uitvoeren. De workshops zullen ongeveer 2 uur duren en op het RIVM worden georganiseerd.

### Opzet voor de workshops:

00.00-00.10:	<i>Opening en voorstelrondje – vertel iets leuks over wat je doet/meemaakt als je offline bent</i>
00.10-00.25	<i>Presentatie van het deelthema + belangrijkste onderzoeksvragen mbt digitalisering (ook nav de online lezing) Deelprojectleider of diens vervanger</i>
00.25-00.50	<i>Identificeren van relevantste digitale trends voor dit thema (werkvorm: nominale groepstechniek Fase 1 brainstorm digitale ontwikkelingen 5 minuten - Fase 2 stemmen met streepjes/stickers (3-2-1 punt) 2 minuten Fase 3 discussie over rangschikking op basis toelichtingen over 'uitslag' stemmen 15 minuten Fase 4 opnieuw stemmen 2 minuten</i>
00.50-01.00	<i>Pauze</i>
01.00-01.40	<i>Verkennen van de belangrijkste toekomstige impact op gezondheid voor 3 digitale trends (werkvorm: stoel van</i>

	<i>de toekomst) drie vrijwilligers nemen plaats in de stoel (1 per trend). Wie ben ik (een persoon, een groep, de hele bevolking...) Wat merk ik van deze digitale trend? Daarna interview door de anderen om eea scherper te krijgen. Met elkaar aftikken om nieuwe/andere gezichtspunten in te brengen</i>
<i>01.40-01.55</i>	<i>Reflectie en advies voor vervolg, bv welke overzichtsstudies, experts, databronnen zouden hiervoor gebruikt kunnen worden?</i>
<i>01.55-0.200</i>	<i>Afsluiting</i>

## Bijlagen bij hoofdstuk 3

De gedetailleerde methoden bijlage met de beschrijving van de projecties voor het Trendscenario is te vinden op de [www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl](http://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl) evenals de achtergrondtabel met de beschrijving van de indicatoren. Deze zijn zo omvangrijk dat ze separaat zijn gehouden. Bijlagen hieronder hebben betrekking op de aanvullende kwantitatieve analyses zonder projecties naar de toekomst uit paragraaf 3.4.

### **Methodenverantwoording trends in de tijd van opleidingsverschillen in gezondheidsindicatoren**

#### *Analyse voor opleidingsverschillen in gezondheidsuitkomsten voor trends in de tijd*

In hoeverre opleidingsverschillen in gezondheidsuitkomsten veranderen over de tijd wordt getoetst met behulp van de Relative Index of Inequality (RII) en de Slope Index of Inequality (SII) (Mackenbach & Kunst, 1997). De RII en SII zijn maten om vast te stellen in hoeverre een gezondheidsuitkomst verschilt tussen sociaaleconomische groepen in een hiërarchie (laag-midden-hoog). De SII is een maat voor het absolute verschil tussen de hoogste en laagste groep, bijvoorbeeld het verschil in percentage mensen met overgewicht. De RII is een maat voor het relatieve verschil tussen de hoogste en laagste groep, bijvoorbeeld hoeveel keer groter de kans is dat iemand met een po/vmbo/mbo1 opleiding overgewicht heeft vergeleken met mensen met een hbo/wo opleiding. Beiden maten zijn gebruikt om de ontwikkeling van gezondheidsverschillen te duiden. Daarbij wordt uitgegaan van een verband tussen sociaaleconomische status en de gezondheidsindicator. Voor een groot deel van de gezondheidsuitkomsten is er inderdaad sprake van dit verband. Er is dan een gradiënt waarbij mensen op iedere stap hoger in de sociale hiërarchie betere gezondheidsuitkomsten hebben (Broeders et al., 2018).

De RII en SII houden rekening met de relatieve positie van iemand in de sociale hiërarchie en de grootte van de groepen. In dit geval gaat het om de relatieve opleidingspositie (zie uitleg hierna over relatieve opleidingspositie). De RII geeft het relatieve verschil tussen de hoogst en laagst mogelijke groep in de sociale hiërarchie weer. Als de RII 1 is, is er geen verschil tussen opleidingsgroepen. Als de RII groter dan 1 is, zijn er verschillen waarbij de hoogste groep de beste uitkomst heeft. Als de RII kleiner dan 1 is, zijn er verschillen waarbij de laagste groep de beste uitkomst heeft. De interpretatie is als volgt: als de RII 1,4 is voor overgewicht naar opleidingsniveau, betekent dat de laagste opleidingsgroep een 1,4 keer grotere kans heeft om overgewicht te hebben vergeleken met de hoogste opleidingsgroep. Om te kunnen bepalen of relatieve opleidingsverschillen over de tijd veranderen, is eerst de RII met een 95% betrouwbaarheidsinterval per jaar berekend met een regressiemodel, gebruik makend van een log-linkfunctie (Moreno-Betancur et al., 2015), gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Om vast te stellen of relatieve opleidingsverschillen in gezondheidsuitkomsten over de tijd veranderden (de trend), is de  $RII_{\text{trend}}$  berekend. Dat is gebeurd met een lineair regressiemodel, waarbij rekening is gehouden met een trendbreuk in de data voor het meten van opleiding en waar van toepassing voor de gezondheidsuitkomst.

De SII geeft het absolute verschil tussen de hoogst en laagst mogelijke groep in de sociale hiërarchie weer. Als de SII 0 is, is er geen verschil tussen opleidingsgroepen. Een SII boven de 0 betekent dat er verschillen zijn tussen de opleidingsgroepen in het nadeel van de laagste opleidingsgroep. Een negatieve SII betekent dat er een opleidingsverschil is in het nadeel van de hoogste opleidingsgroep. De interpretatie is als volgt: als de SII 0,40 is voor overgewicht naar opleidingsniveau, is de prevalentie van overgewicht in de laagste opleidingsgroep 40 procentpunt hoger dan de prevalentie in de hoogste opleidingsgroep. Om te kunnen bepalen of absolute opleidingsverschillen over de tijd veranderen, is eerst de SII met een 95% betrouwbaarheidsinterval per jaar berekend met een regressiemodel, gebruik maken van een identity-linkfunctie (Moreno-Betancur et al., 2015), gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Om vast te stellen of absolute opleidingsverschillen in gezondheidsuitkomsten over de tijd veranderden (de trend), is de  $SII_{\text{trend}}$  berekend. Dat is gebeurd met een lineair regressiemodel, waarbij rekening is gehouden met een trendbreuk in de data voor het meten van opleiding en waar van toepassing voor de gezondheidsuitkomst.

### **Relatieve opleidingspositie houdt rekening met verschillen tussen generaties**

Deze toelichting is afkomstig van <https://www.vzinfo.nl/bronnen-methoden-en-achtergronden/toelichting-analyse-opleidingstype>:

Door de tijd heen is het opleidingsniveau van de Nederlandse bevolking gestegen. Deze ontwikkeling vond met name plaats bij vrouwen. Voor het maken van vergelijkingen door de tijd is het belangrijk om er rekening mee te houden dat de samenstelling van de opleidingsgroepen dus langzaam maar zeker veranderd is (*Broeders et al. 2018*). Ook is er sprake van diploma-inflatie. Met hetzelfde diploma kon je vroeger een betere baan met een bijbehorende sociaaleconomische status verwerven – opklimmen via je werk – dan tegenwoordig. Ook hierdoor verandert de betekenis van opleiding voor iemands sociale positie. Dit heeft tot gevolg dat in de loop der decennia het verschil in de gemiddelde leeftijd van de lage SES-groep en de hoge SES-groep (zoals gemeten met opleidingsniveau) is toegenomen (*Broeders et al. 2018*). De eerste groep bevat steeds meer oudere cohorten, terwijl de tweede groep uit steeds meer jongere cohorten bestaat.

Door in analyses niet alleen naar daadwerkelijk hoogst behaald opleidingsniveau te kijken maar ook naar de relatieve opleidingspositie (De betekenis van hoogst behaalde opleiding verschilt per generatie en geslacht. De relatieve opleidingspositie houdt hier rekening mee.), wordt er rekening gehouden met de samenstelling van de verschillende opleidingsgroepen. Hiervoor worden er zogenaamde rankingscores berekend aan de hand van de cumulatieve verdelingsfunctie over opleidingsgroepen per jaar, leeftijd en geslacht. De rankingscore wordt berekend als de gemiddelde cumulatieve frequentie tussen twee opleidingsgroepen. Stel dat 30% van de

bevolking basisonderwijs of een vmbo-opleiding heeft, 70% een mbo-niveau en daarmee vergelijkbaar of lager, en 100% hbo(Hoger beroepsonderwijs)/wo geschoold is of lager. De rankingscore is dan voor de groep basisonderwijs of een vmbo-opleiding  $\frac{1}{2} * (0+30) = 15$ , voor mbo-niveau en daarmee vergelijkbaar  $\frac{1}{2} * (30+70) = 50$ , en voor hbo/wo geschoolden  $\frac{1}{2} * (70 + 100) = 85$ . Zo is er voor elke respondent naast opleidingstype een rankingscore bekend. Bij het berekenen van de rankingscores worden er vijf opleidingsgroepen onderscheiden, om een nauwkeurigere rankingscore per persoon te krijgen.

Bronnen:

Broeders, D., Das, D., Jennissen, R., Tiemeijer, W., & de Visser, M. (2018). *Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen.*

[https://www.wrr.nl/binaries/wrr/documenten/policy-briefs/2018/08/27/van-verschil-naar-potentieel.-een-realistisch-perspectief-op-de-sociaaleconomische-gezondheidsverschillen/PB+7\\_Sociaaleconomische+gezondheidsverschillen\\_web\\_2908.pdf](https://www.wrr.nl/binaries/wrr/documenten/policy-briefs/2018/08/27/van-verschil-naar-potentieel.-een-realistisch-perspectief-op-de-sociaaleconomische-gezondheidsverschillen/PB+7_Sociaaleconomische+gezondheidsverschillen_web_2908.pdf)

Mackenbach, J. P., & Kunst, A. E. (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social science & medicine*, 44(6), 757-771.

Moreno-Betancur, M., Latouche, A., Menvielle, G., Kunst, A. E., & Rey, G. (2015). Relative Index of Inequality and Slope Index of Inequality: A Structured Regression Framework for Estimation. *Epidemiology*, 26(4), 518-527. <https://doi.org/10.1097/ede.0000000000000311>

## Ruimtelijke clustering: hot spot analyse

### Aanleiding

Op basis van gegevens uit de Gezondheidsmonitor is het mogelijk om met behulp van *Small Area Analysis* schattingen te maken op laag-geografisch schaalniveau (zie hoofdstuk 5 van de hoofdrapportage van de VTV).

Op de kaart zijn ruimtelijke patronen te zien. De donkere kleuren tonen gebieden met hogere percentages mensen met obesitas en in de lichtere gebieden is het percentage mensen met obesitas lager. De kaart toont wel clustering; Oost-Groningen en het oosten van Drenthe kleuren donker. Ook elders in het land lijken clusters te zijn. Zo lijkt het noorden van Zuid-Limburg ook een hoger percentage obesitas te kennen. Hetzelfde geldt voor Zeeuws-Vlaanderen. De kaart geeft verder ook nog kleinere gebieden met hogere percentages. Oost-Brabant, Friesland en het westen van Nederland kleurt juist lichter.

Welke conclusies mogen hieruit getrokken worden? Is dit toeval omdat er nou eenmaal altijd hogere en lagere percentages gemeten worden als je naar ruimtelijke variatie kijkt? Kun je de ruimtelijke patronen nog beter benoemen? Om deze vragen te beantwoorden zijn aanvullende hot spot analyses uitgevoerd. Voor verdere analyses van onderliggende oorzaken is samenspraak met lokale experts nodig.

### Hot spot analyse

Om antwoord te geven op dergelijke vragen zijn in de ruimtelijke statistiek diverse algoritmes beschikbaar die het mogelijk maken meer 'ordering' te brengen in dit soort 'scatterkaarten':

Op bovenstaande dataset is een [Optimized Getis-Ord  \$G\_i^\*\$](#)  algoritme toegepast. Dit algoritme berekent voor elke buurt in de kaart een *z-score* en een *p-waarde*. Deze scores geven aan waar buurten met zowel hoge als lage waarden ruimtelijk clusteren. Elke buurt wordt bekeken in de context van naburige buurten. Een buurt met een hoge waarde is interessant, maar het is mogelijk geen statistisch interessante 'hot spot'.

Om een statistisch significante 'hot spot' te zijn, moet een element een hoge waarde hebben en omringd zijn door andere elementen met hoge waarden. De lokale som voor een buurt en zijn burens wordt proportioneel vergeleken met de som van alle buurten. Wanneer de lokale som zeer verschilt van de verwachte lokale som, en wanneer dat verschil te groot is om het gevolg te zijn van willekeurige kans, resulteert dit in een statistisch significante *z-score*.

Bij de berekeningen wordt een *Threshold Distance* gekozen, waarbij voor elke buurt minimaal 30 naburige buurten worden betrokken in de analyse. Bij minder dan 30 buurten, blijkt de methode onbetrouwbaar te zijn. Daarnaast wordt bij de toepassing van het  $G_i^*$  algoritme wordt, middels *False Discovery Rate correctie (FDR)*, rekening gehouden met meervoudige tests en ruimtelijke afhankelijkheid.

### Floating Geography

De kleinste eenheid in de analyse is de buurt. Kleiner dan dat kunnen we niet kijken. De clustering groepeert buurten. De methode clustert buurten die niet per se overeenkomen met de gemeentegrenzen. Echter, gemeenten en binnen de gemeenten ook woonkernen zijn goed zichtbaar. Als we de analyses op gemeente-niveau hadden uitgevoerd, dan zien we niet automatisch de betreffende gemeenten op de kaart. Hotspot Analysis op buurtniveau geeft de mogelijkheid om gemeentegrens-overschrijdende clusters te definiëren.

### Literatuur

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1538-4632.1992.tb00261.x>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1538-4632.1995.tb00912.x>

<https://pro.arcgis.com/en/pro-app/latest/tool-reference/spatial-statistics/an-overview-of-the-mapping-clusters-toolset.htm>

<https://pro.arcgis.com/en/pro-app/tool-reference/spatial-statistics/how-hot-spot-analysis-getis-ord-gi-spatial-stati.htm>)

<https://www.publichealth.columbia.edu/research/population-health-methods/hot-spot-spatial-analysis>

## Bijlagen bij hoofdstuk 4

### **GESPREKSHANDLEIDING FOCUSGROEPEN VTV-2024**

#### **INLEIDING**

**10 minuten (incl. inloop)**

Mijn naam is .. Ik ben vandaag gespreksleider in dit groepsgesprek. Naast mij zit.. Zij zal vandaag observeren en aantekeningen maken. Dadelijk wil ik ook graag weten wie jullie zijn. Wellicht kunnen jullie je namen alvast opschrijven zodat jullie elkaar tijdens het gesprek bij de naam kunnen aanspreken.

We stappen vandaag met elkaar in een soort van tijdscapsule. Jullie zitten allemaal op een stoel van de toekomst. Want we gaan met elkaar nadenken over de toekomst. Wij doen bij het RIVM onderzoek naar de toekomst van de volksgezondheid van Nederland. Wij noemen het onderzoek de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV). Dit doen wij in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Jullie gaan denken over jezelf in 2050 en over hoe 2050 eruitziet. Dus jullie zijn nu geen 18-25 jaar meer, maar jullie zijn tussen de 45-52 jaar. In de periode van nu tot dan gaat er nog veel veranderen voor jullie. Zo komen er wellicht studies, banen, relaties, gezinnen, reizen en er gebeuren dingen op het gebied van gezondheid. Maar ook de wereld om je heen verandert binnen nu en 27 jaar. Het is wellicht lastig voor te stellen, maar toch gaan we vandaag met elkaar nadenken over de toekomst.

Ik praat in totaal met zes groepen jongeren. Zo hopen we een goed beeld te krijgen van hoe jongeren tegen de toekomst aankijken.

Ik ben heel erg benieuwd naar jullie mening. En niets is fout! Het gaat echt om je eigen persoonlijke mening. Het kan zijn dat jullie het niet altijd met elkaar eens zijn, maar dat is prima. Ik probeer ervoor te zorgen dat jullie allemaal ongeveer evenveel aan bod komen, want ik ben in eenieders mening geïnteresseerd.

We hebben twee uur de tijd voor het gesprek en ik heb best wat vragen. Soms zal ik daarom moeten onderbreken, zodat we alle thema's met elkaar kunnen bespreken.

Graag neem ik het gesprek op, maar ik zal het anoniem verwerken? Zijn er voorafgaand aan het gesprek nog vragen?

#### **VOORSTELLEN**

**5 minuten**

Naam, leeftijd, woonplaats, belangrijkste dagelijkse bezigheid (ook de RIVM-ers).

Omdat we graag willen dat de groep zich een voorstelling maakt van 2050 gaan we dat gezamenlijk doen. De antwoorden op vraag 1 worden op een post-it gezet. We maken van al die antwoorden een beeld van 2050 en plakken ze in een wolk.

#### **OPENINGSVRAAG**

**10 minuten**

Het is 2050. Probeer vooruit te denken in de tijd en bedenk dus dat je zo'n 25 (eigenlijk 27) jaar ouder bent dan nu. Welk beeld komt er dan als eerste bij je op? *(het mag van alles zijn..)*. als meerdere beelden – gebruik meerdere post-its



## **INTRODUCTIEVRAGEN**

**15 minuten**

Iedereen heeft een uitdeelblad op tafel. Elke deelnemer krijgt 5 minuten de tijd om hem in te vullen.

Wie ben je in 2050? Hoe zie je eruit? Met wie woon je dan?

Wat voor werk doe je en hoe ziet je werk eruit?

Hoe staat het met jouw gezondheid in 2050, zowel lichamelijk als mentaal?

*(deelnemers vragen om hun resultaten toe te lichten)*

## **KERNVRAGEN minuten**

**1 uur en 15**

Er zijn drie verschillende thema's die we in dit groeps gesprek met elkaar gaan bespreken. Deze thema's zijn allemaal van invloed op de gezondheid. Ik zal verschillende technieken inzetten om jullie te laten nadenken over de toekomst, wat dat is nog best ingewikkeld.

### **Thema's**

Werkvorm voor alle thema's:

Op tafel ligt een groot vel papier met alle thema's erop (tafelkleed).

Per thema worden stickers geplakt in rood, oranje en groen als antwoord op de eerste vraag van dat thema:

Rood: staat er negatief tegenover

Oranje: gematigd

Groen: positief

### **Leefomgeving/klimaat**

**25 minuten**

***Eerst inventariseren met de stickers hoe deelnemers hier tegenaan kijken.***

*Belangrijke vragen bij dit onderdeel:*

Hoe gaat het met leefomgeving / klimaat in 2050?

*We inventariseren aan de hand van de kaartjes en schrijven mee op het tafelkleed.*

Werkvorm: Onder het thema leefomgeving / klimaat vallen heel veel zaken. Op tafel ligt een set met kaartjes waarop verschillende onderdelen staan: klimaat, energie, sociale omgeving, natuur, wonen, vervoer en een leeg kaartje waar ze evt. zelf een thema mogen bedenken wat met dit onderdeel te maken heeft. Ze mogen allemaal een kaartje pakken. Ten aanzien van dat onderdeel mogen ze iets zeggen in relatie tot de toekomst. Hoe verwacht je dat je leefomgeving er dan uit ziet en wat voor een effect heeft dat op gezondheid? De gespreksleider vraagt ook naar reacties van anderen. De notulist schrijft in korte termen mee op het tafelkleed.

### **Gedrag en leefstijl**

**25 minuten**

***Eerst inventariseren met de stickers hoe deelnemers hier tegenaan kijken.***

*Belangrijke vragen bij dit onderdeel:*

Hoe gedragen mensen van jouw generatie zich in 2050? Zijn ze zich meer bewust van hun gezondheid? Gedragen ze zich gezonder of ongezonder?

En hoe komt dat? Wat is volgens jullie van invloed op leefstijl en gedrag? *Even teruggrijpen op wat er bij vraag 6 geantwoord is.* Wat voor een effect hebben deze trends op gedrag en leefstijl?

Werkvorm: Onder het thema leefstijl vallen ook weer verschillende zaken (slaap, stress, alcohol, roken, drugs, voeding, sport/beweging). Op tafel liggen kaartjes waarop deze verschillende onderdelen staan. We hebben eerst in de groep gesproken over de trends die van invloed zijn op leefstijl en gedrag. Ook hebben we allemaal weer stickertjes geplakt. Nu gaan we in twee aparte groepen de kaartjes op een balk neerleggen. Aan de ene kant van de balk staat dat het gedrag/leefstijl ongezonder wordt. Aan de andere kant staat dat het gedrag/leefstijl juist gezonder wordt. Vervolgens kijken we in hoeverre de balken met elkaar overeenkomen. Hiervoor krijgen de deelnemers 2 minuten.

### **Zorg en ondersteuning**

**25 minuten**

***Eerst inventariseren met de stickers hoe deelnemers hier tegenaan kijken.***

*Belangrijke vragen bij dit onderdeel:*

Hoe gaat het met de zorg in 2050?

***Daarna het gesprek hierover aangaan en kijken wat er genoemd wordt.***

Werkvorm: Onderstaande vragen kun je allemaal aan bod laten komen als het bij vraag 9 nog niet genoemd is. Deze staan ook op het tafelkleed. Schrijf daaronder de belangrijkste opmerkingen mee.

### **Zorgbehoefte**

Hebben we meer of minder zorg nodig in 2050?

#### **Mantelzorg**

Gaan mensen meer mantelzorg geven?

Denk je dat er misschien een verplichting komt tot mantelzorgen? Wat zou dat betekenen?

#### **Kwaliteit van de zorg**

Hoe gaat het met de kwaliteit van de zorg?

Hoe wordt er voor mensen gezorgd in 2050? Wie doet dat? Waar worden mensen verzorgd?

Is er voldoende zorg?

#### **Digitalisering in de zorg**

Welke rol speelt digitalisering in de zorg?

Hoe ziet digitale zorg eruit?

Wat is er positief aan de zorg in 2050?

### **AFSLUITING**

**5 minuten**

### **Ideeën voor werkvormen**

Iedereen een rood/groen kaartje geven om te kunnen reageren op de anderen

### **Benodigdheden**

Grote rol papier

Post-its

Stiften

Stickertjes: rood, oranje, groen

Uitdeelblad (poppetje met wolkjes)

Naambordjes  
Rode/groene kaartjes  
Balk bij gedrag en leefstijl (2 keer)  
Groot papier met wolk  
Alle kaartjes met termen van tevoren maken  
Tape

### **Bevindingen focusgroepen VTV 2024**

Datum: 7 april 2023 (definitieve versie)

*De VTV-2024 kijkt vooruit naar volksgezondheid en zorg in 2050. Jongeren zijn hierbij een speciale aandachtsgroep. Naast kwantitatieve methoden, literatuuronderzoek en expert inschattingen hebben we daarom ook jongeren zelf bevraagd in zeven focusgroepen van elk twee uur. De jongeren waren vooraf geselecteerd en benaderd door Motivaction om tot een brede vertegenwoordiging te komen qua opleidingsniveau, geslacht en migratieachtergrond. De focusgroepen vonden plaats in Amsterdam, Amersfoort en Appingedam, in februari en maart 2023. Alle zeven focusgroepen zijn opgenomen en woordelijk getranscribeerd. Codering en analyse is gedaan in MaxQDA. Voor de gebruikte codeboom, zie bijlage.*

### **Leeswijzer**

Na een overzicht van de deelnemers, worden in dit verslag de bevindingen op onderstaande volgorde beschreven:

Algemeen beeld (overview)

Verwachtingen t.a.v. eigen situatie en gezondheid in 2050

Verwachtingen t.a.v. klimaat en leefomgeving in 2050

Verwachtingen t.a.v. gedrag en leefstijl in 2050

Verwachtingen t.a.v. zorg en ondersteuning in 2050

Verwachtingen t.a.v. DESTEP ontwikkelingen

Tot slot sluiten we af met kanttekeningen bij dit onderzoek en ideeën voor een volgende keer.

### **Kenmerken deelnemers**

In totaal hebben 41 jongeren deelgenomen aan de focusgroepen.

Dit waren 18 mannen en 23 vrouwen.

De jongste was 18 en de oudste 29 jaar.

De huidige of afgeronde opleiding was voor 17 jongeren universiteit, 10 hbo, 9 mbo, 2 vwo, 1 havo, 1 had geen diploma en van 1 is het niet bekend.

17 jongeren hadden een migratieachtergrond (heel divers qua landen van herkomst).

14 jongeren kwamen uit de stad Amsterdam, 7 elders uit Noord-Holland, waarmee Noord-Holland qua provincie het sterkst vertegenwoordigd was. Overig:

6 uit Groningen

5 uit Zuid-Holland

3 uit provincie Utrecht

2 uit Noord-Brabant

2 uit Gelderland

1 uit Flevoland

1x is de woonplaats onbekend.

### **Algemeen beeld (overview)**

#### **Jongeren maken zich over behoorlijk wat thema's zorgen**

Jongeren maken zich met name zorgen over het klimaat en de gevolgen van klimaatverandering, wonen (vooral het woningtekort), individualisering, mentale gezondheid (en dan met name stress) en toegang tot en kwaliteit van zorg (met name vanwege het personeelstekort in de zorg, terwijl de behoefte aan zorg, de zorgvraag naar verwachting zal toenemen). Onderliggend aan de toename van de individualisering en stress ligt ook de verwachting van een toename in het gebruik van sociale media, waar jongeren dus ook de negatieve kanten van zien. Tot slot kwam op het gebied van toegang tot zorg en wonen de angst ter sprake dat er een (toegenomen) kloof zal ontstaan tussen rijk en arm.

Er is in de focusgroepen niet specifiek naar gevraagd, maar waar ter sprake kwam wie wat zou moeten doen, worden oplossingen vaak gezocht bij de politiek (bijv. vliegtaks instellen, goedkoper openbaar vervoer, hogere lonen in de zorg; van de politiek verwachten ze overigens niet veel verandering), gemeenten (bijv. vergroenen van de stad), bedrijven (bijv. het stimuleren van gezond gedrag, mantelzorg of gebruik van het openbaar vervoer onder hun werknemers door daar financieel of in tijd aan bij te dragen) of de maatschappij in het algemeen.

#### **Het meest hoopvol zijn jongeren over gezondheid en leefstijl, technologie en milieuvriendelijke vormen van vervoer**

Over hun eigen gezondheid zijn ze hoopvol, ze verwachten even gezond te zijn als nu of gezonder. Verder waren ze hoopvol over technologische ontwikkelingen bijvoorbeeld in de zorg, maar ook bij leefomgeving rond duurzame alternatieven voor energie en vervoer. Qua vervoer verwachten ze minder schadelijke uitstoot door de ontwikkeling van nieuwe vormen van vervoer en door meer gebruik van het openbaar vervoer (dat dan wel verbeterd en goedkoper moet worden). Rondom bewegen en voeding wordt door een deel verwacht dat er meer bewustzijn en kennis is in 2050, waardoor men gezonder zal zijn in dit opzicht.

### **Verwachtingen t.a.v. eigen situatie en gezondheid**

#### **Verwachtingen t.a.v. eigen werk in 2050**

De meeste jongeren verwachten in 2050 nog in hun eigen vakgebied te werken. Meerderen geven aan te hopen dat ze tegen die tijd een eigen bedrijf hebben/ voor zichzelf begonnen te zijn. Qua werk wordt een paar keer genoemd dat ze verwachten dat er dan veel op afstand/ digitaal gebeurt, waardoor het bijvoorbeeld makkelijker is om internationaal te werken.

#### **Verwachtingen t.a.v. eigen woonsituatie in 2050**

De verwachtingen t.a.v. hoe de jongeren zelf zullen wonen in 2050 zijn heel divers. Meerdere jongeren geven aan graag naar het buitenland te verhuizen, en noemen daarbij vaak het weer als reden, ze willen wel in een zonniger land wonen. De periode waarin dit onderzoek plaats vond kan daarbij een rol hebben gespeeld (februari). Anderen blijven graag wonen waar ze nu wonen (bijv. omdat vrienden en familie daar ook

wonen), willen naar of meer richting een stad verhuizen of juist rustiger en meer in de natuur.

### **Verwachtingen t.a.v. eigen gezondheid in 2050**

De verwachtingen t.a.v. de eigen gezondheid in 2050 zijn overwegend positief. De meeste jongeren verwachten zelf fysiek gezond te blijven omdat ze sporten/ van sport houden, of blijven wandelen (bijv. met de hond). Een enkeling verwacht fysiek gezonder te zijn dan nu door verbeterde technologie op het gebied van voeding en meer focus op gezond leven. Slechts één jongere geeft aan te verwachten in 2050 fysiek minder gezond te zijn. Qua mentale gezondheid verwacht men 'blij en gelukkig' te zijn en 'in balans'. Later in de gesprekken is verder doorgesproken over gezondheid en leefstijl in 2050, waar een duidelijk minder gunstig en genuanceerder beeld naar voren kwam. Hier lijkt een onderscheid gemaakt te worden tussen hun persoonlijke gezondheidssituatie in 2050 versus de algemene gezondheid in 2050. Het zou interessant geweest zijn om hier verder op door te vragen.

### **Verwachtingen t.a.v. leefomgeving en klimaat in 2050**

#### **Klimaat**

Veel jongeren maken zich (ernstig) zorgen over het klimaat en klimaatverandering. De meesten verwachten dat dit erger wordt in de toekomst, ondanks de inspanningen die op dit vlak er ook zijn. Ze vrezen hierbij voor meer natuurrampen, klimaatvluchtelingen, voedingstekorten, extreem weer. Qua effect op gezondheid worden genoemd: sterfte, meer ziekte(n) en meer stress.

*"En als je ook kijkt naar dat ook voedselsystemen bijvoorbeeld omver gaat vallen, door de manier waarop wij omgaan met de aarde, zul je zien dat als er heel veel oogsten zullen mislukken, veel minder voedingsstoffen zullen bezig zijn en veel meer, hoe noem je dat, tekorten zullen er dan komen. Dus op heel veel vlakken, op heel veel manieren, zullen ze, zal onze gezondheid ertoe leiden dat we er ook onder lijden. Want als de wereld niet werkt, dan zullen wij ook niet werken." (focusgroep 1)*

Enkelen zijn voorzichtig optimistisch omdat hier wel steeds meer actie op komt (verduurzaming, afval scheiden, minder plastic en water gebruiken, geo-engineering (kunstmatig regen maken), nieuwe technologieën). Anderen vragen zich in reactie hierop af of dat niet te laat is of vinden dat er meer nodig is.

*"Wij zijn in Nederland zo erg bezig met alles energieneutraal maken en afval scheiden. En meer met de natuur bezig zijn. Ik denk dat het langzamerhand toch wel wat beter, de goede kant opgaat." (focusgroep 7)*

#### **Energie**

Over energie is er voornamelijk optimisme. Men verwacht meer gebruik van groene vormen van energie: zonnepanelen en windmolens, en ook over kernenergie zijn er positieve beelden. Minder fossiele brandstoffen, waardoor minder vervuiling en minder fijnstof worden verwacht.

*"We zitten nu ook al best wel in een energietransitie. Ik denk dat we daar op dat moment nog veel verder in zullen zijn en ik ben daar op zich wel hoopvol in. Ik denk dat er wel een stuk meer kernenergie ook gaat zijn en dat, ja, meer mensen hebben gezien dat dat wel gewoon een goeie optie is. Nou, we zijn nu gelukkig ook al, er komen meer zonnepanelen en zo, dus ik denk dat dat, ik denk dat die trend ook wel aanhoudt, ook in andere landen, dat dat een stuk meer gaat zijn."*  
(focusgroep 3)

Al benoemt iemand ook dat het buitengebied door de windmolens wel minder aantrekkelijk wordt:

*"Maar je hebt daar zo'n stukje bos waar je kan lopen. Een hele leuke route. Dan ga je langs zo'n watertje met bossen. Je hebt zo'n zandvlakte waar die honden kunnen lopen. Een beetje spelen. Een beetje... Maar die windmolens maken zoveel lawaai. Dus daar ga je ook niet meer heen."* (focusgroep 7)

### **Sociale omgeving**

Over de sociale omgeving worden meer zorgen geuit dan optimisme. Mensen gaan steeds meer alleen nog maar voor zichzelf (individualisering), en zoeken of hebben vooral contact met gelijkgestemden, in hun eigen bubbel, zowel op sociale media als in de fysieke wereld. Dit wordt benoemd als negatief en zorgelijk. Jongeren maken zich zorgen over de daarmee gepaard gaande polarisatie. Polarisation brengt stress met zich mee en een slechtere mentale gezondheid.

*"Het wordt steeds makkelijker om in je eigen bubbel te blijven. Dus dan kom je ook met je eigen... als je in een dorp woont en je komt niet op je computer of je laptop of je telefoon, alleen maar scrollen en met je eigen vrienden hangen, dan kwam je in de supermarkt en dan zag je mensen met een hele andere denkwijze als jij. En dan... dan zie je ook nog wat anders van de wereld, andere perspectieven. Maar als je alleen maar met je eigen vrienden om hangt en – en in de metaverse met je eigen... clan uh weet ik veel, ja... dan krijg je hele rare denkwijzen. Kan heel erg extreem worden, denk ik."* (focusgroep 6)

Wat betreft sociaal contact worden ook schermpjes als negatief genoemd: steeds meer zitten mensen op hun schermje, zonder de mensen om zich heen te zien en contact te maken. Hier maken jongeren zich zorgen over, omdat dit tot steeds meer individualisering leidt.

*"Ik kwam laatst nog op m'n ouwe school en daar was echt letterlijk... niemand praatte met elkaar, iedereen zat op een iPad, ik dacht van wow, heftig."* (focusgroep 7)

In één focusgroep worden ook nadrukkelijk zorgen geuit over geweld, deze jongeren vinden dat dit steeds normaler wordt.

Er komen enkele positieve verwachtingen ter sprake. Zo komt de deeleconomie een paar keer ter sprake, en verwacht iemand dat er nieuwe vormen van wonen gaan komen waarbij faciliteiten worden gedeeld.

*"En we gaan denk ik ook veel meer met elkaar delen. Deelscooters, deelauto's, deelsteps, deelfietsen. Het zal me echt niet verbazen als we heel veel meer gaan delen." (focusgroep 6)*

*"De economie zal willen blijven draaien, maar als het, als je gaat naar huren, dan moeten gewoon producenten zorgen dat hun producten langer goed blijven, waardoor het langer gehuurd kan worden, in plaats van dat je dan steeds nieuw moet kopen omdat het dan niet meer werkt." (focusgroep 1)*

### **Natuur**

Op het gebied van natuur zijn er positieve en negatieve verwachtingen. Positieve verwachtingen zijn: meer groen in de stad, meer natuur door uitkopen landbouwgrond en afname van veeteelt. Aan de andere kant vreest men afname van natuur door meer woningbouw en verkeer, en afname van de biodiversiteit door klimaatverandering.

*"Dus dat zou nog misschien kunnen dat er een deel van, ook door de hele stikstofcrisis en zo een deel van de weilanden misschien wordt vervangen door meer ruige natuur zeg maar met meer biodiversiteit maar." (focusgroep 4)*

*"Ja, aan de ene kant denk ik dat er een deel van de natuur verdwijnt, omdat, ja, er moeten gewoon meer huizen gebouwd worden voor de mensen die erin komen wonen. Aan de andere kant denk ik, in de steden, dat er wel een soort van, ja, meer gaan natuur gaan willen, dat ze meer parken gaan bouwen, van die groene dakterrasdingen, of van die groene muren, dat het gewoon een stuk meer groen in de stad komt." (focusgroep 3)*

### **Wonen**

Op het gebied van wonen wordt verwacht dat de verstedelijking doorzet: meer mensen willen in de stad wonen vanwege werkgelegenheid en faciliteiten en ondanks de stijgende huizenprijzen in de stad. De steden worden niet per sé groter maar vooral drukker: meer hoogbouw. Ook komt het woningtekort vaak ter sprake. De verwachting is dat dit doorzet of zelfs verergert door migratie en bevolkingsgroei. Hierdoor blijven jongeren langer thuis wonen en neemt de kloof tussen rijk en arm op het gebied van wonen toe. Qua effect op gezondheid wordt genoemd dat mentale gezondheid afneemt doordat meer mensen dicht op elkaar wonen. Positieve verwachtingen die worden genoemd zijn dat de huizenprijzen inmiddels wel dalen en dat er klimaatneutraler gebouwd gaat worden.

*"Nou het woningtekort in Nederland is niet iets nieuws. Hadden we 300 jaar geleden, hadden we 40 jaar geleden al, hebben we nog steeds en zullen we over 30 jaar waarschijnlijk ook nog steeds hebben. Wat ik denk dat er een soort, dat we wel meer de hoogbouw in gaan in Nederland. (...) Dat we meer de hoogte ingaan en dat je vooral veel relatief kleine appartementjes gaat krijgen omdat er steeds meer eenpersoonshuishoudens zijn" (focusgroep 1)*

*"Ik denk wel, ook, dat dat er inderdaad meer zal komen, maar dat er ook nog steeds altijd gewoon rijke mensen blijven, die dan wel zelf een heel groot huis hebben." (focusgroep 3)*

*"Dat is dan het enige lichtpuntje uit het verhaal denk ik. Ik hoop heel erg dat de woningen in 2050 bijvoorbeeld... of zonnepanelen op het dak of gras op het dak en dat we gewoon... ja, dat... dat misschien wel klimaatneutraal kan en veel meer zelfvoorzienend. Daar geloof ik wel in en dat hoop ik ook echt." (focusgroep 5)*

### **Vervoer**

Qua vervoer verwacht men dat er minder gebruik gemaakt zal gaan worden van de auto, of alleen nog van elektrische auto's. Verder kan het openbaar vervoer nog worden verbeterd en/of goedkoper of gratis gemaakt worden. Wellicht kan een snellere internationale trein ook een deel van het vliegverkeer vervangen. Er zullen met nieuwe technologieën wellicht ook nieuwe vormen van vervoer worden ontwikkeld die niet of minder belastend zijn voor het milieu, zoals auto's op waterstof of zelfrijdende auto's.

Of het drukker of juist rustiger zal zijn op de weg in 2050, daar wordt verschillend over gedacht. De één denkt van wel, doordat er meer thuisgewerkt zal worden, de ander denkt van niet omdat mensen steeds meer laten thuisbezorgen bijvoorbeeld.

*"Nu wordt de auto nog steeds gezien als een heel erg groot en belangrijk vervoersmiddel, terwijl het dan meer naar de achtergrond gaat. Het zal misschien niet echt zijn het autoloze in de zin van de auto bestaat niet meer, maar het autoloze in de zin van optie nummer 1 is OV, optie nummer 2 is de fiets, optie nummer 3 is iets anders. Of een deelauto en optie nummer 4 is echt misschien nog een eigen auto als het nodig is." (focusgroep 4)*

*"Nou ja, vooral denkend aan vliegtuigen. Ik ben bang dat dat de aankomende tijd nog even erger wordt. Dat we alsnog meer zullen gaan vliegen. Vooral nu na corona, want we willen nu allemaal weer op pad. Maar ik denk dat we over vijf à tien jaar toch wel gaan inzien dat het zo niet langer kan en dat er of iets anders voor het vliegen moeten, maar dat... Ja, met kerosineverbruik. En ik weet dat ze nu een nieuwe kerosine, dat ze daarmee bezig zijn, maar ik mag hopen dat in 2050 het wel zo is veranderd dat er een beperking is op vliegtuigen, een beperking op hoeveel er uitgestoten mag worden – en dat eveneens met auto's. En dat openbaar vervoer toegankelijker en hopelijk ook goedkoper wordt, zodat het ook gelijk aantrekkelijker wordt." (focusgroep 2)*

### **Overige opmerkingen t.a.v. klimaat**

T.a.v. klimaat en leefomgeving wordt wel ook opgemerkt dat Nederland maar een klein land is. Wij kunnen wel van alles doen en willen, maar het helpt niet als elders op de wereld mensen gewoon op de oude voet verder gaan.

En als er dingen veranderd moeten worden, is vaak wel beleid vanuit de overheid nodig. Bijvoorbeeld een belasting op import, zodat mensen meer lokale producten kopen. Of een taks om vliegen duurder en minder



aantrekkelijk te maken, en openbaar vervoer goedkoper of gratis aanbieden.

## **Verwachtingen t.a.v. gedrag en leefstijl in 2050**

### **Algemeen**

In twee focusgroepen verwacht men dat mensen gezonder gaan leven, en dat er meer bewustzijn komt van gezondheid en leefstijl. Hierbij wordt opgemerkt dat dit ook wordt gestimuleerd vanuit werk, overheid en scholen. Ook het effect van sociale media wordt hierbij meerdere keren genoemd.

*"Ik denk dat mensen wel bewuster zijn van gezondheid en wat gezondheid is en hoe ze dat... het beste in kunnen bewegen zeg maar. Ook juist door de toename van social media natuurlijk, heel veel modellen, mensen willen ook dat lichaam, gaan toch naar de sportschool. Maar ook meer bewustzijn over voedsel en productie daarvan. Wat misschien ook weer zorgt voor meer vegan eten en een bewustere leefstijl, denk ik. Dus in die zin wel een positievere kijk." (focusgroep 5)*

### **Sociale media**

Veel jongeren verwachten een verdere toename van het gebruik van sociale media, waarbij de negatieve gevolgen het meest benadrukt werken, zoals een negatieve impact op concentratie en aandacht spanne. Als positief punt wordt genoemd dat er via sociale media ook informatie wordt gedeeld over gezonde leefstijl en duurzame voeding. In één focusgroep werd genoemd dat sociale media kan verbinden, als mensen ook de minder positieve dingen daarop laten zien, en als mensen ook door het neppe heen kunnen kijken.

*"Het is vooral, als we nu weer een nieuwe generatie hebben die gewoon opgegroeid is met social media. Ik bedoel, wij hebben allemaal nog meegemaakt, dat het er nog niet echt was, volgens mij. Maar nu iedereen, er zijn gewoon kinderen, die hebben vanaf hun tweede al een iPad en zo." (focusgroep 3)*

Ook de gevolgen van de bredere digitalisering werden genoemd en dan specifiek online lessen volgen, waarbij slechtere studieprestaties, eenzaamheid, veranderd gedrag en veranderde sociale normen een gevolg waren onder huidige leerlingen en studenten.

*"Ja, zeker. En ik denk ook gewoon sowieso dat digitalisering in het algemeen, bijvoorbeeld ik heb vroeger op een iPadschool gezeten, dat je gewoon heel erg merkt dat de afleiding ook daar, mensen zaten spelletjes te spelen op social media terwijl die docent iets stond uit te leggen, ik denk dat dat gewoon leerlingen luiert maakt." (focusgroep 5)*

In één focusgroep werd verwacht dat het gebruik van sociale media zal afnemen, doordat er een tegenbeweging zou komen. In twee focusgroepen werd verwacht dat ouders het sociale media gebruik van hun kinderen meer gaan reguleren.

*"Ja, ik denk wel dat dat, dat dat beter is met deze generatie. (...) Ja, omdat, omdat wij nu meer begrijpen van wat het echt met je doet dan, in plaats van je ouders die er niet mee zijn opgegroeid." (focusgroep 3)*

Sociale media kwamen ook aan bod bij het onderwerp stress, met negatieve effecten op overgewicht en mentale gezondheid, maar ook positieve effecten, namelijk dat op sociale media veel informatie, mentale hulp en lotgenoten te vinden zijn.

### **Slapen**

De meerderheid van de jongeren verwacht dat mensen in 2050 slechter slapen. Redenen hiervoor die genoemd werden zijn stress, waaronder financiële stress, de hoge werkdruk en druk op studenten, meer en constante prikkels. Ook de constante sociale media en geluidsoverlast werden genoemd. Net als de instelling van studenten om pas op het laatst te gaan leren en hierdoor slaapttekort krijgen.

*"Ja, je bent alle dagen gewoon druk bezig met werk, school, noem maar op. Je komt niet meer aan je rust toe en dat neem je vaak ook mee – onbewust – als je naar bed gaat. Ja, dat blijft gewoon wel in je hoofd malen. (...) Ik denk dat dat [in 2050] alleen maar erger is." (focusgroep 7)*

*"Ja, ik denk puur kijkend naar de toename van schermen en prikkels die constant op je afkomen, en ik denk dat dat alleen maar meer wordt en dat slaap, ja, slaap lijdt daar gewoon onder. Ja, ik zie het nu al, weet je, mensen die uren voor het slapengaan op TikTok zitten en niet kunnen stoppen, pas om twee uur gaan slapen. Ja, dus dat, ik denk dat dat dus alleen maar meer wordt." (focusgroep 5)*

Eén deelnemer benoemde dat het gelijk zou blijven, omdat we slaap gewoon nodig hebben en het ingebakken zit. Deze deelnemer benoemde wel dat er mogelijk eerder hulp kan zijn bij slaapproblemen in de toekomst, met meer preventieve aandacht voor slaaphygiëne.

### **Stress**

De overgrote meerderheid van de deelnemers verwacht een toename van stress. Een belangrijk woord dat veel genoemde redenen dekt is 'druk'. Vaak genoemde redenen zijn namelijk de veeleisende samenleving en de hogere werkdruk, met gerelateerde redenen als overprikkeld zijn en de enorme hoeveelheid informatie, de druk om wereldproblemen op te lossen, de druk van de hoge keuzevrijheid, de druk om een goed uiterlijk.

*"Ja, wij hebben nog een beetje van, we leven gewoon nog steeds in een samenleving, die vooral heel veel waarde hecht aan altijd maar meer van alles. En dan moet je het ook gewoon, ja, is er meer werkdruk en dan krijg je meer stress." (focusgroep 3)*

*"Maar je hebt wel super veel mogelijkheden hè en ik denk dat dat voor een kind soms meer stress op kan leveren dan vrijheid. Dat is jammer, dat zou niet zo moeten zijn." (focusgroep 4)*

*"Ik denk inderdaad ook gewoon, veel druk op je studie omdat je dat heel je jeugd al mee hebt gekregen ook gewoon van school uit en alles dat, dat je heel hoog moet presteren om een soort van goeie positie voor jezelf te krijgen of zo en dat individualisme daarin ook of zo. En ik denk ook wel dat digitalisering, dat je ook nog je telefoon hebt waar je de hele tijd mee bezig bent. (...) En ja prikkels gewoon. En dan dingen waarvan je denkt van oh kan ik wel een huis vinden, kan ik wel een baan vinden, wil ik wel een kind want het klimaat verandert zo. Zoveel zeg maar, dat soort vragen die dat allemaal met zich meebrengt dus." (focusgroep 4)*

*"Ik denk dat de stress erger wordt hoor. (...) Ja, want wij worden echt gebombardeerd met informatie. We moeten... van alles. We willen van alles. We vergelijken onszelf met alles en iedereen. En ook kijken naar de technologie en zo, internet wordt ook steeds meer geavanceerd, dus we hebben meer stressfactoren." (focusgroep 6)*

In twee focusgroepen werd genoemd dat alle ingrijpende gebeurtenissen van de laatste tijd ook stress geven (stikstofcrisis, coronacrisis, oorlog), zeker voor wie de verantwoordelijkheid voelt dat dit moet worden opgelost. Een deelnemer gaf aan dat jongeren hierdoor nu misschien pessimistischer kijken naar alles.

*"Ja, ik heb stress omdat ik juist denk, omdat je ook hoort "we moeten dit gaan doen", "we moeten zo", "we moeten..." Ik krijg daar nu al stress van, dat ik denk: holy, we moeten veel om deze wereld te gaan redden. En ik denk juist als er dus pandemieën komen en... alle koeien, CO2-uitstoot moet weg, ik denk... ja, mensen krijgen stress. Die boeren hebben nu stress, je ziet het wat ze doen." (focusgroep 5)*

Stress had volgens deelnemers negatieve effecten op mentale gezondheid en volgens een andere deelnemer op een toename van drugsgebruik, maar stress zorgde volgens één deelnemer ook voor meer individualisering (iedereen is druk met zichzelf bezig).

Er zijn ook deelnemers die verwachten dat stress zal afnemen (of in elk geval niet verder zal toenemen), bijvoorbeeld doordat we leren van de huidige stressniveaus, omdat er meer aandacht voor zal komen, omdat onze werk-privé balans beter wordt, en digitalisering kan mensen ook werk uit handen nemen en zo stress verlichten.

*"Niet. Ik bedoel, als we nu gaan kijken naar de 20, tussen de 20-25, de leeftijdsgroep, degenen die aan het werk zijn, hoor je al heel veel dat die om deze leeftijd thuiszitten met een burn-out, dus ik mag toch hopen dat mensen daar juist van leren. En dat zou dus betekenen dat op het moment dat het 2050 is dat ze juist weten wanneer ze wel en niet hun rust moeten pakken. (...) Dus dan zou je mentaal juist goed moeten zitten." (focusgroep 2)*

## **Alcohol**

Deelnemers verwachtten vooral een afname in alcoholgebruik, of dat alcoholgebruik hetzelfde zal blijven.

Deelnemers die verwachtten dat alcoholgebruik minder wordt, noemen als belangrijkste redenen dat 0.0 producten normaler en lekkerder worden en/of niet drinken normaler wordt, en er meer bewustwording en kennis komt van de gevolgen van alcohol. Eén deelnemer verwachtte dat de regulering van verkoop strenger gaat worden.

*"Omdat ik denk dat mensen zich nu veel meer gaan beseffen wat de gevolgen zijn van zoals bijvoorbeeld even roken en drinken, om het even daarbij te houden. En ik denk dat dat alsmaar meer wordt, omdat door alle technologieën en dergelijke die er inmiddels zijn wordt het steeds duidelijker wat waarin zit. En ik denk dat dat zich wel voort gaat zetten." (focusgroep 2)*

Door deelnemers die verwachtten dat alcoholgebruik hetzelfde zal blijken, werd het vaakst genoemd dat alcoholgebruik in onze cultuur zit. Eénmaal werd genoemd dat men alcohol blijft kopen, zelfs als het duurder wordt. Een ander gaf aan dat alcohol een mooi speciaal product is, ook een ervaring is.

*"Ja, dat zit zo diep in de cultuur, die drinkcultuur, ik denk niet dat je dat echt kan veranderen, die donderdagmiddagborrel of de vrijdagmiddagborrel. Ja, je kan het denk ik veel minder ontmoedigen dan roken, omdat het wel echt veel verder terug gaat en gewoon in de cultuur, dus ik denk dat dat ongeveer hetzelfde zal blijven, het alcoholgebruik." (focusgroep 3)*

Een enkeling verwacht een toename van alcoholgebruik, met als redenen dat een verbod onder de 18 niet helpt (gebruikers zijn hierdoor alleen maar nog jonger en drinken excessiever), een ander verwacht dat mensen vanwege een slechtere mentale gezondheid alcohol gebruiken om zich te verdoven.

## **Roken**

Vrijwel iedereen verwacht dat roken verder zal afnemen. Deels door beperkingen en maatregelen t.a.v. roken: roken is duur en wordt steeds duurder en roken mag op steeds minder plekken. Daarnaast verwachten veel jongeren dat de kennis en het bewustzijn van de gevolgen van roken zal toenemen.

*"Ja, ik denk dat op gegeven moment alle landen, of veel... ontwikkelde landen wel een beetje het Australische model aannemen van... sigaretten, ja, leuk als je het wil doen, maar je betaalt wel 50 euro voor een pakje. Dan doet niemand het meer." (focusgroep 6)*

Een aantal keer gaat het over de ontwikkeling van nieuwe vormen van roken, wellicht dat dat nog voor een toename kan gaan zorgen. Een concreet al bestaand voorbeeld daarvan is vaperen. Van vaperen is echter wel de verwachting dat dit een tijdelijke trend is die overwaait.

Van roken wordt wel verwacht dat sommigen dat zullen blijven doen, bijvoorbeeld als zelfmedicatie. Dus dat het helemaal verdwijnt is niet de verwachting.

### **Drugs**

Een aanzienlijk deel van de deelnemers verwacht dat drugsgebruik zal toenemen. Meest genoemde redenen hiervoor zijn dat drugsgebruik normaler wordt, drugs makkelijker en goedkoper te krijgen zijn en dat er meer medische toepassingen zullen komen.

*"Ik denk dat drugs alleen maar verergert. Dat merk je nu al. (...)Ik merk dat de jeugd drugs veel normaler vindt. Dat is voor heel veel jongeren van deze leeftijd maar vooral die iets jonger zijn, dus die nu zestien zijn – zestien, zeventien – is drugs normaler ofzo. Blowen is normaler. Een pilletje nemen is normaler. Als iemand zegt dat ie snuift, kijk je hem niet meer raar van op, maar is het van oh, oké. Dat merk ik heel erg bij de jeugd. En dat vind ik heel erg." (focusgroep 7)*

*"Therapeutisch oké ja, bijvoorbeeld er wordt nu heel veel geïnvesteerd in onderzoek naar paddenstoelen, LSD en XTC en wiet om te kijken wat het kan betekenen om fysieke en mentale ziektes. Dus het wordt misschien meer genormaliseerd en meer in ander daglicht geduwd, waardoor de relatie tot drugs anders wordt." (focusgroep 1)*

Er waren ook discussies over toezicht en legalisering van drugs. Sommigen verwachten dat legalisering zal leiden tot een toename van drugsgebruik. Anderen verwachten dat het gebruik daarmee minder en verantwoordelijker zal gebeuren, doordat er dan meer toezicht is en meer informatie beschikbaar is over wat er in drugs zit en wat de gevolgen zijn. Tevens werd verwacht dat legalisering positieve effecten kan hebben op drugsproblemen en ondersteuning, criminaliteit, kwaliteit van drugs, en minder drugsdoden.

*"Nee, ik denk dat het normaler wordt. En stel, je weet precies wat je moet doen tijdens zo'n trip zeg maar, dat er dan ook véél minder fout kan gaan. Net als dat we met alcohol hebben we eigenlijk ook genormaliseerd, terwijl dat ook best wel een harddrug is eigenlijk. Dus ik denk: als je weet wat het, wat het met je doet en wat erin zit. Dat het mensen het of ook misschien minder snel stiekem gaan proberen, of dat het gewoon überhaupt ook niet veel fout gaat." (focusgroep 2)*

*"Ik denk zelf iets beter, want we dachten ook van ja, daar gaat ook meer over te weten komen en ze kunnen misschien beter inschatten van hé, dit kan je, ah, in Nederland is dat natuurlijk al best wel goed met punten waar je het kan laten testen en zo, en ja, als dat alleen maar beter en meer gaat worden, dan denk ik dat dat wel positief gaat zijn. Mogelijk wordt ecstasy hier ook gewoon gelegaliseerd, dus als je dan, in die zin is het wel goed, dat mensen precies weten wat er echt in zit, dus dat je niet allemaal troep meekrijgt." (focusgroep 3)*

### **Voeding**

Er waren zowel positieve verwachtingen als negatieve verwachtingen rondom voeding, waarbij iets vaker positieve verwachtingen naar voren kwamen dan negatieve verwachtingen.

Wat betreft de positieve verwachtingen wordt verwacht dat voeding duurzamer wordt (meer lokaal en seizoensgebonden, minder vlees/dierlijke producten, meer insecten en minder verspilling) en gezonder (doordat vaker gebruik wordt gemaakt van gezondere alternatieven en dat mensen bewuster bezig gaan met voeding). Ook wordt verwacht dat de overheid meer zal ingrijpen, bijvoorbeeld door belastingen en subsidies.

*"Dat we steeds meer een richting op gaan dat er wordt gekeken waar ons voedsel vandaan komt. Want ik denk als we gaan kijken gewoon in het algemeen hoe onze voeding wordt gemaakt, zie je dat steeds meer het belang wordt gezien van waar voedsel vandaan komt, waar het gemaakt wordt, wat zit er allemaal in." (focusgroep 6)*

*"Wij dachten zelf, voeding, dat gaat ook een beetje samen met sport en bewegen. Mensen die worden er steeds bewuster over, ze weten van o, dit is wel gezond, dit niet. Je hebt nu bijvoorbeeld ook, wat je vroeger veel minder had, zijn die, dat is nog niet helemaal perfect, maar die labels van een A en een B en een C en zo. Ik denk ook, dat het heel vaak onwetendheid is van mensen van o, huh, is dit zo ongezond? Ik denk die bewustwording, dat, dat mensen er gezonder mee worden." (focusgroep 3)*

*"Ja, nou, ze zijn nu bezig met die vleestaks en suikertaks, en als je dan de groentes bijvoorbeeld goedkoper maakt en dan de suiker duurder, dan heb je ook al eerder dat mensen kiezen voor gezonde keuzes. En in de voeding zijn we ook bezig met gezondere alternatieven maken voor, nou ja, bijvoorbeeld kroketten, gewoon die soorten snacks. Dus ik denk dat de voeding wel beter wordt, persoonlijk." (focusgroep 3)*

Als negatieve verwachtingen worden genoemd dat (m.n. gezonde) voeding steeds duurder wordt en mensen (mede daardoor) ongezonder gaan eten (of dat er een groep is die ongezond blijft eten). Door een deelnemer werden als bedreiging voedseltechnologie en voedselschaarste (als gevolg van door bevolkingsgroei en klimaatverandering) genoemd.

*"Wat je nu al ziet van hoe duur eten nu is, met de inflatie gaat het alleen maar meer worden, meer mensen willen meer eten, dus ongezond eten is goedkoop om te maken, dus gaat ook duurder worden, dus ook mensen gaan dikker worden, dus alles gaat slecht." (focusgroep 3)*

### **Sport en bewegen**

Of sport en bewegen toeneemt, daar wordt verschillend over gedacht. Iets meer jongeren verwachten een toename, met als meest genoemde reden dat er meer kennis komt over de positieve effecten van bewegen en mensen er bewuster mee bezig gaan. Andere reden die genoemd werd is dat het wordt gestimuleerd vanuit werk, bijvoorbeeld dat mensen minder zitten en meer gaan wandelen.

Anderen verwachten dat sport en bewegen zal afnemen in de toekomst, door meer gebruik van elektrische vervoersmiddelen, technologieën en apps die zelf bewegen niet nodig maken, en doordat machines ons werk

steeds meer overnemen. Daarnaast werd verwacht dat mensen luiër worden, meer thuiswerken en meer thuis laten bezorgen.

*"Ik had sport/beweging. Ik denk ook dat dat negatiever gaat zijn omdat je nu, heb je voor alles apps. Apps om je gordijnen open te doen, apps om dingen naar je huis toe te brengen. Dus ik denk dat aan de ene kant mensen wel meer sporten, maar ik denk dat het gros er over het algemeen een beetje op achteruitgaat. Je hoeft basically alleen maar in bed te liggen en alles komt naar je toe. Misschien moet je dan wel naar de deur lopen, maar verder was dat het zeg maar. Dus je kan echt dagenlang thuis brengen – thuis blijven, alles eten wat je wil en nul bewegen, dus... in die zin denk ik van het gaat alleen nog maar erger worden, denk ik." (focusgroep 6)*

Twee deelnemers verwachtten dat sport en bewegen gelijk zal blijven, met als redenen dat gewoonten lastig te veranderen zijn, en dat er groepen zijn die minder en groepen die meer gaan bewegen, wat elkaar uitbalanceert.

## **Verwachtingen t.a.v. zorg en ondersteuning in 2050**

### **Algemeen**

T.a.v. de zorg zijn de verwachtingen divers. Enerzijds worden positieve verwachtingen geuit: de jongeren verwachten wetenschappelijke en technologische vooruitgang waardoor de zorg verbeterd wordt en er preventief meer mogelijk zal zijn.

*"Ik denk dat er heel veel ontwikkelingen zijn nu al... wat betreft gezonder leven, maar ook nieuwe behandelingen. Mijn vriend doet kankeronderzoek en nou ja, ik ben altijd wel verrast als hij iets vertelt waarvan ik nog nooit had gehoord. Ik denk... wat dat aangaat dat er veel ontwikkeling- veel nieuwe dingen worden ontdekt. En ik hoop dat de kans gewoon kleiner wordt dat je aan heel veel ziektes doodgaat in 2050. Dat zou heel mooi zijn." (focusgroep 5)*

*"Ik zie het best wel positief in vanwege de technologische ontwikkelingen die er verder komen. Om een concreet voorbeeld te noemen, ik had een paar jaar geleden zelf suikerziekte en ik merkte door middel van een soort nieuwe manier van behandelen en meten, dat je je suikerwaardes makkelijker kon bijhouden, waardoor je zelf op bepaalde momenten wist wanneer je insuline moest gaan spuiten. En dat allemaal met een pompapparaatje die dat allemaal voor je doet. (...) En ik ben ervan overtuigd dat er steeds weer nieuwe manieren worden ontdekt, om ziekten beter te behandelen, of om medicijnen goedkoper te maken bijvoorbeeld of medicatie toegankelijker te maken voor andere mensen." (focusgroep 6)*

Aan de andere kant worden ook veel zorgen geuit. De vergrijzing komt in verschillende focusgroepen aan de orde: de zorgvraag neemt daardoor toe en er zijn te weinig jongere mensen om die zorg te kunnen leveren. Ook is het vermoeden dat de zorg steeds duurder wordt, zeker als er door allerlei ontwikkelingen meer mogelijk wordt.

*"Ik denk ook als er meer kan wordt er ook meer gedaan. Dus dan heb je ook meer kosten. (...) Dus een diagnose, dan kunnen ze zeggen dan ben je uitbehandeld, maar dat ze dan zeggen, nou, we behandelen nog tien keer verder, is het ook drie keer duurder. (...) Ja, als de gezondheidszorg beter wordt, wordt er ook meer gezorgd, wordt er ook meer betaald." (focusgroep 6)*

Anderen denken dat er niet veel zal veranderen. Redenen daarvoor zijn dat ze weinig verwachten van politici, er is de afgelopen jaren ook niet veel verbeterd, waarom zou dat de komende jaren dan wel gebeuren? Anderen denken dat er zowel positieve als negatieve ontwikkelingen zullen zijn, waardoor er over het geheel geen verbetering maar ook geen verslechtering zal zijn.

### **Zorgbehoefte**

De meeste jongeren verwachten dat de zorgbehoefte zal toenemen. Er worden meer mentale problemen en meer stress verwacht, waardoor de behoefte aan mentale zorg zal toenemen. Verder wordt verwacht dat er een grotere behoefte komt aan thuiszorg door de vergrijzing, toenemende levensverwachting en door langer zelfstandig thuis wonen. Positieve verwachtingen zijn dat de zorgbehoefte op het gebied van fysieke gezondheid mogelijk zal afnemen door technologische en wetenschappelijke vooruitgang en doordat mensen gezonder gaan leven. Aan de andere kant zijn er ook jongeren die verwachten dat (infectie)ziektes zullen toenemen.

*"Misschien komen er nog nieuwe corona-achtige varianten, dus dan geeft dat ook weer veel druk op de zorg." (focusgroep 3)*

### **Mantelzorg**

Vrijwel alle jongeren verwachten dat de behoefte naar mantelzorg zal toenemen. Redenen die hiervoor genoemd worden zijn bijvoorbeeld dat bijvoorbeeld ouderen langer zelfstandig blijven wonen, de levensverwachting toeneemt en ook het personeelstekort in de zorg wordt als reden genoemd. Sommigen verwachten ook dat meer mogelijk wordt gemaakt vanuit werkgevers.

*"Ja. Want ik zie eigenlijk nu al, ik denk dat het bij werkgevers bijvoorbeeld ook al, ik denk dat als je tien jaar geleden bij een grote financiële dienstverlener had gevraagd wat is mantelzorg dat de helft van de medewerkers dat niet wist. En nu weten mensen eigenlijk al van ja of je zorgt bijvoorbeeld voor je zieke moeder of voor je zieke kind met Down of met iets anders of met een chronische ziekte of. En dat collega's er niet meer van opkijken als jij wat vaker thuis werkt omdat je mantelzorger bent en dat je daar speciale verlofregelingen voor hebt en dat gaat, dat wordt alleen maar meer en meer." (focusgroep 4)*

In één focusgroep komt ter sprake dat mantelzorg ook kan afnemen. Redenen hierbij zijn de verdergaande individualisering en robotisering. *"Ik denk dat het [d.i. mantelzorg] dan minder is. Omdat iedereen, ja, gaan we weer naar het individualisme en dat we, ja... je hebt gewoon minder binding of zo dan vroeger met je familie en met iedereen." (focusgroep 6)*



Als gevraagd wordt naar een mantelzorgplicht, dan zien de meesten dat niet gebeuren. Het past niet bij onze cultuur, als mensen verplicht worden dan werkt dat juist averechts, dan doen ze het juist niet meer is de verwachting. Mantelzorg moet gedaan worden vanuit intrinsieke motivatie. Daarnaast zou het mensen ook stress geven en kan het de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen vergroten, omdat de zorg toch vaker op de vrouwen aankomt.

*"Want wat er gaat gebeuren als er meer mantelzorg nodig is, is dat die taken bij bepaalde groepen vallen, vooral vrouwen die veel verzorging doen, en hun huishouden. En dat dat überhaupt voor Nederland als samenleving ook gewoon slecht is, omdat dus die vrouwen meer, meer dat soort verzorgende services verlenen in plaats van dat ze ook gaan werken. En ook, dat dat ook weer zorgt voor ongelijkheid in financiële posities." (focusgroep 2)*

### **Kwaliteit van de zorg**

De kwaliteit van de zorg kan toenemen door wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen. Maar er zijn ook zorgen: over het personeelstekort, bezuinigingen, verslechtering van de mentale gezondheidszorg en over afname van persoonlijk contact in de zorg door digitalisering.

*"Ik denk in ieder geval dat de kwaliteit van de psychische zorg heel erg gaat verminderen. (...) Het is gewoon al heel slecht. Ik – ik merk heel erg dat bijvoorbeeld vooral mensen met heel veel complexe problemen... telkens doorverwezen worden van psycholoog naar psycholoog, soms zelfs van instelling naar instelling en eigenlijk gewoon in een soort van neerwaartse, negatieve spiraal zonder oplossing komen. Waardoor ook de zelfdodingsgraad omhooggaat." (focusgroep 5)*

*"Digitalisering vind ik dus echt helemaal niks in de zorg eigenlijk. Ja, als er wordt gezegd, ja, als jij ziek op bed ligt en je bent net geopereerd en je voelt je niet goed, komt zo'n robot, "Hoi, ik hoop dat het goed met je gaat." Lijkt me gewoon echt, nee. (...) Er moet toch iemand even zeggen van "Het komt goed." (focusgroep 5)*

### **Is er voldoende zorg?**

Ondanks dat sommige processen efficiënter kunnen worden door technologische ontwikkelingen, maken de meeste jongeren zich zorgen dat er in 2050 onvoldoende zorg zal zijn. De vraag is of er nog wel genoeg mensen zijn die in de zorg willen werken (vanwege lage lonen en fysiek zwaar werk), wat samen met de toegenomen zorgbehoefte (door bevolkingsgroei, vergrijzing) kan zorgen voor (nog) lange(re) wachtlijsten en nog minder tijd per patiënt. Enkele jongeren maken zich zorgen dat er ook op het gebied van zorg een kloof zal ontstaan tussen arm en rijk.

*"Privéklinieken zijn nu ook zo die dingen wat heel erg opkomt. Mijn moeder moest een operatie hebben aan een nekhernia en die kon in een privékliniek binnen een paar weken en die moest in het ziekenhuis maanden wachten. En dat moet ze dan zelf betalen want dat wordt dan niet vergoed, en dat... dat vergroot helemaal die kloof tussen arm en rijk, als je dat zo meteen meer gaat krijgen. (...) Ja, en als de rijke*

*mensen uiteindelijk alleen maar de zorg kunnen betalen wordt die afstand alleen maar groter tussen arm en rijk, want dan zijn de rijkere mensen ook gezonder.” (focusgroep 5)*

### **Digitalisering in de zorg**

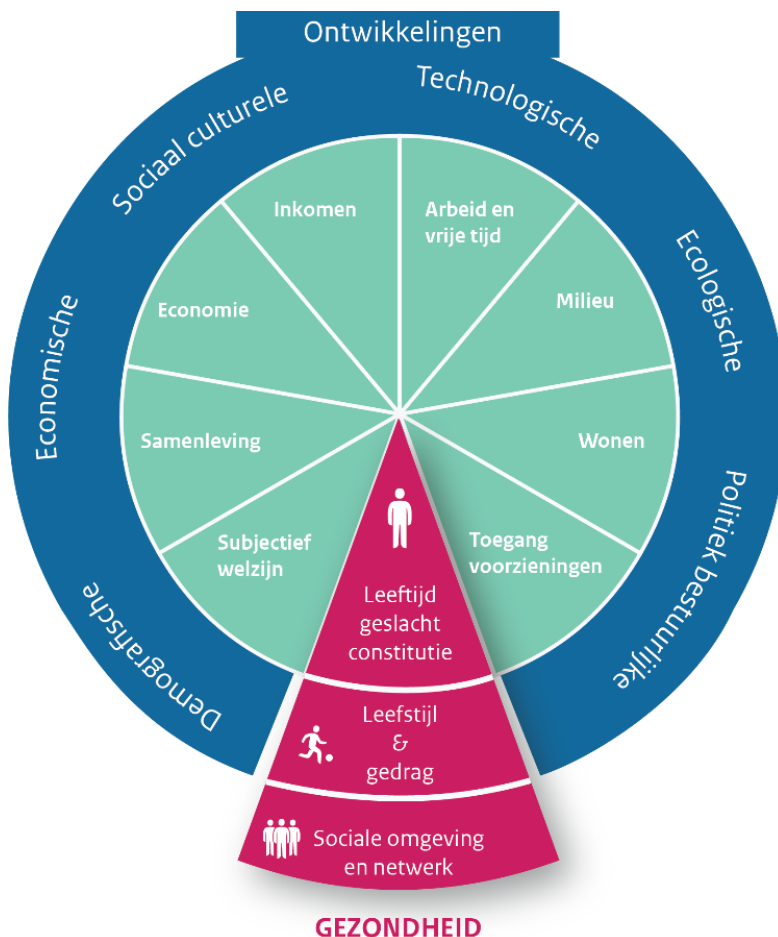
De meeste jongeren gaan ervan uit dat de digitalisering zal toenemen. Online (preventieve) behandelingen, digitale consulten en betere toegang tot je eigen patiëntendossier bijvoorbeeld. Andere kansen die genoemd zijn, zijn virtual reality, robotisering, digitaal opereren op afstand. Er worden ook risico's benoemd die hierbij spelen, zoals algoritmes, delen van persoonlijke informatie, minder persoonlijk worden van de zorg en een kloof tussen mensen die wel en niet digitaal vaardig zijn.

*“Ik denk ook wel dat we misschien naar meer robotisering toe moeten. Ik denk alleen, en daarom twijfelde ik een beetje of ik geel of groen ging doen, dat ik me wel zorgen maak over de menselijkheid van de zorg. Over hoe er met patiënten om wordt gegaan. Nou, hoeveel tijd en aandacht er is per patiënt. Maar... ja, ik ben er op zich nog steeds wel redelijk optimistisch in. Ik hoop dat dat er wel altijd blijft. En als je misschien andere dingen kan automatiseren, dat je zo weer banen kan creëren.” (focusgroep 5)*

### **Verwachtingen t.a.v. DESTEP ontwikkelingen**

Als extra analyse hebben we gekeken naar welke bredere maatschappelijke ontwikkelingen de jongeren richting 2050 verwachten. We doen dit aan de hand van de DESTEP ontwikkelingen uit het model Brede welvaart en beschrijven die van links naar rechts (of: met de klok mee), te beginnen bij de demografische ontwikkelingen. We beperken ons tot de blauwe buitenste schil van het model, omdat de groene en rode elementen in voorgaande tekst al uitvoerig aan bod zijn geweest.

Figuur 1 Model Brede welvaart



### Demografische ontwikkelingen

Jongeren verwachten tot 2050 verdergaande bevolkingsgroei (door toenemende levensverwachting en migratie) en verdergaande vergrijzing van de samenleving. Dit heeft gevolgen voor bijv. het woningtekort en de zorgbehoefte. Verder verwachten ze dat de verstedelijking doorzet: meer mensen willen in de stad wonen vanwege werkgelegenheid en faciliteiten, ondanks de stijgende prijzen van de woningen in de stad.

### Economische ontwikkelingen

De verwachting is dat tot 2050 diverse kosten verder zullen stijgen. De verwachting is dat (gezonde) voeding, zorg en wonen nog duurder worden. Meer mensen zullen dan moeite hebben om rond te komen. Er wordt gevreesd voor een verdergaande kloof tussen arm en rijk wat betreft toegang tot en betaalbaarheid van wonen en zorg.

Positieve verwachtingen zijn er t.a.v. de deeleconomie. Zo verwacht iemand nieuwe vormen van wonen waarbij diverse faciliteiten worden gedeeld.

Er wordt een tekort aan personeel in de zorg verwacht door lage lonen en doordat het fysiek zwaar werk is, maar ook door tekort aan jonge

mensen door vergrijzing. Dit personeelstekort heeft negatieve gevolgen voor de kwaliteit en beschikbaarheid van zorg.

### **Sociaal culturele ontwikkelingen**

Jongeren verwachten verdergaande individualisering van de samenleving. Ze maken zich daar zorgen over, en ook over de daarmee gepaard gaande polarisatie. Ook het toenemend gebruik van sociale media komt hierbij aan bod, waardoor er minder onderling contact wordt gemaakt. Meermaals wordt de verwachting uitgesproken dat er in de toekomst vrijwel alleen contact zal zijn met gelijkgestemden. Mantelzorg zal vaker voorkomen, mensen blijven voor hun naasten willen zorgen. Er zal ook meer behoefte aan zijn (door te weinig zorgpersoneel en toenemende zorgbehoefte) en het zal makkelijker gemaakt worden door bijv. de werkgever. Een verplichting van mantelzorg verwachten jongeren niet, dit zal juist averechts werken is de verwachting.

### **Technologische ontwikkelingen**

Jongeren verwachten veel van de wetenschappelijke en technologische vooruitgang, met positieve effecten op bijv. gezond leven, werkdruk en kwaliteit van zorg. Ook worden schonere nieuwe vormen van vervoer verwacht. Er waren echter ook zorgen over depersonalisering van de zorg als gevolg van technologie en digitalisering in de zorg: zorg moet wel mensenwerk blijven. Ook vrezen jongeren voor toenemend gebruik van beeldschermen en sociale media, waardoor sociaal contact afneemt en individualisering en polarisatie toenemen.

### **Ecologische ontwikkelingen**

Jongeren maken zich zorgen over het klimaat en klimaatverandering, waarbij allerlei gevolgen worden genoemd zoals natuurrampen, klimaatvluchtelingen, extreem weer en voedseltekorten. Daarnaast wordt meer sterfte, (infectie)ziekten en stress verwacht door klimaatverandering. Sommigen zijn optimistisch over acties rond verduurzaming en nieuwe technologieën op dit gebied, anderen vragen zich af of het op tijd en voldoende is. Positieve verwachtingen zijn er met betrekking tot meer groen in de stad, en afname van de veestapel en uitkopen van landbouwgrond zou tot meer natuur kunnen gaan leiden. Jongeren vrezen echter vooral een afname van natuur door woningbouw en verkeer, en een afname van de biodiversiteit door klimaatverandering.

### **Politiek bestuurlijke ontwikkelingen**

Op sommige gebieden wordt niet veel verandering door de politiek verwacht, bijv. op het gebied van zorg en ondersteuning. Rond roken, drugs en voeding wordt ingrijpen door de overheid wel verwacht, bijv. via legalisering van drugs, strengere maatregelen op roken en belastingen/subsidies op voeding. Dergelijk ingrijpen kan mensen helpen om gezonder te gaan leven, is de verwachting. Ook zou het doen afnemen van de veestapel en uitkopen van landbouwgrond tot meer natuur kunnen gaan leiden.

### **Kanttekeningen bij dit onderzoek**

Er is in deze focusgroepen een mix van jongeren bereikt qua geslacht, opleidingsniveau, woonplaats en migratieachtergrond, wel waren

Amsterdammers/ Noord-Hollanders en hoogopgeleiden oververtegenwoordigd.

Een deel van de jongeren had vaker met een dergelijk onderzoek meegedaan.

De mate waarin de focusgroepen on topic bleven en waarin is doorgevraagd verschilde sterk. Deels zal dit komen doordat de focusgroepen elk door andere onderzoekers werden begeleid. Maar ook de vraagstelling speelt een rol: deze is open, breed en gaat over de (voor sommigen verre) toekomst, wat eenduidigheid bemoeilijkt. Er is heel breed veel informatie opgehaald. Een diepgaandere analyse is nog zeker mogelijk. Omwille van de tijd is dat nu niet gedaan. Het was in de analyse soms lastig om heden en toekomst, wensen en verwachtingen te onderscheiden. We hebben dit zo goed mogelijk gedaan, maar er zit een kleine onzekerheidsmarge in.

### **Ideeën voor volgend onderzoek**

Het was in de analyse soms lastig om heden en toekomst, wensen en verwachtingen te onderscheiden. Een volgende keer zouden gespreksleiders hier specifieker op kunnen doorvragen.

Er lijkt een discrepantie tussen wat jongeren voor zichzelf verwachten in 2050 (bijv. op het gebied van gezondheid en wonen) versus wat ze in het algemeen verwachten. Een volgende keer zou het interessant zijn om hier verder op door te vragen.

Ook interessant is het om verder door te vragen naar oplossingsrichtingen: wat is er volgens jullie nodig en door wie zou dat dan gedaan moeten worden? We krijgen nu de indruk dat ze het vooral van anderen verwachten en minder van zichzelf.

## **Codeboom analyse focusgroepen jongeren**

### **Kenmerken deelnemers**

Belangrijkste dagelijkse bezigheid  
Opleidingsniveau

### **Wat komt er bij je op als je aan 2050 denkt**

Zorgen/ negatieve verwachtingen  
Positieve verwachtingen  
Neutrale verwachtingen

### **Verwachtingen t.a.v. eigen werk in 2050**

Verwachting  
Effect van werk 2050 op gezondheid

### **Verwachtingen t.a.v. eigen gezondheid in 2050**

Beter dan nu  
Gelijk  
Slechter dan nu  
*En hierin lichamelijke gezondheid vs. mentale gezondheid*

### **Verwachtingen t.a.v. leefomgeving/ klimaat in 2050**

Klimaat  
Energie  
Sociale omgeving  
Natuur  
Wonen  
Vervoer  
Voeding  
Overig: Eigen thema  
*En effect op gezondheid van leefomgeving/ klimaat in 2050*

### **Verwachtingen t.a.v. gedrag en leefstijl in 2050**

Slaap  
Stress  
Alcohol  
Roken  
Drugs  
Voeding  
Sport/ bewegen  
Overig gedrag en leefstijl

### **Verwachtingen t.a.v. zorg en ondersteuning in 2050**

Algemeen  
Zorgbehoefte  
Mantelzorg  
Kwaliteit van de zorg  
Is er voldoende zorg?  
Digitalisering in de zorg  
Overige opmerkingen

## Bijlagen bij hoofdstuk 5

### *Inleiding*

In deze bijlage beschrijven we in meer detail methoden die bij de themaverkenningen zijn toegepast. De gebruikte methoden overlappen grotendeels voor de drie themaverkenningen. Daarom volstaan we voor sommige onderdelen met de beschrijving van de toegepaste aanpak van een themaverkenning. Vanzelfsprekend is er ruimte geweest voor maatwerk per themaverkenning vanwege de variatie in context, kennis en betrokken werkvelden. Indien van toepassing wordt de methode van maatwerk per themaverkenning beschreven.

### **Inventarisatie drijvende krachten**

Zoals beschreven in de Methodenbeschrijving van de VTV-2024 is het in kaart brengen van de belangrijkste drijvende krachten die van invloed zijn op volksgezondheid een belangrijk onderdeel van toekomst verkennen. Drijvende krachten zijn ontwikkelingen waarop het volksgezondheidsbeleid geen invloed heeft, en die zich relatief autonoom voordoen. Deze drijvende krachten worden in kaart gebracht volgens de DESTEP-methodiek. DESTEP staat voor Demografie, Economie, Sociaal-cultureel, Technologie, Ecologie en Politiek-institutioneel en is voor volksgezondheid een bruikbare classificatie om de belangrijkste ontwikkelingen te inventariseren.

### *Aanvulling DESTEP per thema door middel van verkenning grijze literatuur*

Voor de VTV-2024 is een inventarisatie gedaan van maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de (toekomstige) volksgezondheid in den brede. Voor de volledigheid is deze inventarisatie voor elke themaverkenning aangevuld met ontwikkelingen uit de thema-specifieke grijze literatuur. Alleen publicaties waarin expliciet toekomstverwachtingen of verkenningen aan de orde komen zijn hiervoor geselecteerd. Hieronder is als voorbeeld de zoekstrategie voor de themaverkenning Gezonde Generaties opgenomen. De andere themaverkenningen hebben een vergelijkbare strategie toegepast op publicaties van organisaties die voor hun thema en onderwerpen relevant zijn.

Voor de themaverkenning Gezonde Generaties is op de websites van de onderstaande kennisinstituten gezocht naar mogelijk relevante rapporten/publicaties (Tabel 1). Daarbij is gebruik gemaakt van publicaties die vanaf 2017 gepubliceerd zijn. De voorgaande VTV-2018 heeft literatuur gebruikt die tot 2017 is gepubliceerd. Ook rapportages van voor de coronaperiode zijn geraadpleegd, om eventueel een vergelijking te kunnen maken van de toekomstvisie van voor of tijdens de corona periode en de toekomstvisie van nu. Op de websites van de organisaties uit Tabel 1 zijn de volgende zoektermen gebruikt: 'toekomst'; 'toekomstvisie'; 'toekomstverkenning' om de publicaties te identificeren die iets zeggen over toekomst. Daarna is er in de referentielijsten van relevante publicaties nog gekeken naar aanvullingen ('snowballing').

*Tabel 1 Organisaties met mogelijk relevante toekomstgerichte publicaties voor DESTEP Gezonde Generaties*

<b>Generatie Jongeren</b>	<b>Generatie 50-plussers</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nederlands Jeugdinstituut</li> <li>- NCJ</li> <li>- WRR</li> <li>- TNO</li> <li>- RVS</li> <li>- SER-Jongerenplatform</li> <li>- KIS</li> <li>- Trimbos</li> <li>- SCP</li> <li>- Verwey Jonker</li> <li>- Movisie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BeBright</li> <li>- CPB</li> <li>- Gezondheidsraad</li> <li>- MantelzorgNL</li> <li>- RVS</li> <li>- PBL</li> <li>- Pharos</li> <li>- RvO</li> <li>- WRR</li> <li>- SER</li> <li>- KIS</li> <li>- Leyden Academy of Vitality and Healthy Aging</li> <li>- SCP</li> <li>- Trimbos</li> </ul>

Op basis van de samenvattingen van de gevonden documenten zijn voor de stakeholder/expertsessies (zie hieronder) clusters van ontwikkelingen samengesteld om te bespreken met de experts.

Voor de themaverkenning Gezonde Leefomgeving in een veranderend Klimaat is naast de raadpleging van de grijze literatuur een aantal RIVM experts geïnterviewd om relevante ontwikkelingen en relevante publicaties te identificeren. Op basis daarvan is de inventarisatie van ontwikkelingen geactualiseerd. Daarnaast heeft het RIVM deelgenomen aan expert-sessies die door het Planbureau van de Leefomgeving werden georganiseerd in het kader van hun eigen ruimtelijke toekomstverkenning.

#### *Stakeholder consultaties*

Naast de literatuur biedt raadpleging van stakeholders belangrijke inzichten in mogelijke drijvende krachten en toekomstige ontwikkelingen. Om deze reden zijn voor alle drie de themaverkenningen sessies ingepland met stakeholders. Voor de themaverkenning Zorg en Sociaal zijn hiervoor experts uitgenodigd. Voor Gezonde Leefomgeving in een veranderend klimaat zijn zowel experts als vertegenwoordigers van jongeren en klimaatorganisaties uitgenodigd. Voor de themaverkenning Gezonde Generatie ging het om een combinatie van experts en vertegenwoordigers van de betreffende generatie (jongeren en vijftigplussers). In Tabel 2 staat een overzicht van deelnemende organisaties. Het doel van alle sessies was om tot een verdere aanscherping te komen van de ontwikkelingen die verder verdiept worden in de rapportages van de themaverkenningen. Hieronder worden de sessies voor alle themaverkenningen in meer detail beschreven.

Voorafgaand aan de expertsessie is voor de themaverkenning Zorg en het Sociale Domein een schriftelijke consultatieronde onder experts uitgevoerd om de belangrijkste drijvende krachten voor het thema te actualiseren en aan te scherpen.



Bij alle thema's zijn aan het begin van de sessie de van te voren opgestelde en opgestuurde DESTEP ontwikkelingen voorgelegd aan de aanwezige experts waarbij ruimte is gegeven voor aanvulling of aanscherping. Vervolgens is er ingezoomd op een aantal voorgesorteerde "clusters van ontwikkelingen" die voortkomen uit de DESTEP ontwikkelingen. Binnen het thema Zorg en Sociaal Domein zijn criteria opgesteld die hebben geholpen bij de afbakening van deze clusters. Denk hierbij aan dat een cluster van ontwikkelingen raakvlak dient te hebben met zowel het zorg als het sociaal domein, dat een cluster van ontwikkelingen niet in een eerdere VTV uitvoerig is verkend, dat het cluster niet gaat over de organisatie of financiering van zorg of het sociaal domein, maar ook dat de clusters draagvlak hebben gekregen van experts. Dit laatste is getoetst in de sessie.

#### Gezonde generaties

Voor het thema Gezonde Generaties zijn twee sessies georganiseerd, één met en rondom jongeren en één met en rondom de huidige generatie 50-plussers.

In de sessie rondom jongeren stonden twee clusters centraal:

- 1) Stijgende prestatiedruk, doorwerking gevolgen coronamaatregelen, leven in een gedigitaliseerde wereld, woningtekort, klimaatverandering en veranderingen arbeidsmarkt en pensioenstelsel;
- 2) Het leven in een gedigitaliseerde wereld, invloed sociale media, doorwerking gevolgen coronamaatregelen, voedseltransitie.

Met de experts werd de discussie gevoerd in welke mate het cluster impact heeft op resp. de toekomstige mentale gezondheid en toekomstige gezondheidsgedrag van de huidige jongeren. Het waarom en de mate van belang van de ontwikkelingen is daarbij besproken.

In de sessie rondom de 50-plussers zijn ook twee clusters besproken:

- 1) Verhoging pensioengerechtigde leeftijd, individualisering maatschappij, toename hybride werken sinds coronapandemie, het geven van mantelzorg;
- 2) Betaalbaarheid van gezond gedrag, leven in een gedigitaliseerde wereld, voedseltransitie, doorwerken van de gevolgen van de coronamaatregelen.

Met de experts werd de discussie gevoerd in welke mate het cluster impact heeft op resp. de toekomstige mentale gezondheid, vitaliteit, participatie en het toekomstige gezondheidsgedrag vanaf de derde levensfase van de huidige 50-plussers, waarom, en welke ontwikkeling het belangrijkste is?

In de sessies voor het thema Gezonde Generaties is ook stilgestaan bij specifieke groepen voor wie de impact groter of minder groot zou kunnen zijn.

#### Zorg en Sociaal Domein

Voor het thema Zorg en Sociaal Domein zijn vier clusters van ontwikkelingen besproken:

- Er is toenemende schaarste aan zorgpersoneel
- De inzet op eigen regie en zelfredzaamheid zal groeien
- Het beroep op een zorgzame samenleving wordt groter

- Digitalisering en technologische innovaties blijven een vlucht nemen

Voor elk van deze clusters is de impact m.b.t. de zorg- en ondersteuningsvraag van de toekomst verkend.

#### Gezonde Leefomgeving in een veranderend Klimaat

Voor de themaverkenning Gezonde Leefomgeving in een veranderend Klimaat zijn verschillende clusters van ontwikkelingen besproken. Het ging in het eerste deel van de sessie om de invloed van onderstaande ontwikkelingen op de gezondheid:

- Klimaatverandering (temperatuursverandering, extreem weer)
- Energietransitie
- Transitie duurzame/kringlooplandbouw
- Klimaatadaptatie (o.a. meer groen/blauw)
- (Verlies van) biodiversiteit (en kwaliteit bodem en water)
- Beschikbaarheid grondstoffen

In het tweede deel van de sessie werd de invloed op de kwaliteit en inrichting van de leefomgeving en op de gezondheid en/of gezondheidsverschillen besproken van de volgende ontwikkelingen:

- Demografische ontwikkelingen (bevolkingsomvang, vergrijzing, migratie, individualisering)
- Woningbouw
- Mobiliteit (inclusief hybride werken)
- Luchtkwaliteit
- Chemische stoffen

#### Group decision room

Voor de sessies van alle themaverkenningen is gebruik gemaakt van de *group decision room* methode. Experts konden de impact scoren (5 punt likert schaal) met de Mentimeter en hierin een korte schriftelijke toelichting geven. Deze scores en reacties zijn in een discussie ronde besproken waarna experts opnieuw werden uitgenodigd om de impact te scoren om te zien of er een verschuiving plaats had gevonden.

Van alle sessies zijn verslagen opgesteld en gedeeld met de deelnemende experts. Hierbij is de gelegenheid gegeven om het verslag aan te passen of aan te vullen. De resultaten van de sessie zijn gebruikt om witte vlekken in de DESTEP ontwikkelingen aan te vullen. En om met draagvlak vanuit experts de verdieping van de clusters en onderwerpen in de themaverkenningen verder door te zetten.

*Tabel 21 Organisaties van de experts en stakeholders die deel hebben genomen aan de sessies*

<b>Verdiepend thema</b>	<b>Organisaties deelnemende experts</b>
Gezonde generaties: Jongeren	NJi RVS JOGG/Kind naar Gezonder Gewicht Trimbos SER Jongerenplatform KIS/Verwey Jonker WRR

<b>Verdiepend thema</b>	<b>Organisaties deelnemende experts</b>
	LAKS ISO
Gezonde generaties: 50-plussers	MantelzorgNL RVS Pharos RvO Leyden Academy of Vitality and Healthy Aging GGD GHOR SCP Trimbos-instituut
Zorg en sociaal domein	SCP RVS CPB Erasmus Universiteit Capaciteitsorgaan Zorginstituut Nivel NHG Hogeschool Amsterdam Menzis RUG NVZ WRR Radboud Universiteit 4TU.health
Gezonde Leefomgeving in een veranderend Klimaat	GGD Gelderland Midden GGD Amsterdam Platform 31 Jongerenmilieuraad Rode Kruis Provincie Utrecht ClimateAdaptationServices Milieucentraal Nederlands Jeugd Instituut

### **Verdiepend literatuuronderzoek**

Na de aanscherping van ontwikkelingen en onderwerpen in de vorige stap (zie hierboven) is voor elk thema een verdiepende literatuurstudie uitgevoerd. Voor de themaverkenningen Gezonde Generaties en Gezonde Leefomgeving in een veranderend Klimaat is hiervoor de (inter)nationale wetenschappelijke literatuur gebruikt. Zie voor meer details hieronder. Grijze literatuur is voor deze themaverkenningen ter aanvulling geraadpleegd. In de themaverkenning Zorg en Sociaal Domein lag de focus op de Nederlandse grijze literatuur omdat deze de meest relevante kennis oplevert over de ontwikkelingen en onderwerpen van dit thema. In dit thema is de (inter)nationale wetenschappelijke literatuur ter aanvulling gebruikt.

### *Gezonde Generaties*

Voor de themaverkenning Gezonde Generaties was het doel van het verdiepende literatuuronderzoek het beschrijven van de manier waarop leefstijl, mentale en fysieke gezondheid in de ene levensfase doorwerken op leefstijl, mentale en fysieke gezondheid in de daarop volgende levensfasen. Specifiek voor jongeren en voor 50-plussers. Samen met een informatiespecialist van het RIVM is een EMBASE zoekstrategie opgesteld. De focus lag op internationale wetenschappelijke overzichtspublicaties op basis van longitudinale cohort studies waaraan grote groepen jongeren of 50-plussers gedurende lange tijd deelnamen. Voorbeelden van gebruikte zoektermen zijn: 'lifecourse transition from adolescence to young adulthood' of 'lifecourse transition from middle age to old age', in combinatie met zoektermen als mental health, lifestyle, health. Voor sommige onderwerpen zijn nog additionele searches in PubMed uitgevoerd. Wetenschappelijke artikelen die in de periode 2017 tot en met 2023 gepubliceerd werden kwamen in aanmerking, omdat de VTV2018 literatuur heeft gebruikt die tot 2017 is gepubliceerd. Voor een enkel onderwerp zijn ook iets oudere publicaties geïnccludeerd. Verder is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode. De resultaten van de search werden gescreend op relevantie. Relevante overzichtsstudies over de betreffende leeftijdsgroep(en), over de manier waarop leefstijl, mentale en fysieke gezondheid in de ene levensfase invloed hebben op leefstijl, mentale en fysieke gezondheid in de volgende levensfase werden gelezen en samengevat.

### *Gezonde leefomgeving in een veranderend Klimaat*

Voor de themaverkenning Gezonde leefomgeving in een veranderend Klimaat was de aanpak als volgt:  
*Klimaat en gezondheid*: systematische review van de wetenschappelijke literatuur voor de periode 2000-2021. Geraadpleegde databases zijn Embase, PubMed, en Scopus. Inclusiecriteria zijn o.a.: human health effect or exposure, relation to climate change, effect of climate change on primary outcome is quantified. Alle geïnccludeerde literatuur op gebied van klimaat is samengevat in voor reviewers toegankelijke Excel-bestanden. Parallel aan de Themaverkenning is een analyse over klimaat risico's voor het PBL uitgevoerd. De inzichten uit deze analyse<sup>21</sup> zijn verwerkt in de themaverkenning.

*Leefomgeving en gedrag* (focus op actieve mobiliteit): evaluatie van internationale wetenschappelijke reviews en meta-analyses (periode 2018-2022). Daarnaast is Nederlandse grijze literatuur geraadpleegd. Er is gezocht in Pubmed, Google Scholar, databases van bekende instituten op dit onderwerp. Verder is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode waar in gevonden literatuur verder is gezocht in referenties. Ook is gebruik gemaakt van literatuursuggesties door experts binnen en buiten het RIVM. Er zijn verschillende combinaties van zoektermen gebruikt. De gevonden literatuur is vervolgens gescand op relevantie en kwaliteit.

<sup>21</sup> Betgen C.D., Boekhold, S., Boomsma, C., van Dijk, A., Hall, E.F., Hagens, W., Limaheluw, J., Ruysseenaars, P., van der Ree, J., Versteeg – de Jong, A. Gezondheidseffecten van klimaatverandering. Actualisatie van de huidige klimaatrisico's voor gezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2024. Report No.: 2023-0324

Voor subthema's zoals groen, luchtverontreiniging en relatie inrichting leefomgeving en bewegen is het vertrekpunt steeds de meest recente internationale systematische review of meta-analyse toepasbaar voor de Nederlandse situatie. Rapporten van kennisinstututen en adviesraden zoals PBL, RLi, GR, RVS, WUR en internationale rapporten van WHO, OECD, EEA, HEI zijn geraadpleegd. Met behulp van de sneeuwbalmethode en op basis van input geraadpleegde thema-experts is aanvullende (grijze) literatuur verzameld.

### *Zorg en Sociaal Domein*

Voor het thema Zorg en Sociaal Domein is voor het verkennen van de impact van de geprioriteerde clusters van ontwikkelingen op de toekomstige zorgvraag gebruik gemaakt van zowel de grijze als de wetenschappelijke literatuur. Hierbij is vooral de grijze literatuur gebruikt om het onderwerp neer te zetten, en zo nodig – bijvoorbeeld n.a.v. stakeholder elicitation, waaronder ook reflecties vanuit de Wetenschappelijke Adviesraad van de VTV – op basis van wetenschappelijke literatuur verder uit te diepen. Specifiek voor het hoofdstuk 4 van deze themaverkenning, het hoofdstuk "Ondanks stijgende zelfredzaamheid zal een steeds groter aandeel mensen op hogere leeftijd ondersteuning nodig hebben", is intensief samengewerkt met het lectoraat Stedelijk Sociaal Werk van de Hogeschool van Amsterdam, t.b.v. inhoudelijke kennis op het gebied van Sociaal domein, inkomensongelijkheid en sociale netwerken.

### **Aanvullende onderzoeksactiviteiten**

In de deelrapportage Zorg en het Sociaal Domein zijn additionele analyses gedaan in samenwerking met het NIVEL om op basis van huisartsenregistraties inzicht te krijgen in combinaties van aandoeningen die in de top 20 van ziektelast in Nederland staan, exclusief de kankers. Specifiek is gekeken naar Nederlanders van 65 jaar en ouder<sup>22</sup>.

Voor het deelrapport Leefomgeving en Klimaat is aanvullend kwantitatief onderzoek verricht. We hebben de sterfte gerelateerd aan temperatuur berekend met behulp van gegevens van het KNMI en CBS volgens de methode van Vicedo-Cabrera et al. <sup>23</sup>(121). De eerste stap is een schatting maken van de blootstellingresponsrelatie tussen temperatuur en sterfte. Hiervoor zijn data over dagelijkse temperatuur (in de Bilt) en de kans op overlijden in Nederland voor verschillende leeftijdsgroepen uit de periode 1995-2019 gebruikt. De volgende stap is een projectie maken van temperatuur en van sterfte in de toekomst, gevolgd door toepassing (extrapolatie) van de blootstellingsresponsrelatie op toekomstige scenario's voor ontwikkeling van de temperatuur. We hebben hiervoor zes KNMI scenario's van 2023 gebruikt, gebaseerd op combinaties van hoge/matige/lage uitstoot van broeikasgassen met een afname/toename van de jaarneerslag. De uitkomst is de impact van temperatuurveranderingen op mortaliteit voor verschillende

<sup>22</sup> Deze studie is goedgekeurd volgens de governance code van Nivel Zorgregistraties, onder nummer NZR-00323.014. Het gebruik van gegevens uit elektronische patiëntendossiers, zoals verzameld door Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, is onder bepaalde voorwaarden toegestaan, zonder dat van iedere afzonderlijke patiënt daarvoor toestemming wordt gevraagd of dat toetsing door een medisch ethische commissie heeft plaatsgevonden (art. 24 UAVG jo art. 9.2 sub j AVG).

<sup>23</sup> Vicedo-Cabrera A, Sera F, Gasparrini A. Hands-on Tutorial on a Modeling Framework for Projections of Climate Change Impacts on Health. *Epidemiology*. 2019;30(2):321-9. [Available from: <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000982>].

leeftijdsgroepen uitgedrukt in (populatie) attributieve fractie. In de laatste stap hebben we die fracties vertaald naar aantal getroffen mensen, rekening houdend met populatie veranderingen (bv. vergrijzing). Hiervoor hebben we gebruik gemaakt van demografische projecties voor de toekomst door het CBS.

## Bijlagen bij hoofdstuk 6

### **Verslag Diner Pensant Oud-Projectleiders VTV**

Bespreking	Verslag Diner pensant Oud-projectleiders VTV
Vergaderdatum	8 juni 2023 van <b>17.30-21.00 uur</b>
Vergaderplaats	Suits & Sundays   Utrecht

#### **Opening**

De directeur Volksgezondheid en Zorg van het RIVM heet iedereen welkom. De komende VTV-2024 is de negende VTV; de eerste was in 1993. Als je de c-VTV niet meerekent is het de achtste.

Van elke van de vorige VTV's zijn de projectleiders aanwezig m.u.v. een van beide projectleiders van de c-VTV. De VTV is van belang voor beleid, maar ook voor praktijk en onderzoek – en onderwijs (universiteiten, hogescholen). Ook voor de samenleving als geheel (vandaar dat er ook burgerraad is ingesteld).

#### **Ronde 1: Hete hangijzers**

De deelnemers gingen in gesprek over ieders hoop en vrees voor onze volksgezondheid in 2050 op basis van het vooraf ontvangen stuk.

Wat zijn volgens hen de belangrijkste hete hangijzers (zowel hoop als vrees) en toelichting waarom?

Zijn ze voor iedereen even belangrijk? Waar zit de overlap tussen de genoemde zaken en waar de verschillen? Maakt het wat uit welke onderliggende waarden je hebt? Of je een expert bent of een leek, waar je woont, etc... Waar zit hem dan het verschil?

Zij hebben de uitkomsten van dit gesprek genoteerd op het invul-vel op tafel (kolom 1 t/m 3).

#### **Ronde 2: Van hangijzer naar potentiële hoefijzers**

De deelnemers bespraken de belangrijkste hete hangijzers uit ronde 1. Hoe zijn die om te vormen tot hoefijzers (dus van risico naar kansen).

Wat zou het perspectief kunnen zijn voor deze uitdaging: Wat zijn dan de belangrijke voorwaarden? Zij hebben deze genoteerd.

#### **Presentatie en discussie (in hele groep)**

##### **Heet hangijzer 1: sociaal economische gezondheid verschillen en sociaal economisch onderliggende oorzaken**

Toelichting:

Stapelning van problemen.

Verschillen nemen toe, verschil midden en lage groep wordt kleiner (nationaal peil onderzoek, navragen), algehele trend naar beneden.

Kwetsbare groepen van de toekomst lopen langs scheidslijn van opleidingsniveau.

Kwetsbare groepen van de toekomst lopen langs scheidslijn van opleidingsniveau.

Belang regionale verschillen.

Hoefijzer

Pak de oorzaken aan in plaats van de symptomen, bestaanszekerheid, wonen, sociale zekerheid op lange termijn.

Richt je op interventies op de onderliggende mechanismes in plaats van single cause interventies.

Ongelijkheid bestrijden, universele preventie, populisme (proportionele aanpak a la strengts benadering, dus ongelijk investeren om gelijke kansen te bevorderen) in onderwijs.

Bouw aan een lokale infrastructuur in de buurt met voorzieningengericht op versterken van kwetsbare groepen en sociale integratie.

Belast vermogen.

Rand voorwaarden is samenwerking met andere departementen, gezondheid bewerkstelligen is niet alleen gezondheidsbeleid.

WHO wijst ook op onder liggen de oorzaken, momentum.

### **Heet hangijzer 2: vertrouwenscrisis in de overheid**

Toelichting:

Falende systemen, reflex om steeds meer beleid, beheersing en verantwoording op te tuigen (beheer mechanisme).

Steeds groter ambtelijk apparaat.

Maakt het voor burgers steeds ingewikkelder, vooral voor meest kwetsbare groepen schadelijk.

Hoefijzer:

Las pauze in, accepteer de risico's die dan optreden.

Verlaag de regeldruk en verantwoording, ga uit van vertrouwen in plaats van wantrouwen.

Meebewegen, menselijke maat, betrouwbare overheid.

Stop met de toeslagen.

Geef ruimte aan de lokale uitvoeringspraktijk.

Stop met de VTV als onderdeel van de beleidscyclus.

Speel in op alle beleid akkoorden (GALA, WOZO, IZA) en stel de vraag wat er van terecht komt. Er wordt geen koppeling gemaakt vanuit wat nodig is en wat er gebeurt. Geen beleid vanuit kennis of prioriteiten gesteld.

VTV hoeft geen oplossing te bieden, kaart aan waar het schuurt, bijvoorbeeld twee scenario's naast elkaar.

### **Heet hangijzer 3: Fragmentatie, onrealistische verwachtingen meritocratie, neoliberalisme**

Toelichting

Verwachtingspatroon van burgers is veranderd.

Minder frustratie tolerantie, onevenwichtigheid tussen eisen en de kansen.

Alles is individuele verdienste/eigen schuld, sociale aspecten onderschat. allerlei meningen en rechten.

Zorg is pxq.

Hoefijzer

Polderen teveel en doorzetting smacht is nul.

Kiesdrempel.

Solidariteit tussen generaties beide kanten op.

Vanzelfsprekendheid van zorg.



#### **Heet hangijzer 4: jeugd/nieuwe generatie loopt vast**

##### Toelichting

- Eenzaamheid, normaal werk, wonen, alles moet niks.
- Hersteld niet allemaal na corona.
- Mentale problemen, weinig veerkracht/omgaan met tegenslag, ligt aan opvoeding?
- Sociale media verslechterd concentratie vermogen en sociale vaardigheden.
- Op OECD ranglijst voor basisschool vaardigheden.

##### Hoefijzer

Repareren decentralisatie jeugd GGZ.

Meer veerkracht in opvoeding/school.

Sleutel ligt in de buurt in plaats van landelijke systeem, zoek het stedelijk antwoord op nabuurschap.

Investeer in basisvoorzieningen in plaats van alles op te slokken in de zorg, te veel medicalisering.

Nieuw antwoord op omgaan met informatievergaring, vaardigheden nieuwe wereld, niet terug naar vroeger.

#### **Heet hangijzer 5: volume zorgvraag door vergrijzing/ zorg loopt vast**

##### Toelichting:

Te weinig geanticipeerd op volume in huisartsenzorg of bijvoorbeeld specialisten ouderen zorg.

Ook niet in andere zaken zoals woningen (stagnerende wijken), komt eigenlijk al te laat.

Wat kun je vragen/verwachten van mantelzorg/ informele zorg?

Investeren in de buurt geen oplossing, de ouderenzorg zit nu al aan de grens.

Weinig mensen/commercialisering en macht bij de ziekenhuizen (geen verandering in de eerste lijn).

##### Hoefijzer

Samenwonen makkelijker maken (regelgeving).

Rijkere ouderen betalen voor de minderbedeelden.

Public Health bril, kijken te veel vanuit de zorg. Preventie is geen oplossing voor zorginfarct, maar om mensen gezonder te maken (met uitzondering van de specialistische jeugd GGZ).

Verspilling in curatieve zorg bestrijden.

Benoem dilemma's, schets keuzes met bijbehorende scenario's en niet een trend scenario.

#### **Heet hangijzer 6: digitalisering/technologie gaat eigen weg**

##### Toelichting

Menselijke traagheid in normen et cetera wordt ingehaald door technologie.

#### **Heet hangijzer 7: klimaatverandering**

##### Toelichting

Infectieziekte, hitte, droogte, klimaat vluchtelingen.

Druk op het zorgsysteem neemt toe, ook mentale problemen.

### **Afsluiting**

Projectleiders VTV-2024 danken alle aanwezigen en sluiten formeel deel van de bijeenkomst af.

## **Update van de VTV-perspectieven door de Argumentenfabriek**

De update werd uitgevoerd door de Argumentenfabriek in 2022, de al bestaande Burgerraad bij de VTV-2024 (30 deelnemers) leverde tijdens een 'burgerconferentie' de bijdragen vanuit het gezichtspunt van burgers. Een begeleidingscommissie bestaande uit VTV-onderzoekers, een onderzoeker die betrokken was bij het opstellen van de perspectieven voor de VTV-2014 en een onderzoeker vanuit een SPR-project waarbij ook met de VTV-perspectieven wordt gewerkt is op meerdere momenten betrokken bij de update.

De update vond plaats in drie stappen.

### *Stap 1: Voorbereiden*

- Startbijeenkomst van 2 uur met de begeleidingscommissie (BG-sessie #1). In deze bijeenkomst spraken we de voorgestelde aanpak door en maakten we afspraken over de denkconferentie met de burgerraad. We liepen de Perspectievenkaart uit 2014 door om te zien wat er op, af of anders zou mogen.

### *Stap 2: Perspectieven herzien*

- De Argumentenfabriek bereidde het project inhoudelijk voor op basis van documenten over (het opstellen van) de bestaande perspectieven. Resultaat was een "oogharenversie" van de nieuwe Perspectievenkaart. Dat wil zeggen een versie waarin we de gedachten voorlopig geordend zijn en waarin de thema's voor de conferentie benoemd zijn. Daarnaast zijn de vragen aan de burgers en de opzet van de burgerconferentie voorbereid. Extra aandachtspunt hierbij was, dat de burgers een gemêleerde groep zijn qua denkniveau en achtergrond. Dit is met de begeleidingscommissie afgestemd in een onlineoverleg (BG-sessie #2). De derde stap startte met de conferentiedag met de burgerraad (Burgersessie #1 en #2). Er werd gewerkt aan vragen zoals: Wat betekent gezond zijn voor burgers? Wat verwachten burgers van zorgverleners op het gebied van gezondheid en zorg? Wat is voor burgers belangrijk voor een gezonde leefomgeving? Wat hebben burgers nodig om gezond te kunnen zijn of om te kunnen gaan met hun ziekte of beperking?

### *Stap 3: Resultaten verwerken*

Vervolgens werden de opbrengsten verwerkt tot een Perspectievenkaart 0.1 in Mindmanager en in Word. Deze werd in een denksessie inhoudelijk besproken met de begeleidingscommissie. De resultaten werden verwerkt en beoordeeld door een kwaliteitscontroleur van De Argumentenfabriek op consistentie, logica en begrijpelijkheid. Daarnaast is een waardenkaart als mindmap (pdf) opgesteld met onderliggende waarden bij ieder perspectief, om inzicht te geven in de (onbewuste) voorkeuren van mensen. Denk aan 'grote woorden' zoals rechtvaardigheid, kwaliteit en vrijheid.

De Perspectievenkaart 0.2 is voorgelegd aan de begeleidingscommissie in een online afpoetsessie (BG-sessie #4).

Tenslotte heeft de Argumentenfabriek online het project met de begeleidingscommissie geëvalueerd en is de bruikbaarheid/ het gebruik van de resultaten besproken

De op deze manier geactualiseerde perspectieven zijn gebruikt om de verschillende opgaven en handelingsopties voor de volksgezondheid van de toekomst in kaart te brengen. Voor meer informatie over deze methoden kan contact gezocht worden met De Argumentenfabriek.

## **Hoe verbeteren we de gezondheid van alle Nederlanders?** **Verslag stakeholderbijeenkomst donderdag 9 november 2023**

### *Inleiding*

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) organiseerde op 9 november 2023 een stakeholderbijeenkomst voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV-) 2024. Daarin stond de opgave '**Hoe verbeteren we de gezondheid van alle Nederlanders?**' centraal. Samen met de stakeholders zijn oplossingsrichtingen vanuit verschillende perspectieven in kaart gebracht, passend bij deze opgave. Dit alles ten behoeve van het hoofdrapport van de VTV-2024, dat in juni 2024 zal verschijnen.

### *Programma van de dag*

13.15-13.45 Inloop en kennismaken  
13.45-14.15 Presentatie VTV-2024, opgaven en perspectieven  
14.15-15.00 Werken in subgroepen per perspectief  
15.00-15.15 Pauze  
15.15-16.30 Groepswerk en plenaire terugkoppeling  
16.30 Afsluiting en borrel

### *Achtergrond opgave*

Mede op basis van drie themaverkenningen heeft het RIVM in kaart gebracht hoe onze volksgezondheid zich ontwikkelt richting 2050, bij gelijkblijvend beleid. Hieruit zijn drie belangrijke maatschappelijke opgaven geformuleerd:

- a. Hoe verbeteren we de gezondheid van alle Nederlanders?
- b. Hoe maken we goede zorg en ondersteuning in 2050 mogelijk?
- c. Hoe creëren we, in een veranderend klimaat, een leefomgeving die bijdraagt aan gezondheid?

Voor ieder van deze opgaven is een stakeholdersessie georganiseerd.

### *Toelichting bij de opgave 'Hoe verbeteren we de gezondheid van alle Nederlanders?'*

Veel gaat goed in Nederland voor wat betreft gezondheid en zorg, zeker als we het in internationaal perspectief zien. Toch zijn er meerdere ontwikkelingen die een grote invloed hebben op de volksgezondheid in de toekomst.

Eén van de factoren die de gezondheid beïnvloedt, is leefstijl. In de VTV-2024 kijken we naar de ontwikkeling van verschillende leefstijlfactoren naar 2050.

Voor roken, drinken en middelengebruik is de ontwikkeling naar de toekomst onzeker, maar we verwachten geen grote afname. Bij ouderen die met pensioen gaan, zou leefstijl iets kunnen verbeteren, maar dat geldt niet voor iedereen. Mensen met een zwaar fysiek beroep gaan bijvoorbeeld juist minder bewegen na hun pensioen. Het belangrijkste probleem is overgewicht. Het is een risicofactor voor hart- en vaatziekten, diabetes type 2, gewrichtsproblemen en kanker. Bij de 50-67-jarigen heeft nu 60% overgewicht. Bij de jeugd in de leeftijd tussen 12 en 17 jaar is dat percentage 15%. Naar verwachting neemt overgewicht in de toekomst verdere toe. Bij jongere generaties

gaat dit gepaard met een toename van bewegingsarmoede. Als gevolg hiervan zullen gerelateerde ziekten ook toenemen. Preventie van overgewicht en beweegarmoede is belangrijk voor de jeugd; zij zijn de ouders van de toekomst. Het belang is daarmee dubbel, want het is bekend dat overgewicht en bewegingsarmoede van generatie op generatie worden doorgegeven.

Ook mentale problemen beïnvloeden de gezondheid. Naar verwachting neemt de mentale problematiek ook toe, vooral bij jongeren. Deze ontwikkeling is al voor coronatijd ingezet. De maatschappelijke impact van de coronamaatregelen hebben de ontwikkeling versterkt en nu lijkt het gemiddeld weer af te nemen. Toch blijft er een groep die niet goed herstelt. Wellicht door een combinatie met een onderliggende kwetsbaarheid of andere problemen. Mentale problemen in de tienertijd en jonge volwassenheid zijn een risicofactor voor mentale problemen later in het leven.

De samenleving wordt heterogener. Het opleidingsniveau in de bevolking stijgt en voor sommigen stijgt daarmee het inkomen. Echter zijn er grote gezondheidsachterstanden bij minder welvarende groepen. Een minder goede gezondheid gaat vaak samen met financiële bestaansonzekerheid, zoals een onzeker of laag inkomen, of met ongunstige woon-, werk- en leefomstandigheden. Deze omstandigheden beïnvloeden elkaar bovendien en hoe die combinatie doorwerkt op gezondheid verschilt tussen mensen. Zo kunnen beperkte financiële middelen ondanks alles ook samengaan met een als goed ervaren gezondheid.

Regionaal is er grote variatie in omstandigheden. Ook komen er nieuwe groepen, zoals kenniswerkers of vluchtelingen. We verwachten in de toekomst dat vooral mensen met bestaansonzekerheid en een gebrek aan hulpbronnen, zoals een sociaal netwerk of een dak boven het hoofd, het risico lopen om in een kwetsbare positie terecht te komen.

#### *Werkwijze stakeholderbijeenkomst*

##### Deelnemers

Ongeveer 150 stakeholders vanuit verschillende organisaties (beleid, wetenschap en praktijk; van lokaal tot landelijk niveau) die kennis en ervaring hebben met één van de drie opgaven zijn uitgenodigd voor de stakeholderbijeenkomsten. Genodigden konden zelf kiezen aan welke bijeenkomst ze wilden deelnemen. Indien aanwezigheid niet mogelijk was, konden de stakeholders de uitnodiging binnen hun organisatie doorsturen. Bij deelname is een korte vragenlijst afgenomen om de achtergrond van de deelnemers en de relatie tot de opgave in kaart te brengen. De aanwezige deelnemers bij deze bijeenkomst staan vermeld in de bijlage.

##### Perspectieven

In de sessies is gewerkt met de vier verschillende perspectieven om naar gezondheid te kijken. Deze perspectieven zijn ontwikkeld in de VTV-2014 (Hoeymans, N., van Loon, J., den Hertog, F. et al. Vier perspectieven op de volksgezondheid. Tijds. gezondheidswetenschappen 92, 94–96 (2014)). <https://doi.org/10.1007/s12508-014-0035-x>) en geüpdatet voor de VTV-2024. De vier perspectieven geven verschillende

zienswijzen op gezondheid weer (*zie tabel 1*), want wat men een goede oplossing vindt, is afhankelijk van welke waarden vooropstaan. Na een plenaire uitleg over de opgave en de perspectieven mochten deelnemers zelf kiezen in welk perspectief ze wilden plaatsnemen. Zo ontstonden er vier groepen; één voor ieder perspectief. In iedere groep gingen de deelnemers aan de slag met uitdagingen en oplossingen voor de opgave, beredeneerd vanuit het betreffende perspectief.

*Tabel 1. De vier perspectieven met kernomschrijving*

Perspectief	Kernomschrijving
<b>Op en top gezond</b>	Zorgen voor gezonde mensen
<b>Iedereen doet mee</b>	Solidariteit en zorg voor elkaar
<b>Heft in eigen handen</b>	Vrijheid om eigen leven vorm te geven
<b>Gezonde Welvaart</b>	Gezondheid draagt bij aan welvaart

#### Uitdagingen en oplossingsrichtingen

Deelnemers kregen de opdracht om de voor hen belangrijkste uitdagingen bij deze opgave, vanuit het perspectief waarin ze zaten, op te schrijven en met elkaar te bespreken. Vervolgens hebben ze samen één uitdaging geselecteerd waar ze oplossingen voor gingen bedenken. Iedere groep heeft één van de uitgewerkte oplossingsrichtingen gepresenteerd aan de andere groepen. Daarop volgde een korte plenaire discussie. Een samenvatting van de opbrengsten vanuit elk perspectief staat hieronder beschreven.

#### *Resultaten*

Vanuit het perspectief Op en top gezond

##### **Uitdagingen:**

De leefomgeving leidt tot ongezonde keuzes en nodigt niet uit tot gezond gedrag (bijv. meer bewegen).

Gezond leven is niet voor iedereen altijd financieel haalbaar.

Kansengelijkheid in het leven moet verbeterd worden.

Er wordt te weinig geïnvesteerd in preventie.

*Geprioriteerde uitdaging: Wat kan de overheid en het bedrijfsleven doen om obesitas te verminderen?*

Er is gesproken over de ingebrachte uitdagingen en over de punten die genoemd werden in de presentatie (leefstijl, obesitas, mentale gezondheid, sociaaleconomische gezondheidsverschillen). Deze uitdaging is pragmatisch gekozen, waarbij werd gezegd dat een deel van de oplossingen ook van toepassing is op andere leefstijlproblemen.

##### Opllossingsrichtingen:

Gratis toegang tot 'Gezond leven praktijk' (naast huisartspraktijk). Voor advies en coaching, voor gezond leven.

'Gezond leven' is normaal, cultuuromslag in buurten (d.m.v. peers/ambassadeurs), horeca en publieke settings.

AI (*Artificial Intelligence*) toepassen om gedragsverandering te bewerkstelligen.

Gezonde voeding is aantrekkelijk, duidelijk en betaalbaar; aanbod in supermarkt is grotendeels gezond.

Fysieke leefomgeving nodigt uit tot veel bewegen (bijv. plaatsen bankjes bij speeltuin of plaatsen bankjes voor ouderen om te kunnen rusten tussendoor; het centrum is autovrij). Sporten aantrekkelijk en goedkoop maken.

Realiseer een gezonde school van de toekomst op alle scholen: gratis gezonde schoollunch, schoolzwemmen gratis, verplichte uren sport, educatie over gezonde leefstijl.

Werkgevers stimuleren gezond leven: beweegtijd onder werktijd, alleen gezonde voeding aanbieden (*healthy deal*).

Wettelijke verankering van gezondheidsdoelen en wetgeving over bijvoorbeeld het verbieden/beperken van fastfoodketens, regulering voedselaanbod in supermarkten.

Aantrekkelijke belasting voor bedrijven als zij gezonde voeding produceren/verkopen.

Anticiperend reguleren (bijv. e-sigaret, wat wordt er nu al weer als vervanging ontwikkeld?).

Reclameverbod ongezonde producten en lobby blokkeren van ongezonde industrie.

Zorgverzekeringen belonen gezond gedrag en 'bestrafen' ongezond gedrag.

Hierbij werd door verschillende groepsleden genoemd dat het de solidariteit onderuithaalt. Door bestaansonzekerheid kan niet iedereen vrij kiezen.

Preventie financieel aantrekkelijk maken voor de zorgprofessionals en zorgverzekeraar.

Financiering van sociaal en zorg uit een pot.

Health in all policies, nationaal maar ook door gemeentes.

Bestaanszekerheid verbeteren, goed werk + voldoende inkomen essentieel om gezond te kunnen leven.

Overheid bedenkt niet zelf de oplossingen, maar haalt deze op bij de burgers.

Eerste duizend dagen: investeren in zwangeren en gezinnen + voorlichting + ondersteuning.

Pil of vaccin om te voorkomen dat mensen overgewicht krijgen. Hierbij werd genoemd dat ongezond eten ook zorgt voor vervetting van je organen. Iemand noemde dat er dan een pil zou moeten komen die alle gezondheidseffecten reguleert.

Vanuit het perspectief Iedereen doet mee

### **Uitdagingen:**

Bestaanszekerheid, ongelijkheid, participatie, solidariteit en interactie met je omgeving.

*Geprioriteerde uitdaging: Hoe zorgen we dat de gezondheidsverschillen verkleinen? Belangrijke determinanten hiervoor zijn ongezond gedrag (roken, niet bewegen, slecht eten), eenzaamheid en een slechte woonsituatie.*



### Oplossingsrichtingen

Het aanpakken/verbeteren van deze determinanten initiëren door meer groepsgevoel, saamhorigheid, gezamenlijkheid en solidariteit te creëren en mensen te laten participeren.

Sociale infrastructuur in een wijk! Belemmeringen wegnemen (regels verminderen?), randvoorwaarden creëren, en initiatieven stimuleren en faciliteren rondom gezond wonen en bestaanszekerheid (incl. delen mogelijk maken van bijvoorbeeld auto of zonne-energie).

Bestaanszekerheid is meer dan inkomen, dus ook beleid op: huisvesting, leven lang leren, zinvolle dagbesteding.

Overheid zit 'voor elkaar zorgen' niet in de weg: dus geen kostendelersnorm, maximale hoogte giften, denken in huishoudens in plaats van individuen.

Overheid handelt vanuit vertrouwen i.p.v. wantrouwen.

Overheid ontwikkelt en steunt (buurt)initiatieven waarin mensen elkaar helpen, zoals zorg voor-elkaar-straten, knarrenhofjes, autodelen, huis delen.

Zorg voor inrichting publieke ruimte die aantrekkelijk is, en toegankelijk, ook voor ouderen en mensen met beperking. In elke buurt een gezamenlijke buitenruimte met evt. groentetuin en ontmoetingsplekken.

T.a.v. preventie minder individuele interventies, meer groepsinterventies in natuurlijke groepen (mensen die toch al bij elkaar komen).

Kleine haalbare stappen, denk ook aan ondersteuning van bijvoorbeeld mantelzorgers en vrijwilligers door professionals.

Maatschappelijke dienstplicht/maatschappelijke stage, bijvoorbeeld voor mantelzorg.

Stimuleer als gemeente buurtinitiatieven waar samenkomen en eten van belang zijn, daar kan dan bijvoorbeeld voorlichting aan gekoppeld worden.

Vanuit het perspectief Heft in eigen handen

### **Uitdagingen:**

Hoe zorg je dat mensen zelf verantwoordelijk zijn en consequenties dragen van hun eigen (on)gezond gedrag en zorg?

Maximaliseren van mogelijkheden/vrijheid om eigen keuzes te maken: hoe zorg je voor de randvoorwaarden daarvoor? Bijvoorbeeld via toegang tot voorzieningen, kennis, netwerk, inkomen.

*Geprioriteerde uitdaging:*

*Hoe verbeteren we leefstijl en bereiken we een afname van overgewicht in 2050?*

### Oplossingsrichtingen

Overheid moet gaan werken op basis van vertrouwen in burgers in plaats van wantrouwen; geen ingewikkelde regelingen en verantwoording achteraf. Versimpelen en versoberen van subsidieregelingen op gezondheid en preventie. Aan burgers zelf overlaten.

Klein basispakket aan existentiële voorzieningen: dat scheelt belasting en zo houden mensen meer geld over om zelf hun keuzes te maken.

Consequenties van eigen gedrag dragen (zowel positief als negatief).

Bouw een vast deel eigen keuzeruimte in, in het pakket en beloon

gezonde keuzes. Op deze manier krijgen mensen zelf de verantwoordelijkheid voor hun keuzes.

Marktwerking van gezonde leefstijl. Geen regulering van de overheid op het aanbod; de vraag stuurt het aanbod. Dat leidt tot een heel divers palet aan aantrekkelijke interventies waar mensen gemotiveerd voor zijn en voor willen betalen. Bijvoorbeeld super-de-luxe en gespecialiseerde klinieken of hippe producten. Ook alternatieve vormen en influencers hebben een plek binnen het aanbod.

Eigen keuze voor einde van het leven.

Vanuit het perspectief Gezonde welvaart

**Uitdagingen:**

Neem de context en brede determinanten mee.

Gezondheidsverschillen verkleinen.

Zorg toegankelijk en doelmatig houden.

*Geprioriteerde uitdaging:*

*Gezondheidsverschillen: We zullen ons moeten richten op de vraag bij wie investeringen terecht moeten komen. Als we iedereen als uitgangspunt nemen, zullen er mensen achterblijven.*

Oplossingsrichtingen

Meer ICT en e-health inzetten waar dit mogelijk is.

Positieve gezondheid: de eerstelijnszorg betalen voor gezondheid en niet voor ziekte.

Noodzaak voor andere nulde- en eerstelijnszorg professionals naast de huisarts. Idem voor initiatieven om mensen buiten de zorg te houden.

Mooi voorbeeld zijn knarrehoven waar ouderen en liefst meerdere generaties samenwonen en elkaar ondersteunen.

De 'have nots' en 'cannot-haves' bereiken: zorg ervoor dat de groepen die het minder hebben, en die ook vaak moeilijker te bereiken zijn, door overheid en professionals bereikt worden.

Van zorg naar preventie: totaalpakket aanpakken.

De rijksoverheid heeft de regierol, maar het is noodzakelijk om er ook lokaal en regionaal aan te werken.

Financiering zorg en preventie verbinden; niet meer los van elkaar.

Bijvoorbeeld een vereveningsfonds voor zorgverzekeraars om preventie te betalen.

Zorg voor wie dat het beste kan gebruiken, hoogste rendement als uitgangspunt.

Open source data technologieën als voorwaarde voor duurzame, betaalbare en onafhankelijke oplossingen.

Wij danken alle deelnemers voor hun bijdrage aan deze bijeenkomst.

Het VTV-team gaat de aangedragen oplossingen verder analyseren en verwerken voor het VTV-hoofdrapport.

**Bijlage 1: Deelnemende organisaties**

<b>Bedrijfsnaam c.q. instelling</b>
Ministerie VWS, directie sport
NZa
GGDrU
KWF Kankerbestrijding & UMCU/Julius Centrum
SCP
Stichting Eigenwijks
SOMNL
Planbureau Fryslân en Rijksuniversiteit Groningen
IGJ
KNMG
Sociaal Cultureel Planbureau
NUZO Ouderendelegatie
NZa
Provincie Utrecht
ZonMw
Nederlands Huisartsen Genootschap
Maatschappelijk Impact Team
Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
Health and Society, Wageningen University & Research
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
RIVM

## **Hoe maken we goede zorg en ondersteuning in 2050 mogelijk? Verslag stakeholderbijeenkomst donderdag 2 november 2023**

### **Inleiding**

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) organiseerde op 2 november 2023 een stakeholderbijeenkomst voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)-2024. Daarin stond de opgave '**Hoe maken we goede zorg en ondersteuning in 2050 mogelijk?**' centraal. Samen met de stakeholders zijn oplossingsrichtingen vanuit verschillende perspectieven in kaart gebracht, passend bij deze opgave. Dit alles ten behoeve van het hoofdrapport van de VTV-2024.

### **Programma van de dag**

09.15-09.45 Inloop en kennismaken  
09.45-10.15 Presentatie VTV, opgaven en perspectieven  
10.15-11.00 Werken in subgroepen per perspectief  
11.00-11.15 Pauze  
11.15-12.30 Groepswerk en plenaire terugkoppeling  
12.30 Afsluiting en lunch

### **Achtergrond opgave**

Mede op basis van drie themaverkenningen heeft het RIVM in kaart gebracht hoe onze volksgezondheid zich ontwikkelt richting 2050 bij gelijkblijvend beleid. Hieruit zijn drie belangrijke maatschappelijke opgaven geformuleerd:

Hoe verbeteren we de gezondheid van alle Nederlanders?  
Hoe maken we goede zorg en ondersteuning in 2050 mogelijk?  
Hoe creëren we, in een veranderend klimaat, een leefomgeving die bijdraagt aan gezondheid?  
Voor ieder van deze opgaven is een stakeholdersessie georganiseerd.

Toelichting bij de opgave 'Hoe maken we goede zorg en ondersteuning mogelijk?'

Om in de toekomst met onze zorg en ondersteuning bij te dragen aan kwaliteit van leven, is het noodzakelijk daar vandaag al over na te denken, vooral met het oog op te verwachten schaarste in zorgpersoneel. In 2050 hebben we bovendien te maken met een andere zorgvraag dan nu. De vraag naar zorg en ondersteuning zal toenemen, onder meer door:

de dubbele vergrijzing. Hierdoor groeit niet alleen het aantal ouderen (65+), maar vooral ook het aantal mensen op zeer hoge leeftijd (80+). tekorten op het gebied van professionals en mantelzorgers. Vanwege de verschillende gezondheidsproblemen die meer mensen tegelijk zullen hebben, zal veel complexe zorg en ondersteuning nodig zijn.

Voorals oudedomsziekten en eenzaamheid zullen belangrijker worden. Op hogere leeftijd, evenals bij mensen met verminderde weerstand, komt daar nog het hogere risico op infectieziekten bij, vanwege met de

leeftijd afnemend immuunsysteem. Deze ontwikkelingen leggen een grote druk op de mensen die zorg en ondersteuning nodig zullen hebben, hun naasten en de professionals in de zorg.

Digitalisering zal in de toekomst verder toenemen. Digitale middelen kunnen helpen de zorgvraag op te vangen, maar veroorzaken soms ook meer zorgvraag. Aan de andere kant vraagt het om een heel andere organisatie van de zorg en andere kwaliteiten en competenties van het zorgpersoneel. Daarnaast kunnen digitale of andere technologieën niet alle taken overnemen, zoals persoonlijke verzorging en aandacht voor welbevinden.

Bij het nadenken over deze vraagstukken is het goed om te bedenken wat het doel van de zorg is. Een eenzijdige focus op financiële of personele tekorten kan ook het zicht ontnemen op de belangrijkste vraag: wat is goede zorg, die bijdraagt aan kwaliteit van leven?

### **Werkwijze stakeholderbijeenkomst**

#### Deelnemers

Ongeveer 150 stakeholders vanuit verschillende organisaties (beleid, wetenschap en praktijk; van lokaal tot landelijk niveau) die kennis en ervaring hebben met één van de drie opgaven zijn uitgenodigd voor de stakeholderbijeenkomsten. Genodigden konden zelf kiezen aan welke bijeenkomst ze wilden deelnemen. Indien aanwezigheid niet mogelijk was, konden de stakeholders de uitnodiging binnen hun organisatie doorsturen. Bij deelname is een korte vragenlijst afgenomen om de achtergrond van de deelnemers en de relatie tot de opgave in kaart te brengen. De aanwezige deelnemers bij deze bijeenkomst staan vermeld in de bijlage.

#### Perspectieven

In de sessies is gewerkt met de vier verschillende perspectieven om naar gezondheid te kijken. Deze perspectieven zijn ontwikkeld in de VTV-2014 (Hoeymans, N., van Loon, J., den Hertog, F. et al. Vier perspectieven op de volksgezondheid. Tijds. gezondheidswetenschappen 92, 94–96 (2014). <https://doi.org/10.1007/s12508-014-0035-x>) en geüpdatet voor de VTV-2024. De vier perspectieven geven verschillende zienswijzen op gezondheid weer (*zie tabel 1*), want wat men een goede oplossing vindt, is afhankelijk van welke waarden vooropstaan. Na een plenaire uitleg over de opgave en de perspectieven mochten deelnemers zelf kiezen in welk perspectief ze wilden plaatsnemen. Zo ontstonden er vier groepen; één voor ieder perspectief. In iedere groep gingen de deelnemers aan de slag met uitdagingen en oplossingen voor de opgave, beredeneerd vanuit het betreffende perspectief.

*Tabel 1. De vier perspectieven met kernomschrijving*

Perspectief	Kernomschrijving
<b>Op en top gezond</b>	Zorgen voor gezonde mensen
<b>Iedereen doet mee</b>	Solidariteit en zorg voor elkaar
<b>Heft in eigen handen</b>	Vrijheid om eigen leven vorm te geven
<b>Gezonde Welvaart</b>	Gezondheid draagt bij aan welvaart

Uitdagingen en oplossingsrichtingen  
Deelnemers kregen de opdracht om de voor hen belangrijkste uitdagingen bij deze opgave, vanuit het perspectief waarin ze zaten, op te schrijven en met elkaar te bespreken. Vervolgens hebben ze samen één uitdaging geselecteerd waar ze oplossingen voor gingen bedenken. Iedere groep heeft één van de uitgewerkte oplossingsrichtingen gepresenteerd aan de andere groepen. Daarop volgde een korte plenaire discussie. Een samenvatting van de opbrengsten vanuit elk perspectief staat hieronder beschreven.

## 5. Resultaten

### **Vanuit het perspectief Op en top gezond Uitdagingen:**

Het huidige model van de zorg is niet houdbaar. Een kanteling is nodig met meer focus op gezondheid en preventie i.p.v. zorg.

Er is een grote kloof in gezonde levensverwachting tussen verschillende groepen.

*Geprioriteerde uitdaging: Hoe krijgen we de ongezondste groep gezonder?*

#### Oplossingsrichtingen

Wet- en regelgeving om gezond eten en bewegen makkelijker te maken, zoals beperken van reclame voor ongezonde producten, verbieden van ongezonde voeding, autovrije binnensteden.

*Health in all policies:* investeren in andere zaken die onderliggend zijn aan ongezondheid en ongezonde leefstijl zoals huisvesting, financiële stress, inkomen en leefomgeving. Alles wat je doet toetsen aan het effect op gezondheid.

Focus op gezondheid en preventie i.p.v. zorg: zorgverzekeraars en ondersteuners werken vanuit gezondheidsperspectief. Er gaat meer geld naar preventie, waarbij wordt geïnvesteerd in de grootste ziektelast.

Wat is in 2050 geen zorg, maar eigen verantwoordelijkheid?

Technologische innovatie: monitoren van gezondheid (DNA, gedrag, zorggebruik) met een automatisch feedbacksysteem op gedrag, plus inzicht in eigen gegevens en de mogelijkheid voor zorgverleners om hierop te reageren.

Veilige medicijnen voor leefstijlziekten ontwikkelen.

Burgers bewust maken van eigen rol in relatie tot gezondheid: al mee beginnen op basisschool, preventie moet vak zijn op school.

### **Vanuit het perspectief Iedereen doet mee Uitdagingen:**

Zorg is niet voor alle doelgroepen even toegankelijk.

Het systeem is te veel *one size fits all* en er wordt te weinig integraal gekeken.

Het gebrek aan sociale cohesie belemmert het elkaar helpen.

Er zijn te weinig mantelzorgers en deze zijn vaak overbelast.

Ouderen ervaren dat ze geen nuttige bijdrage kunnen leveren, maar kunnen juist wel heel waardevol zijn.

*Geprioriteerde uitdaging: Verbinding, groepsgevoel, bestaanszekerheid en gezonde leefomgeving en goed wonen zijn belangrijke randvoorwaarden voor kwaliteit van leven en zijn belangrijke drivers van (onnodige) formele zorgvragen. Nu, maar ook richting de toekomst.*

#### Oplossingsrichtingen

Focus niet meer op zorg, maar op samenredzaamheid.

Toets de toegang tot preventie en zorg op betaalbaarheid, beschikbaarheid, passendheid, begrijpelijkheid voor iedereen.

Investeer in integrale zorg voor kwetsbare groepen; samenwerking met andere domeinen.

Maatschappelijke betrokkenheid verhogen. Verplicht vrijwilligerswerk voor ouderen, maatschappelijke dienstplicht. Bewustwording/dialogoog in samenleving, investeren in onderwijs/jeugd, aandacht voor het belang van zorgen voor elkaar.

Iedereen een basisinkomen.

Organiseer woonvormen waar jong en oud samenwonen en stimuleer jongeren om hierin mantelzorg te verlenen.

Zorg voor gezonde leefomgeving die verbinden en ontmoeten faciliteert.

#### **Vanuit het perspectief Gezonde welvaart Uitdagingen:**

Zorg wordt steeds meer thuis uitgevoerd, dit legt druk op de samenleving; draagkracht en veiligheid in wijken.

Mantelzorgers kunnen de schaarste in de zorg niet opvangen.

De kosten stijgen door de vergrijzing.

Er worden medische oplossingen gezocht voor sociale problemen.

*Geprioriteerde uitdaging: Rechtvaardige verdeling van schaarse middelen en mensen.*

#### **Oplossingsrichtingen:**

Maatschappelijke keuzes maken t.a.v. de zorg en ondersteuning, zowel op macrobudget (bijvoorbeeld x% van het BNP, groei zorguitgaven begrenzen) als op inhoud. Dit moet gebeuren met een maatschappelijke discussie en draagvlak, bijvoorbeeld met een burgerberaad.

Keuzes binnen de zorg maken. Maak scherpe keuzes voor zinnige zorg, ook in bovengenoemde maatschappelijke context. Maak geen scheiding tussen somatische en sociale zorg. Beloon samenwerking in de zorg.

Public Health perspectief hanteren: Maak de grootste maatschappelijke uitdagingen de hoogste prioriteit en bijvoorbeeld niet zeldzame ziektes.

Denk aan obesitas, mentale problemen en het sociale media gebruik.

Evalueer maatregelen op andere terreinen op hun impact op gezondheid. Vooral op uitvoeringsniveau is dat belangrijk. Zaken gaan vaak mis op de simpelste dingen; denk bijvoorbeeld aan vervoer of parkeerkosten voor vrijwilligers.

Arbeidspotentieel zo hoog mogelijk houden door gezondheid te stimuleren, i.v.m. schaarse menskracht. Dat zou ook een doel van werkgevers moeten zijn.

#### **Vanuit het perspectief Heft in eigen handen Uitdagingen:**

Er is te weinig zorgpersoneel.

Er gaat teveel geld naar goede zorg waarbij er onvoldoende aandacht is voor zelfbeschikking over de dood.

Zorguitgaven zijn hoog en worden nu met name door de overheid gefinancierd. Zijn hier andere opties voor?

Er is nu onvoldoende aandacht voor eigen verantwoordelijkheid bij ongezonde leefstijl, mag je dit belonen en bestraffen?

Hoe ga je om met verschillen in zelfredzaamheid? Meer focus op eigen regie waardoor iedereen in staat is om op het juiste moment de juiste middelen naar zich toe te trekken.  
Mensen hebben te weinig invloed op een ongezonde leefomgeving.

*Geprioriteerde uitdaging: Hoe organiseer je zelfbeschikking in relatie tot collectieve verantwoordelijkheid?*

Oplossingsrichtingen

Breed maatschappelijk debat over grenzen en verantwoordelijkheden t.a.v. gezondheid en (on)gezonde leefstijl en dat vastleggen in de grondwet.

Voor iedereen is duidelijk wat de grenzen aan zorg zijn (bijv. QALY's), en hier is draagvlak voor? Mensen kunnen bewust keuzes maken en weten wat de gevolgen hiervan zijn.

Individueel zorgfonds oprichten: vroeg vermogen opbouwen om op latere leeftijd goede zorg te financieren, zoals het nieuwe pensioenfonds. Voor mensen met pech is er een buffer vanuit de overheid.

Goede zorgarrangementen in cao's opnemen. Vitaliteit, productiviteit, kostenoverweging, verantwoordelijkheidsverdeling bij overheid, werkgever en werknemer.

Buurtberaad voor goede zorg voor nu en later: De overheid faciliteert. Zelfbeschikking stimuleren, d.m.v. 'consultatiebureau levensloop in de wijk'. Mensen kunnen hier vrijwillig inzicht krijgen wat zij nodig hebben aan goede zorg, nu en in de toekomst.

Pech versus schuld: mensen die ziek worden door ongezond gedrag moeten de kosten zelf betalen.

Mensen zelf beschikking geven over wanneer het leven klaar is.

Bijvoorbeeld pil van Drion onder voorwaarden beschikbaar stellen.

Wij danken alle deelnemers voor hun bijdrage aan deze bijeenkomst. Het VTV-team zal de aangedragen oplossingen verder analyseren en verwerken voor het VTV-hoofdrapport.



**Bijlage 1: Deelnemende organisaties**

<b>Bedrijfsnaam c.q. instelling</b>
Netwerk Utrecht Zorg Ouderen (NUZO)
KAMG
VWS
Zorginstituut Nederland
Pharos
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
Amsterdam UMC
LHV
GGD Regio Utrecht
Sociaal en Cultureel Planbureau
LHV
ZonMw
NHG
Nivel
RIVM

## **Hoe creëren we, in een veranderend klimaat, een leefomgeving die bijdraagt aan gezondheid?**

### **Verslag stakeholderbijeenkomst maandag 6 november 2023**

#### **Inleiding**

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) organiseerde op 6 november 2023 een stakeholderbijeenkomst voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)-2024. Daarin stond de opgave '**Hoe creëren we, in een veranderend klimaat, een leefomgeving die bijdraagt aan gezondheid?**' centraal. Samen met de stakeholders zijn oplossingsrichtingen vanuit verschillende perspectieven in kaart gebracht, passend bij deze opgave. Dit alles ten behoeve van het hoofdrapport van de VTV-2024.

#### **Programma van de dag**

09.15-09.45 Inloop en kennismaken  
09.45-10.15 Presentatie VTV, opgaven en perspectieven  
10.15-11.00 Werken in subgroepen per perspectief  
11.00-11.15 Pauze  
11.15-12.30 Groepswork en plenaire terugkoppeling  
Afsluiting en lunch

#### **Achtergrond opgave**

Mede op basis van drie themaverkenningen heeft het RIVM in kaart gebracht hoe onze volksgezondheid zich ontwikkelt richting 2050 bij gelijkblijvend beleid. Hieruit zijn drie belangrijke maatschappelijke opgaven geformuleerd:

Hoe verbeteren we de gezondheid van alle Nederlanders?

Hoe maken we goede zorg en ondersteuning in 2050 mogelijk?

Hoe creëren we, in een veranderend klimaat, een leefomgeving die bijdraagt aan gezondheid?

Voor ieder van deze opgaven is een stakeholdersessie georganiseerd.

#### **Toelichting bij de opgave 'Hoe creëren we, in een veranderend klimaat, een leefomgeving die bijdraagt aan gezondheid?'**

Een gezonde leefomgeving is een prettige omgeving, die uitnodigt tot gezond gedrag en waar de druk op de gezondheid zo laag mogelijk is. Een grote uitdaging hierbij is de klimaatverandering. Een warmer en extremer klimaat vraagt om aanpassingen van ons gedrag, maar ook van onze leefomgeving, zoals het inrichten van koele plekken met groen en water. Vanwege de klimaatverandering moeten we ook rekening houden met (nieuwe) infectieziekten.

Naast klimaatverandering, zullen ook de energietransitie en de woonopgave de komende jaren leiden tot veranderingen in de leefomgeving. En er komen nieuwe eisen aan de fysieke en sociale kwaliteit van de leefomgeving in wijken en buurten. Bijvoorbeeld omdat mensen met beperkingen of op zeer hoge leeftijd langer zelfstandig blijven wonen. De eisen kunnen bijvoorbeeld gaan over het voorkómen van hittedoden, het creëren van sociale samenhang en de toegankelijkheid en beschikbaarheid van voorzieningen.

## Werkwijze stakeholderbijeenkomst

### Deelnemers

Ongeveer 150 stakeholders vanuit verschillende organisaties (beleid, wetenschap en praktijk; van lokaal tot landelijk niveau) die kennis en ervaring hebben met één van de drie opgaven zijn uitgenodigd voor de stakeholderbijeenkomsten. Genodigden konden zelf kiezen aan welke bijeenkomst ze wilden deelnemen. Indien aanwezigheid niet mogelijk was, konden de stakeholders de uitnodiging binnen hun organisatie doorsturen. Bij deelname is een korte vragenlijst afgenomen om de achtergrond van de deelnemers en de relatie tot de opgave in kaart te brengen. De aanwezige deelnemers bij deze bijeenkomst staan vermeld in de bijlage.

### Perspectieven

In de sessies is gewerkt met de vier verschillende perspectieven om naar gezondheid te kijken. Deze perspectieven zijn ontwikkeld in de VTV-2014 (Hoeymans, N., van Loon, J., den Hertog, F. et al. Vier perspectieven op de volksgezondheid. Tijds. gezondheidswetenschappen 92, 94–96 (2014)). <https://doi.org/10.1007/s12508-014-0035-x> en geüpdatet voor de VTV-2024. De vier perspectieven geven verschillende zienswijzen op gezondheid weer (zie tabel 1), want wat men een goede oplossing vindt, is afhankelijk van welke waarden vooropstaan. Na een plenaire uitleg over de opgave en de perspectieven mochten deelnemers zelf kiezen in welk perspectief ze wilden plaatsnemen. Zo ontstonden er vier groepen; één voor ieder perspectief. In iedere groep gingen de deelnemers aan de slag met uitdagingen en oplossingen voor de opgave, beredeneerd vanuit het betreffende perspectief.

Tabel 1. De vier perspectieven met kernomschrijving

Perspectief	Kernomschrijving
<b>Op en top gezond</b>	Zorgen voor gezonde mensen
<b>Iedereen doet mee</b>	Solidariteit en zorg voor elkaar
<b>Heft in eigen handen</b>	Vrijheid om eigen leven vorm te geven
<b>Gezonde Welvaart</b>	Gezondheid draagt bij aan welvaart

### Uitdagingen en oplossingsrichtingen

Deelnemers kregen de opdracht om de voor hen belangrijkste uitdagingen bij deze opgave, vanuit het perspectief waarin ze zaten, op te schrijven en met elkaar te bespreken. Vervolgens hebben ze samen één uitdaging geselecteerd waar ze oplossingen voor gingen bedenken. Iedere groep heeft één van de uitgewerkte oplossingsrichtingen gepresenteerd aan de andere groepen. Daarop volgde een korte plenaire discussie. Een samenvatting van de opbrengsten vanuit elk perspectief staat hieronder beschreven.

## Resultaten

### **Vanuit het perspectief Op en top gezond**

#### **Uitdagingen:**

Zorg dat iedereen in een gezonde leefomgeving woont, dat iedereen toegang heeft tot groen en natuur en dat de leefomgeving de gezondheid bevordert.

Houdt bij de inrichting van de fysieke leefomgeving rekening met de kwetsbaarste groepen en betrek hen hierbij.

*Geprioriteerde uitdaging: Hoe kan je leefomgeving zo inrichten dat gezond leven makkelijker wordt (minder druk op het individu) en dat het makkelijker wordt om gezonde keuzes te maken.*

#### **Oplossingsrichtingen**

Vergroot het gebruik van leefomgeving; raadpleeg en betrek inwoners met realistische verwachtingen omtrent eigen regie.

Informeert mensen over het belang van een gezonde leefomgeving en die van een groene tuin. Koppel het aan leuke activiteiten en wees niet te belerend.

Begin op vroege leeftijd met kennisoverdracht over wat gezond is.

Ontwikkel complete integrale omgevingsplannen, om maximaal effect te behalen en bijeffecten te controleren. Werk in het plan concreet uit hoe de leefomgeving eruit moet zien.

Maatwerk: decentraal per omgeving kijken wat nodig is en waar de kansen liggen (lokale overheid kent de uitdagingen en kansen van een gebied).

Bij alle veranderingen in de gebouwde omgeving, kijk hoe je het bevorderen van bewegen en vergroening, sociaal, voorkomen hitte in samenhang mee kunt nemen.

Houdt bij de inrichtingseisen rekening met de combinatie van verschillende functies: wonen, werken en leven (cultuur, voorzieningen) dicht bij elkaar.

### **Vanuit het perspectief Iedereen doet mee**

#### **Uitdagingen:**

Er is een toename van ongelijkheden in toegang tot fijne, sociale, groene leefomgeving en toekomstbestendig wonen.

De meest kwetsbaren worden het hardst geraakt door het klimaatvraagstuk. De verschillen zijn groot.

Klimaatzorgen geven stress bij met name jongeren en kwetsbare mensen.

Kwetsbare groepen hebben nauwelijks invloed op beleid.

*Geprioriteerde uitdaging: Klimaatrechtvaardigheid: de meest kwetsbare mensen worden nu het hardst geraakt door het klimaatvraagstuk.*

#### **Oplossingsrichtingen**

Betrokkenheid, participatie en invloed van burgers en vooral van kinderen, jongeren en kwetsbare groepen versterken in beleids- en besluitvorming in het woon- en omgevingsbeleid.

Begin met kleine stapjes, liefst met veel mensen, zoals bij 'tegels eruit, planten erin'.

Betrek meer *non-usual suspects*, zoals maatschappelijke organisaties bij beleid t.a.v. klimaatadaptatie en gezondheid.

Bevorder klimaatbewustzijn en zoek naar nieuwe communicatievormen om verschillende groepen te bereiken. Bijvoorbeeld een hittebingo voor ouderen.

Koppel elke beleidsmedewerker aan een leerling of student van basisschool, mbo, hbo of universiteit om te sparren.

*Health in all policies*: werk integraal aan oplossingen en denk bij elke beleidsmaatregel na over de uitwerking op de gezondheid en leefomgeving.

Zorg voor lokaal voedsel en biodiversiteit. Maak dit ook sociaal maatschappelijk. Bijvoorbeeld met mooie parken en recreatie, voedselbos en zorg- en stadslandbouw.

Verbind sociaal met groen en water in de buurt. Neem dit op in beleid en wetgeving.

### **Vanuit het perspectief Gezonde welvaart**

#### **Uitdagingen:**

De maatschappij is momenteel niet gericht op gezondheid.

Preventieprogramma's voor de juiste groepen ontbreken.

Er zijn onvoldoende middelen en mensen beschikbaar om alle zorg en ondersteuning te kunnen leveren.

Er is nu geen stimulerende helpende omgeving om gezond gedrag te bevorderen.

*Geprioriteerde uitdaging: Hoe kan een kind, dat nu 8 jaar is, zo lang mogelijk gezond blijven in een veranderende leefomgeving?*

#### **Oplossingsrichtingen**

Formuleer de oplossingsrichtingen vooral door te zoeken naar win-win situaties en door aanpak waarin meerdere doelen tegelijk worden behaald c.q. nagestreefd. Deze combinatie bestaat uit:

Duurzame gebouwde omgeving en industrie.

Uitnodigende gezonde leefomgeving.

Betrokken woonvormen bijv. groepswonen of hofjes, waar mensen samen leven, elkaar helpen elkaar en waar meer sociale binding is.

Zorg voor meer groen en blauw (water) in de leefomgeving, maar houd rekening met mogelijke onvoorziene effecten op de omgevingstemperatuur.

Terugbrengen van voorzieningen dicht bij huis, zodat deze te voet of per fiets bereikbaar zijn.

N.B. Deze wens werd niet door de hele groep gedeeld.

### **Vanuit het perspectief Heft in eigen handen**

#### **Uitdagingen:**

Alle gevolgen van klimaatverandering, zoals hittestress, overstromingen, bevolkingsdichtheid, vector gebonden ziektes, te laag grondwaterpeil.

Hoe gaan we leven in een ander klimaat? Hier is langetermijnplanning voor nodig (zeker voor stadsplanning).

Mensen met en zonder geld hebben verschillende oplossingsmogelijkheden.

Mensen zijn zich onvoldoende bewust van de impact van hun handelen op het klimaat en hoeveel ze zelf kunnen doen. Hoe krijg je meer mensen betrokken bij hun leefomgeving?

*Geprioriteerde uitdaging:* T.a.v. klimaatgevolgen: hoe zet je in op een gezonde leefomgeving voor iedereen, door enerzijds te investeren in kansarme gebieden en de kansen voor de groepen die daar wonen te maximaliseren en anderzijds de individuele keuzevrijheid intact te laten?

### **Oplossingsrichtingen**

Maak het voor iedereen zo makkelijk mogelijk om voor een gezonde leefomgeving te kiezen. Zorg voor een faciliterende overheid, die de gezonde leefomgeving bevordert en die keuzevrijheid stimuleert. Ondernemerschap is nodig om tot oplossingen te komen.

Besteed in alle rapporten en beleid aandacht aan impact van klimaatverandering op diverse gebieden en groepen. Vraag daar aparte persoons- en gebiedsgerichte oplossingen voor.

Meer ruimte voor klimaatadaptief bouwen. In de toekomst zullen er meer mensen op een kleinere oppervlak wonen. Per wijk/regio invullen wat er nodig is.

De zorg voor het klimaat biedt economische kansen, zoals zelf een bos aanplanten of grond aankopen.

Laat mensen zich verantwoordelijk voelen voor de openbare ruimte.

Bevorder eigen woningbezit, waardoor mensen zich meer verantwoordelijk voelen voor hun omgeving.

Maak het makkelijker om woningen te splitsen en de ruimte beter te benutten. Bijvoorbeeld met veel hoogbouw in combinatie met veel groen, meer fietsmogelijkheden en pakketbezorging via drones?

Anders kijken naar voorzieningen in de wijk. Bereid je nu al voor op de gevolgen van klimaatverandering m.b.t. elektriciteit, water, riool en OV. Voorbereiden op klimaatverandering: verhuizen naar hoger gelegen gebieden, hulpverlening bij rampen op peil, zelfredzaamheid stimuleren door bijvoorbeeld noodvoorzieningen en overlevingspakketten.

Instellen van een basisinkomen om sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen en daarmee de keuzevrijheid te vergroten. Er was discussie in de groep of dit bij dit perspectief past.

Wij danken alle deelnemers voor hun bijdrage aan deze bijeenkomst. Het VTV-team gaat de aangedragen oplossingen verder analyseren en verwerken voor het VTV-hoofdrapport.

**Bijlage 1. Deelnemende organisaties**

<b>Bedrijfsnaam c.q. instelling</b>
Annelies Acda Advies
KNMI
Rode Kruis
gemeente Den Haag
Ministerie van LNV
Ministerie van VWS
Staatsbosbeheer
NZa
KAMG
Nederlands Jeugdinstituut
Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat
VNO-NCW en MKB-Nederland
Het PON&Telos
Ministerie van VWS
WUR Gezondheid en Maatschappij
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)
GGD Amsterdam
RIVM

## **Verslag burgerraad 4 november 2023**

### **Vooruitblikken op de toekomst van de volksgezondheid in Nederland**

#### **Inleiding**

*Vooruitblikken op de toekomst van de volksgezondheid in Nederland. Dat doen we als RIVM met de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV).*

*Wat kunnen we verwachten? En wat betekent dat voor de gezondheid van Nederlanders? En wat we van de zorg vragen? Hoe kunnen we ons goed voorbereiden?*

*In de VTV geeft het RIVM elke vier jaar antwoord op deze vragen. Want de zorg voor morgen, begint vandaag.*

*De inzichten en ideeën van burgers zijn belangrijk voor de VTV. Daarom organiseert het RIVM een Burgerraad. In de Burgerraad delen burgers verwachtingen en meningen over de toekomst van de volksgezondheid met elkaar en met het VTV-team.*

Op 4 november 2023 kwamen 30 burgers bijeen voor de vierde burgerraadbijeenkomst voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024. In deze bijeenkomst vroegen we de Burgerraad mee te denken over oplossingen voor drie belangrijke maatschappelijke opgaven. Dit is het verslag van deze Burgerraadbijeenkomst.

#### **Programma van de dag**

11:30-12:00 Inloop en kennismaken  
12:00-12:45 Presentatie VTV, opgaven en perspectieven  
12.45-13.15 Lunch  
13.15-14.55 Werken in subgroepen per opgave  
14.55-15:15 Pauze  
15:15-15:45 Terugkoppeling groepjes met dezelfde opgave  
15:45-16:00 Afsluiting

#### **Presentatie maatschappelijke opgaven**

De projectleider van de VTV-2024 gaf een korte presentatie over de VTV. Onder andere over hoe de volksgezondheid en zorg eruitzien in 2050. Dat kijkje in de toekomst leidt tot drie maatschappelijke opgaven. Deze opgaven zijn een belangrijk resultaat van de VTV-2024. De opgaven zijn:

- a. Hoe verbeteren we de gezondheid van alle Nederlanders?
- b. Hoe maken we goede zorg en ondersteuning in 2050 mogelijk?
- c. Hoe creëren we, in een veranderend klimaat, een leefomgeving die bijdraagt aan gezondheid?

#### **Perspectieven**

In de presentatie hebben we ook de perspectieven uitgelegd. In de VTV-2014 heeft het RIVM vier perspectieven ontwikkeld om naar gezondheid te kijken. In 2022 hebben we deze samen met de Burgerraad aangepast. De vier perspectieven geven verschillende manieren aan hoe je naar gezondheid kunt kijken.



Na de uitleg hebben we een kort spel gespeeld. De deelnemers kregen verschillende stellingen en mochten aangeven in welk perspectief ze deze stelling vonden passen.

De vier perspectieven zijn:

Perspectieven	Kernomschrijving
<b>Op en top gezond</b>	Zorgen voor gezonde mensen
<b>Iedereen doet mee</b>	Solidariteit en zorg voor elkaar
<b>Heft in eigen handen</b>	Vrijheid om eigen leven vorm te geven
<b>Gezonde Welvaart</b>	Gezondheid draagt bij aan welvaart

### Groepswerk

De deelnemers zijn verdeeld in zes groepjes verdeeld. Voor iedere maatschappelijke opgave waren er twee groepjes van vijf deelnemers. De vraag aan de deelnemers was om oplossingen te noemen voor de genoemde opgave. Zij mochten dit eerst zelf op *post-its* doen. Daarna konden zij om de beurt een oplossing inbrengen en op elkaar reageren. Bij iedere oplossing kregen zij de vragen:

'Geef een toelichting voor welk probleem dit een oplossing is?'

'In welk perspectief vind je dit thuishoren?'

Aan het einde was de vraag om per perspectief een oplossing te kiezen. Deze oplossing hebben de deelnemers gepresenteerd aan de andere groepen. De deelnemers in de andere groepen mochten reageren.

### Oplossingen

Hieronder zie je voor elk van de drie opgaven de oplossingen van de groepen. Aan iedere opgave werkten twee groepen. De oplossingen vanuit de twee groepen staan per opgave bij elkaar.

#### a. Maatschappelijke opgave **Betere gezondheid**

*Hoe verbeteren we de gezondheid van alle Nederlanders?*

Uitgelichte oplossingsrichtingen bij deze opgave, redenerend vanuit perspectieven:

Perspectieven	Kernomschrijving
<b>Op en top gezond</b>	Elk jaar een (vrijwillige) APK om de fysieke en mentale gezondheid van burgers te bepalen
<b>Iedereen doet mee</b>	Buurthuizen organiseren/coördineren dat mensen elkaar helpen in de buurt
<b>Heft in eigen handen</b>	Vrije keuze voor allerlei zorg (regulier en alternatief). Ongezonde producten (suiker, alcohol etc.) extra belasten
<b>Gezonde Welvaart</b>	Afschaffen van eigen bijdrage, zodat mensen op tijd naar de huisarts gaan. Geen marktwerking in de zorg

Overige oplossingen voor deze opgave kunnen geordend worden in de categorieën: Zorg, Stimuleren van gezonde gedrag, Wetgeving/beleid, en Verantwoordelijkheid van andere disciplines, buiten de zorg (integrale aanpak)

## **Aangedragen oplossingen**

### **Zorg**

Via de huisarts gezondheidsachterstand signaleren en aanpakken. Huisarts zal dan wel ondersteuning nodig hebben omdat die het al heel druk heeft.

Elk jaar/2 jaar een vrijwillige 'APK-keuring' gericht op breed pallet aan gezondheid gerelateerde zaken (zowel fysiek en mentaal welzijn).

Meer aandacht voor preventie, zoals bewegen, slapen, voeding.

Afschaffen van de eigen bijdrage. Hierdoor is de financiële ruimte geen obstakel meer om naar een zorgverlener te gaan. Hiermee voorkom je dat mensen te lang blijven doorlopen met klachten.

Overbodige zorg verminderen omdat het veel kost en niet altijd de gezondheid en levenskwaliteit ten goede komt. Met name ouderen (80+) nemen vaak alles aan wat de specialist zegt. Een tussenpersoon moet dan bepalen of er sprake is van zinnige zorg.

Migranten moeten eigen bijdrage leveren voor de zorg die zij krijgen. De zorg voor deze groep kost veel en gaat ten koste van geld dat er is voor de zorg van "Nederlanders".

Vroegtijdig testen welke voeding wel of niet bij je past (bijvoorbeeld m.b.t. allergieën, maar ook eetpatronen).

Vrije keuze in keuze voor specialist en van wat voor type geneeskunde je gebruik wil maken.

### **Stimuleren van gezonde gedrag**

Sport beter betaalbaar en toegankelijk maken voor alle leeftijdsgroepen, ongeacht fysieke en/of mentale beperkingen.

Betaalbaar en toegankelijk maken van gezonde voeding. Ook mensen met weinig financiële ruimte moeten gezonde voeding kunnen kopen.

Ongezonde producten extra belasten (bijv. suikertax, roken, alcohol).

Gezonde keuzes belonen, waardoor gezond gedrag wordt gestimuleerd.

Intervisie met leeftijdsgenoten/groepsgenoten om te bespreken hoe het gaat in het leven, hoe je met zaken omgaat, wat moeilijk is en mogelijke oplossingen.

Goed toegankelijke mentale ondersteuning, levenslang.

Ouders stimuleren bij hun kinderen een gezonde leefstijl (bijvoorbeeld als het gaat over beweging, slaap, bespreken van verslavende middelen-gebruik en roken).

### **Wetgeving/beleid**

Verbreden van de basisverzekering. Dit zal langere termijn gezondheidswinst opleveren.

In aanvullend pakket van de zorgverzekering zelf kiezen welke onderdelen in zijn/haar pakket moeten. Soort eigen menu waarin je kan kiezen of je kraamzorg wil of tandartszorg.

Met internationaal/Europees beleid reguleren dat mensen minder worden blootgesteld aan stoffen die schadelijk zijn voor de gezondheid (zoals E-stoffen) of milieubelastend zijn.

Anticiperen op (toekomstige) verslavende en voor de gezondheid slechte producten en voorkomen dat ze op de markt komen (bijvoorbeeld vaperen of legaal 'online gokken').

De nationale overheid neemt strakkere regie over geld voor gemeenten dat bedoeld is voor gezondheid en welzijn. Nu kunnen gemeenten zelf

veel kiezen en invullen en is er weinig controle. Dit betekent dat het uitmaakt in welke gemeente je woont.

### **Verantwoordelijkheid van andere disciplines, buiten de zorg (integrale aanpak)**

Werkdruk verlagen door werkuren en schooluren te verlagen.

Vanaf de basisschool een vak/lespakket/aandacht voor gezondheid in brede zin.

Educatie (gezondheidsvaardigheden) in een vorm aanbieden die passend en aansprekend is voor verschillende doelgroepen (ouderen, jongeren, ouders etc.).

Een manier vinden om sociale media en telefoongebruik te beperken.

Ouders sneller erbij betrekken en actievere rol geven in opvoeding.

Ouders moeten met verantwoordelijkheid voor gedrag van het kind.

Educatie over hoe je keuzes kunt maken om het klimaat binnenshuis te verbeteren.

Zorg voor een gezonde woning (met goede isolatie, zonder schimmels etc.). Tevens zorgen voor een systeem dat mensen sneller kunnen doorstromen naar een passende woning.

Buurthuizen organiseren/coördineren dat mensen elkaar helpen. Het buurthuis vormt tevens een trefpunt voor mensen om bij elkaar te komen en sociale contacten te behouden en de mentale gezondheid te bevorderen.

### **b. Maatschappelijke opgave Goede zorg en ondersteuning**

*Hoe maken we goede zorg en ondersteuning in 2050 mogelijk?*

Uitgelichte oplossingsrichtingen bij deze opgave, redenerend vanuit perspectieven:

Perspectieven	Kernomschrijving
<b>Op en top gezond</b>	Preventie in de buurt van waar mensen wonen
<b>Iedereen doet mee</b>	Zorg dragen voor voldoende vrijwillige (mantel)zorgers in de eigen sociale omgeving
<b>Heft in eigen handen</b>	Beter en laagdrempelig inzicht in eigen medisch dossier en keuzes ten aanzien van gezondheid
<b>Gezonde Welvaart</b>	Betaalbaarheid van personeel in de zorg

Overige oplossingen voor deze opgave kunnen geordend worden in de categorieën: Zorg. Preventie (voorkomen dat mensen ziek worden), Samenwerking met andere disciplines, buiten de zorg (integrale aanpak)

### **Aangedragen oplossingen**

#### **Zorg**

Zorg bereikbaar en beschikbaar maken; laagdrempelig en veilig.

Iedereen moet de zorg kunnen krijgen die bij deze persoon past, of die de persoon nodig vindt.

Meer tijd voor samenwerking eerste lijn en specialistische zorg.

Regelmatig multidisciplinair overleg en evaluatie: wat is er nodig? Wie kan wat doen? Complexe casussen bespreken

Meer vrijwilligers inzetten en zorgen dat het voor mensen aantrekkelijk wordt om vrijwilliger te zijn. Hierbij hoort bijvoorbeeld ook een zorgstage/maatschappelijke stage voor jongeren.

Bundelen van zorgvoorzieningen, zodat de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek komt. Bijvoorbeeld niet-medische zorg en ondersteuning laten geven door andere (niet medische) passende deskundigen. Ook zorg van medisch specialisten in gezamenlijke buurt-polikliniek laten plaatsvinden.

Laat de professionals in de wijk ook zelf meer beslissen en beter gewaardeerd worden (salaris). En mantelzorgers zouden ook beloond moeten worden d.m.v. een vrijstelling/voordeel.

Geen marktwerking meer in de zorg. Een zorgsysteem voor iedereen en geen eigen keuzemogelijkheden

Mensen mogen zelf hun pakket samenstellen binnen een bepaald quotum en/of zorgvrijstelling.

Maak van iedereen een DNA-profiel voor passende en persoonlijke zorg. Er is een soort EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) waarin iedereen zijn eigen gezondheid kan volgen over hele leven (in normale taal en ervan uit gaande dat privacy geregeld is). En ook een digitale arts of laagtoegankelijk toegangspunt voor informatie waar je zelf een eerste inschatting kunt maken of je wel/niet naar arts gaat.

Gesprek over laatste levensfase/ laatste wil pil. En dit goed noteren in Elektronisch Patiënten Dossier.

Wat niet fysiek hoeft moet digitaal, bijv. videobellen indien mogelijk. Ook vanuit ziekenhuis en de huisarts.

Bejaardencentra weer terugbrengen en dan de beschikbare middelen beter verdelen per hulpvraag. Zorg ervoor dat bijvoorbeeld alleenstaande ouderen dichterbij elkaar wonen, met 1 of 2 mensen die voor iedereen zorgen.

Inkomensafhankelijke bijdrage aan de zorg invoeren waarbij de hoogste salarissen (miljonairsbelasting) relatief veel bijdragen. Ook moeten farmaceutische bedrijven meer betalen.

Nu al beginnen met opleiden van meer artsen en verpleegkundigen

### **Preventie (voorkomen dat mensen ziek worden)**

Preventie vanaf vroege jeugd, voor iedereen. Maak een vak gezondheid op school.

Preventie eerder en beter inzetten, denk aan in kaart brengen van familie-historie (DNA-testen). Bijvoorbeeld, niet pas bij hoge BMI ingrijpen, maar vooraf hierop al preventie inzetten. Hierbij hoort ook preventie gericht op kwetsbare groepen (bijv. sociaal-economisch of qua gezondheid).

Maak gezond leven goedkoper, bijvoorbeeld door geen btw op gezond eten, gezond minder duur dan ongezond eten, en sporten gratis.

Pas wetgeving aan zodat je snel kunt inspelen op nieuwe ontwikkelingen zoals lachgas.

### **Samenwerking met andere disciplines, buiten de zorg**

Laat jongeren een maatschappelijke stage doen in de ondersteuning of zorg van ouderen.

Werkgevers moeten meer investeren in vitaliteit en mentale zorg bij hun werknemers.

Overheid maakt scherpe keuzes voor een fitte samenleving door de zorgsector te prioriteren. Bijvoorbeeld door opleidingen te stimuleren, studieschuld kwijt te schelden en ook woonruimte in steden waar dat nodig is te bieden voor zorgpersoneel.

Stimuleren van oplossingen in de eigen sociale omgeving, bijvoorbeeld initiatieven zoals een zorgcirkel of 'hofjes' waarin buurtbewoners elkaar helpen. Heb daarbij extra aandacht voor mensen die buiten de boot dreigen te vallen, bv die geen werk hebben of een beperking.

### **c. Maatschappelijke opgave Leefomgeving en klimaat**

*Hoe creëren we, in een veranderend klimaat, een leefomgeving die bijdraagt aan gezondheid?*

Uitgelichte oplossingsrichtingen bij deze opgave, redenerend vanuit perspectieven:

<b>Perspectieven</b>	<b>Kernomschrijving</b>
<b>Op en top gezond</b>	Vergroenen en gezond inrichten (bijvoorbeeld zorgen voor goede fiets- en wandelmogelijkheden)
<b>Iedereen doet mee</b>	Meer openbare voorzieningen, zoals speelplaatsen, sporttoestellen, moestuinen en ontmoetingsplekken
<b>Heft in eigen handen</b>	Clusteren van "gezonde faciliteiten" zodat gezond gedrag en sociaal contact worden gestimuleerd
<b>Gezonde Welvaart</b>	Ongezond gedrag zwaarder belasten dan gezonde keuzes, bijvoorbeeld ten aanzien van vervoer

Overige oplossingen voor deze opgave kunnen geordend worden in de categorieën: Leefomgeving, Mobiliteit, Luchtvervuiling, Hitte en klimaatverandering algemeen, Specifieke items (hooikoorts, huidkanker, infectieziekten), Woonvormen, Gedrag en gezondheid

### **Leefomgeving**

Voor de mentale gezondheid en welzijn van mensen, moeten we: ontmoetingen stimuleren en warmte en hitte tegengaan

De oplossingen:

Zorg voor genoeg groen en water in de steden en dorpen. Alles wordt nu volgebouwd. Denk bijvoorbeeld aan:  
 een groen alternatief voor tegels op de stoepen,  
 groene daken met sedum,  
 tegels uit tuin,  
 aanleg geveltuintjes door gemeente,  
 voldoende water.

Er volgt een discussie in de groep of je dit moet stimuleren of verplichten.

Moestuinen in een kassencomplex faciliteren. Zo kunnen mensen gezond eten en is er meer lokale voedselproductie.

Stimuleer "*communal gardening*", bijvoorbeeld door hier ruimte voor te maken in wijken, bij buurthuizen en bij scholen. De verantwoordelijkheid voor het opzetten en onderhouden van de tuintjes zelf zou bij burgers komen te liggen.

Meer openbare voorzieningen die gezond gedrag stimuleren, zoals speeltuinen, sporttoestellen en een skatebaan.

Gezondheidsbevorderende faciliteiten dicht bij elkaar plaatsen, meer clusteren, zodat ze gemakkelijker bereikbaar zijn. Denk hierbij aan sportscholen, *gezonde* eetgelegenheden, bibliotheken en buurthuizen. Men moet bedrijven die de omgeving vervuilen van steden en dorpen dwingen om hun uitstoot te verminderen.

### **Mobiliteit**

Stimuleren van fietsen, onder andere door aantrekkelijke en veilige autoluwe zones in steden.

Maak de aanschaf goedkoper of gratis: bijvoorbeeld de BTW eraf, met korting of gratis via werkgevers of gratis via scholen voor armere gezinnen.

De overheid, werkgevers en bedrijven moeten de kosten dragen. Stimuleer groene mobiliteit. Maak het openbaar vervoer (OV) gratis voor iedereen. Vergroot de bereikbaarheid van het OV. Maak fietsnelwegen en beperk auto's.

### **Luchtvervuiling**

Niet meer met houtkachels en openhaarden stoken.

Maatregelen nemen op Europees niveau tegen luchtvervuiling.

Minder cfk's in producten, d.m.v. Europese wetgeving.

Geen diesels meer, meer subsidies voor elektrische auto's (met kanttekening dat afbraak van accu's weer een nieuw milieuprobleem is).

Centrale afzuiging in huizen verbeteren om schonere lucht in huizen te creëren. De overheid moet dit regelen en bekostigen.

### **Hitte en klimaatverandering algemeen**

Subsidie op airco's om hittestress tegen te gaan.

Preventief te werk gaan in het kader van klimaatverandering, zoals dijken verhogen, waterafvoer verbeteren. De overheid moet proactief bescherming geven.

De mogelijkheid creëren om werktijden aan te passen, zodat mensen niet buiten in de hitte hoeven te werken en bijvoorbeeld siësta kunnen houden (zoals in Zuid-Europese landen). De overheid faciliteert de mogelijkheden, mensen mogen zelf kiezen of ze de werktijden aanpassen.

### **Specifieke items: hooikoorts, huidkanker, infectieziekten**

Groene beplanting buiten pollenvrij maken.

Medicijnen voor hooikoorts in het basispakket.

Sneller onderzoek en acties vanuit overheid voor nieuwe infectieziekten.

Nu al voorbereiden op wat mogelijk gaat komen. Kijk naar andere landen om ons heen. Graag bestrijden op een gezonde manier.

Voorlichting over UV-bescherming, zoals kleding, meer zonnebrand smeren enzovoort. Voorlichting over huidkanker en hoe je dit kunt herkennen. Bevolkingsonderzoek naar huidkanker.

Minder gebruik van chemicaliën in landbouw, voedsel, productie.

### **Woonvormen**

Bij ouder worden en/of gebreken kun je nu niet op een fijne manier thuis wonen. De faciliteiten zijn beperkt en er is veel eenzaamheid.

Woongroepen (gemengde leeftijden), waarbij mensen langer zelfstandig kunnen wonen. Er is hulp in de buurt, er zijn gezamenlijke tuintjes in het midden en er is veel sociaal contact. Zorgstudenten mogen gratis

wonen als ze gratis hulp leveren. Zorgpersoneel hoeft minder te reizen, mensen leven meer met groen, meer saamhorigheid. De overheid moet het organiseren.

Woongroepen zoals hierboven genoemd, maar dan op eigen initiatief.

In deze groepen helpen de bewoners elkaar.

Kangoeroe-woning. Maak de vergunning makkelijker.

### **Gedrag en gezondheid**

Een sportbuddy voor iedereen: een persoonlijk begeleider die je helpt bij het opzetten van een sport-/beweegplan en die er op toeziet dat je ook daadwerkelijk naar de sportschool komt.

Belasting op ongezond gedrag en ongezonde keuzes, niet op werk en vermogen. Bijvoorbeeld de auto en gasgebruik sterk belasten. Gezonde en duurzame keuzes stimuleren door btw-afschaffing zoals bij het plaatsen van een sedumdak.

### **Gezamenlijke afsluiting**

Aan het eind van de bijeenkomst hebben we nog kort de belangrijkste uitkomsten en ervaringen uitgewisseld. Het projectteam gaat nu aan de slag om de VTV-2024 af te ronden. Dat zal medio 2024 het geval zijn.

Als de VTV verschijnt worden de leden van de burgerraad op de hoogte gesteld. Het projectteam van de VTV-2024 dankt alle deelnemers aan de burgerraad.

## **Analyse van resultaten van stakeholdersessies en burgerraad over handelingsopties voor de drie VTV-opgaven**

De analyse van de oplossingsrichtingen die zijn opgehaald bij stakeholders en burgerraad is uitgevoerd in een klein team. Hierin was expertise vertegenwoordigd op het gebied van toekomstverkennen, kwalitatief onderzoek, publieke gezondheid, en burger- en stakeholderbetrokkenheid.

In het VTV-hoofdrapport staan drie maatschappelijk opgaven centraal, maar een aantal oplossingen voor de daar geschetste problemen gaan over de grenzen van die opgaven heen en zullen dus meer overkoepelend moeten worden aangevlogen. Op basis van wat er genoemd is in de stakeholdersessies zijn een aantal oplossingsrichtingen die in elkaars verlengde lagen bij elkaar gezet om een meer overkoepelende oplossing te formuleren (oplossingen 1 t/m 9). De oplossingen 10 t/m 15 zijn benoemd in het kader van meer specifieke opgaven ("Betere zorg en ondersteuning", "Het verbeteren van de gezondheid van alle Nederlanders" resp. "Leefomgeving en klimaat"). Bij het bespreken van de oplossingsrichtingen werd aandacht besteed aan relevantie, passendheid binnen de context van toekomstverkennen en mate van detail.

### **1. Health in all policies | Aandacht voor gezondheid op alle beleidsterreinen**

Bij alle plannen die de overheid ontwikkeld (bijvoorbeeld ook als het gaat om onderwijs, armoede, verkeer, klimaat of woningbouw) rekening houden met de gevolgen die dat heeft voor gezondheid. Door ook rekening te houden met de effecten op langere termijn kan beleid beter anticiperen op gewenste en ongewenste veranderingen ten aanzien van de volksgezondheid.

**Mogelijk voorbeeld:** Wales heeft een wet die alle beleid toetst naar de gezondheidseffecten voor nu en later: "*Wellbeing of future generations act*" ([Well-being of Future Generations \(Wales\) Act 2015 – The Future Generations Commissioner for Wales](#)).

**Mogelijk voorbeeld:** Invoeren basisinkomen om sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen en keuzevrijheid te vergroten.

**Mogelijk voorbeeld:** Invoering van de autogordel heeft het autoverkeer niet alleen veiliger gemaakt, maar had het ook een aanzienlijk effect op de gezondheidskosten.

### **2. Health literacy | Gezondheidsvaardigheden vanaf de basisschool (kennis over gezondheid)**

Door al vanaf de basisschool te zorgen voor een bewuste omgang met de gezondheid en handvatten te bieden voor gezond gedrag wordt bij de jeugd een fundament gelegd voor het maken van gezondere keuzes en ook voor het bewustzijn dat de omgeving soms verleid tot ongezond gedrag. Ook het aantrekkelijk en betaalbaar aanbieden van sporten en gezonde voeding waardoor ouders gemakkelijker het goede voorbeeld kunnen zorgt ervoor dat kinderen minder ongezonde keuzes maken.



**Mogelijk voorbeeld:** Gezonde school van de toekomst op alle scholen. (Gratis gezonde schoollunch, schoolzwemmen gratis, verplichte uren sport, educatie over gezonde leefstijl).

### **3. Burgers betrekken bij beleid, bijvoorbeeld m.b.v. een burgerberaad**

Beleidskeuzes die directe invloed hebben op zorg en gezondheid worden voorgelegd aan een doorsnee van de Nederlandse bevolking. Deze groep laat zich gedurende enkele dagen informeren door verschillende maatschappelijke organisaties, wetenschappers, belanghebbende en experts. Gebruik makend van de resultaten van het burgerberaad wordt besloten welke zorg wel of niet vergoed kan worden of hoe gezondheidsbeleid wordt vormgegeven.

**Mogelijk voorbeeld:** klimaat-burgerberaad in Frankrijk à mits vervolgens de aanbevelingen wel worden overgenomen in beleid (zie [De Franse Burgerraad voor het Klimaat blijkt een wassen neus - Fonds BJP](#)).

### **4. Burgers kunnen zelf meer doen als de overheid werkt op basis van vertrouwen**

Minder regels en controles vanuit de overheid vergroten de kans dat mensen op een verstandige manier verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen omgeving en de gezondheid van hun sociale netwerk. Omdat burgers doorgaans goede intenties hebben zal het misbruik van versoepelde regelingen en subsidies kleiner zijn dan de (gezondheids)winst die geboekt kan worden. Door daarbij ook de ruimere sociale omgeving in ogenschouw te nemen kan betere en goedkopere zorg worden verleend.

**Mogelijk voorbeeld:** De schuldhulpverlening is meer dan het kwijtschelden van schulden.

### **5. Van zorg naar preventie | Public Health | Positieve gezondheid**

Door in beleid meer aandacht te besteden aan het bevorderen van gezondheid en de preventie van ziekte worden toekomstige zorgkosten bespaard en wordt de algemene gezondheid van mensen verbeterd. Dergelijk beleid kan gericht zijn op het (financieel) aantrekkelijker maken van gezonde keuze, zodanig dat deze de meest logische keuzes worden. Daarbij kan ook een rol zijn weggelegd voor ouders, ambassadeurs of *influencers* die gezonde keuzes zichtbaar en "normaal" maken.

### **6. Gratis of goedkope toegang tot "gezond-leven-praktijk"**

Een laagdrempelig toegankelijke gezond-leven-praktijk waar advies gegeven wordt gericht op (vroegtijdige opsporing en) verbeteren van de fysieke en mentale gezondheid van mensen. Belangrijke is dat daar ook aandacht is voor meer sociale aspecten van gezondheid en zorg, zoals eenzaamheid of geldzorgen. Deze praktijk bundelt de kennis en ervaring van onder andere de huisarts, de praktijkondersteuner van de huisarts (POH), de GGD, de psychotherapeut, de buurtsportcoach etc., maar kan ook (top)klinische zorg aanbieden als specialisten – bijvoorbeeld eens in de maand – langskomen.

**Mogelijk voorbeeld:** In Rotterdam is een POH-financiën, die zich richt op onderliggende financiële problemen van patiënten (waarbij deze functie m.n. gericht is op de problemen en minder op de preventie). [Zie [Gezondheidscentrum Lijn 2](#) of [pdf](#) en [artikel in NTVG](#)].

**Mogelijk voorbeeld:** ['t LaefHoês | voor en door America \(laefhoes.nl\)](#) of buurtpoli, zoals bijvoorbeeld in Utrecht Overvecht Antoniusziekenhuis [[Polikliniek Utrecht Overvecht | St. Antonius Ziekenhuis](#), maar dat is dan zonder de sociale tak van de zorg]).

### **7. Beter voorbereid zijn op ontwikkelingen die een gevaar kunnen zijn voor de gezondheid**

Bij de ontwikkeling van nieuwe producten en nieuwe (chemische) stoffen of virussen moet beter gekeken worden naar de potentiële negatieve gevolgen voor de gezondheid en het milieu, nu en in de toekomst. Door beter voorbereid te zijn had de opkomst van de e-sigaretten voorkomen kunnen worden en betere monitoring kan ervoor zorgen dat ook nieuwe infectieziekten vroegtijdig bestreden kunnen worden.

**Mogelijk voorbeeld:** bij het toelaten van nieuwe geneesmiddelen wordt deze vraag: wat zijn de opbrengsten voor gezondheid, wat de kosten en wat de bijwerkingen wel al gesteld.

### **8. Digitale middelen inzetten in de zorg**

Digitale middelen zijn behulpzaam bij het beter toegankelijk maken van zorg en preventie. Enerzijds kan dat door het vergemakkelijken van bijvoorbeeld een afspraak van een patiënt bij een huisarts of medisch specialist, maar ook door de betere afstemming tussen (medische) professionals. Door het digitaal en in begrijpelijke taal beschikbaar stellen van betrouwbare medische informatie worden mensen beter in staat gesteld om gebruik te maken van die kennis (empowerment).

**Mogelijk voorbeeld:** [Bernhoven | Samen werken aan gezondheid - Bernhoven](#): De standaardcontrole voor chronische patiënten – met reguliere terugkomafspraken – is afgeschaft. Patiënten krijgen na een eerste ontmoeting een digitale 'keuzehulp'; een soort beslismodel dat verschillende opties tot behandelen voorlegt en de gevolgen per patiënt inzichtelijk maakt. (vb. uit VTV 2018).

**Mogelijk voorbeeld:** [Thuisarts.nl | Betrouwbare informatie over ziekte en gezondheid](#).

### **9. Digitale middelen inzetten bij preventie**

Technologie en eHealth (bv. via smartwatches en apps) kunnen op de persoon afgestemde preventie op een betaalbare manier aanbieden aan grote groepen van de bevolking. Door gebruik te maken van een 'digitale coach' gericht op gezond gedrag kan info en advies gegeven worden over bijvoorbeeld beweeg- en eetgedrag. Inzet van kunstmatige intelligentie (AI) heeft de potentie om op veel meer terreinen een gezond advies beschikbaar te maken.

**Mogelijk voorbeeld:** Zelfmonitoring met behulp van zelftests kan behulpzaam zijn om druk op medische specialisten te verlagen.

**Mogelijk voorbeeld:** Smartwatch die aangeeft wanneer situaties goed of slecht is, bijvoorbeeld om buiten te sporten (i.v.m. luchtverontreiniging of hitte) of als jij bij het boodschappen doen een

“gezondheidswaarschuwing” krijgt (u heeft al drie pakjes koek gekocht deze week).

Uit opgave “Goede Zorg en ondersteuning”

### **10.Opleiden van extra artsen en verpleegkundigen (en andere beroepen, zoals data-analisten en psychosociaal werkers)**

Door te investeren in het opleiden van artsen en verpleegkundigen kan de toename van zorgvraag – als gevolg van (dubbele) vergrijzing – worden opgevangen. Dit leidt tot minder (over)belasting van deze professionals, betere zorg voor patiënten en minder uitval van zorgpersoneel. Voor een beter zorgaanbod moet niet alleen gedacht worden medici, maar ook aan andere beroepen, zoals data-analisten (voor het beschikbaar en toegankelijk maken van digitale zorg) en psychosociaal werkers, die een deel van het zorgpersoneel kunnen ontlasten.

**Mogelijk voorbeeld:** Door toepassing van principes van datagedreven werken kan er zorg worden gegeven die op maat is en passend bij de patiënt. Dat vraagt om vaardigheden om de juiste data te verzamelen en de data te kunnen interpreteren. Naast medische deskundigheid zullen ook dataspecialisten nodig zijn in de zorg ([position-paper-datagedreven-werken-in%20zorg-en-ondersteuning.pdf](#)).

### **11.Mantelzorgers (financieel) belonen of ondersteuning bieden**

Het (financieel) belonen of praktisch ondersteunen van mantelzorgers kan ertoe leiden dat meer mensen mantelzorg gaan verlenen en daarmee de zorgprofessionals ontlasten. Ondersteuning kan bestaan uit zorgverlof voor mantelzorgers of uit het tijdelijk vervangen van een mantelzorger, zodat deze wordt ontlast (respijtzorg). Door tijd en energie te kunnen besteden aan de zorg voor familieleden, buurt- of lotgenoten kan ook meer rust, ruimte en gezondheid ontstaan bij mantelzorgers.

**Mogelijk voorbeeld:** digitaal platform waarop mantelzorgers en professionals samen de zorg kunnen organiseren, plannen en afstemmen.

### **12.Meer samenhang en verbondenheid | Zorg voor een sociale en veilige leefomgeving**

Een gezonde, veilige en goed toegankelijke leefomgeving met een passend woningaanbod vergroot de mogelijkheden voor gezond gedrag en sociale samenhang van de buurt. Daarbij kan er een behoorlijk verschil bestaan tussen welke elementen in een buurt daarbij van belang zijn, afhankelijk van de mensen die gebruik maken van die leefomgeving. Het ervaren van verbondenheid met de buurt(genoten) of vrienden leidt tot betere ervaren gezondheid.

Uit opgave “Leefomgeving en Klimaat”

### **13.Gemengde buurten waar mensen elkaar ondersteunen**

In wijken waar verschillende (leeftijds/doel)groepen bij elkaar in de buurt wonen hebben bewoners meer aandacht voor elkaar en helpen ze elkaar als dat nodig is. Hierbij zijn vele vormen denkbaar, variërend van een Kangoeroewoning (combinatie van wooneenheden onder één dak, waar volwassen kinderen en oudere ouder(s) samenwonen) en meer-

generatie-groepswoning tot een Knarrenhof (waar senioren elkaar bij elkaar wonen en elkaar kunnen steunen).

#### **14. Maatwerk voor een gezonde fysieke leefomgeving**

De inrichting van de leefomgeving moet aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van buurtbewoners. Binnen de gemeentes weet men het beste hoe kansen voor een gezonde-, leefbare- en klimaatadaptieve leefomgeving benut kunnen worden, rekening houdend met o.a. mogelijkheden voor lopen en fietsen, met voldoende groen en water en gezonde lucht. Het nationale beleid moet erop gericht zijn om lokaal maatwerk mogelijk te maken, onder ander door het decentraliseren van budgetten.

Uit opgave "Betere gezondheid voor iedereen"

#### **15. Reclameverbod ongezonde producten/aantrekkelijke belastingen voor gezonde producten**

Door (reclame)verboden voor ongezonde producten enerzijds en het (financieel) aantrekkelijk maken van gezonde keuzes anderzijds oefent de overheid directe invloed uit op de keuzes van mensen. Via deze weg kan het gebruik van sigaretten, drugs en andere ongezonde producten ontmoedigt worden. Anderzijds kan gezond gedrag (sport, bewegen en gezond eten etc.) gestimuleerd worden door er positieve aandacht op te vestigen en te zorgen dat het goedkoper wordt.

**Nuance:** vanuit Gezonde welvaart: dit gaat misschien wel ten kosten van economische groei, maar dat is niet hetzelfde als *gezonde* welvaart.

#### **16. Werkgevers investeren in vitaliteit en mentale zorg**

Bij hun werknemers, zodat arbeidspotentieel zo hoog mogelijk houden i.v.m. schaarse menskracht.

### **Samenvatting uitkomsten raadpleging burgerpanel prioritering oplossingsrichtingen**

#### **Februari 2024**

Bij analyse van de enquêteresultaten kwam naar voren dat oplossingen voor de capaciteit in de zorg (inclusief mantelzorg) een hoge prioriteit hebben onder de bevraagde burgers. Ook het bevorderen van een gezonde leefstijl en preventie krijgen veel bijval. Twee van de vijftien oplossingsrichtingen werden veel vaker geprioriteerd dan alle anderen, namelijk: 'Opleiden van extra artsen en verpleegkundigen' en 'Financieel aantrekkelijk maken van gezonde producten'.

Daarnaast wordt door veel mensen als belangrijk ervaren:

- Belonen en/of ondersteunen van mantelzorgers
- Meer aandacht besteden aan preventie
- Beter voorbereid zijn op gezondheidsrisico's die gepaard gaan met innovaties

Maar het maakt ook veel uit wie je het vraagt. Er zijn grote verschillen tussen leeftijdsgroepen, geslacht en opleidingsniveaus. De eigen situatie en het perspectief op gezondheid, kleuren de bril waarop we naar deze oplossingsrichtingen kijken.

Mensen met een met een po-/vmbo-/mbo-1 opleiding vinden "belonen en/of ondersteunen van mantelzorgers" belangrijker. Het "meer aandacht besteden aan preventie" werd juist vaker door mensen met een hbo-/wo-opleiding geprioriteerd.

Vooraf onder oudere respondenten wordt het belang van meer handen aan het bed als de meest passende aanpak gezien. Ook de "steun aan mantelzorgers" krijgt bij deze groep veel bijval.

Meer vrouwen dan mannen gaven het financieel aantrekkelijk maken gezonde producten een hoge score.

De "inzet van digitale middelen bij zorg én preventie" wordt als minst geprioriteerd, hoewel dat zo niet naar voren kwam uit de sessie met de Burgerraad.

De volledige lijst van gerangschikte oplossingsrichtingen:

- Opleiden van extra artsen en verpleegkundigen
- Financieel aantrekkelijk maken van gezonde producten
- Mantelzorgers belonen of ondersteunen
- Van zorg naar preventie
- Beter voorbereid zijn op ontwikkelingen die een gevaar kunnen zijn voor de gezondheid
- Aandacht voor gezondheid op alle beleidsterreinen
- Gezondheidsvaardigen vergroten
- Gezond-leven-praktijk (laagdrempelig in de wijk)
- Werkgevers investeren in vitaliteit en mentale zorg
- Leefomgeving laten aansluiten aan de behoeften en wensen van de buurtbewoners
- Burgers betrekken bij beleid
- Burgers kunnen zelf meer doen als de overheid werkt op basis van vertrouwen
- Meer samenhang en verbinding in de leefomgeving
- Digitale middelen gebruiken in de zorg
- Digitale middelen inzetten bij preventie

## Bijlagen bij hoofdstuk 7

**VTV-2024 overzicht betrokken groepen**

<b>Groep</b>	<b>Samenstelling en rekrutering</b>	<b>Wijze van bijdragen</b>	<b>Resultaat en gebruik</b>
<b>Overkoepelend (hele VTV)</b>			
Wetenschappelijke Adviesraad (WAR VTV) N=15	Prominente wetenschappers met gevarieerde expertise op voor de VTV relevante gebieden. Samengesteld voor de duur van meerdere VTV's, zonder last of ruggenspraak. Door DG RIVM uitgenodigd en geïnstalleerd.	Toetst wetenschappelijke kwaliteit van VTV.  Ambassadeurs van de VTV (critical friends).  Zo nodig ook te consulteren voor specifieke vragen/adviezen. Gehele looptijd VTV-2024	Reacties op aspecten van de VTV, samengevat in commentaartabellen. Hierin is ook vermeld hoe de reacties worden verwerkt. Een op een adviezen voor deelonderwerpen (mail/mondeling)  <i>Gebruik: als input voor wetenschappelijke doorontwikkeling VTV-2024</i>
RIVM-ers breed N=46	Breed uitgezette uitnodiging (via Intranet RIVM) om mee te denken over ontwikkelingen die van belang zijn voor volksgezondheid.	Discussie over DESTEP in subgroepen (online meeting). Eenmalig.	Verslag bijeenkomst. Overzicht mogelijke relevante ontwikkelingen en impact op gezondheid in Mural document.  <i>Gebruik: vaststellen belangrijkste thema's VTV-2024 (workshop door kernteam ter besluitvorming)</i>
Reflectieteam N=13	Deelnemers (waaronder CSO's) komen vanuit alle domeinen van het RIVM en hebben specifieke expertise passend bij de inhoudelijke thema's van de VTV en/of een breed overzicht over de RIVMonderwerpen.	Adviserende rol. Reflectie op VTV vanuit brede blik. Gehele looptijd van de VTV (frequentie 2 à 3 keer per jaar). Enkele leden dragen bij aan de interne review van deel- en hoofd rapporten.	Verslag per bijeenkomst.  <i>Gebruik: advies bij keuzes en strategische afwegingen, ook binnen grotere RIVMcontext. Nadruk ligt minder op de wetenschappelijke kwaliteit van de gebruikte methoden.</i>
Stakeholders vanuit wetenschap, beleid en praktijk in dialoogtafels N=48	Deelnemers van lijsten Toekomsttafels VTV-2020 zijn opnieuw uitgenodigd, aangevuld met	Deelname aan dialoogtafels, discussie met focus op de verschillende verdiepende thema's van de	Verslag per tafel waarbij ook getekende impressie. Hierin werden de thema's scherper neergezet (droom- en doemscenario's).

<b>Groep</b>	<b>Samenstelling en rekrutering</b>	<b>Wijze van bijdragen</b>	<b>Resultaat en gebruik</b>
	extra mensen voor meer diversiteit (leeftijd en soc.cult. achtergrond).	VTV-2024. Eenmalig.	<i>Gebruik: input ontwikkeling inhoudelijke richting verdiepende thema's.</i>
Burgerraad N=30 + 10 reserveleden	Groep burgers, gevarieerd naar leeftijd, gender, soc cult achtergrond, opleidingsniveau, regio en beroep. Gerecruteerd via Motivaction. Bij afwezigheid zorgt Motivaction voor vervanging (reserveleden).	Vijf bijeenkomsten waarin geflecteerd wordt op door VTV team aangedragen input. Gehele looptijd VTV-2024.	Verslag per bijeenkomst. Getoetste en bijgewerkte VTV-perspectieven (bijeenkomst 2). Oplossingsrichtingen bespreken  <i>Gebruik: toetsing relevantie en begrijpelijkheid VTV voor burgers, witte vlekken signaleren, getoetste perspectieven, input voor oplossingsrichtingen.</i>
Burgerpanel N=569	Groep burgers, gevarieerd naar leeftijd, gender, soc cult achtergrond, opleidingsniveau, regio en beroep. Gerecruteerd via Motivaction.	Vragenlijsten, 3 -5 maal.	Gegevens (SPSS) ter analyse.  <i>Gebruik: toetsing relevantie en begrijpelijkheid VTV voor burgers, witte vlekken signaleren, getoetste perspectieven, input voor oplossingsrichtingen.</i>
<b>Verdiepende thema's en TT</b>			
Experts voor de drie verdiepende thema's N= gemiddeld 12 per thema	Experts op de drie verschillende thema's, uitgenodigd via eigen netwerk plus sneeuwbal methode.	Deelname aan expert sessie, waarin clusters van ontwikkelingen werden getoetst en geprioriteerd (Group Decision Room methode) Per thema één keer.	Verslag per sessie, inhoudelijke reflecties en prioritering beschreven.  <i>Gebruik: toetsing focus verdiepende thema's.</i>
Individuele experts N=minimaal 2 per verdiepend thema	Uit te nodigen via eigen netwerk en sneeuwbal methode.	Advies bij specifieke vragen. Review stukken tekst.	Mondelinge en schriftelijke communicatie.  <i>Gebruik: (wetenschappelijke) kennis ophalen, toetsen resultaten VTV-2024.</i>
Focusgroepen jongeren	Jongeren 18-15 jaar, uitgenodigd	Geen adviseurs maar bestudeerde	Transcripten, analyses.

<b>Groep</b>	<b>Samenstelling en rekrutering</b>	<b>Wijze van bijdragen</b>	<b>Resultaat en gebruik</b>
N=42	via Motivaction. Eén groep van 5-8 MBO-ers uitgenodigd via lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing ism Noorderpoort (MBO opleiding).	groep. Visie jongeren op gezondheid en determinanten daarvan in 2050.	<i>Gebruik: informatie voor inkleuring VTV-2024 (apart hoofdstuk).</i>
<b>Opgaven en oplossingsrichtingen</b>			
Oud-projectleiders VTV N=12	Alle projectleiders van vorige VTV's vanaf allereerste VTV	Advies over te identificeren opgaven voor Volksgezondheid en Zorg. Tijdens diner pensant	Aantekeningen door deelnemers zelf. Kort schriftelijk verslag.  <i>Gebruik: groslijst opgaven voortkomend uit 'wat komt er op ons af'. Nader uit te werken door Kernteam VTV-2024.</i>
Stakeholders vanuit praktijk en beleid N= 40	Uit te nodigen via eigen netwerk en sneeuwbal methode (ook deels stakeholders dialogotafels)	Stakeholdersessie deelname waarin gediscussieerd wordt over oplossingsrichtingen voor door VTV-2024 gesignaleerde opgaven	Verslag sessie.  <i>Gebruik: input vanuit praktijk en beleid voor beschrijving (aanvaardbare en haalbare) oplossingsrichtingen vanuit verschillend perspectief.</i>



## **Opzet Burgerparticipatie bij de VTV-2024**

12 januari 2023

Fatiha Baâdoudi, Janneke Elberse, Lea den Broeder, Malcolm Griffin Jones, Marlous Rodriguez, Chrisje Couwenbergh

### Inleiding

*"Alleen wanneer de wetenschap daadwerkelijk in verbondenheid met de samenleving functioneert, brengt ze vruchten voort waar we behoefte aan hebben: oplossingen voor de kleine en grote uitdagingen waar we samen voor staan. Daarom is een praktische zoektocht naar betekenisvolle publieke betrokkenheid bij wetenschap van fundamenteel belang" (Rathenau Instituut, 2021)*

Het is bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenning gebruikelijk om verschillende stakeholders uit de samenleving, bijvoorbeeld experts, professionals uit het volksgezondheidsveld of beleidsmakers, te raadplegen. Ook bij de VTV-2024 gebeurt dit, onder meer via dialoogtafels en stakeholder workshops. Bij eerdere edities van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) zijn ook burgers ondervraagd, bijvoorbeeld met behulp van vragenlijsten (VTV-2014 en VTV-2018) en focusgroepen (c-VTV, 2021). Bij het maken van de VTV2024 wordt hierop voortgebouwd, bijvoorbeeld door toepassing van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Hierbij spelen burgers dus net als in vorige edities van de VTV, een rol als respondent.

Vanuit de ambitie van het RIVM om middenin de samenleving te staan (1) worden burgers in de VTV-2024 daarnaast op een andere wijze betrokken, namelijk door hen uit te nodigen actief mee te denken met het onderzoeksteam. Enerzijds sluit dit aan bij de aanbeveling om te zorgen voor meer transparantie in methoden en keuzes, uit het rapport van de Commissie die in 2022 een wetenschappelijke audit op de VTV (edities 2018 en c-VTV uit 2020) uitvoerde (2). Anderzijds kan betrokkenheid van burgers bijdragen aan agendasetting en aan maatschappelijke relevantie van toekomstscenario's, opgaven en oplossingsrichtingen. Juist bij een toekomstverkenning van de volksgezondheid die informatie moet opleveren voor nationale en lokale beleidsvorming is het van belang, die maatschappelijke betrokkenheid expliciet vorm te geven.

Hiertoe is een Burgerraad ingesteld, aangevuld met een breder Burgerpanel. Deze werkwijze is voor de VTV nieuw; daarom wordt dit proces vormgegeven als een kleinschalige pilot, waarbij werkenderwijs gezocht wordt naar een goede aanpak. In deze notitie beschrijven we allereerst de theoretische uitgangspunten en gebruikte definities. Vervolgens beschrijven we de organisatie en werkwijze. Ten slotte komt de evaluatie van het participatieproces aan de orde.

### Theoretische uitgangspunten

In wetenschappelijk onderzoek wordt steeds meer aandacht besteed aan transparantie en democratisering van kennis. Denk bijvoorbeeld aan Open Science waarbij gegevens of onderzoeksmethoden worden gedeeld voor gebruik door andere wetenschappers en andere geïnteresseerden. Daarnaast is er vaker sprake van het betrekken van de samenleving om zo te werken aan democratisering van kennis (3). Ook wordt kennis inclusiever omdat verschillende perspectieven worden meegenomen in

kennisontwikkeling. Deze betrokkenheid leidt tot een completer beeld van de werkelijkheid en een betere aansluiting bij wat in de samenleving speelt en daarmee 'sociaal robuuste' kennis. Dit is kennis die kennis tot stand komt via dialoog en samenwerking tussen wetenschappers en burgers of andere belanghebbenden (4). In dit verband wordt ook een *citizen science* aanpak steeds belangrijker.

Citizen science wordt gedefiniëerd als 'the general public engagement in scientific research activities when citizens actively contribute to science either with their intellectual effort or surrounding knowledge or with their tools and resources' (5). Dit kan meerdere vormen aannemen in termen van schaal, doel en niveau van participatie. Hoewel in veel citizen science projecten burgers vooral bijdragen aan dataverzameling, kunnen burgers in alle fasen van het onderzoeksproces bijdragen, van vraagformulering tot interpretatie van resultaten (6, 7).

De burgerraad bij de VTV-2024 is te beschouwen als een specifieke, relatief beperkte vorm van citizen science, omdat het nog een pilot betreft en er nog ervaring moet worden opgedaan met deze vorm van samenwerking met burgers. Zo verzamelen de leden van de Burgerraad zelf geen gegevens en voeren zij geen analyses uit (zie ook: 8). De focus ligt op reflectie op de aanpak en uitkomsten van de VTV en het verscherpen of verduidelijken van gebruikte concepten. Daarnaast denken de leden van de Burgerraad mee met het duiden van de resultaten en het identificeren van opgaven en oplossingsrichtingen voor de volksgezondheid en zorg. Net als bij andere toepassingen van citizen science participeren de burgers als subject/partner en niet als onderzoeksobject. De Burgerraad bij de VTV-2024 staat los van het (kwalitatieve) onderzoek om deze rol expliciet vorm te kunnen geven. De Burgerraad van de VTV-2024 vertoont enige gelijkens met burgerraden die een rol spelen bij 'deliberatieve democratie' en 'maatschappelijke dialogen', in processen van beleids- of planontwikkeling. Zulke burgerraden of burgerberaden worden gedefiniëerd als 'een groep mensen die samengebracht wordt om zich te informeren over een specifieke beleidsuitdaging, te beraadslagen over mogelijke acties en uiteindelijk een aanbeveling te formuleren' (9). Zij geven hun mening over bijvoorbeeld kwesties op het gebied van zorg en welzijn, klimaat en leefomgeving (10).

Ook voor de VTV-2024 speelt het deliberatieve proces en de daarbij horende dialoog tussen leden met zeer verschillende achtergrond een belangrijke rol (11). Juist deze dialoog is voor het VTV-2024 team informatief. De Burgerraad wordt gefaciliteerd op een wijze waarin ieder aan bod kan komen en men elkaars inbreng respecteert. Hierbij zijn volgende uitgangspunten gebruikt, gebaseerd op het RIVM stappenplan voor succesvolle inwonerparticipatie (12) (Tabel ):

Tabel 2. toepassing criteria voor succesvolle participatie

<b>Criterium uit stappenplan</b>	<b>Hoe toegepast</b>
Bevorder en pas ondersteunend leiderschap toe	Deelnemers ruimte geven aan het woord te komen
Creëer een veilige omgeving en vertrouwde sfeer voor de deelnemers	Toepassing Chatham House Rule, (13)
Houd rekening met en adresseer ervaringen van scheve machtsverhoudingen tussen deelnemers en professionals	O.a. door ontmoeting met RIVM Projectteam te organiseren
Investeer in deelnemers die zich niet empowered voelen om te participeren en investeer in een cultuuromslag bij professionals	o.a. door voldoende en begrijpelijke informatie te geven zodat deelnemers zich een mening kunnen vormen
Houd rekening met de motivaties van deelnemers voor het participeren	Dit is in de eerste bijeenkomst uitgebreid besproken, ook in kleinere groepjes
Ontwikkel een gezamenlijke visie en spreek duidelijke rollen af voor deelnemers en professionals	Bij elke bijeenkomst kort recapitulieren wat doel van de Burgerraad is en wat rol/taak van leden is.

Bij de opzet van de burgerraad wordt voorts rekening gehouden met de werkprincipes voor citizen science van de European Citizen Science Association (ECSA) (14). Deze zijn aangegeven in Tabel .

Tabel 3. principes voor Citizen Science en de VTV-2024

<b>Principe</b>	<b>Aanpak</b>
1. Burgerwetenschappelijke projecten betrekken burgers actief bij wetenschappelijk onderzoek dat nieuwe kennis of inzichten oplevert.	Bij de VTV-2024 wordt een Burgerraad opgezet specifiek voor dit project. De VTV-2024 beoogt input te leveren voor beleid vanuit de wettelijke taken van het RIVM.
2. Burgerwetenschappelijke projecten leiden tot een echt wetenschappelijk resultaat.	De VTV maakt gebruik van wetenschappelijke kennis en methoden. De Wetenschappelijke Adviesraad heeft als doel over de wetenschappelijke aanpak te adviseren.
3. Zowel de professionele wetenschappers als de burgerwetenschappers hebben baat bij hun deelname.	De leden van de Burgerraad bouwen in de loop van hun deelname kennis op. Dat gebeurt in de loop van de bijeenkomsten, en tijdens de aangeboden rondleiding en <i>meet &amp; greet</i> op het RIVM. Zij krijgen daarnaast een vergoeding voor hun deelname.
4. Burgerwetenschappers kunnen, als ze dat willen, deelnemen aan verschillende fases van het wetenschappelijk proces.	De Burgerraad is betrokken gedurende de hele looptijd van de VTV-2024 en dragen zowel bij aan inhoudelijke invulling van de

<b>Principe</b>	<b>Aanpak</b>
	thema's als aan opgaven/oplossingsrichtingen
5. Burgerwetenschappers krijgen feedback vanuit en over het project.	Van elke bijeenkomst wordt een verslag gemaakt waarin de deelnemers ook terugkoppeling krijgen over wat met hun input gedaan wordt.
6. Burgerwetenschap wordt beschouwd als een onderzoeksanpak zoals elke andere, met beperkingen en risico's op fouten, waar rekening mee moet worden gehouden en waarvoor moet worden gecontroleerd.	De input van de Burgerraad wordt beschouwd als dialoog, deze wordt dus niet een-op-een overgenomen maar ook kritisch beschouwd.
7. Data en metadata van citizen science-projecten worden openbaar ter beschikking gesteld en indien mogelijk worden de resultaten open access gepubliceerd.	De VTV maakt zo veel mogelijk gebruik van open access.
8. Burgerwetenschappers krijgen erkenning in de projectresultaten en publicaties.	De leden van de burgerraad zullen vermeld worden als bijdragend aan de VTV-2024 in de VTV-rapportage.
9. Burgerwetenschaps-programma's worden geëvalueerd op hun wetenschappelijke output, kwaliteit van de data, ervaring van de deelnemers en op hun bredere impact op de maatschappij of het beleid.	Na afloop van de VTV-2024 wordt het hele proces geëvalueerd; hierbij wordt aan de Burgerraad speciale aandacht besteed.
10. De projectleiders van citizen science-projecten houden rekening met juridische en ethische kwesties aangaande copyrights, intellectuele eigendom, overeenkomsten voor het delen van data, vertrouwelijkheid, erkenningen en de milieueffecten van alle activiteiten.	Dit geldt voor de gehele VTV-2024 en daarmee ook voor de Burgerraad. Er wordt een VTV-breed datamanagement plan geschreven waarin dit ook een plek heeft. M.b.t. vertrouwelijkheid bij de bijeenkomsten van de Burgerraad geldt de Chatham House rule. Gegevens over de deelnemers worden beheerd door de recruterende organisatie (Motivaction). Identificeerbare gegevens bijv. op deelnemerslijsten worden vertrouwelijk opgeslagen en na de VTV-2024 vernietigd.

### Aanpak

De burgerraad reflecteert op de invulling van de inhoudelijke thema's van de VTV. Daarnaast bespreekt de burgerraad hoe de prioriteiten tussen en binnen deze thema's gezien kunnen worden. En ten derde denkt de burgerraad mee over oplossingsrichtingen om de in de VTV gesignaleerde opgaven aan te pakken, inclusief de vraag wat burgers zelf kunnen of willen doen. Naast de burgerraad zullen er ook peilingen plaatsvinden onder een grotere groep burgers, het burgerpanel. Hierbij kunnen burgers hun mening geven over vraagstukken die zich gedurende het proces van totstandkoming van de VTV-2024 opkomen. De burgerraad en burgerpanel brengen geen formele adviezen uit. De Burgerraad zal de gehele looptijd van het VTV-traject betrokken blijven. Het burgerpanel zal worden ingezet wanneer specifieke vragen zich voordoen binnen de thema's. Voor beide zijn hieronder procedures uiteengezet.

### Samenstelling en werving leden burgerraad en -panel

Een belangrijk verschil tussen de adviesraden bij de VTV-2024 (bijv. Wetenschappelijke Adviesraad, Beleidsadviesteam) en de burgerraad en het burgerpanel is dat de leden van de adviesraden worden uitgenodigd op basis van hun expertise of functie, terwijl de leden voor de burgerraad en burgerpanel aselect worden samengesteld.

De burgerraad bestaat uit 30 leden die gedurende de looptijd van de VTV-2024 betrokken blijven. De leden van de VTV-Burgerraad worden geworven via een daarin gespecialiseerd bureau. Omdat het kan voorkomen dat een lid uitvalt of niet kan deelnemen worden er naast 30 vaste leden ook 10 reserve leden gerekruteerd. Hierdoor kan er gewaarborgd worden dat er bij elke bijeenkomst minimaal 30 deelnemers zijn. Verder wordt er om continuïteit te borgen een extra financiële vergoeding gegeven wanneer de deelnemers bij alle bijeenkomsten aanwezig zijn. Desondanks zou het kunnen dat de groep burgerraadleden kan fluctueren. De invloed hiervan zal geëvalueerd moeten worden.

De burgerraad heeft als doel burgers te betrekken bij de VTV en vormt geen onderzoek setting waarbij burgers deelnemen aan een onderzoek. De burgerraad is dan ook niet representatief voor de Nederlandse bevolking. Door een gevarieerde groep te rekruteren voor de burgerraad wordt er getracht verschillende perspectieven mee te nemen in de reflectie op de VTV-2024.

Voor zowel de burgerraad als burgerpanel (zie hieronder) wordt gestuurd op variatie in opleidingsniveau, leeftijd (vanaf 18 jaar), gender, culturele achtergrond (op basis van zelfidentificatie), beroep en woonplaats. Voor opleidingsniveau geldt dat er ingezet wordt op een wat grotere vertegenwoordiging van praktijkopgeleide deelnemers zodat zij meer slagkracht hebben.

Voor de burgerraad heeft het wervingsbureau een telefonische screening uitgevoerd waarbij is gevraagd of de desbetreffende persoon bereid is aan meerdere bijeenkomsten deel te nemen. Nagegaan is ook hoe de persoon tegenover overheidsorganisaties staat – alleen wanneer iemand (zeer) negatief tegenover alle vormen van overheden staat is van rekrutering afgezien. Ook is ingeschat of de persoon in staat is deel te nemen. Wanneer een persoon tijdens de telefonische screening bijvoorbeeld agressief, erg boos of ernstig verward reageert zal deze

niet uitgenodigd worden. De leden van de Burgerraad zijn niet van tevoren geïnformeerd over de VTV-2024.

Met het burgerpanel wordt getracht om bij elke uitvraag 500 responsen te hebben. Om deze aantallen te bereiken is door het wervingsbureau een inschatting gemaakt van hoeveel respondenten benaderd moeten worden. Uit ervaring blijkt namelijk dat 20-25% van de benaderde mensen niet respondeert op de eerste uitnodiging om deel te nemen aan de vragenlijst.

Er wordt niet gestuurd op het steeds uitnodigen van exact dezelfde groep deelnemers. Daarmee hopen we zo veel mogelijk aanvullende en diverse input te krijgen bij de burgerraad. Ook de deelnemers aan het panel worden geworven door het wervingsbureau via hun onderzoekspanel (75.000 leden) Deze zullen uitgenodigd worden om vragenlijsten/polls in te vullen. Door het aantal respondenten op 500 te stellen kan de z.g.n. propensity methode ( zie Tabel ) worden toegepast.

*Tabel 4. Propensity methode*

via regressieanalyse is bekeken hoeverre panelliden op genoemde achtergrondkenmerken afwijken van de Nederlandse populatie
ieder panellid krijgt een propensityscore die de afwijking weergeeft
ondervertegenwoordigde groepen krijgen een hogere propensityscore, wat hun selectiekans voor steekproeven vergroot;
oversampling wordt toegepast voor ondervertegenwoordigde groepen
scheefheden in achtergrondkenmerken/interacties in netto steekproeven worden na behalen steekproef recht gewogen met beperkte weegfactoren
indien representativiteit gewenst is voor aanvullende variabelenkunnen aanvullende wegingen worden uitgevoerd
als referentiebestand voor de toegepaste propensitymethode dient de Gouden Standaard (CBS) en een eigen mentality model van het wervingsbureau

Er wordt zorggedragen voor een AVG-conforme aanpak; hiervoor wordt een datamanagementplan geschreven.

#### Bijeenkomsten burgerraad

De Burgerraad wordt gecoördineerd door het hiertoe ingestelde Burgerraad projectteam, waarin expertise aanwezig is op het gebied van publieke gezondheid, burgerparticipatie en kwalitatieve onderzoeksmethoden. De projectleider van de VTV-2024 heeft ook zitting in dit team om de aansluiting bij het brede VTV-proces te vergemakkelijken.

Omdat het resultaat van de burgerraad als groepsproces bepaald wordt door het verloop van de bijeenkomsten en de interacties tussen deelnemers besteedt het Burgerraad projectteam team aandacht aan zorgvuldige coördinatie en genoeg ruimte voor de burgers om te communiceren, vragen te stellen en tot gezamenlijke adviezen te komen.

Voor de Burgerraad worden vijf bijeenkomsten, in de periode tussen september 2022 tot en met oktober 2023, georganiseerd (Tabel ). Materiele en inhoudelijke ondersteuning van de burgerraad wordt door het Burgerraad projectteam georganiseerd. Voor elke bijeenkomst wordt de Burgerraad voorzien van een vergaderruimte, versnaperingen en

vergoedingen. Tijdens de bijeenkomsten staan het uitwisselen van argumenten en perspectieven centraal. Dit wordt gedaan door: Vraagstukken die ontleend zijn aan de VTV-2024 met een heldere vraagstelling te presenteren aan de Burgerraad. Vanuit het Burgerraad projectteam hierbij relevantie (achtergrond)informatie te geven Burgerraadleden de tijd te geven om hun ideeën, argumenten en ervaringen met elkaar te delen. Inbreng van de Burgerraad te vertalen naar een advies en/of vragen voor het VTV-projectteam. Er is meestentijds sprake van indirect contact tussen de burgers en het VTV-2024 kernteam, bestaande uit projectleiding, deelprojectleiders, topexpert toekomst verkennen en communicatiespecialist. De inbreng van burgers tijdens de bijeenkomsten worden door het RIVM burgerraad projectteam gebundeld tot een advies, of meerdere adviezen in geval van verschillende standpunten, voor het VTV-2024 kernteam.

Tabel 5. Planning bijeenkomsten Burgerraad

<b>Bijeenkomst</b>	<b>Waar</b>	<b>Tijdstip</b>	<b>Doel/thema</b>
1	Omgeving Utrecht	za 24-09-2022	Kennismaking
2	Omgeving Utrecht	za 12-11-2022	Perspectieven van gezondheid opfrissen
3	Omgeving Utrecht	za 28-01-2023	Eerste VTV resultaten
4	RIVM Bilthoven	vrij 02-06-2023	Rondleiding RIVM en ontmoeting met het VTV-projectteam
5	Omgeving. Utrecht	za 07-10-2023	Resultaten VTV bespreken + advies opstellen

#### Eerste Bijeenkomst

Bij een eerste bijeenkomst van een groep heeft iedereen zijn eigen verwachtingen, aarzelingen, onzekerheden en verbogen agenda's. Men tast tijdens zo een eerste bijeenkomst af of de eigen verwachtingen overeenkomen met die van de anderen en worden er eerste indrukken gevormd. Om het groepsproces te faciliteren zal de eerste bijeenkomst in het teken van kennismaking en het opstellen van basisvoorwaarden zoals vertrouwen, zich voor elkaar open willen stellen en het creëren van een veilige sfeer. Belangrijke aspecten hierbij:  
Iedereen op zijn minst één keer aan het woord laten;  
Elke burgerraadslid stelt een vraag aan een ander burgerraadslid om elkaar te leren kennen;  
Introduceren van elkaar in paren aan de gehele groep;  
Ruimte en tijd te creëren om vragen te stellen.  
Na de kennismaking is er door het Burgerraad projectteam achtergrond informatie gegeven over wat de VTV-2024 is, wat de tijdshorizon is en wat de rol van de Burgerraad is binnen de VTV-2024. De groep heeft vervolgens in kleinere groepjes de eigen verwachtingen van de Burgerraad en eventuele benodigdheden met elkaar besproken.

### Tweede Bijeenkomst

De tweede bijeenkomst stond in het teken van de VTV-perspectieven. In 2014 zijn er vier perspectieven op de volksgezondheid geïdentificeerd (15). De perspectieven richten zich op lang leven zonder ziekte, participatie van maatschappelijk kwetsbaren, autonomie van burger en patiënt, en houdbaarheid van de zorguitgaven. Rekening houden met alle perspectieven helpt bij het afwegen van opgaven en oplossingsrichtingen voor de toekomst. Het doel van de tweede burgerraad bijeenkomst was om deze perspectieven op te frissen. De Burgerraadsliden is gevraagd input te geven op wat volgens hen belangrijk is voor gezondheid en zorg in 2050. Hierbij lag er focus op drie thema's: gezond zijn en leven, zorg krijgen en leefomgeving. Het ophalen van input gebeurde in kleinere groepjes van 5-6 personen zodat er genoeg ruimte was voor iedereen om aan het woord te komen en discussie te voeren. Plenair vond er terugkoppeling en kruisbestuiving plaats tussen de groepen. De werkwijze verliep als volgt: 1.) deelnemers eerst individueel te laten nadenken over de vraagstukken, 2.) in groepjes de vraagstukken bespreken en 3.) plenair met de gehele burgerraad de belangrijkste punten bespreken en terugkoppelen.

Deze bijeenkomst is gecoördineerd door een adviesbureau op het gebied van denksessies. Zij ondersteunden en begeleidden het denkwerk en zorgden voor structuur zodat de burgerraad helder kan nadenken over het complexe vraagstuk; gezondheid en zorg in 20250.

### Derde Bijeenkomst

Tijdens de derde bijeenkomst zullen de eerste resultaten (doorrekeningen, kwalitatieve verkenningen/literatuuronderzoek en input uit het burgerpanel) worden besproken. Ook tijdens deze bijeenkomst zal dezelfde werkwijze worden gehanteerd waarbij er in kleine groepjes de resultaten worden besproken.

### Vierde bijeenkomst

Deze bijeenkomst is facultatief voor de burgerraadleden en zal in het teken staan van iets terug doen voor de burgers. De burgerraadsliden kunnen zich inschrijven voor een rondleiding op het RIVM en ontmoeting met het VTV-projectteam. Op deze manier kunnen burgerraadsliden een inzicht krijgen in welke kennis en expertise er aanwezig is bij het RIVM en hoe onderzoeken plaatsvinden. Tevens kunnen de VTV-projectteam leden een indruk krijgen van de burgerraad. Op die wijze werken we tegelijk aan uitwisseling tussen burgers en wetenschappers.

### Vijfde bijeenkomst

De laatste bijeenkomst zal in het teken staan van afronding en het opstellen van een advies naar het VTV-projectteam. Hiervoor zullen de resultaten uit de VTV-2024 als basis dienen. Werkwijze zal nader bepaald worden. Dit zal afhankelijk zijn van de hoeveelheid resultaten die beschikbaar zijn en de omvang van het dat nodig zal zijn.

### Verslaglegging

Bij de burgerraad zal er van elke bijeenkomst een verslag worden gemaakt. Van de opgehaalde input en vragen, zowel vanuit de Burgerraad als uit het burgerpanel zal een overzicht gemaakt worden. In de verslaglegging wordt de inhoud van de gesprekken weergegeven,



zonder dat specifieke uitspraken of gezichtspunten naar personen te herleiden zijn. Er wordt zorggedragen voor een AVG-conforme aanpak. Zowel de verslagen als de overzichten dienen als input voor de makers van de VTV-2024. Deze zullen ook als bijlage toegevoegd worden aan de VTV-2024. In de methodologische verantwoording bij de VTV-2024 zal beschreven worden hoe deze input binnen de VTV is verwerkt. De deelnemers van de burgerraad en burgerpanel dragen bij aan de VTV en worden daarom ook als zodanig erkend bij de presentatie van de VTV-producten. Hiernaast zal er in de discussie ook leerpunten worden meegegeven over het inbrengen van het burgerperspectief binnen de VTV.

De verslagen van de burgerraadbijeenkomsten zullen ook met de burgerraadsleden gedeeld worden (membercheck). De burgerraadsleden krijgen hierbij de mogelijkheid om feitelijke onjuistheden te identificeren en door te geven.

#### Evaluatie

De burgerraad zal worden geëvalueerd op zowel resultaat (mate waarin de burgerraad heeft bijgedragen aan de inhoudelijke invulling van de VTV-2024) als op proces (zowel vanuit ervaringen van projectteam als van de leden van de Burgerraad zelf).

Input voor de opzet van de evaluatie (bijvoorbeeld aandachtspunten) zal ook worden gevraagd aan de leden van de Burgerraad zelf. Leerpunten zullen worden meegenomen naar een volgende VTV. Dit kan de samenstelling betreffen, de werkwijze, of de inbedding van de Burgerraad in het gehele VTV-proces.

#### Referenties

#### Bronnen:

1. RIVM. Missie en strategie. Bilthoven: RIVM; 2020.
2. RIVM. Scientific Audit 2022: Public Health Foresight Study (Volksgezondheid Toekomst Verkenning). Bilthoven: RIVM; 2022.
3. Scholvinck A, Scholten W, Diederens P. Samen verder met open science. Op weg naar betekenisvolle publieke betrokkenheid bij onderzoek. den Haag: Rathenau Instituut; 2021.
4. Nowotny H, Scott P, Gibbons M. Re-thinking science: Knowledge and the public in an age of uncertainty Cambridge: Polity Press; 2001.
5. Societize Consortium. Green paper on citizen science. Citizen Science for Europe. Towards a better society of empowered citizens and enhanced research. Brussel 2013.
6. Den Broeder L, Devilee J, Van Oers H, Schuit AJ, Wagemakers A. Citizen Science for public health. Health Promot Int. 2018;33(3):505-14.
7. Rosas LG, Espinosa PR, Jimenez FM, King AC. The Role of Citizen Science in Promoting Health Equity. Annual Review of Public Health. 2022;43(1):215-34.
8. Siddiqi SM, Uscher-Pines L, Leinhos M, Dekker D, Chari R. Public Health Readiness for Citizen Science: Health Department Experiences. J Public Health Manag Pract. 2022.
9. Beekers E. Is de burgerraad de toekomst van participatie? Brussel: CitizenLab; 2019.
10. Chan YE, Benecki LA. Evaluating the success of a hospital's community engagement process. Healthc Manage Forum. 2013;26(1):20-5.

11. Escobar O. The dialogic turn: dialogue for deliberation *In-Spire Journal of Law, Politics and Societies*. 2009;4(2):42-70.
12. RIVM. Stappenplan voor succesvolle inwonerparticipatie. Aan de hand van de 'Lerende evaluatie Juiste Zorg op de Juiste Plek' Bilthoven: RIVM; 2022.
13. Chatham House. Chatham House Rule.
14. European Citizen Science Association. 10 Principles of Citizen Science. Berlijn: European Citizen Science Association.
15. Schoemaker CG, van Loon J, Achterberg PW, van den Berg M, Harbers MM, den Hertog FRJ, et al. The Public Health Status and Foresight report 2014: Four normative perspectives on a healthier Netherlands in 2040. *Health Policy*. 2019;123(3):252-9.

### Verslag uitkomsten burgerpanel uitvraag 1 (december 2022)

Eind december 2022 is een burgerpanel bevraagd door middel van een online vragenlijst over de concepten gezondheid en volksgezondheid. En is er gevraagd naar de verwachtingen voor 2050 voor Nederland wat betreft gezondheid en zorg. In totaal hebben 569 burgers de online vragenlijst ingevuld. Dit betreft geen representatieve steekproef, maar een steekproef waarin is gevarieerd naar leeftijd, gender, sociaal culturele achtergrond, opleidingsniveau, regio en beroep. Deelnemers zijn gerekruteerd via Motivaction.

Eigenschappen	N	(%)
<b>Geslacht</b>		
Man	288	(51)
Vrouw	281	(49)
<b>Leeftijd</b>		
18 t/m 24	41	(7)
25 t/m 34	99	(17)
35 t/m 44	86	(15)
45 t/m 54	97	(17)
55 t/m 64	102	(18)
65 t/m 80	144	(25)
<b>Opleiding</b>		
Hoog	144	(25)
Midden	301	(53)
Laag	124	(22)
<b>Regio</b>		
3 grote gemeenten	53	(9)
West	159	(28)
Noord	62	(11)
Oost	117	(21)
Zuid	157	(28)
Randgemeenten	21	(4)

### Wat betekent gezond zijn/gezondheid voor jou?

Panelleden vinden gezondheid heel belangrijk en is volgens hen een essentieel onderdeel voor het hebben van een fijn leven. Gezondheid wordt dan ook wel genoemd als het belangrijkste en kostbaarste goed. De panelleden benoemen verschillende waarden en aspecten van gezondheid op de vraag wat gezondheid voor hen betekent. Waarden die voornamelijk genoemd zijn; gelukkig zijn/levensvreugde ervaren, zelfstandig kunnen functioneren zonder of met minimale hulp en de vrijheid hebben om te kunnen doen wat men wil. Panelleden noemen zowel positieve aspecten als de afwezigheid van negatieve aspecten van gezondheid. Een veel genoemd aspect is 'het goed kunnen functioneren, zonder beperkingen'. De door de panelleden genoemde aspecten kunnen grof weg in drie domeinen onderverdeeld worden. Hieronder wordt per domein de benoemde aspecten weergegeven.

### Domein 1: Fysiek functioneren

- goede conditie
- vitaal/fit voelen, energie hebben
- goede weerstand hebben
- geen pijn
- geen ziekte
- weinig/geen medicijnen en/of zorg
- goede nachtrust

### Domein 2: Mentaal welbevinden

- Uitgerust zijn, voldoende rust
- Vreugdevol, blij voelen
- Geen stress
- Geen depressie
- Onafhankelijk zijn
- Zingeving

### Domein 3: Sociaal contact/netwerk

- Contacten met familie en naasten
- Onderdeel van de maatschappij uitmaken
- Kunnen zorgen voor de mensen om je heen
- Dat het goed gaat met naasten

Een minderheid noemt specifieke gedragingen die bijdragen aan gezondheid. Met name gezonde voeding en beweging worden genoemd. Gewicht, goede nachtrust en niet roken/drinken worden in mindere mate genoemd.

De door de panelleden genoemde waarden, aspecten en gedragingen komen overeen met de verschillende dimensies die worden genoemd in de definitie van gezondheid door

*"Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken"*<sup>24</sup>

### **Wat betekent volksgezondheid voor jou?**

Het burgerpanel is ook bevraagd over wat volksgezondheid betekent. Hierbij werd duidelijk onderscheid gemaakt tussen 'individuele' gezondheid en 'collectieve' gezondheid. Bij volksgezondheid gaat het niet over het individu maar over de bevolking. Er worden door de panelleden verschillende aspecten van volksgezondheid genoemd. Er is aandacht voor zorgvoorzieningen, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Ook worden aspecten rondom veiligheid en woonomgeving specifiek genoemd bij volksgezondheid. Verder worden er door de burgerpanelleden een aantal aspecten genoemd die bijdragen aan volksgezondheid:

- Geen besmettelijke ziekten/pandemieën
- Bewegen
- Niet roken
- Vaccinaties
- Veiligheid en gezonde woonomgeving/ voeding/drinkwater
- Preventie
- Samen doen
- Gelijke kansen

<sup>24</sup> World Health Organization. (1946, June). Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. In *International Health Conference, New York* (pp. 19-22).

In vergelijking met de vraag naar wat gezondheid is hebben meer mensen aangegeven niet goed te weten wat volksgezondheid is. Het lijkt erop dat men het makkelijker vindt om in termen van eigen gezondheid te spreken en volksgezondheid een complexer begrip vindt. Opvallend is dat leefomgeving een veel prominentere rol krijgt wanneer er gesproken wordt over volksgezondheid als wanneer er gesproken wordt over gezondheid.

De verschillende aspecten van volksgezondheid die door de burgerpanelleden worden genoemd duiden dat er op verschillende manieren gekeken wordt naar volksgezondheid. Eerder zijn in de VTV-2014 vier perspectieven op de volksgezondheid ontwikkeld die diversiteit naar opvattingen expliciet heeft gemaakt. In 2022 zijn deze perspectieven met een groep burgers herzien tot de perspectieven i.) Op en top gezond, ii. Heft in eigen handen, iii. Iedereen doet mee en iv.) Gezonde welvaart. In de antwoorden van de burgerpanelleden lijken alle vier de perspectieven vertegenwoordigd. Voorbeelden van gegeven antwoorden ingedeeld naar de perspectieven:

<b>Op en top gezond</b>	<b>Heft in eigen handen</b>	<b>Iedereen doet mee</b>	<b>Gezonde welvaart</b>
<i>'goede zorg voor iedereen'</i>	<i>'geen noodzaak tot medisch bijsturen'</i>	<i>'toegang tot zorg is zeker voor iedereen'</i>	<i>'dat gezondheidszorg betaalbaar blijft, doordat er geen onnodig beroep op gedaan hoeft te worden'</i>
<i>'zorg vanuit de overheid'</i>	<i>'mensen kunnen zichzelf tot op hoge leeftijd verzorgen'</i>	<i>'iedereen kan zoveel mogelijk dingen doen'</i>	<i>'betaalbaar en niet idiote bedragen besteden aan zinloze doelen, bv nieuwe heup voor 90+ of op "sociale" gronden cosmetische ingrepen'</i>

#### Benodigdheden om gezond te zijn

Om gezond te zijn heb je volgens de burgerpanelleden nodig:

- Gezonde voeding en drinken (geen alcohol)
- (toegang tot) voldoende beweging
- Gezonde leefstijl
- Genoeg slaap
- Goede genen/DNA
- (toegang tot) juiste en goede (gezondheids)zorg/ goede voorzieningen
- Ontspanning/ plezier/ rust/ weinig stress
- Gezonde leefomgeving (schone lucht/woonomgeving)
- Woning
- Voldoende financiële middelen/inkomen
- Veilig en prettig werk(balans)
- Discipline, routine, regelmaat
- Liefde/ Sociaal netwerk van vrienden en familie

- Kennis/informatie

Opvallend is dat 'geluk' door meerdere mensen wordt benoemd. "je hebt geluk nodig om gezond te zijn: goede genen, geen ongelukken of tegenspoed."

Daarnaast wordt door een groot deel van de panelleden "liefde" expliciet genoemd als voorwaarde om gezond te zijn terwijl dit niet werd genoemd bij de vragen naar wat gezondheid en volksgezondheid zijn. Ook opvallend is dat een klein aantal mensen iets heel specifiek noemt wat ze op dit moment zelf nodig hebben voor gezondheid, zoals; "Een nieuw hart", "geneesmiddel tegen Alzheimer" of "Elke dag een eiwitshake".

### Wat zijn de belangrijkste factoren voor gezondheid?

Panelleden zien dat allerlei factoren de gezondheid beïnvloeden, maar leefstijl (79%), zorg (73%) en leefomgeving (68%) worden het vaakst aangekruist. In iets mindere mate worden huisvesting (56%), inkomen (55%), regie over eigen leven (53%), sociale contacten (51%) aangeboren factoren (50%), gevoel van veiligheid (47%) en werk (40%) genoemd.

Factoren	N	(%)
Leefomgeving (bijvoorbeeld: Luchtkwaliteit, groen, geluid)	389	(68)
Leefstijl (bijvoorbeeld: bewegen, voeding, alcohol)	452	(79)
Aanleg/aangeboren factoren	287	(50)
Huisvesting	321	(56)
Sociale contacten	291	(51)
Gezondheidszorg	417	(73)
Werk	230	(40)
Vrije tijd	288	(51)
Inkomen	312	(55)
Gevoel van veiligheid	266	(47)
Regie over eigen leven	303	(53)
Anders, namelijk..	8	(1)

Bij de rangschikking van factoren die belangrijk zijn voor gezondheid laten de burgerpanelleden zien dat zij 'aangeboren factoren' als het meest belangrijk beschouwen en dat leefstijl, eigen regie en werk voor hen respectievelijk op plaats twee, drie en vier van de belangrijke factoren voor gezondheid staan. Interessant is dat ondanks dat zorg prominent werd genoemd bij volksgezondheid deze op plek negen en dus relatief laag op de lijst eindigt.

1	Aanleg/ aangeboren factoren
2	Leefstijl
3	Eigen regie
4	Werk
5	Gevoel van veiligheid
6	Leefomgeving
7	Inkomen
8	Huisvesting

9	Gezondheidszorg
10	Sociale contacten
11	Vrije tijd

### Hoe gezond is de bevolking in Nederland in 2050?

Voor de toekomst verwacht bijna de helft van de burgerpanelleden (44%) dat we niet gezonder of ongezonder zullen zijn dan nu, maar er is ook bijna even grote groep (38%) die verwacht dat we (veel) ongezonder zullen zijn. Zij wijten dat aan betaalbaarheid van het leven in het algemeen en die van de zorg in het bijzonder ("Gezondheidszorg zal alleen voor de superrijken betaalbaar zijn"), aan ongezond gedrag, in het bijzonder ongezonde voeding en een ongezond voedingsaanbod ("omdat we minder kunnen rond komen kopen we ongezonder omdat het ook goedkoper is"), aan milieuvervuiling en aan een tekort aan beweging. Ook valt op dat zij vaak refereren aan, in hun ogen, sociaal-maatschappelijke of politieke ontwikkelingen ("Ik denk dat teveel mensen wantrouwend zijn t.o.v. de overheid, en daardoor alle goede adviezen over gezonde leefstijl in de wind zullen slaan"). De mensen die verwachten dat we juist gezonder zullen zijn schrijven dit toe aan meer bewustzijn op het gebied van de gezonde leefstijl. Ook verwachten zij gezondheidsverbetering door technologische vooruitgang ("omdat de wetenschap weer 30 jaar verder is met het ontwikkelen van geneesmiddelen, vaccins, verduurzaming en ontwikkelen van alternatieve energievormen").

Verwachting	N	(%)
Veel gezonder dan nu	16	(3)
Gezonder dan nu	86	(15)
Niet gezonder en ook niet ongezonder dan nu	248	(44)
Ongezonder dan nu	190	(33)
Veel ongezonder dan nu	29	(5)

### Wat is de grootste uitdaging in 2050 voor volksgezondheid?

Hiermee in lijn zien we dat de top-5 van uitdagingen voor de gezondheid wordt aangevoerd door betaalbaarheid. Ook de betaalbaarheid van het zorgstelsel scoort hoog, naast klimaat, ongezonde voeding, overgewicht en leefstijl in algemene zin. Voor ouderen zien we dat zo'n 40% verwacht dat deze zowel fysiek als sociaal gelijk blijft aan vandaag de dag. Daarnaast zijn er ongeveer evenveel mensen die een verslechtering verwachten als een verbetering.

### Wat is de verwachting voor 2050?

#### Infectieziekten en leefomgeving

Infectieziekten zullen volgens bijna de helft (44%) van de burgerpanelleden evenveel voorkomen als nu, maar een nog grotere groep (49%) vreest dat dit juist (veel) meer het geval zal zijn. Ook de leefomgeving zal volgens een grote groep (veel) slechter worden (48%), terwijl een derde (33%) verwacht dat deze ongeveer gelijk blijft.

#### Zorg

Mantelzorg zal volgens driekwart van de leden van het burgerpanel (veel) meer nodig zijn in de toekomst (77%), terwijl meer dan de helft

(57%) denkt dat zij minder dan nu kunnen rekenen op professionele zorg.

#### Mentale en fysieke gezondheid

Mentale druk onder jongeren zal volgens meer dan de helft (62%) (veel) groter zijn dan nu, en een derde (33%) denkt dat deze even groot zal blijven. Volgens de meerderheid zal de mentale (42%) en fysieke (42%) gezondheid van 65-plussers gelijk blijven ten opzichte van nu.

<b>Verwachting</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Infectieziekten</b>		
Veel meer	84	(15)
Meer	196	(34)
In gelijke mate	251	(44)
Minder	32	(6)
Veel minder	6	(1)
<b>Leefomgeving</b>		
Veel beter	10	(2)
Beter	100	(18)
Gelijk	187	(33)
Slechter	242	(43)
Veel slechter	30	(5)
<b>Zorg uit eigen sociale omgeving</b>		
Veel meer	233	(41)
Meer	203	(36)
In gelijke mate	96	(17)
Minder	28	(5)
Veel minder	9	(2)
<b>Professionele zorg</b>		
Veel meer	25	(4)
Meer	48	(9)
In gelijke mate	173	(30)
Minder	225	(40)
Veel minder	98	(17)
<b>Mentale druk jongeren</b>		
Veel groter	125	(22)
Groter	228	(40)
Even groot	186	(33)
Kleiner	26	(5)
Veel kleiner	5	(1)
<b>Fysieke gezondheid 65-plussers</b>		
Veel beter	26	(5)
Beter	164	(29)
Gelijk	226	(40)
Slechter	126	(22)
veel slechter	28	(5)
<b>Mentale gezondheid 65-plussers</b>		
Veel beter	13	(2)
Beter	116	(20)
Gelijk	241	(42)
Slechter	162	(28)
Veel slechter	37	(7)



## Verslag burgerpanel vragenlijst 2 (april 2023)

Dit betreft geen representatieve steekproef, maar een steekproef waarin is gevarieerd naar leeftijd, gender, sociaal culturele achtergrond, opleidingsniveau, regio en beroep. Deelnemers zijn gerekruteerd via Motivaction en hebben een online vragenlijst ingevuld.

Eigenschappen		n	%
Geslacht	Man	254	50
	Vrouw	256	50
Leeftijd	18 t/m 24	54	11
	25 t/m 34	83	16
	35 t/m 44	85	17
	45 t/m 54	100	20
	55 t/m 64	88	17
	65 t/m 80	100	20
Opleiding	Hoog	136	27
	Midden	256	50
	Laag	119	23

### Perspectief 1: Iedereen doet mee

*Mensen die vanuit dit perspectief denken, willen leven in een solidaire gemeenschap. Zij vinden dat iedereen vanuit eigen vermogen aan de maatschappij mee moet kunnen doen en dat mensen elkaar hierbij helpen. Mensen moeten aandacht hebben voor elkaar en zorgzaam zijn jegens elkaar.*

Gezondheid: Het gaat goed als je meedoet

Preventie en zorg: Zorg is veel breder dan medische zorg. Ook welzijnswerk en arbodiensten vallen hieronder. Gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg spelen een belangrijke rol.

Kwaliteit van zorg: Zorg is goed als mensen daardoor weer kunnen meedoen. Dat geldt vooral voor de maatschappelijk zwakkeren

Opvattingen bij dit perspectief:

- "Zorgprofessionals helpen patiënten ook omgaan met hun lot."
- "Mensen moeten voor elkaar zorgen."
- "Geen vrijwilligerswerk doen is egoïstisch."
- "Het moet makkelijk zijn om nabij of bij iemand te wonen die zorg nodig heeft."

### Perspectief 2: Gezonde welvaart

*Mensen die vanuit dit perspectief denken, vinden dat we scherpe en economisch zinvolle keuzes moeten maken, om schaarse middelen te verdelen. Hierin draagt iedereen een stukje verantwoordelijkheid en mag hier door de overheid ook op worden afgerekend, maar ook beloond. Zij vinden dat mensen die niet kunnen bijdragen door te werken en belastingen te betalen, vrijwilligerswerk moeten doen.*

Gezondheid: Je bent gezond als je geen zorguitgaven vergoed krijgt van de zorgverzekeraar.

*Preventie en zorg: Zorg wordt in dit perspectief versmald tot noodzakelijke zorg, betaald uit de collectieve middelen.*

*Kwaliteit van zorg: Zorg is goed als deze zinnig en zuinig is. Dat beoordeelt het ministerie van VWS samen met zorgverzekeraars.*

*Opvattingen bij dit perspectief:*

- "Mensen krijgen alleen zorg als zij moeite doen om gezond te leven."
- "Mensen moeten hun gezond verstand gebruiken en niet voor elk wissewasje naar de dokter gaan."
- "De overheid moet meer huizen bouwen, ook gaat dat ten koste van een groene leefomgeving."

### **Perspectief 3: Heft in eigen handen**

*Mensen die vanuit dit perspectief denken, vinden vrijheid en onafhankelijkheid een groot goed. Vrijheid om te doen wat je wil, om keuzes te maken zoals je dat zelf wil. Zij vinden dat de overheid en zorgverleners moeten helpen als zij hierom worden gevraagd, maar dat zij hierbij altijd de wens van het individu als vertrekpunt moeten nemen.*

*Gezondheid: Gezondheid betekent vooral 'kwaliteit van leven'. Wat dat precies inhoudt, bepaalt ieder voor zichzelf.*

*Preventie en zorg: Preventie en zorg zijn brede begrippen. Ook alternatieve geneeswijzen, en 'life coaches' kunnen hieronder vallen.*

*Kwaliteit van zorg: Zorg is goed als de patiënt tevreden is. Wat in deze beoordeling meeweegt, bepaalt iedere patiënt voor zichzelf.*

*Opvattingen bij dit perspectief:*

- "Je kunt mensen niet verplichten anderen te helpen, dat moet vanuit mensen zelf komen."
- "Je bent gezond als je de keuze hebt om onafhankelijk van anderen te leven en bewegen."
- "We zetten ons als buurt ervoor in dat onze leefomgeving gezond is en blijft."

### **Perspectief 4: Op en top gezond**

*Voor mensen die vanuit dit perspectief denken, is gezond leven zonder ziektes en beperkingen het hoogste doel. Zij vinden dat de overheid en bedrijven er alles aan moeten doen om iedereen zo gezond mogelijk te houden, of te genezen mocht dat nodig zijn. Voor deze mensen zijn preventie en kwaliteit van zorg basisprincipes waar vanuit keuzes moeten worden gemaakt.*

*Gezondheid: Je bent gezond als je geen ziekte hebt. Je leeft gezond als je niet rookt, gezond eet en voldoende beweegt.*

*Preventie en zorg: Bij zorg denk je aan preventie en aan zorg gericht op genezing.*

*Kwaliteit van zorg: Zorg is goed als zieken worden genezen, en vroegtijdig overlijden wordt voorkomen.*

*Opvattingen bij dit perspectief:*

- "De overheid moet gezond leven zo veel mogelijk bevorderen, bijvoorbeeld met een tabaksverbod, gratis sport en gezonde voeding."
- "Ik wil geholpen worden door professionals, niet door mijn kinderen of mantelzorgers."
- "Iedereen krijgt periodiek preventief medisch onderzoek om ziekte te voorkomen."

**Perspectief 1: Iedereen doet mee**

De volgende vraag gaat over het perspectief 'Iedereen doet mee' dat u zojuist heeft gelezen. In hoeverre sluit dit perspectief aan bij uw ideeën over op gezondheid, zorg en leefomgeving?

	Frequency	Percent
Zeer goed	49	9.5
Goed	190	37.3
Neutraal	200	39.2
Slecht	56	11.0
Zeer slecht	15	2.9
Total	510	100.0

Hoe goed denkt u dat dit ('Iedereen doet mee') perspectief zal bijdragen aan de gezondheid in Nederland?

	Frequency	Percent
Zeer goed	44	8.6
Goed	192	37.6
Neutraal	211	41.3
Slecht	47	9.2
Zeer slecht	17	3.3
Total	510	100.0

Zeer goed	38	7.5
Goed	209	40.9
Neutraal	193	37.9
Slecht	56	10.9
Zeer slecht	14	2.7
Total	510	100.0

Hoe goed denkt u dat de leefomgeving bij dit ('Iedereen doet mee') perspectief zal zijn?

	Frequency	Percent
Zeer goed	46	9.1
Goed	200	39.1
Neutraal	204	40.0
Slecht	42	8.2
Zeer slecht	19	3.6
Total	510	100.0

**Perspectief 2: Gezonde welvaart**

De volgende vraag gaat over het perspectief 'Gezonde welvaart' dat u zojuist heeft gelezen. In hoeverre sluit dit perspectief aan bij uw visie op gezondheid, zorg en leefomgeving?

	Frequency	Percent
Zeer goed	22	4.3
Goed	110	21.5
Neutraal	162	31.8
Slecht	134	26.4
Zeer slecht	82	16.0
Total	510	100.0

Hoe goed denkt u dat dit ('Gezonde welvaart') perspectief zal bijdragen aan de gezondheid in Nederland?

	Frequency	Percent
Zeer goed	20	4.0
Goed	118	23.1
Neutraal	167	32.8
Slecht	146	28.7
Zeer slecht	59	11.5
Total	510	100.0

Hoe goed denkt u dat de kwaliteit van de gezondheidszorg bij dit ('Gezonde welvaart') perspectief zal zijn?

	Frequency	Percent
Zeer goed	18	3.6
Goed	120	23.5
Neutraal	185	36.3
Slecht	132	25.8
Zeer slecht	55	10.8
Total	510	100.0

Hoe goed denkt u dat de leefomgeving bij dit ('Gezonde welvaart') perspectief zal zijn?

	Frequency	Percent
Zeer goed	21	4.0
Goed	117	22.9
Neutraal	187	36.7
Slecht	133	26.0
Zeer slecht	53	10.4
Total	510	100.0

**Perspectief 3: Heft in eigen handen**

De volgende vraag gaat over het perspectief 'Heft in eigen handen' dat u zojuist heeft gelezen. In hoeverre sluit dit perspectief aan bij uw visie op gezondheid, zorg en leefomgeving?

	Frequency	Percent
Zeer goed	36	7.1
Goed	220	43.1
Neutraal	173	33.8
Slecht	57	11.1
Zeer slecht	25	4.9
Total	510	100.0

Hoe goed denkt u dat dit ('Heft in eigen handen') perspectief zal bijdragen aan de gezondheid in Nederland?

	Frequency	Percent
Zeer goed	23	4.5
Goed	196	38.5
Neutraal	195	38.3
Slecht	77	15.0
Zeer slecht	19	3.7
Total	510	100.0

Hoe goed denkt u dat de kwaliteit van de gezondheidszorg bij dit ('Heft in eigen handen') perspectief zal zijn?

	Frequency	Percent
Zeer goed	20	3.9
Goed	183	35.8
Neutraal	220	43.1
Slecht	71	13.8
Zeer slecht	17	3.3
Total	510	100.0

Hoe goed denkt u dat de leefomgeving bij dit ('Heft in eigen handen') perspectief zal zijn?

	Frequency	Percent
Zeer goed	23	4.5
Goed	205	40.1
Neutraal	192	37.6
Slecht	77	15.1
Zeer slecht	14	2.7
Total	510	100.0

**Perspectief 4: Op en top gezond**

De volgende vraag gaat over het perspectief 'Op en top gezond' dat u zojuist heeft gelezen. In hoeverre sluit dit perspectief aan bij uw visie op gezondheid, zorg en leefomgeving?

	Frequency	Percent
Zeer goed	60	11.9
Goed	175	34.3
Neutraal	183	35.8
Slecht	70	13.6
Zeer slecht	22	4.4
Total	510	100.0

Hoe goed denkt u dat dit ('Op en top gezond') perspectief zal bijdragen aan de gezondheid in Nederland?

	Frequency	Percent
Zeer goed	60	11.9
Goed	196	38.4
Neutraal	174	34.1
Slecht	64	12.5
Zeer slecht	16	3.1
Total	510	100.0

Hoe goed denkt u dat de kwaliteit van de gezondheidszorg bij dit ('Op en top gezond') perspectief zal zijn?

	Frequency	Percent
Zeer goed	47	9.3
Goed	189	37.0
Neutraal	192	37.6
Slecht	63	12.3
Zeer slecht	20	3.9
Total	510	100.0

Hoe goed denkt u dat de leefomgeving bij dit ('Op en top gezond') perspectief zal zijn?

	Frequency	Percent
Zeer goed	37	7.2
Goed	188	36.8
Neutraal	190	37.3
Slecht	76	14.9
Zeer slecht	19	3.8
Total	510	100.0

Als u een keuze zou moeten maken tussen de vier perspectieven, welk perspectief spreekt u het meeste aan?

	Frequency	Percent
Iedereen doet mee	136	26.7
Gezonde welvaart	90	17.7
Heft in eigen handen	176	34.5
Op en top gezond	107	21.1
Total	510	100.0

Als u een keuze zou moeten maken tussen de vier perspectieven, welk perspectief leidt volgens u tot de beste volksgezondheid in Nederland in 2050?

	Frequency	Percent
Iedereen doet mee	124	24.3
Gezonde welvaart	87	17.0
Heft in eigen handen	161	31.5
Op en top gezond	138	27.1
Total	510	100.0

### Resultaten burgerpanel uitvraag 3 (augustus 2023)

Dit betreft geen representatieve steekproef, maar een steekproef waarin is gevarieerd naar leeftijd, gender, sociaal culturele achtergrond, opleidingsniveau, regio en beroep. Deelnemers zijn gerekruteerd via Motivaction en hebben een online vragenlijst ingevuld.

Eigenschappen		n	%
Geslacht	Man	269	48
	Vrouw	287	52
Leeftijd	18 t/m 24	64	12
	25 t/m 34	94	17
	35 t/m 44	85	15
	45 t/m 54	99	18
	55 t/m 64	97	18
	65 t/m 80	117	21
Opleiding	Hoog	181	33
	Midden	273	49
	Laag	102	18

### Gezondheidsachterstanden

Sommige groepen in de samenleving hebben een slechtere gezondheid dan anderen. Zij hebben bijvoorbeeld meer ziektes en voelen zich minder gezond. Ook is de gezondheid in sommige wijken minder goed dan in andere wijken. Daarvoor zijn meerdere oorzaken. Armoede en schulden spelen een rol, maar ook waar men woont en werkt en of er vrienden en familie dichtbij wonen. Zo leven mensen met een inkomen onder de armoedegrens ongeveer 6 jaar korter dan mensen met een hoger inkomen. Het is de afgelopen jaren nog niet gelukt om deze gezondheidsachterstanden te verminderen.

*Hoe belangrijk vind je het dat er aandacht is voor gezondheidsachterstanden?*

<b>Mate van belangrijkheid</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Helemaal niet belangrijk	9	2
Niet belangrijk	15	3
Belangrijk noch onbelangrijk	87	16
Belangrijk	281	51
Zeer belangrijk	164	30

### De gezondheid van de jeugd

Veel jongeren bewegen te weinig, eten ongezond en hebben overgewicht. Daardoor zullen zij later gezondheidsproblemen krijgen. Je hebt dan bijvoorbeeld meer kans op diabetes. Ook wordt er nog steeds veel gerookt door jongeren.

De mentale gezondheid van de jeugd is de afgelopen jaren ook achteruit gegaan. In 2021 had bijvoorbeeld een op de drie jongeren emotionele problemen, meer dan voorheen.



*Hoe belangrijk vind je het dat er aandacht is voor de gezondheid en leefstijl van jongeren?*

<b>Mate van belangrijkheid</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Helemaal niet belangrijk	4	1
Niet belangrijk	11	2
Belangrijk noch onbelangrijk	97	17
Belangrijk	240	43
Zeer belangrijk	205	37

### **Minder vertrouwen in de overheid**

Burgers kunnen ingewikkelde regels en systemen zij makkelijk de weg kwijtraken. Daardoor kunnen zij het vertrouwen in de overheid verliezen. Vooral voor mensen in een moeilijke positie, bijvoorbeeld door armoede, kan dat grote gevolgen hebben voor de gezondheid. Zij krijgen niet de hulp en ondersteuning die ze nodig hebben. Dit kan leiden tot bijvoorbeeld schade door de uitgestelde zorg, depressieve gevoelens of angst.

*Hoe belangrijk vind je het dat er aandacht is voor gezondheidsgevolgen van minder vertrouwen in de overheid?*

<b>Mate van belangrijkheid</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Helemaal niet belangrijk	10	2
Niet belangrijk	29	5
Belangrijk noch onbelangrijk	155	28
Belangrijk	233	42
Zeer belangrijk	128	23

### **Zelfredzaamheid**

De burgers verwachten veel van de overheid, maar ook wordt van burgers zelf veel verwacht. Echter, niet iedereen kan of wil even zelfredzaam zijn. Ongeveer één op de zes volwassenen heeft weinig geld en weinig vrienden, familie en burens om zich heen waardoor zelfredzaam zijn moeilijk is. Mensen die zorg nodig hebben kunnen daardoor makkelijk in de knel komen. Zij krijgen de niet de zorg die ze nodig hebben en verwachten.

*Hoe belangrijk vind je het dat er aandacht is voor de gezondheid van burgers die niet zo zelfredzaam zijn?*

<b>Mate van belangrijkheid</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Helemaal niet belangrijk	0	0
Niet belangrijk	10	2
Belangrijk noch onbelangrijk	81	15
Belangrijk	288	52
Zeer belangrijk	177	32

### **Klimaatverandering**

Door de klimaatverandering zullen er nieuwe infectieziektes komen. Ook krijgen we last van droogte en hitte. Meer mensen zullen last hebben van angst en stress door overstromingen, rampen of het verlies van hun woonplek.

*Hoe belangrijk vind je het dat er aandacht is voor de gezondheidseffecten van klimaatverandering?*

<b>Mate van belangrijkheid</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Helemaal niet belangrijk	19	3
Niet belangrijk	28	5
Belangrijk noch onbelangrijk	154	28
Belangrijk	217	39
Zeer belangrijk	138	25

### **Zorgvraag door vergrijzing**

Door de vergrijzing zal er meer vraag zijn naar zorg in de buurt. Denk aan de huisarts, wijkzorg of de specialist in ouderenzorg. Deze zorg zal echter onvoldoende beschikbaar zijn. Er zal bovendien een tekort aan aangepaste woningen zijn. Er zal door dit alles veel gevraagd worden van mantelzorgers en vrijwilligers. Het is niet duidelijk of zij die vraag goed zullen kunnen opvangen. Daardoor zullen sommige mensen te weinig zorg krijgen.

*Hoe belangrijk vind je het dat er aandacht is voor de toenemende zorgvraag?*

<b>Mate van belangrijkheid</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Helemaal niet belangrijk	0	0
Niet belangrijk	9	2
Belangrijk noch onbelangrijk	50	9
Belangrijk	235	42
Zeer belangrijk	261	47

### **Welbevinden van ouderen**

Voor het welbevinden van de groeiende groep oudere mensen is het belangrijk om zelfstandig mee te doen in de samenleving en sociale contacten te onderhouden. Toch zegt een op de vier mensen boven de 85 te weinig regie over het eigen leven te hebben. Ook voelt 63% van de 85-plussers zich eenzaam. Dit neemt mogelijk nog toe in de toekomst.

*Hoe belangrijk vind je het dat er aandacht is voor welbevinden van ouderen?*

<b>Mate van belangrijkheid</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Helemaal niet belangrijk	1	0
Niet belangrijk	7	1
Belangrijk noch onbelangrijk	62	11
Belangrijk	247	44
Zeer belangrijk	239	43

### **Digitalisering**

De digitalisering van de samenleving gaat heel snel. Hiervan verwachten we veel oplossingen, bijvoorbeeld in de zorg. Ook kunnen digitale technologieën, zoals apps, helpen om bijvoorbeeld gezond te blijven bewegen. Echter, niet alles is met technologie op te lossen. Zo zullen er altijd helpende handen nodig zijn. De consequenties van nieuwe technologieën zijn bovendien niet altijd meteen in beeld. Zo kunnen gezondheidsmetingen zoals de 'total body scan' ook tot nodeloze

ongerustheid leiden. Er zijn dus nog veel vragen over het effect van digitalisering op onze gezondheid.

*Hoe belangrijk vind je het dat er aandacht is voor de effecten van digitalisering op onze gezondheid?*

<b>Mate van belangrijkheid</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Helemaal niet belangrijk	14	2
Niet belangrijk	35	6
Belangrijk noch onbelangrijk	159	29
Belangrijk	247	45
Zeer belangrijk	101	18

### **Rangschikken**

*Hieronder staan alle uitdagingen op een rij. Sorteert deze op volgorde van belangrijkheid. Zet de uitdagingen die je het belangrijkste vindt bovenaan en de uitdaging die je het minst belangrijk vindt onderaan.*

1. Gezondheidsachterstanden
2. De gezondheid van de jeugd
3. Minder vertrouwen in de overheid
4. Zelfredzaamheid
5. Klimaatverandering
6. Zorgvraag door vergrijzing
7. Welbevinden van ouderen
8. Digitalisering

**Hieronder op volgorde van belangrijkheid. Men vindt de zorgvraag door vergrijzing het meest belangrijk en digitalisering het minst belangrijk..**

1.	Zorgvraag door vergrijzing	1876
2.	Gezondheidsachterstanden	2092
3.	Welbevinden van ouderen	2096
4.	De gezondheid van de jeugd	2118
5.	Zelfredzaamheid	2340
6.	Klimaatverandering	2885
7.	Minder vertrouwen in de overheid	3162
8.	Digitalisering	3443

**Selectie van toelichten die zijn gegeven door mensen die zorgvraag door vergrijzing op nummer 1 hebben gerangschikt:**

*"sommige aspecten zullen in de tijd als vanzelf opgelost worden. de zorgvraag door vergrijzing heeft m.i. prioriteit omdat die vraag al actueel is."*

*"Er wordt slecht met de ouderen omgegaan qua verzorging, etc. zo ook is er weinig aandacht voor de jeugd"*

*"er komt een grote groep ouderen en de zorg is nu al slecht te noemen wat moet dat in de toekomst worden?"*