

Naar een samenhangende informatievoorziening over gezondheid en zorg op lokaal en regionaal niveau

Afstemming VAAM en regionale VTV

D.H. de Bakker
A.J.M. van Loon
W.A. de Graaf-Ruizendaal
M.A.M. Jacobs
M.J.H. van Bon-Martens
S.L.N. Zwakhals
H. Coenders



Colofon

Projecttitel

Naar een samenhangende informatievoorziening over gezondheid en zorg op lokaal en regionaal niveau: Afstemming VAAM en regionale VTV

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS)

Onderzoeksinstellingen

RIVM, NIVEL en Tranzo/Universiteit Tilburg

Samenwerking

GGD Hart voor Brabant en ROS Robuust

Projectleiding

Dhr. prof. dr. D.H. de Bakker (NIVEL/Tranzo)

Mw. dr. ir. A.J.M. van Loon (RIVM)

Project uitvoering

Mw. W.A. de Graaf-Ruizendaal, MSc. (NIVEL)

Mw. dr. M.A.M. Jacobs (GGD Hart voor Brabant) *vanaf januari 2010*

Dhr. drs. S.L.N. Zwakhals (RIVM) *vanaf maart 2010*

Dhr. drs. M.J.J.C. Poos (RIVM) *tot maart 2010*

Mw. drs. M.J.H. van Bon-Martens (GGD Hart voor Brabant/Tranzo)

Dhr. drs. H.P. Coenders (ROS Robuust) *vanaf december 2009*

Dhr. drs. L.C.H. van Straaten (ROS Robuust) *tot december 2009*

ISBN 97-8946-122-0554

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2011 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 Achtergrond	11
1.2 Onderwerp	12
1.2.1 De Vraag Aanbod Analyse Monitor	12
1.2.2 Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning	15
1.3 Vergelijking VAAM/regionale VTV	17
1.4 Doel onderzoek	18
1.5 Vraagstelling en deelvragen	19
1.6 Opbouw rapportage	19
2 Eerstelijnszorg in regionale VTV	21
2.1 Doel	21
2.2 Methoden	21
2.3 Inventarisatie potentieel relevante indicatoren	22
2.4 Verkennen behoeften van gemeenten	23
2.5 Keuze indicatoren, benodigde analyses en presentatiewijze	24
2.6 Reactie op voorlopige uitwerking vanuit verschillende gemeenten	26
2.7 Opname methoden/resultaten haalbaarheidsstudie in toolkit rVTV	27
2.8 Conclusies	27
3 Gezondheid en preventie in de VAAM	29
3.1 Doel	29
3.2 Methode	29
3.3 Fase 1: Verkenning	31
3.4 Fase 2: Inventarisatie	31
3.5 Fase 3: Analyses	34
3.6 Fase 4: Uitwerking	42
3.7 Conclusie	44
4 Samenvatting, conclusie en aanbevelingen	47
4.1 Samenvatting	47
4.2 Conclusie	50
4.3 Aanbevelingen	51
4.4 Tot slot	53
Bijlage 1: Literatuur	55
Bijlage 2: Bespreekdocument	57
Bijlage 3: Verslagen interviews gemeente	67
Bijlage 4: Werkdocument	73
Bijlage 5: Beschikbare indicatoren uit de regionale VTV	85
Bijlage 6: Resultaten regressie-analyses	91
Bijlage 7: Resultaten formules aangepaste VAAM-methode	93
Bijlage 8: Verbeteren voorspellingen	97

Voorwoord

Dit rapport is interessant voor diegenen die zijn geïnteresseerd in de informatievoorziening over zorg en preventie op lokaal en regionaal niveau. Het is een samenwerkingsproject van landelijke (RIVM en NIVEL) en regionale (ROS Robuust en GGD Hart voor Brabant) partijen vanuit een kant gezien. Vanuit een ander gezichtspunt is het een samenwerkingsproject tussen partijen die de (eerstelijns-)zorg als primaire insteek hebben (NIVEL en Ros Robuust) en partijen die de volksgezondheid als primaire insteek hebben (RIVM en GGD Hart voor Brabant). Dit om te komen tot een optimale kruisbestuiving zowel tussen nationaal en regionaal niveau als tussen eerstelijnsgezondheidszorg en de public health sector. Dat daar de nodige haken en ogen aan zitten laat dit rapport zien. Dat er te winnen valt laat het rapport ook zien. Er zijn aanbevelingen geformuleerd om de informatievoorziening verder te verbeteren. NIVEL en RIVM zijn reeds aan de gang om de informatie in respectievelijk de Vraag Aanbod Analyse Monitor en de regionale VTV te verbeteren. Andere partijen worden uitgenodigd de aanbevelingen ook op te pakken.

Dank gaat uit naar diegenen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van dit rapport. Dat zijn in de eerste plaats de ambtenaren van de gemeenten die hebben meegewerkt aan de interviews. De klankbordgroep van de VAAM wordt daarnaast bedankt voor de reflectie op de indicatoren.

De projectgroep

Samenvatting

Aanleiding

Dit rapport wil een bijdrage leveren aan een verbeterde en meer samenhangende informatievoorziening over volksgezondheid en zorg op lokaal en regionaal niveau. De informatievoorziening over volksgezondheid en zorg zijn nu nagenoeg van elkaar gescheiden. Beleidsmatig is het streven beide werelden meer op elkaar te doen aansluiten. Aan de ene kant zou er in het gemeentelijke gezondheidsbeleid (naast preventie) meer aandacht moeten komen voor de curatieve (eerstelijns)zorg als determinant van de gezondheid van de lokale bevolking. Aan de andere kant zou de eerstelijnsgezondheidszorg meer van de mogelijkheid gebruik moeten maken om (naast curatieve zorg) preventie aan te bieden of mensen te verwijzen naar het lokale aanbod aan preventieve activiteiten.

Vooraf de gemeente zou hierbij een sterkere rol kunnen spelen. Het Ministerie van VWS stelde daarom de vraag in hoeverre het haalbaar is om de bestaande instrumenten op het gebied van lokale informatievoorziening, de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) en de regionale Volksgezondheids Toekomst Verkenning (regionale VTV), beter op elkaar af te stemmen.

Hoofdvraag

De hoofdvraag van deze haalbaarheidsstudie is: In hoeverre is het wenselijk en haalbaar om de informatievoorziening in de VAAM en in de regionale VTV beter op elkaar te laten aansluiten? Vanwege de verschillen tussen de instrumenten in doel en doelgroepen, is het proces en de resultaten voor beide instrumenten afzonderlijk beschreven.

Onderwerp van studie; Vraag Aanbod Analyse Monitor en Regionale VTV

De VAAM is opgezet tegen de achtergrond van de beleidsmatige wens om het aanbod van eerstelijnsvoorzieningen af te stemmen op de vraag in geografische eenheden van 10.000 tot 15.000 inwoners. De VAAM is een vrij toegankelijk internetinstrument waarmee voor alle gemeenten en 4-cijferige postcodegebieden in Nederland, de lokale vraag naar eerstelijnsvoorzieningen en de mate van afstemming van het aanbod daarop in kaart kan worden gebracht. Aangezien de lokale vraag niet bekend is, is deze gemodelleerd op basis van de bevolkingssamenstelling van gemeenten en postcodegebieden met behulp van landelijke databases die op steekproeven zijn gebaseerd. Met de VAAM wordt beoogd om de lokale discussie tussen aanbieders, patiëntenorganisaties en financiers over de gewenste afstemming van aanbod op vraag te voeden. De VAAM is een samenwerkingsproject tussen het NIVEL en de NPCF.

De regionale VTV is een volgens het model van de nationale VTV op maat gemaakte combinatie van rapportages op regionaal en gemeentelijk niveau en een vrij toegankelijke website, waarin de volksgezondheid wordt beschreven op basis van een epidemiologische analyse, de ontwikkelingen in het beleid en de zorg worden beschreven en een blik in de toekomst wordt geworpen. De regionale VTV bevat vooral cijfers op regionaal en gemeenteniveau en niet of nauwelijks op buurtniveau. Belangrijke bron voor de regionale VTV zijn de door de GGD gehouden gezondheidsenquêtes. De regionale VTV is bedoeld

ter stimulering van evidence based gezondheidsbeleid op lokaal niveau, zoals dat gestalte krijgt in de gemeentelijke nota's volksgezondheidsbeleid.

Methode

Deze haalbaarheidsstudie is een exploratieve studie naar de mogelijkheden te komen tot een betere afstemming tussen de regionale VTV en de VAAM. Hiertoe is gekeken of in de regionale VTV indicatoren van de VAAM toegevoegd kunnen worden en andersom of in de VAAM indicatoren uit de regionale VTV kunnen worden toegevoegd. Een positief antwoord op deze vragen hing af van een viertal zaken die apart besproken zijn in een viertal fases voor elke instrument in dit rapport:

- Verkenningfase: welke indicatoren zijn aanwezig bij beide indicatoren;
- Inventarisatiefase: welke indicatoren worden relevant bevonden door de projectgroep en de gebruikersgroep van beide instrumenten. De indicatoren werden relevant bevonden wanneer ze bijdroegen aan het doel van de instrumenten;
- Analysefase: welke indicatoren kunnen op het gewenste niveau van beide instrumenten nauwkeurig gepresenteerd worden?;
- Presentatiefase: kunnen de indicatoren goed interpreteerbaar voor de gebruikers gepresenteerd worden in beide instrumenten?

Resultaten regionale VTV

De interesse was er voor cijfers die betrekking hebben op de Wmo, op aanbodsgegevens over eerstelijnsvoorzieningen en voor gegevens over de mate van afstemming van het lokale zorgaanbod op de zorgvraag. Daarbij was de mogelijkheid om te kunnen vergelijken met omliggende gemeenten belangrijk.

De projectgroep heeft hieruit geconcludeerd dat gegevens over vraag naar en aanbod van huisartsenzorg alsmede de mate van afstemming van het aanbod op de vraag relevant zijn voor gemeenten. Zij zijn met name geïnteresseerd in eventuele tekorten aan huisartsenzorg nu en in de toekomst, vooral om daar op in te kunnen spelen bij de planning van voorzieningen. Vanuit dezelfde redenering zijn, zo is de conclusie van de projectgroep, ook gegevens over de afstemming tussen verwachte vraag en aanbod van farmaceutische zorg, fysiotherapie, verloskunde en mondzorg in potentie interessant. Ook de vraag naar zorg voor chronische aandoeningen, comorbiditeit en multimorbiditeit is voor gemeenten in potentie interessant. Hier speelt ook de aansluiting op taakvelden uit de Wmo.

Gegevens worden gepresenteerd over:

- de huisartsendichtheid per gemeente;
- de verwachte consulttijd met de huisartsenpraktijk per inwoner, weergegeven per gemeente;
- de afstemming van het zorgaanbod van huisartsenzorg op de zorgvraag, afgemeten aan de totale consulttijd per beschikbare fte huisarts afgezet tegen het landelijk gemiddelde, eveneens weergegeven per gemeente.

Resultaten VAAM

Kennis over de mate waarin wijken of buurten afwijken van het gemiddelde voor wat betreft gezondheid en (ongezonde) leefstijl kan de discussie voeden over het verwijzen naar reeds bestaande preventieprogramma's (bijvoorbeeld van de GGD) dan wel nieuwe preventieprogramma's op te zetten door samenwerking tussen de GGD en de eerste lijn.

De regionale VTV bevat dergelijke gegevens op regionaal en gemeentelijk niveau. Opname van die gegevens in de VAAM kan bijdragen aan de discussie over de gewenste inrichting van de eerste lijn en dan met name aanleiding geven preventieprogramma's op te zetten, gebaseerd op de specifieke samenstelling van de bevolking in de wijk. De eerste lijn zou door deze uitbreiding van de VAAM beter bij de discussie over het collectieve en selectieve preventie-aanbod kunnen worden betrokken.

Uit het selectieproces zijn de volgende indicatoren voor gezondheid uit de regionale VTV (afkomstig uit GGD-enquêtes) als interessant en geschikt om in de VAAM te presenteren naar voren gekomen:

- Het percentage mensen met een minder dan goede ervaren gezondheid;
- Het percentage mensen met beperkingen;
- Het percentage mensen met beperking uitgesplitst naar beperking;
- Het percentage mensen met chronische aandoeningen.

Indicatoren voor (ongezonde) leefstijl uit de regionale VTV en interessant voor de VAAM zijn:

- Het percentage mensen met over- en ondergewicht;
- Het percentage mensen dat rookt;
- Het percentage mensen met overmatig alcoholgebruik;
- Het percentage mensen met lichamelijke inactiviteit;
- Het percentage mensen dat drugs gebruikt.

Conclusie

De resultaten van deze haalbaarheidsstudie laten zien dat nadere afstemming van de informatievoorziening in de VAAM en de regionale VTV wel wenselijk wordt gevonden, maar dat het op dit moment minimaal mogelijk is. Oorzaken hiervoor zijn verschillen in doelgroep en de presentatiewijze van de informatie, en de beschikbaarheid van data.

Bijgaand rapport moet worden gezien als een eerste stap. De opname van eerstelijnsgegevens in de regionale VTV draagt ertoe bij dat gemeenten de eerste lijn gaan betrekken bij lokaal gezondheidsbeleid. De opname van gegevens over preventie en gezondheid in de VAAM zal bijdragen aan de discussie over de betrokkenheid van de eerste lijn bij preventie. Het opnemen van informatie in kennisproducten als regionale VTV en VAAM draagt bij, maar is niet voldoende om de samenwerking tussen public health en eerste lijn te bevorderen. Het veld zelf is hierbij aan zet, hierbij uitgedaagd door goede voorbeelden. Belangrijk daarbij is de input van gebruikers, gemeenten en eerstelijnszorgaanbieders die nog enigszins zoekende zijn naar hun rol. Uit dit rapport komt van de kant van gemeenten de behoefte aan dialoog naar voren.

Zowel de regionale VTV als de VAAM zijn vooral van belang om met betrokkenen in dialoog te gaan over gemeentelijk gezondheidsbeleid respectievelijk eerstelijnszorg. Afstemming tussen de regionale VTV en de VAAM leidt tot agendasetting voor meer samenhang in gemeentelijk gezondheidsbeleid en de eerste lijn en dan juist in die dialogen waarvoor de instrumenten bedoeld zijn. Zo heeft deze haalbaarheidsstudie zelf al geleid tot een structureel overleg tussen een betrokken gemeente en de ROS over de gewenste samenhang in beleid. Inspanningen voor een verdere integratie van informatie of een verdere detaillering van de informatie, zullen ook altijd moeten worden gezien in de meerwaarde die dit kan hebben voor de dialoog.

1 Inleiding

Zowel de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) als de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (regionale VTV) voorzien in informatie over gezondheid en gezondheidszorg op lokaal en regionaal niveau. De VAAM richt zich daarbij meer op de curatieve zorg en de regionale VTV meer op de preventieve zorg. Om te komen tot een meer samenhangende informatievoorziening over gezondheid en zorg op lokaal en regionaal niveau werd, in opdracht van VWS, een haalbaarheidsstudie uitgevoerd. De haalbaarheidsstudie geeft inzicht in de mogelijkheden om tot een afstemming te komen tussen de informatie op de VAAM en in de regionale VTV (zie box 1.1). Deze haalbaarheidsstudie is een eerste stap om te bezien in hoeverre afstemming tussen beide instrumenten mogelijk is. In dit opzicht is deze studie exploratief van aard. Er zal alleen gekeken worden naar een mogelijke afstemming van beide instrumenten en niet naar integratie. Integratie is op dit moment nog een stap te ver. Beide instrumenten hebben namelijk andere doelgroepen, doelen en manier van presenteren. Bovendien is nog niet bekend of afstemming mogelijk is. In dit rapport worden daarom het proces en de resultaten van een mogelijke afstemming tussen de VAAM en de regionale VTV besproken.

Box 1.1: Doel haalbaarheidsstudie

Beleidsdoel van VWS:

Betere afstemming tussen de publieke gezondheidszorg en de curatieve gezondheidszorg door een meer samenhangende informatievoorziening over gezondheid en zorg.

Doel haalbaarheidsstudie:

Het proces, om te komen tot een meer samenhangende informatievoorziening over gezondheid en zorg, bespoedigen en faciliteren door te bezien in hoeverre het mogelijk is om de informatievoorziening van de VAAM en de regionale VTV beter op elkaar aan te laten sluiten.

1.1 Achtergrond

Op 24 december 2007 zond toenmalig minister Klink namens het kabinet de ‘kaderbrief: visie op gezondheid en preventie’ naar de Tweede Kamer. De belangrijkste bijlage bij dit document was het visiedocument ‘Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie’. In dit document pleit Minister Klink voor een bredere visie op gezondheid en preventie; voor een sterkere samenhang tussen de reguliere zorg en de openbare zorg. Integratie is volgens minister Klink noodzakelijk; ‘een dominant vertrouwen op het vermogen van onze curatieve zorg om alle gezondheidsproblemen op te lossen is niet realistisch’ (Gezond zijn, gezond blijven, 2007). Bepaalde doelgroepen die met collectieve preventie niet goed worden bereikt, kunnen mogelijk beter worden bereikt voor individuele preventie via de eerstelijnszorg. Deze ambities vragen om meer integratie tussen preventie en zorg (cure).

1.2 Onderwerp

De integratie tussen de preventieve en de curatieve zorg kan bevorderd worden door informatie over preventie en zorg beter op elkaar af te stemmen. Wanneer bijvoorbeeld informatie over (determinanten van) gezondheid geïntegreerd wordt met informatie over de vraag naar eerstelijnszorg, kunnen partijen die zich bezig houden met de planning van eerstelijnszorg de gezondheidssituatie explicieter betrekken in de aard en omvang van de te leveren zorg. Daarnaast zouden eerstelijnszorgverleners cliënten makkelijker kunnen doorverwijzen naar instellingen die preventieve interventies aanbieden, wanneer zij informatie hebben over het aanbod van preventieve interventies. Andersom, kan in het gemeentelijke gezondheidsbeleid de kennis over de verwachte zorgvraag aanleiding geven tot beleid dat bijvoorbeeld meer gericht is op de toegankelijkheid van zorg. Door middel van deze haalbaarheidsstudie willen we bijdragen aan een meer samenhangende informatievoorziening over gezondheid en zorg op regionaal niveau. De VAAM en de regionale VTV maken nationale, regionale en lokale zorg- en gezondheidscijfers regionaal en lokaal inzichtelijk en zouden zich daarom bij uitstek lenen om te komen tot een meer geïntegreerde informatievoorziening over gezondheid en zorg op regionaal niveau.

1.2.1 *De Vraag Aanbod Analyse Monitor*

De VAAM is voortgekomen uit de gedachte dat een sterke eerstelijnsgezondheidszorg lokaal georganiseerd zou moeten zijn en afgestemd op de lokale zorgvraag; op een schaalgrootte van 10.000-15.000 burgers (Eerstelijnszorg voorop; op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntperspectief, 2007). Informatie over de vraag op lokaal niveau was echter niet aanwezig en kwam tot stand door het gebruik van planningsnormen en vestigingsbeleid waarbij vaak de historische situatie als uitgangspunt werd genomen. Echter, beleid gebaseerd op een historische situatie is niet altijd toereikend.

Box 1.2: Eerstelijnszorg indicatoren VAAM

De VAAM toont naast demografische gegevens van een door de gebruiker geselecteerd gebied, eerstelijnszorggerelateerde uitkomstschermen met zorggegevens die betrekking hebben op het geselecteerde gebied. De VAAM bevat echter geen cijfers voor alle disciplines uit de eerstelijnszorg, omdat niet voor alle disciplines beschikbare gegevens zijn (i.e. logopedie en ergotherapie). De volgende informatie is te vinden op de VAAM:

- **Algemene medische zorg**; het verwacht aantal contacten met de huisartspraktijk voor clusters van aandoeningen als infectieziektes, chronische aandoeningen en aandoeningen bewegingsapparaat.
 - **Huisartsenzorg**; het verwacht aantal contactminuten met de huisartspraktijk per inwoner uitgesplitst naar soort contact (consult, visite) en type zorgverlener (huisarts of praktijkondersteuner), het aanbod aan huisartsen, de afstemming vraag/aanbod huisartsenzorg en het belang dat inwoners hechten aan kwaliteitsaspecten in de huisartsenzorg.
 - **Zorg voor chronische aandoeningen**; het verwachte aantal contacten voor mensen met specifieke chronische aandoeningen: diabetes, COPD, Cardiovasculair risicomanagement en hartfalen.
 - **Psychosociale zorg**; verwachte voorkomen van psychisch onwelbevinden, psychiatrische stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen, alcoholafhankelijkheid en contact met de huisarts voor psychosociale problemen.
 - **Zorg aandoeningen bewegingsapparaat**; verwachte aantal huisartscontacten voor aandoeningen aan het bewegingsapparaat, contacten met de fysiotherapeut en de oefentherapeut totaal en uitgesplitst voor chronische versus niet-chronische patiënten en verwezen versus op eigen initiatief gekomen patiënten.
 - **Farmaceutische zorg**; verwachte aantallen voorgeschreven geneesmiddelen, totaal, voor specifieke groepen geneesmiddelen (maagmiddelen, cholesterolverlagers, antibiotica, kalmeringsmiddelen, antidepressiva, astma/COPD-medicatie en insulines) en voor de ATC hoofdstukken.
 - **Dieetadvisering**; verwacht aantal patiënten dat een beroep doet op dieetadvisering en het verwacht aantal uren dieetadvisering per patiënt.
 - **Verloskundige zorg**; het verwacht aantal geboortes en het verwacht aantal thuisbevallingen.
- Verder toont de VAAM ook toekomstramingen voor de vraag naar zorg.

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en het NIVEL hebben daarom in 2005 het initiatief genomen om een monitor te ontwikkelen die vraag- en aanbodcijfers op lokaal niveau inzichtelijk maakt. Het idee was om met deze monitor geïnformeerd de discussie te kunnen voeren over de gewenste inrichting van de eerstelijnsgezondheidszorg op lokaal niveau.

De NPCF en het NIVEL hebben subsidie gekregen van het fonds PGO om een instrument te maken in de vorm van een lokale vraag- en aanbodmonitor die vrij toegankelijk is voor iedereen, die gebruikt kan worden door lokale belanghebbenden zoals lokale aanbieders en financiers, om de lokale vraag naar en het aanbod van eerstelijnsgezondheidszorg voor heel Nederland te analyseren. De VAAM heeft daarom de gestalte gekregen van een internetinstrument waarmee gebruikers op eenvoudige wijze gegevens over de eerstelijnszorg in een door hen geselecteerd gebied kunnen genereren. De VAAM voorziet in informatie over de eerstelijnszorg, gericht op de curatieve zorg (zie box 1.2 voor een lijst van indicatoren die gepresenteerd worden op de VAAM).

Box 1.3: Methode VAAM

De cijfers op de VAAM zijn verwachtingen gebaseerd op sociaal-demografische kenmerken van de bevolking, omdat werkelijke cijfers over de eerstelijnsgezondheidszorg niet beschikbaar voor alle lokale gebieden van Nederland. De vraag naar eerstelijnszorg is voor de VAAM daarom gemodelleerd met gegevens uit landelijke databases, gebaseerd op steekproeven uit de bevolking of voorzieningen (huisartsen- en fysiotherapiepraktijken). De VAAM presenteert dan ook geen werkelijke cijfers maar verwachtingen. De verwachte vraag wordt in de VAAM geschat door de gegevens uit landelijke databases te extrapoleren naar gemeenten en postcodegebieden. Het extrapoleren van de gegevens wordt gedaan op grond van de bevolkingssamenstelling (naar leeftijd, geslacht, type huishouden, etniciteit en inkomen) en de mate van stedelijkheid van het gebied (deze postcodekenmerken zijn beschikbaar bij het CBS). Via regressie-analyse wordt de samenhang berekend tussen demografische gegevens en de vraag naar zorg. Met behulp van de regressie-analyse kunnen vragen beantwoord worden als; Hebben ouderen meer zorg voor infectieziekten? Hebben vrouwen vaker astma dan mannen? De resultaten op zojuist genoemde vragen worden weergegeven in formules. De formules worden vervolgens toegepast op alle gemeenten en postcodegebieden van Nederland, ieder met een eigen bevolkingssamenstelling. Voor een uitgebreide verantwoording wordt verwezen naar Brouwer et al, 2006.

De VAAM is een instrument dat steeds verder ontwikkeld wordt. Medio 2010 is de VAAM uitgebreid met gegevens over het aanbod van de huisartsenzorg. Voor gebieden met meer dan vier huisartsen wordt het aantal huisartsen weergegeven en het verwacht aantal fte dat huisartsen werken.

Daarnaast wordt de confrontatie tussen de verwachte vraag en het feitelijk aanbod van zorg getoond en cijfers over het belang dat mensen hechten aan bepaalde kwaliteitsaspecten van de zorg, gezien de bevolkingssamenstelling van de wijk. Deze gegevens zijn gebaseerd op uitkomsten van de Consumer Quality-Index, die bestaat uit twee vragenlijsten. Eén vragenlijst meet de ervaringen van patiënten met de zorg en de andere vragenlijst meet de belangen van de patiënten (Sixma, Delnoij, Stubbe, Triemstra et al, 2007). De uitkomsten uit de Consumer Quality Index worden via de bevolkingssamenstelling geëxtrapoleerd naar gemeenten en postcodegebieden.

Specifieke gegevens over de vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg voor gebieden met 10.000-15.000 inwoners zijn niet beschikbaar. Daarom wordt de verwachte lokale vraag naar eerstelijnszorg geschat met behulp van nationale uitgezette vragenlijsten omtrent zorg en aandoeningen en nationale registraties zoals het Landelijke InformatieNetwerk Huisartsen van het NIVEL (LINH; Verheij, van Dijk, Abrahamse, Davids, Van den Hoogen, Braspenning, van Althuis, 2009). De schattingen naar de verwachte lokale vraag eerstelijnszorg zijn gebaseerd op demografische en sociaal-economische kenmerken van de bevolking, zoals geslacht, leeftijd, inkomen en etniciteit. Deze kenmerken worden in rekenmodellen gebruikt als voorspellers van verschillende uitkomstmaten, bijvoorbeeld het verwacht percentage inwoners met contact met de fysiotherapeut. (zie box 1.3 voor een meer uitgebreide beschrijving van de methode van de VAAM).

Gebruikers VAAM

De VAAM wordt veelvuldig gebruikt door beleidsmakers in de zorg op regionaal en lokaal niveau. Het gaat daarbij om belanghebbenden bij de afstemming van het lokale aanbod van eerstelijnsvoorzieningen op de lokale zorgvraag. Deze afstemming vindt plaats in discussie tussen verschillende ‘partijen’, te weten verzekeraars, patiënten-organisaties en organisaties van aanbieders, ondersteund door Regionale Ondersteunings-organisaties (ROS'en).

1.2.2 Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning

De Wet Publieke Gezondheid (WPG) schrijft de gemeenten voor eens per vier jaar een gemeentelijke nota volksgezondheidsbeleid vast te stellen in navolging op de landelijke preventienota (Ministerie van VWS, 2008). De gemeenten dienen hiervoor inzicht te verwerven in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking, gebaseerd op een epidemiologische analyse. Doel hiervan is het stimuleren van evidence-based gezondheidsbeleid op lokaal niveau (Van Bon-Martens et al., 2008). De gemeentelijke of gemeenschappelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) voeren deze epidemiologische taak voor hun gemeenten uit.

In de nationale Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV), die vanaf 1993 iedere vier jaar wordt uitgebracht door het RIVM, wordt de gezondheidssituatie van de Nederlandse bevolking integraal beschreven (van der Lucht F, Polder JJ, 2010). Nationaal én internationaal hebben de VTV's erkenning gekregen als één van de beste praktijkmodellen voor een volksgezondheidsrapportage op nationaal niveau (Brand & Cornelius-Taylor, 2003). Door het primair nationale karakter levert de nationale VTV echter onvoldoende input voor het lokale gezondheidsbeleid. In de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant is daarom een regionale variant van een VTV ontwikkeld, die een vergelijkbare basis voor het lokale gezondheidsbeleid zou kunnen bieden. De nationale VTV stond daarbij model voor de producten, inhoud en vorm, proces en organisatie. Deze eerste regionale VTV's zijn in 2006 opgesteld voor de GGD-regio's Hart voor Brabant en West-Brabant en bestaan uit drie producten: een Regionaal rapport per regio, gemeentelijke rapportages met kernboodschappen voor lokaal beleid en een website met actuele gezondheidsinformatie voor lokaal beleid: het Regionaal Kompas Volksgezondheid (Van Bon-Martens et al., 2006a en b; Van Bon-Martens et al., 2008; www.regionaalkompas.nl) (zie box 1.4; producten regionale VTV). Een regionale VTV beschrijft de volksgezondheid op basis van een epidemiologische analyse, de ontwikkelingen in het beleid en de zorg (zie box 1.5 voor de volksgezondheidsindicatoren van de regionale VTV).

Box 1.4: Producten regionale VTV

Product 1: regionaal rapport

Het regionaal rapport geeft antwoord op de volgende vragen: 'Wat zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen in de regio?', 'Wat zijn de belangrijkste oorzaken van ongezondheid in de regio?', 'Wat gebeurt er aan beleid, preventie en zorg?' en 'Wat brengt de toekomst?'. De belangrijkste bevindingen van het regionale rapport, en de betekenis hiervan voor het strategisch regionaal en lokaal gezondheidsbeleid, zijn samengevat in de vorm van regionale kernboodschappen (Van Bon-Martens et al., 2008).

Product 2: gemeentelijk rapport met kernboodschappen voor lokaal beleid

De rapportages 'Kernboodschappen voor lokaal beleid' bestaan uit twee gedeelten. Het eerste gedeelte bevat de belangrijkste regionale bevindingen, aangevuld met de belangrijkste bevindingen voor de gemeente. In het tweede gedeelte staat de betekenis van deze bevindingen voor het lokale volksgezondheidsbeleid centraal. De gemeentelijke rapportage bevat een bijlage waarin cijfers van de gemeente vergeleken worden met die van de regio en, waar mogelijk, met de cijfers voor Nederland (Van Bon-Martens et al., 2008).

Product 3: Regionaal Kompas Volksgezondheid

Het Regionaal Kompas Volksgezondheid is een actuele digitale wegwijzer voor de mogelijkheden om de volksgezondheid te verbeteren. Het Regionaal Kompas Volksgezondheid geeft per beleidsthema een overzicht van de belangrijkste landelijke en regionale cijfers, de beleidsopties voor gemeenten, effectieve en aanbevolen interventies en het huidige regionale aanbod van interventies. Daarmee biedt het bouwstenen aan de gemeente om strategische beleidsprioriteiten te vertalen naar een concreet plan van aanpak (Van Bon-Martens et al., 2008). Het Regionaal Kompas is in eerste instantie gericht op beleidsmakers van gemeenten en regionale en lokale instellingen op het gebied van de volksgezondheid, maar biedt ook informatie die voor een breder publiek interessant kan zijn (www.toolkitvtv.nl).

De regionale VTV wordt door het Ministerie van VWS gezien als een belangrijk instrument om de kwaliteit van de lokale nota's volksgezondheid te verbeteren en ondersteunt de landelijke implementatie door het RIVM om een toolkit voor een regionale VTV te ontwikkelen (www.toolkitvtv.nl) (Ruwaard, 2007; Kiezen voor gezond leven, VWS, 2006). De Inspectie van de Gezondheidsraad (IGZ) beveelt de GGD'en aan om regionale VTV's op te stellen omdat deze bijdragen aan betere advisering aan gemeenten (IGZ, 2010). In meer GGD-regio's (n=8) zijn inmiddels (onderdelen van) regionale VTV's verschenen of worden hiervoor plannen gemaakt (n=2).

Gebruikers regionale VTV

De informatie uit de regionale VTV's wordt gebruikt ter onderbouwing van regionaal en gemeentelijk gezondheidsbeleid. Op basis van een regionale VTV kunnen gemeenten integraal prioriteiten stellen in hun lokale gezondheidsbeleid. De meerwaarde van de regionale VTV zit daarbij in de vertaling van de 'kale' cijfers naar kernboodschappen voor het lokale gezondheidsbeleid. De ervaring leert, dat de regionale VTV een goed instrument is om gezondheidsbeleid in de regio op de agenda te zetten (Jeeninga et al, 2008; van Bon-Martens et al, 2009). Daarnaast wordt de regionale VTV in toenemende mate gebruikt door regionale zorgaanbieders om hun toekomstig zorgaanbod af te stemmen op de toekomstige regionale zorgvraag.

Box 1.5: Volksgezondheidsindicatoren regionale VTV

In een regionale VTV worden lokale, regionale en landelijke gegevens over volksgezondheid en zorg verzameld, geanalyseerd en geïntegreerd op nationaal vergelijkbare wijze. Gemeenten krijgen daardoor goed zicht op de huidige en toekomstige eigen volksgezondheidssituatie en kunnen zich spiegelen aan andere gemeenten, regio's en Nederland als geheel. Inhoudelijk is de regionale VTV evenals de landelijke VTV gebaseerd op het model van Lalonde (1974). De regionale VTV bevat de volgende onderdelen:

- **Gezondheidstoestand:** het voorkomen van ziektes in de regio, levensverwachting, doodsoorzaken en verschillen met landelijke cijfers en gemeenten cijfers.
- **Determinanten van gezondheid:** factoren die de gezondheidstoestand in een regio beïnvloeden; persoonsgebonden factoren (bijv. erfelijkheid, leefstijl), fysieke omgevingsfactoren en sociale omgevingsfactoren.
- **Preventie en zorg:** interventies gericht op het positief beïnvloeden van de gezondheid; aanbod aan preventieve en andere zorgvormen, zorggebruik, toegankelijkheid van (preventie) zorg en kwaliteit van (preventieve) zorg.
- **Toekomstprognoses:** op externe ontwikkelingen gebaseerde toekomstprognoses van het voorkomen van ziekten en aandoeningen, en hiervoor benodigd toekomstig zorgaanbod.

1.3 Vergelijking VAAM/regionale VTV

Als we de VAAM en de regionale VTV vergelijken, dan zien we overeenkomsten en verschillen. De belangrijkste overeenkomst is, dat in beide producten nationale informatie toepasbaar wordt gemaakt in de regionale en lokale context. Naast deze overeenkomst zijn er vooral verschillen (zie schema 1). De regionale VTV wordt gemaakt in opdracht van de GGD, is vooral bedoeld voor de onderbouwing van het gezondheidsbeleid van lagere overheden en is gebaseerd op regionale en gemeentelijke cijfers. Hierdoor staan (determinanten van) gezondheid en preventieve zorg voorop. De primaire gebruikers zijn dan ook de lokale overheden. Secundaire gebruikers zijn andere regionale en lokale (beleids)actoren op het terrein van de volksgezondheid.

De VAAM daarentegen, is gebaseerd op nationale cijfers en richt zich vooral op de eerstelijnszorg. Binnen de VAAM wordt wel enige aandacht besteed aan preventie, gezondheid en determinanten van gezondheid, maar de (curatieve) zorg staat voorop. De primaire gebruikers zijn 'partijen' in de zorg en 'partijen' die met de curatieve zorg te maken hebben. Het verschil in gebruikersgroepen van de twee producten leidt ook tot een verschil in schaalniveau waarop de cijfers in beide producten gepresenteerd worden. Bij de regionale VTV is het schaalniveau van presenteren vooral het gemeentelijk en regionaal niveau (hoewel bij grote gemeenten ook wel wordt ingezoomd op buurten of wijken). De VAAM gaat uit van gemeenten en gebieden met 10.000-15.000 burgers omdat op dat niveau het eerstelijnszorgaanbod dient te worden afgestemd op de lokale zorgvraag.

Naast de verschillen in doelstelling, gebruikers en het schaalniveau van presenteren, is er ook een verschil in aanpak. Een regionale VTV wordt door een GGD in overleg met zijn gemeenten op maat gemaakt, met ondersteuning van het RIVM. Daardoor, en doordat de ontwikkeling van de regionale VTV vrij nieuw is, is deze pas in een beperkt aantal regio's beschikbaar. Bij de VAAM is er sprake van één product dat voor heel Nederland vrij en direct toegankelijk is.

Tabel 1.1: Verschillen tussen regionale VTV en VAAM

	Regionale VTV	VAAM
Schaal	Regionaal en gemeentelijk	Postcode en gemeenteniveau
Reikwijdte	Tot nu toe 5 GGD-regio's, eind 2010 naar verwachting 10 GGD-regio's van de 28	Alle postcodegebieden in Nederland > 1.000 inwoners
Inhoudelijke insteek	Gezondheid, determinanten, (preventieve) zorg, betekenis voor beleid	Vraag naar en aanbod van eerstelijns-gezondheidszorgvoorzieningen
Primaire gebruikers	Lokale overheden, (regionale en lokale) beleidsactoren op terrein van volksgezondheid	'Partijen' betrokken bij vormgeving lokaal zorgaanbod
Product(en)	Regionaal rapport, gemeentelijke rapporten + (ondersteunende) website	Website
Domein	Gezondheidsbeleid	Zorgbeleid

1.4 Doel onderzoek

De regionale VTV en de VAAM hebben een aantal raakvlakken maar over het algemeen vullen zij elkaar, omdat de wereld van de publieke gezondheidszorg (preventie) en de wereld van de curatieve zorg grotendeels gescheiden werelden zijn. Zoals eerder gesteld, is het de doelstelling van het ministerie van VWS om deze werelden beter op elkaar te laten aansluiten (VWS, 2007).

Aan de ene kant zou er in het gemeentelijke gezondheidsbeleid (naast preventie) meer aandacht moeten komen voor de curatieve (eerstelijns)zorg als determinant van de gezondheid van de lokale bevolking. Voor het optimaliseren van (met name de toegankelijkheid van) de eerstelijnszorg en de afstemming tussen preventie en zorg is het van belang dat er gegevens over de lokale zorgvraag en het lokale zorgaanbod beschikbaar zijn. Hiervoor moet worden uitgezocht welke zorggegevens uit de VAAM interessant zijn voor beleidsmakers en hoe deze gegevens het beste opgenomen kunnen worden in de diverse regionale VTV producten.

Aan de andere kant zou de eerstelijnsgezondheidszorg meer van de mogelijkheid gebruik moeten maken om (naast curatieve zorg) preventie aan te bieden of mensen te verwijzen naar het lokale aanbod aan preventieve activiteiten. Een groot deel van de mensen komt immers jaarlijks bij de huisarts of bij andere zorgverleners in de eerste lijn. De eerste lijn leent zich goed voor vroegtijdige signalering van personen met een verhoogd risico op bepaalde aandoeningen en staat dicht bij de mensen in de wijk die gevoelig blijken voor gezondheidsadviezen van huisartsen of verpleegkundigen. In de eerste lijn zou met betrekking tot preventie meer kunnen worden ingespeeld op de specifieke gezondheids-situatie in een wijk als gegevens over de lokale gezondheid (en het lokale preventie-aanbod) beter beschikbaar zouden zijn. Hiervoor moet worden uitgezocht welke lokale gezondheidsinformatie uit de regionale VTV interessant is om toe te voegen aan de VAAM. Het doel van het beter op elkaar aan laten sluiten van beide producten is om bij te dragen aan een betere schatting van het benodigde zorgaanbod op de (toekomstige) zorgvraag, en daarmee aan de versterking van de relatie tussen de curatieve zorg en preventie. Deze haalbaarheidsstudie is een eerste stap en heeft als doel om beide processen te bespoedigen en te faciliteren door te kijken in hoeverre we de informatievoorziening van de VAAM en de regionale VTV beter op elkaar kunnen laten aansluiten.

1.5 Vraagstelling en deelvragen

Om bij te dragen aan een meer samenhangende informatievoorziening over gezondheid en zorg, staat in deze haalbaarheidsstudie de volgende vraagstelling centraal:

In hoeverre is het haalbaar om de informatie in de VAAM en de regionale VTV beter op elkaar af te stemmen?

Het afstemmingsproces, dat wil zeggen het opnemen van specifieke gezondheids- of zorginformatie van de VAAM in de regionale VTV en van de regionale VTV in de VAAM, wordt voor beide producten apart beschreven. Beide producten hebben namelijk andere doelen, doelgroepen en niveau van presenteren. Zo worden indicatoren die op de VAAM gepresenteerd worden op postcodeniveau en wellicht overgenomen worden in de regionale VTV gepresenteerd op gemeenteniveau of deelgemeenteniveau. De identiteit van beide instrumenten blijft daarmee bestaan en de doelen van beide instrumenten behouden. Wel moet daarom gekeken worden naar de geschiktheid van de indicatoren om die op een ander schaalniveau te presenteren en naar de manier waarop de cijfers dan gepresenteerd worden in beide producten. Daarvoor zal dit onderzoek de volgende deelvragen voor ieder instrument apart beantwoord worden.

Deelvragen:

1. Welke informatie willen de gebruikers met welk doen opnemen van het ene instrument in het andere instrument.
2. Welke indicatoren zijn hiervoor geschikt en welke bewerkingen moeten plaatsvinden op de indicatoren voordat deze opgenomen kunnen worden?
3. Hoe kunnen deze indicatoren dan het beste worden gepresenteerd?

1.6 Opbouw rapportage

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de indicatoren uit de VAAM die toegevoegd kunnen worden aan de regionale VTV. De methode, de keuze voor de indicatoren en de manier van presenteren in de regionale VTV worden besproken. In hoofdstuk 3 worden de indicatoren beschreven die uit de regionale VTV aan de VAAM toegevoegd kunnen worden, evenals de methode, de analyses en de manier van presenteren op de VAAM. De belangrijkste resultaten worden samengevat en bediscussieerd in hoofdstuk 4.

2 Eerstelijnszorg in regionale VTV

2.1 Doel

Het doel van de regionale VTV is om een geïntegreerd beeld te geven van de (determinanten van) gezondheid van de lokale bevolking, om hiermee beleidsmedewerkers van gemeenten te ondersteunen in het vormgeven van hun gezondheidsbeleid. De informatie in de regionale VTV is daarnaast ook interessant voor bijvoorbeeld Regionale ondersteuningsstructuren voor de eerste lijn (ROS'en) en andere organisaties werkzaam op het terrein van de (preventieve) zorg. De meerwaarde van de regionale VTV zit daarbij in de vertaling van de 'kale' cijfers naar kernboodschappen voor het regionale en lokale beleid. Het zou goed zijn als er in het gemeentelijke gezondheidsbeleid (naast preventie) meer aandacht zou komen voor afstemming tussen preventie en curatieve zorg en voor de curatieve (eerstelijns)zorg als determinant van de gezondheid. Voor het optimaliseren van (de toegankelijkheid van) de eerstelijnszorg en de afstemming tussen preventie en zorg is het van belang dat er lokale gegevens over de zorgvraag en het zorgaanbod beschikbaar zijn. In de regionale VTV's van GGD'en Hart voor Brabant en West-Brabant werd geconcludeerd dat de rol van de gemeenten rondom zorg nog nauwelijks ontwikkeld is, en dat de lokale zorginformatie tekort schiet.

In dit deel van de haalbaarheidsstudie staan de volgende vragen centraal:

1. Welke informatie over de eerstelijnsgezondheidszorg uit de VAAM willen de gebruikers van de regionale VTV, met welk doel, opnemen in de regionale VTV?
2. Welke gegevens uit de VAAM (VAAM-indicatoren) zijn hiervoor geschikt en welke bewerkingen zijn hiervoor nodig?
3. Hoe, en in welke regionale VTV producten, kan deze informatie het beste worden gepresenteerd?

2.2 Methoden

Om bovenstaande vragen te kunnen beantwoorden, is een aantal stappen ondernomen. Eerst is er door de projectgroep VAAM/regionale VTV een inventarisatie gemaakt van alle beschikbare indicatoren met betrekking tot eerstelijnsgezondheidszorg van de VAAM. Vervolgens heeft de projectgroep een selectie gemaakt uit deze indicatoren, op basis van de verwachte relevantie voor gezondheidsbeleid, en daarmee de relevantie van de indicatoren voor opname in de regionale VTV (paragraaf 2.3).

Vervolgens is een lijst met potentieel relevante indicatoren over eerstelijnszorg, samen met een uitgebreide toelichting toegestuurd naar beleidsmedewerkers 'zorg' van een drietal gemeenten in Hart voor Brabant, vertegenwoordigers van de ROS'en van de betreffende gemeenten en de GGD adviseurs lokaal gezondheidsbeleid voor de betreffende gemeenten ('bespreekdocument', bijlage 2). Op basis van dit 'bespreekdocument', zijn in de drie gemeenten gesprekken gevoerd om te inventariseren welke informatie uit de

VAAM volgens de gebruikers van de regionale VTV met welk (beleids)doel opgenomen zouden moeten worden in de nieuwe regionale VTV (paragraaf 2.4). Als derde stap is op basis van deze gesprekken met gemeenten en hun adviseurs in de projectgroep, overlegd hoe het onderwerp ‘eerstelijnszorg’ een plaats zou kunnen krijgen in de nieuwe regionale VTV en welke indicatoren daarvoor verder moeten worden uitgewerkt. Deze ideeën zijn uitgewerkt voor de regio Hart voor Brabant. (paragraaf 2.5). In stap vier zijn de voorlopige uitwerkingen ter beoordeling (op bruikbaarheid en relevantie) voorgelegd aan beleidsmedewerkers van een vijftal gemeenten in de regio Hart voor Brabant (paragraaf 2.6). Ook zijn de resultaten uit Hart voor Brabant getoetst in Rotterdam Rijnmond. Hierbij werd informatie over de afstemming van vraag en aanbod in de huisartsenzorg per deelgemeente en aantallen contacten met de huisarts per deelgemeente in Rotterdam voorgelegd aan twee beleidsmedewerkers van de deelgemeenten Charlois en Noord. De vraag aan de beleidsmedewerkers was of ze de informatie kunnen gebruiken bij het beleidswerk of voor andere doeleinden en of ze suggesties hadden voor verbetering van de informatie. Om de resultaten van dit projectdeel beschikbaar te maken voor andere GGD-regio’s in Nederland, werd tenslotte een beschrijving van de bevindingen toegevoegd aan de ‘toolkit regionale VTV’ van het RIVM (www.toolkitvtv.nl; paragraaf 2.7). Het hoofdstuk besluit met de conclusies ten aanzien van de in paragraaf 2.1. beschreven deelvragen (2.8).

2.3 Inventarisatie potentieel relevante indicatoren

Een lijst met alle indicatoren over gezondheid en zorg, die beschikbaar zijn in de huidige en toekomstige versie van de VAAM, is opgenomen in bijlage 2 (onderdeel van het bespreekdocument).

In deze paragraaf wordt op hoofdlijnen beschreven waarom bepaalde ‘groepen’ van indicatoren uit de VAAM door de projectgroep al dan niet relevant gevonden werden om voor te leggen aan de gemeenten en de ROS’en.

1. Sociaal demografische achtergrond variabelen: Niet relevant
Deze zijn al in gebruik voor de regionale VTV. Het RIVM beschikt via CBS en SCP, al over deze gegevens.
2. Verwacht aantal huisartscontacten per ziektecluster: Niet relevant
Deze informatie is als maat voor het vóórkomen van deze aandoeningen niet geschikt. Als maat voor het gebruik van de eerste lijn zijn ze te gedetailleerd voor de gemeenten. De regionale VTV biedt al informatie over ziektelast en screening.
3. Vraag en aanbod huisartsenzorg: mogelijk relevant
Gegevens over de verwachte lokale zorgvraag, gegevens over het beschikbare (huidige) aanbod aan huisartsenzorg en voornamelijk gegevens over de afstemming tussen vraag en aanbod kunnen interessant zijn voor gemeenten. Beleidsvragen die kunnen spelen zijn: Is er een tekort of een overschot en wat betekent dat?, wat kan hiertoe geleid hebben? en hoe kan het eventueel worden opgelost?

4. Gegevens over de kwaliteit van de (eerstelijns)zorg: Niet relevant
In de nieuwe versie van de VAAM komen gegevens te staan over verschillende kwaliteitsaspecten van zorg zoals communicatie, bejegening, praktijkinrichting en samenwerking.
Volgens de projectgroep hebben gemeenten in het algemeen weinig invloed op deze kwaliteitsaspecten van de zorg, de kwaliteit van de zorg is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener. Daarom zijn deze gegevens als niet relevant beoordeeld voor de regionale VTV.
5. Verwachte vraag naar zorg voor chronische aandoeningen, comorbiditeit en multimorbiditeit: mogelijk relevant
Hoge cijfers voor de verwachte vraag naar zorg kunnen een signaal zijn voor een tekort aan bepaalde zorgvoorzieningen. Gemeenten kunnen bijdragen aan oplossingen hiervoor door bijvoorbeeld de vestiging van zorgcentra te stimuleren of te faciliteren.
6. Farmaceutische zorg: Mogelijk relevant
Vooral wanneer de verwachte vraag naar farmaceutische zorg kan worden afgezet tegen het daadwerkelijke medicijngebruik lijkt dit relevant. Dit zou bijvoorbeeld kunnen leiden tot signalering richting de eerstelijnszorg om bijvoorbeeld preventieprogramma's gericht op terugdringen van medicijngebruik te overwegen. In verkennende gesprekken met de gemeenten is gevraagd of zij iets met farmaceutische zorg(voorzieningen) doen (zie paragraaf 2.4).
7. Contact fysiotherapie: mogelijk relevant
De verwachte vraag naar fysiotherapie is mogelijk interessant vooral wanneer deze kan worden afgezet tegen het beschikbare aanbod. Gegevens over het aantal fysiotherapeuten (op wijkniveau) is wel beschikbaar (Nivel) maar er zijn geen lokale gegevens over het aantal fte's (fulltime-equivalents).

Afstemming tussen de lokale zorgvraag en het lokale aanbod is ook interessant voor andere beroepsgroepen (oefentherapeuten, diëtisten, verloskunde) wanneer mogelijk.
8. Mondzorg: mogelijk relevant
De indicator mondzorg wordt ook voorgelegd aan de gemeentes om te kijken of ze hier beleidsmatig iets mee kunnen/willen doen.

2.4 Verkennen behoeften van gemeenten

De gesprekken met de gemeenten hebben plaatsgevonden in januari 2010. De visie van gemeenten op de rol die zij kunnen spelen op het gebied van de eerstelijnszorg, kwamen op hoofdlijnen overeen.

Duidelijk is, dat de gemeenten nog zoekende zijn naar hun rol en hun verantwoordelijkheid met betrekking tot het (eerstelijns)zorgbeleid. De regierol van de gemeenten en de formele verantwoordelijkheid voor zorgbeleid, lijken zich nu nog te beperken tot de

thuiszorg (Wet Maatschappelijke Ondersteuning: Wmo). Op dit moment spelen de gemeenten alleen een faciliterende rol in eerstelijnszorg, zodra het gaat om de huisvesting van bijvoorbeeld een gezondheidscentrum of een huisarts. De gemeenten verschillen in hun ambitie om in de toekomst meer met (eerstelijns)zorgbeleid te gaan doen. De gemeenten geven aan dat de mogelijkheden hiervoor afhankelijk zijn van beschikbaar budget en de afstemming van verantwoordelijkheden met andere partijen zoals de ROS'en, het Zorgkantoor, de AWBZ, de zorgverzekeringen en de GGD.

De behoefte aan specifieke lokale zorgcijfers uit de VAAM in de regionale VTV varieerde tussen de gemeenten van 'voor een aantal indicatoren interessant' tot 'eigenlijk allemaal niet zo relevant'. In ieder geval werd aangegeven dat er afgestemd moet worden met 'de wijkscan', en dat er aandacht moet worden besteed aan de 'recentheid' van de gegevens indien deze worden opgenomen in een regionale VTV die 'slechts' eens per vier jaar verschijnt.

Gemeenten hebben, vanuit de verantwoordelijkheid voor uitvoering van de Wmo, wel interesse voor cijfers op het gebied van thuiszorg en voorzieningen, maar bij de gesprekken waren niet de juiste (verantwoordelijke) beleidsmedewerkers aanwezig om dit onderwerp specifiek uit te werken. Bovendien is er een andere werkgroep bezig met een verkenning van de gewenste en beschikbare informatie over het onderwerp Wmo in de regionale VTV-2011.

Voor de presentatie van vergelijkende gegevens is men vooral geïnteresseerd in een vergelijking van de eigen cijfers met die van omringende, 'vergelijkbare' gemeenten. Precieze cijfers over het lokale eerstelijnszorgaanbod (in fte) zijn bij de ROS'en niet bekend. De ROS medewerker geeft aan dat het erg lastig is zo'n overzicht te maken en dan ook nog actueel te houden.

Uit de gesprekken kwam ook naar voren dat er erg veel verschillende databronnen bestaan, en dat het goed zou zijn als er meer onderlinge afstemming, koppeling, communicatie en samenwerking zou zijn en wanneer men elkaar beter zou weten te vinden. (De verslagen van de gesprekken met de gemeenten zijn bijgevoegd in bijlage 3).

2.5 Keuze indicatoren, benodigde analyses en presentatiewijze

Keuze indicatoren

Op basis van de gesprekken met de gemeenten en hun adviseurs, is vervolgens in de projectgroep VAAM/regionale VTV besloten om in de regionale VTV een beschrijving op te nemen van wat, vanuit verschillende perspectieven, de rol van de gemeenten in het (eerstelijns)zorgbeleid zou kunnen zijn. Hierbij kan gedacht worden aan mogelijkheden voor het bevorderen van de afstemming tussen preventie en care. Ook vanuit de invalshoek dat (kwaliteit en toegankelijkheid van) zorg een determinant is van de (volks)gezondheid, zouden gemeenten meer aandacht kunnen besteden aan de eerstelijnszorg in hun lokale gezondheidsbeleid. Om te laten zien wat de mogelijkheden zijn van de cijfers van de VAAM, worden in de regionale VTV-2011 van de regio Hart voor Brabant op

lokaal niveau cijfers gepresenteerd voor de huisartsenzorg, afkomstig uit de VAAM en uit de lokale gezondheidsenquête (zie bijlage 4).

Benodigde analyses

In de VAAM zijn schattingen gemaakt van de vraag naar huisartsenzorg. Deze schattingen zijn beschikbaar per gemeente en per vierpositie-postcodegebied. De schattingen zijn gebaseerd op demografische en sociaal-economische kenmerken van de bevolking. Met behulp van een regressie-analyse heeft het NIVEL schattingen gemaakt van het aantal contactminuten per jaar per inwoner in de gemeente en in de postcodegebieden. Gemiddeld heeft een burger in Nederland 33,8 minuten contact per jaar met een huisarts. Per gemeente kan dat afwijken. Het totaal aantal contactminuten in een gemeente of postcodegebied wordt berekend door het cijfer te vermenigvuldigen met het aantal inwoners in het gebied.

Daarnaast is het aanbod van huisartsen bekend. Het aanbod aan huisartsen wordt uitgedrukt in het aantal werkzame zelfstandige huisartsen, huisartsen in dienst van een andere huisarts (HIDHA's) en het geschatte aantal fulltime huisartsen (huisarts-fte's). Door de cijfers over vraag en aanbod met elkaar te confronteren kan bekeken worden in hoeverre deze op elkaar zijn afgestemd. De afstemming van het aanbod op de vraag wordt wederom gepresenteerd op de VAAM op gemeente- en postcodeniveau.

Presentatiewijze

In de verschillende onderdelen van de regionale VTV van Hart voor Brabant wordt de informatie over de eerstelijnszorg op verschillende manieren gepresenteerd.

In het onderdeel Eerste lijn in het *regionaal* rapport wordt beschreven welke rol de gemeente heeft ten aanzien van de eerstelijnszorg. Vervolgens worden het aanbod, de vraag en de afstemming tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg in de regio gepresenteerd. Tenslotte komen een aantal aspecten van de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg (gemeten door middel van de gezondheidsenquête) in de regio aan de orde. Zo mogelijk wordt dit onderdeel in de definitieve uitwerkingsfase nog aangevuld met concrete (lieft regionale) voorbeelden van samenwerking tussen gemeenten en eerstelijnszorgverleners.

In het *gemeentelijk* rapport wordt eveneens ingegaan op de rol van de gemeente ten aanzien van de eerstelijnszorg. Achtereenvolgens worden het aanbod, de verwachte zorgvraag (nu en in de toekomst) en de toegankelijkheid van huisartsenzorg in de desbetreffende gemeente beschreven. De informatie voor gemeenten wordt afgesloten met de betekenis van de informatie voor beleid.

In het Regionaal Kompas Volksgezondheid wordt informatie opgenomen over beleid voor wat betreft de afstemming tussen openbare gezondheidszorg en eerstelijnszorg (landelijk beleid, mogelijkheden voor gemeenten) en worden kaartjes met begeleidende tekst opgenomen van het aanbod van huisartsenzorg, de geschatte zorgvraag en de afstemming van vraag en aanbod van huisartsenzorg in de regio. Ook diverse indicatoren van toegankelijkheid van eerstelijnszorg worden mogelijk toegevoegd aan het regionaal Kompas of aan de Regionale Atlas. Informatie over preventieve interventies via of in

samenwerking met de eerste lijn wordt gegeven door aanbevelen/effectieve interventies te beschrijven en links op te nemen naar het regionale aanbod in de I-database.

2.6 Reactie op voorlopige uitwerking vanuit verschillende gemeenten

Gemeenten zijn op drie momenten betrokken geweest bij de uitwerking van het onderdeel 'eerste lijn' in de regionale VTV. In januari hebben drie gemeenten meegewerkt aan de verkenningfase zoals beschreven in paragraaf 2.4. In juni heeft bij één van deze drie gemeenten een tweede gesprek plaatsgevonden om een eerste concept van de uitwerking te bespreken. Hierbij waren ook de twee medewerkers van de ROS weer aanwezig. In dit gesprek zijn zowel de uitwerking voor het regionaal rapport als de uitwerking voor het gemeentelijk rapport aan de orde geweest. Hieruit kwam als belangrijkste punt naar voren dat de afstemming tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg (de indicator uit de VAAM die we willen opnemen in de nieuwe regionale VTV) op zichzelf niet heel informatief is voor gemeenten, maar dat deze indicator een meerwaarde heeft wanneer hij gekoppeld kan worden aan andere lokale signalen die kunnen duiden op een mogelijk tekort of een overschot aan huisartsenzorg in de gemeente. Mede op basis van dit gesprek is het concept aangepast tot de uitwerking zoals gepresenteerd in bijlage 4 en beschreven in paragraaf 2.5. Tenslotte is de uitwerking (voor wat betreft de relevantie van het deel van de gemeentelijke rapportages) in oktober voorgelegd aan een vijftal ambtenaren die deelnemen aan een klankbordgroep van de regionale VTV. Deze ambtenaren (waarvan er twee ook in eerdere fase(n) betrokken waren), waren van mening dat de informatie over de eerste lijn, zoals opgenomen in het gemeentelijk rapport, relevant is voor het beleid. Zij maakten daarbij wel de opmerking dat de (wettelijke) mogelijkheden van gemeenten voor het beïnvloeden van het zorgaanbod en/of de toegankelijkheid van de huisartsenzorg zeer beperkt zijn. Hier zal bij de formulering van de betekenis van de bevindingen voor beleid rekening mee moeten worden gehouden.

De informatie over de afstemming van vraag en aanbod in de huisartsenzorg per deelgemeente en aantallen contacten met de huisarts per deelgemeente in Rotterdam werd door twee beleidsmedewerkers van de deelgemeenten Charlois en Noord bruikbaar gevonden, omdat dit soort informatie vaak wordt gevraagd door bijvoorbeeld de (deel)raad, het gezondheidscentrum en de bewonersorganisatie. Zij kunnen dan zien of er voldoende voorzieningen zijn.

Met betrekking tot de bruikbaarheid van de verstrekte informatie werd door de beleidsmedewerkers aangegeven dat de informatie bruikbaar is bij de ontwikkeling van woon-servicegebieden. Anderzijds is de informatie minder bruikbaar omdat de deelgemeente geen bemoeienis heeft met de vestiging van huisartsen of met de inhoud van hun werk. Dat is meer een taak voor GGD, de ROS Zorgimpuls en de zorgverzekeraar.

Daarnaast werd opgemerkt dat sommige informatie lastig te interpreteren was en meer uitleg op zijn plaats was. Ook werd aangegeven dat verklaringen van gevonden verschillen tussen deelgemeenten ontbraken. Deze verklaringen worden vaak gevraagd door bijvoorbeeld deelraadsleden.

2.7 Opname methoden/resultaten haalbaarheidsstudie in toolkit rVTV

Om de resultaten van deze haalbaarheidsstudie voor wat betreft het gebruiken van indicatoren uit de VAAM ten behoeve van de regionale VTV ook voor andere GGD'en toegankelijk te maken, zijn een drietal stukken toegevoegd aan de Toolkit regionale VTV. Deze toolkit is een hulpmiddel voor GGD-epidemiologen om de regionale en gemeentelijke gezondheidssituatie in kaart te brengen. Deze website is vooral bedoeld voor GGD-epidemiologen, maar is ook bruikbaar voor andere professionals die zich bezig houden met de publieke gezondheid op lokaal en regionaal niveau. De suggesties voor verbetering van de beleidsmedewerkers van Rotterdam zullen in het eerste kwartaal van 2011 verwerkt worden in de Toolkit regionale VTV.

In de onderdelen Zorg algemeen Gezondheidszorg (<http://www.toolkitvtv.nl/inhoud/indicatoren-en-bronnen/zorg/zorg-in-een-regionale-vtv/>) en Zorg algemeen Publieke gezondheidszorg wordt beschreven waarom zorg een plek verdiend in een regionale VTV. Hierin komt aan de orde welke rol gemeenten spelen ten aanzien van zorg, welke indicatoren van gezondheidszorg daarvoor gebruikt kunnen worden en welke bronnen daarvoor beschikbaar zijn. In het onderdeel Zorg Eerstelijnszorg Huisartsenzorg (<http://www.toolkitvtv.nl/inhoud/indicatoren-en-bronnen/zorg/huisartsenzorg/>) wordt beschreven waarom gegevens over huisartsenzorg in een regionale VTV passen, welke indicatoren voor aanbod, gebruik en toegankelijkheid van huisartsenzorg gebruikt kunnen worden en hoe de gegevens uit de VAAM gebruikt kunnen worden. Tevens worden in de toolkit rVTV verwezen naar succesvolle projecten in enkele gemeenten.

2.8 Conclusies

Uit dit deel van de haalbaarheidsstudie kunnen we concluderen dat gemeenten nog niet zo'n duidelijk idee hebben over hun rol in relatie tot de eerstelijnszorg. Dit maakt het ook moeilijk voor gemeenten om aan te geven welke informatie zij daarover in een regionale VTV willen zien. Wel hebben gemeenten de behoefte om beter inzicht te hebben in de beschikbare gegevens. Men wil graag voorbeelden over hoe de regierol van de gemeente kan worden ingevuld en welke stappen gezet kunnen worden naar meer samenwerking tussen preventie en zorg. Ten slotte heeft men wel behoefte aan vergelijkingen met omringende gemeenten.

Het gebruik van gegevens uit de VAAM heeft zich gedurende dit project beperkt tot gegevens over vraag en aanbod van huisartsenzorg. Over andere eerstelijnszorgverleners was namelijk tijdens de looptijd van het project nog geen informatie over het aanbod beschikbaar. Uit de terugkoppeling van de gemeenten blijkt dat ze met de beschikbare informatie de dialoog aan kunnen gaan met de betrokken partijen in de eerste lijn. Dit is een belangrijke eerste stap om dichterbij elkaar te komen, dat kan leiden tot de gewenste geïntegreerde eerstelijnszorg. In één van de gemeenten waarmee voor dit project een gesprek is gevoerd, heeft dit gesprek al geleid tot een structureel overleg met de betreffende ROS over afstemming preventie en eerstelijnszorg.

3 Gezondheid en preventie in de VAAM

3.1 Doel

In het vorige hoofdstuk zijn het proces en de methode besproken om indicatoren uit de VAAM toe te voegen in de regionale VTV. In dit hoofdstuk zal het omgekeerde proces besproken worden, namelijk het toevoegen van indicatoren uit de regionale VTV op de VAAM. De beschrijving van het proces en de methode zal de vraag beantwoorden in hoeverre het zinvol en mogelijk is om in de VAAM naast curatieve cijfers ook cijfers over gezondheid en publieke zorg uit de regionale VTV toe te voegen.

In dit deel van de haalbaarheidsstudie staan de volgende vragen centraal:

- Welke informatie over gezondheid en preventieve zorg zijn beschikbaar uit de regionale VTV? willen de gebruikers van de VAAM met welk doel opnemen in de VAAM?
- Welke informatie over gezondheid en preventieve zorg willen de gebruikers van de VAAM met welk doel opnemen in de VAAM?
- Welke bewerkingen moeten plaatsvinden op de indicatoren voordat deze opgenomen kunnen worden op de VAAM?
- Hoe kan de informatie over gezondheid en preventieve zorg het best gepresenteerd worden op de VAAM?

3.2 Methode

Om inzicht te krijgen in de haalbaarheid van een eventuele afstemming tussen de gegevens van de VAAM en de gegevens van de regionale VTV hebben vier fases plaatsgevonden. Onderstaand wordt het proces en de methode per fase kort besproken. Daarna worden de verschillende fases uitvoeriger beschreven en bijbehorende resultaten.

Fase 1: Verkenning

Tijdens de eerste fase stond het verzamelen van de aanwezige indicatoren bij het RIVM centraal. In deze fase is de Toolkit regionale VTV geraadpleegd om te verkennen welke indicatoren in de regionale VTV beschikbaar zijn. De Toolkit regionale VTV biedt op dit moment met name informatie over de inhoud van een regionale VTV, toelichting over de indicatoren en bronnen, toekomstverkenningen en methodologie. Voor de verkenningsfase is vooral gebruik gemaakt van de documenten over de inhoud van een regionale VTV en de toelichting over de indicatoren en bronnen. Het resultaat is een lijst met beschikbare indicatoren, met daarbij een beschrijving van de indicator en een motivering.

Fase 2: Inventarisatie

Vervolgens is de lijst met beschikbare indicatoren voorgelegd aan de projectgroep van deze studie en aan de klankbordgroep van de VAAM. Beide hebben een selectie toegepast op de beschikbare indicatoren door te beoordelen of de indicatoren bijdragen aan de doelstellingen van de VAAM (mogelijkheid om vraag en aanbodcijfers eerstelijnszorg

te analyseren) en of de eventuele toevoeging van de beschikbare indicatoren een bijdrage levert aan de wensen van de gebruikers van de VAAM. De klankbordgroep van de VAAM bestaat uit vertegenwoordigers van patiënten organisaties, zorgverzekeraars, ROS'en, gemeenten en het ministerie van VWS. Op basis van deze uitkomsten is een lijst opgesteld met relevante indicatoren die toegevoegd kunnen worden aan de VAAM.

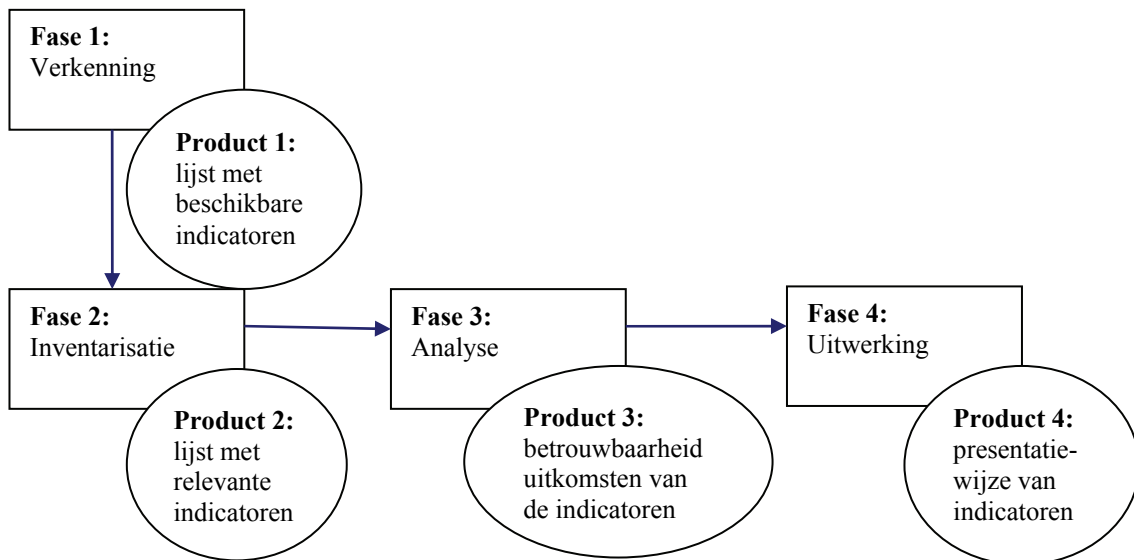
Fase 3: Analyse

In de derde fase is gekeken naar de bruikbaarheid en de betrouwbaarheid van de relevante indicatoren uit de regionale VTV op lokaal niveau (voor gebieden met 10.000-15.000 inwoners). De indicatoren worden in de regionale VTV gepresenteerd op gemeenteniveau of op deelgemeenteniveau en niet op lokaal niveau. Daarom hebben in fase 3 analyses plaatsgevonden om de nauwkeurigheid van de indicatoren te testen op lokaal niveau middels de range van de betrouwbaarheidsintervallen van het gemiddelde en via de VAAM-methode. De VAAM-methode maakt gebruik van correlaties en meervoudige lineaire regressie. Bovendien hebben er analyses plaats gevonden om te kijken of de indicatoren uit de regionale VTV bijdragen aan betere voorspellingen van de indicatoren op de VAAM, wederom door middel van regressie-analyse.

Fase 4: Uitwerking

In de laatste fase is gekeken naar de wijze van presenteren van de indicatoren. In deze fase zijn vragen beantwoord als: Welke indicatoren worden geclusterd op een pagina? En welke tabellen met welke inhoud komen op de VAAM? En op welk niveau worden de indicatoren gepresenteerd? In figuur 3.1 wordt het proces illustratief weergegeven.

Figuur 3.1: Fases van het proces afstemming VAAM/regionale VTV



3.3 Fase 1: Verkenning

Via de toolkit van de regionale VTV is nagegaan welke indicatoren de regionale VTV bevat. De inhoud van een regionale VTV bestaat uit verschillende indicatoren ingedeeld in vijf categorieën: bevolking, gezondheidstoestand, gezondheidsdeterminanten, preventie en zorg. De categorie ‘bevolking’ en ‘zorg’ worden al gepresenteerd op de VAAM en zijn daarom buiten beschouwing gelaten. Voor de overgebleven categorieën zijn de beschikbare indicatoren, bijbehorende bronnen en documentatie verzameld. In box 3.1 worden kort de beschikbare indicatoren en de bijbehorende bronnen vermeld. In bijlage 5 wordt uitvoeriger ingegaan op de beschikbare indicatoren. Er wordt ingegaan op de vraag waarom ze vermeld worden in een regionale VTV. Verder zijn de verschillende data-bronnen in deze fase beoordeeld op bruikbaarheid.

Box 3.1: Beschikbare indicatoren per categorie en bijbehorende bronnen

Categorie ‘Gezondheidstoestand’:

- Sterftecijfer (*GGD Gezondheidsenquête 2005, Pols enquête CBS 2008*)
- Sterftecijfer naar doodsoorzaak (*GGD Gezondheidsenquête 2005, ATLAS 2003-2006*)
- Levensverwachting (*GGD Gezondheidsenquête 2005, ATLAS 2003, Pols enquête CBS 2008*)
- Ervaren gezondheid (*GGD Gezondheidsenquête 2005, Pols enquête CBS 2008*)
- Het aantal mensen met beperkingen (*GGD Gezondheidsenquête 2005, AVO 2007*)
- Het aantal mensen met beperking uitgesplitst naar beperking (*AVO 2007*)
- Psychische problemen (*GGD Gezondheidsenquête 2005, AVO 2007*)
- Kwaliteit van leven (*GGD Gezondheidsenquête 2005, Pols enquête CBS 2008*)
- Ziekten en aandoeningen (*GGD Gezondheidsenquête 2005, Pols enquête CBS 2008*)

Categorie ‘Gezondheidsdeterminanten’:

- Verhoogde bloeddruk (*GGD Gezondheidsenquête 2005*)
- Serumcholesterol gehalte (geen bruikbare bronnen)
- Over- en ondergewicht (*GGD Gezondheidsenquête 2005, Pols enquête CBS 2008*)
- Roken (*GGD Gezondheidsenquête 2005, Pols enquête CBS 2008*)
- Overmatig alcoholgebruik (*GGD Gezondheidsenquête 2005, Pols enquête CBS 2008*)
- Lichamelijke activiteit (*GGD Gezondheidsenquête 2005, AVO 2007*)
- Voeding (*GGD Gezondheidsenquête 2005, RIVM 2003*)
- Drugsgebruik (*GGD Gezondheidsenquête 2005, NPO 2005*)
- Onveilig seksueel gedrag (*GGD Gezondheidsenquête 2005, Rutger Nisso Groep 2006*)

Categorie ‘Preventie’:

- Preventie roken (*I-database 2010*)
- Preventie schadelijk alcoholgebruik (*I-database 2010*)
- Preventie overgewicht (*I-database 2010*)

3.4 Fase 2: Inventarisatie

Fase 2 heeft als doel om inzicht te krijgen in de relevantie van de beschikbare indicatoren voor de gebruikers van de VAAM. De geschikte indicatoren zijn besproken in de projectgroep en in de vorm van een functioneel ontwerp voorgelegd aan de klankbordgroep van de VAAM.

De projectgroep heeft een selectie toegepast op de lijst met beschikbare indicatoren uit de regionale VTV voor de VAAM, voordat de lijst naar de klankbordgroep ging. Het wel dan niet relevant bevinden van een indicator volgens de projectgroep hing af van de bijdrage die het levert aan de doelen van de VAAM:

- Inzicht geven in de vraag naar eerstelijnszorg op lokaal niveau (10.000-15.000 inwoners);
- Inzicht in de vraag naar preventieve zorg;
- Inzicht geven in het aanbod van eerstelijnszorg op lokaal niveau;
- Inzicht geven in afstemming vraag/aanbod op lokaal niveau;
- Inzicht geven in het aanbod van preventieve interventies.

Categorie gezondheidstoestand

- De eerste drie indicatoren van de categorie ‘gezondheidstoestand’ (‘sterftecijfer’, ‘sterftecijfer naar doodsoorzaak’ en ‘levensverwachting’) dragen niet bij aan de doelstellingen van de VAAM om de discussie te voeden over de afstemming tussen vraag naar zorg en het aanbod aan eerstelijnszorg. Deze indicatoren worden daarom als niet geschikt bevonden.
- ‘Ervaren gezondheid’ is een maat voor de algemene gezondheid en geeft daarmee ook een algemene indicatie voor de (indirecte) vraag naar zorg. Deze indicator is daarom geschikt bevonden.
- De indicator ‘mensen met een beperking en soort beperking’ wordt als waardevol beschouwd omdat deze indicator een indirect beeld geven van de zorgvraag naar hulp, verpleging en verzorging. Deze aanvulling is vooral waardevol voor gemeentes, zij zijn namelijk verantwoordelijk voor de maatschappelijk ondersteuning van hun inwoners (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) en hebben daardoor ook verantwoordelijkheden voor onderdelen van de ‘care’, zoals huishoudelijke verzorging. Door het toevoegen van deze indicator op de VAAM hebben gemeentes straks ook inzicht in het percentage mensen met een beperking op postcodeniveau.
- De indicator ‘psychische problemen’ komt al uitgebreid aan bod in de VAAM.
- De indicator ‘kwaliteit van leven’ geeft inzicht in de gevolgen van ziekten en aandoeningen in termen van kwaliteit van leven. Deze indicator geeft geen indicatie van de gezondheidstoestand waaruit indirect de vraag naar zorg kan worden afgeleid en wordt daarom als ongeschikt bevonden.
- De indicator ‘ziekten en aandoeningen’ wordt al in de VAAM gepresenteerd.

Categorie gezondheidsdeterminanten

- De VAAM rapporteert geen cijfers over leefstijl en gezondheidsdeterminanten. Echter, in een gebied met een hoog percentage inwoners met een ongezonde leefstijl is de verwachting dat de toekomstige zorgvraag hoger zal liggen. Deze relatie is echter afhankelijk van de mate waarin de leefstijl leidt tot een aandoening. Verder geven gezondheidsdeterminanten inzicht in de indirecte vraag naar preventieve zorg (voor verdere relevantie van deze indicatoren voor de VAAM, zie bijlage 3). De gezondheidsdeterminanten (over- en ondergewicht, roken, overmatig alcoholgebruik, lichamelijke activiteit, hoge bloeddruk, drugsgebruik en onveilig seksueel gedrag) worden daarom als relevant beschouwd.

- De indicator 'serumcholesterol gehalte' wordt als relevant beschouwd, maar er zijn geen bruikbare bronnen.
- De indicator 'voeding' is geen geschikte indicator omdat deze indicator alleen navraag doet naar de norm van groente en fruit, en bijvoorbeeld niet naar vetconsumptie. Deze indicator is daarom minder geschikt voor de vraag naar voedingsondersteuning in de eerste lijn.

Categorie preventie

Inzicht in de indirecte vraag naar preventie door het toevoegen van gezondheidsdeterminanten (hoeveel mensen roken er in een postcodegebied) is niet voldoende voor een betere afstemming tussen de curatieve zorg en de openbare gezondheidszorg. Actieve doorverwijzing van huisartsen naar preventieve interventies in de openbare gezondheidszorg kan gestimuleerd worden wanneer huisartsen of andere eerstelijnszorgverleners inzicht hebben in het aanbod van preventieve interventie. De I-database bevat preventieve interventies gericht tegen roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht. Bovendien worden uitspraken gedaan over de effectiviteit van de interventies. De I-database is niet volledig, maar gegevens worden wel in toenemende mate toegevoegd. De gegevens zijn op dit moment niet beschikbaar op lokale niveau, voor gebieden van 10.000-15.000 inwoners. Wel wordt gepleit voor een verwijzing naar de I-database op de VAAM, ten einde inzicht te geven in het aanbod van preventieve interventies

Beoordeling klankbordgroep

Over het algemeen hadden de leden van de klankbordgroep weinig kritiek en opmerkingen op het voorstel om nieuwe indicatoren uit de regionale VTV toe te voegen op de VAAM. Alle indicatoren uit de lijst werden als relevant aangemerkt. Het belangrijkste argument hierbij is dat de leden het liefst zoveel mogelijk informatie over gezondheid en zorg tot hun beschikking hebben, zodat wanneer bepaalde informatie gewenst is zij deze kunnen raadplegen. Daarnaast geldt voor alle leden dat zij de mening delen dat er voldoende databronnen zijn, maar dat er onderling weinig afstemming is; veel gegevensbronnen moeten geraadpleegd worden om tot een eenduidig antwoord te komen op vragen over gezondheid en zorg. Een bijdrage om tot een betere afstemming te komen tussen de verschillende gegevensbronnen en daarmee de zoektocht naar gegevens te vereenvoudigen wordt dan ook aangemoedigd.

De indicatoren gezondheidstoestand zijn vooral gewenst omdat zij een algemeen overzicht geven van de gezondheid in een gebied. De toevoeging van deze indicator in de VAAM kan inzicht geven in de confrontatie tussen de verwachte gezondheidstoestand in een gebied (zorgbehoefte) en de verwachte vraag naar zorg in het gebied die al gepresenteerd wordt op de VAAM.

De gezondheidsdeterminanten worden als waardevol beschouwd, omdat zij een indicatie geven van de vraag naar preventieve zorg. Het aanbod van preventie wordt belangrijk bevonden in relatie tot de indicatoren gezondheidsdeterminanten, zodat er een betere afstemming tot stand komt tussen vraag en aanbod van preventieve zorg.

Naast de goedkeuring van de indicatoren uit de regionale VTV als potentiële nieuwkomers in de VAAM, wordt opgemerkt dat de leden een indicator over ‘mantelzorg geven’ missen. Mantelzorg verlenen is namelijk een vorm van zorg. Bovendien is het verlenen van mantelzorg een determinant voor de zorgvraag. Meer beschikbaarheid van mantelzorg betekent minder vraag naar zorg. Aan de andere kant is er meer vraag naar ondersteuning van mantelzorg. Deze indicator is wel beschikbaar in de Toolkit regionale VTV, maar werd niet geselecteerd door de projectgroep van deze studie. Na beoordeling van de klankbordgroep werd ‘mantelzorg’ toegevoegd aan de lijst met relevante indicatoren.

3.5 Fase 3: Analyses

Doel analyses

In de voorgaande fases zijn indicatoren uit de regionale VTV geselecteerd die, door de projectgroep van deze studie alsmede door de klankbordgroep van de VAAM, gezien worden als waardevolle aanvullingen voor de VAAM. In fase 3, de analyse fase, worden de gegevens van de verschillende indicatoren van de regionale VTV geanalyseerd op bruikbaarheid voor de VAAM.

De regionale VTV presenteert de gegevens op gemeenteniveau of op deelgemeenteniveau. De VAAM presenteert gegevens op gemeenteniveau en op 4-cijferig postcode-niveau. Gegevens op gemeenteniveau kunnen overgenomen worden op de VAAM. Echter de vraag rest of de gegevens van de regionale VTV, die in de regionale VTV op gemeenteniveau gepresenteerd worden, bruikbaar zijn om op 4-cijferig postcodeniveau te presenteren? De VAAM is namelijk ontstaan uit het idee dat de eerstelijnszorg kleinschaliger (rond de 10.000-15.000 inwoners) georganiseerd dient te worden, met de patiënt als centraal element in de zorg. Verschillen werden namelijk verwacht in de zorgvraag tussen wijken binnen de dezelfde gemeente. De gegevens op de VAAM worden daarom op een laag schaalniveau gepresenteerd (i.e. postcodeniveau). Gebruikers van de VAAM hebben daardoor de mogelijkheid een eventueel verschil in de zorgvraag en het zorgaanbod tussen verschillende gebieden te analyseren. Voor de nieuwe indicatoren willen we dezelfde mogelijkheid bieden en dan wel dat de gebruikers van de VAAM de gezondheidstoestand en de gezondheidsdeterminanten kunnen analyseren voor kleinschalige gebieden binnen de gemeente. Onderstaande analyses moeten de vraag beantwoorden of dat mogelijk is voor de indicatoren uit de Volwassenenenquête van de GGD Hart voor Brabant.

Het tweede doel van de analyses is om te kijken of de indicatoren uit de Volwassenenenquête van de GGD Hart voor Brabant gebruikt kunnen worden om de voorspellingen op de VAAM te verbeteren. Nu wordt bijvoorbeeld de vraag naar huisartsenzorg voor chronische aandoeningen op de VAAM geschat door een aantal individuele kenmerken en op een aantal gebiedskenmerken (geslacht, leeftijd, etniciteit, huishoudsamenstelling, inkomen en verstedelijking). Wellicht kunnen deze voorspellingen verbeterd worden door het toevoegen van indicatoren uit de regionale VTV die betrekking hebben op de gezondheidstoestand of de leefstijl van mensen. Via de analyses wordt gekeken of het uitbreiden

van het basismodel van de VAAM leidt tot een model dat meer variantie in de uitkomstmaat kan verklaren en of het model resulteert in meer nauwkeurige voorspellingen.

Data; Volwassenenenquête

De indicatoren die geselecteerd zijn om toegevoegd te worden aan de VAAM worden bevraagd in de gezondheidsenquêtes van de GGD'en en in de gezondheidsmodule van de POLS enquête van het CBS. Het verschil tussen beide enquêtes is dat de eerste enquête regionaal wordt uitgezet (regio Hart voor Brabant) en de tweede nationaal. Voor de huidige VAAM wordt, noodgedwongen, gebruik gemaakt van nationale enquêtes en nationale zorgregistraties omdat er geen lokale zorgcijfers voor handen waren. Via deze nationale gegevens worden lokale zorgcijfers geschat. Echter, nu er gezondheidsenquêtes van de GGD'en zijn, bestaat de mogelijkheid om geobserveerde cijfers in plaats van geschatte cijfers te presenteren.

In deze haalbaarheidsstudie is de regionale enquête van de GGD Hart voor Brabant, de GGD Gezondheidsmonitor Hart voor Brabant, gebruikt. De GGD zet enquêtes uit onder verschillende leeftijdsgroepen. Voor deze studie is gekozen voor de Volwassenenenquête, omdat deze enquête de grote groep van 19 t/m 64 jarigen beslaat (zie box 3.2). De Volwassenenenquête dateert uit 2005.

Box 3.2: Volwassenenenquête Hart voor Brabant

De Volwassenenenquête 19-65 jarigen is onderdeel van de Gezondheidsmonitor Volwassenen. Deze is op zijn beurt weer onderdeel van de Gezondheidsmonitor Hart voor Brabant. Met behulp van deze monitor verzamelt de GGD Hart voor Brabant cijfers voor haar 29 gemeenten omtrent gezondheid en de factoren die met gezondheid samenhangen.

De volwassenenenquête is in het najaar van 2005 afgenomen in de gemeenten in het werkgebied van de GGD Hart voor Brabant en in de werkgebieden van de andere GGD'en in de provincie Noord-Brabant en Zeeland. In de enquête zijn vragen gesteld over lichamelijke en geestelijke gezondheid, leefstijl, binnen- en buitenmilieu, woonsituatie, sociale omgeving, sociale veiligheid en geweld, zorgvoorzieningen en mantelzorg.

De GGD'en hebben 1 op de 25 volwassenen een gezondheidsenquête gestuurd. In de GGD-regio Hart voor Brabant hebben 16.074 19 t/m 64 jarigen een vragenlijst ingevuld (een bruto-respons van 58%). Van het aantal ingevulde vragenlijsten bleken 13.752 bruikbaar. Echter, 702 vragenlijsten bevatten geen antwoord op de vraag; Wat is uw leeftijd? De variabele leeftijd is noodzakelijk voor de analyses van de VAAM, deze vragenlijsten zijn daarom ook buiten de analyses gelaten. Het aantal vragenlijsten komt daardoor op 13.050 (een netto-respons van 47%).

Resultaten

In onderstaande analyses wordt de volgende vraag beantwoord: zijn de indicatoren uit de Volwassenenenquête van de GGD Hart voor Brabant bruikbaar om op laag schaalniveau te presenteren? Hiervoor wordt gekeken naar de beschikbaarheid en de nauwkeurigheid van de data.

De regio Hart voor Brabant telt 284 postcodegebieden. De Volwassenenenquête van Hart voor Brabant heeft gegevens verzameld voor 188 postcodegebieden. De GGD stratificeert de steekproef namelijk naar gemeente en niet naar 4-cijferig postcodegebied. Daarnaast blijkt dat er van de 188 postcodegebieden, 114 postcodegebieden zijn met minder dan 50 respondenten. Het hebben van te weinig respondenten beïnvloedt de nauwkeurigheid van

de uitkomsten. De nauwkeurigheid wordt gecheckt door de betrouwbaarheidsintervallen van de uitkomsten te berekenen. Des te groter de range van het interval, des te minder nauwkeurig zijn de schattingen van het gemiddelde. De betrouwbaarheidsintervallen zijn berekend voor de indicator roken (i.e. percentage rokers). Het grootste interval is 0,97 (97%) en het kleinste interval is 0,088 (8,8%). De breedte van het kleinste interval is groot (8,8%) en te groot bevonden voor het doel van deze studie. In overleg met de projectgroep is namelijk besloten dat betrouwbaarheidsintervallen met een range van enkele percentages goed bevonden mogen worden.

Concluderend stellen wij dat het overnemen van de geobserveerde waarde op postcode-niveau niet haalbaar is, omdat de enquête te weinig postcodegebieden dekt en de uitkomsten op postcodeniveau niet nauwkeurig genoeg zijn.

Geschatte cijfers op postcodeniveau

De tweede optie is het schatten van de cijfers op 4-cijferig postcodeniveau via de VAAM methode. De vraag is echter of de VAAM-methode betrouwbare uitkomsten genereert voor de geselecteerde indicatoren op postcodeniveau? De schattingen van de indicatoren die nu op de VAAM staan zijn gebaseerd op individuele kenmerken, zoals geslacht en leeftijd, en op sociaal-demografische kenmerken van de bevolking, zoals inkomen, etniciteit, soort huishouden en stedelijkheid van het gebied. Deze kenmerken worden in rekenmodellen gebruikt als voorspellers van de verschillende uitkomstmaten. Een goede samenhang tussen de uitkomstmaat en de voorspellers is een voorwaarde voor het nauwkeurig schatten van de uitkomsten; hoe sterker de samenhang, hoe nauwkeuriger de uitkomst geschat kan worden.

Voor de nieuwe indicatoren is de VAAM-methode uitgevoerd. Hiertoe is logistische regressie-analyse gebruikt met als uitkomstmaat de kans dat een individu rookt. Logistische regressie wordt gebruikt om na te gaan of er samenhang is tussen de voorspellers en een dichotome uitkomstmaat. Voorspellers die roken beter voorspellen dan op basis van kans alleen verwacht kan worden, hebben een statistisch significante bijdrage.

Resultaten logistische regressie

De resultaten van de logistische regressie zijn weergegeven in tabel 3.1 en toont de odds ratio, het bijbehorende significantieniveau en de bijbehorende betrouwbaarheidsintervallen. Voor dit onderzoek zijn vooral de significantieniveaus en de bijbehorende betrouwbaarheidsintervallen belangrijk. Uit de resultaten van de analyse blijkt dat de voorspellers 'geslacht' (vrouw), '19-24 jarigen' en 'eenpersoonshuishouden' de kans op roken significant voorspellen. Echter, het gehele model voorspelt de variabele roken niet goed. De '*goodness of fit*' van het model = 1126, $df=976$, $p=0,0002$. De p -waarde van deze test is significant. Een significante p -waarde verworpt de hypothese dat de geobserveerde waarden in de enquête en de voorspelde waarden door het model hetzelfde zijn.

Deze resultaten duiden er op dat de voorspellers in het model niet goed samenhangen met de uitkomstmaat, alleen 'geslacht', '19-25 jarigen' en 'eenpersoonshuishouden' voorspellen significant. Ook blijkt dat het model niet nauwkeurig kan voorspellen of iemand rookt of niet.

Kortom, de VAAM-methode kan niet toegepast worden op de gegevens uit de Volwassenenenquête om het aantal rokers op postcodeniveau te schatten.

Tabel 3.1: Logistische regressie-analyse voor het roken van sigaretten

	Odds ratio	Sig.	Ondergrens 95% bti	Bovengrens 95% bti
Individuele kenmerken				
Vrouw	.862954	0.000	.7976978	.9335485
19 tot 25-jaar	1.185907	0.023	1.024065	1.373326
40 tot 65-jaar	.9500544	0.224	.8748077	1.031773
Gebiedskenmerken				
Proportie niet westerse allochtonen	3.029318	0.054	.982349	9.341658
Proportie eenpersoonshuishoudens	3.695471	0.000	1.862913	7.330723
Proportie laag inkomen	.8582771	0.652	.4418299	1.667247
Weinig stedelijk	1.074785	0.252	.9500685	1.215872
Matig stedelijk	1.060237	0.721	.7691248	1.461534
Sterk stedelijk	1.057274	0.575	.8702454	1.284499
Zeer sterk stedelijk	1.084936	0.451	.8775992	1.341257

Constante = man, 25 tot 39 jaar, westers allochtoon of autochtoon, meerpersoons huishouden, geen laag inkomen, niet stedelijk.

Bti = betrouwbaarheidsinterval.

VAAM-methode; aangepast

De VAAM-methode is al enige jaren een betrouwbare methode om de vraag naar zorg te voorspellen (Zwaanswijk, Quak, Bouwman, Zantinge, Verhaak & de Bakker, 2009), daarom wordt toch verder gebouwd op de basis van de methode, maar wordt het niveau van analyseren aangepast (zie box 3.3). Hiervoor werd het gegevensbestand van de Volwassenenenquête geaggregeerd naar gemeenteniveau en gekoppeld aan de sociaaldemografische gegevens op gemeenteniveau van het CBS. In dit geaggregeerde bestand (n=29) werd gekeken naar de samenhang tussen de voorspellers en de uitkomstmaat en werd de percentages voor de indicatoren voorspeld via een lineaire regressie-analyse. Doel van deze analyse is om te bezien of het percentage rokers op basis van de bevolkingssamenstelling op gemeenteniveau betrouwbaar voorspeld kan worden.

Box 3.3: De aangepaste VAAM-methode voor het schatten van cijfers op gemeenteniveau

De Volwassenenenquête bevat cijfers op individueel niveau met bijbehorende postcodes van het woongebied van de respondent. De cijfers op individueel niveau zijn geaggregeerd op gemeenteniveau via de optelsom van de bijbehorende postcodes in een gemeenten. Het resultaat is dan het aantal respondenten, het aantal vrouwen en het aantal 19-24, 25-44 en 45-65 jarigen op gemeenteniveau. Vervolgens zijn deze cijfers gekoppeld aan de sociaal-demografische gegevens op gemeenteniveau van het CBS (inkomen, soort huishouden, etniciteit en stedelijkheid). Hiervoor is bij het CBS het bestand 'Kerncijfers wijken en buurten 2005' opgevraagd. De Volwassenenenquête bevat ook gegevens of iemand rookt, of drinkt of een chronische aandoening heeft. Deze gegevens zijn ook geaggregeerd op gemeenteniveau.

Na het compleet maken van de dataset, zijn er analyses uitgevoerd op 29 gemeenten. Per indicator (bijvoorbeeld het percentage rokers of het percentage drinkers) is onderzocht wat de invloeden zijn van de verschillende sociaal-demografische variabelen op de indicatoren via meervoudige regressie-analyse. Regressie-analyses resulteren in coëfficiënten voor de verschillende sociaal-demografische variabelen. Deze coëfficiënten verschillen per sociaal-demografische variabelen maar ook per indicator. Zie voor de resultaten van de regressie-analyse bijlage 5. Daarna zijn van de coëfficiënten formules gemaakt. De uitkomsten van de formules resulteren in schattingen op gemeenteniveau. Een formule bestaat uit een constante (C), de coëfficiënten (B) en de voorspellers (X).

De formule voor het percentage rokers op gemeenteniveau ziet er als volgt uit:

$$Y = C + B_1 * x^1 + B_2 * x^2 + B_3 * x^3 + B_4 * x^4 + B_5 * x^5 + B_6 * x^6;$$
$$\begin{aligned} \text{percentage rokers} = & 80.63 + \\ & -.197 * \text{percentage vrouwen} + \\ & -.226 * \text{percentage 19-24 jarigen} + \\ & -.204 * \text{percentage 45-65 jarigen} + \\ & -.161 * \text{percentage eenpersoonshuishouden} + \\ & -.471 * \text{percentage laag inkomen} + \\ & -.644 * \text{stedelijkheid3} + \\ & -.750 * \text{stedelijkheid4} + \\ & -.967 * \text{stedelijkheid5} \end{aligned}$$

Resultaten

Uit bovenstaande resultaten blijkt dat de voorspellers op individueel niveau (o.a. geslacht, leeftijd en inkomen) niet voldoende samenhangen met de uitkomstmaten. Daarom wordt een correlatiematrix berekend op gemeenteniveau. Uit tabel 3.2 blijkt dat de hoogste samenhang met de afhankelijke variabele roken $r=0,50$ is en de laagste $r=0,17$.

Tabel 3.2: Correlatiematrix tussen percentage rokers en de sociaal-demografische kenmerken van gemeenten

	% roken	% vrouw	% 19-24	% 25-44	% 45-65	% Niet-westers	% Laag inkomen	% Een per huishouden
% Rokers	1.0000							
% Vrouw	-0.1744	1.0000						
% 19-24	0.1714	-0.1890	1.0000					
% 25-44	0.2331	0.0552	-0.0524	1.0000				
% 45-65	-0.2782	0.0241	-0.3426	-0.9194	1.0000			
% Niet-westers	0.3618	0.0355	0.3921	0.2485	-0.3820	1.0000		
% Eenpersoons	0.5070	-0.0634	0.3769	0.2649	-0.3895	0.8450	1.0000	
% Laag inkomen	-0.3336	-0.1097	0.0834	0.1092	-0.1361	-0.3522	-0.4158	1.0000

In tabel 3.3 zijn de resultaten van de aangepaste VAAM-methode weergegeven; lineaire regressie op gemeenteniveau. Wederom is de analyse gedaan voor de indicator roken (zie bijlage 6 voor de resultaten van de andere indicatoren). Afzonderlijk hebben de voorspellers geen significant effect op roken. Bovendien is de verklaarde variantie van het model niet hoog; 12% van de variantie in roken voor 29 gemeenten wordt verklaard door de voorspellers. Dit percentage zal hoger moeten zijn, aangezien 6 voorspellers gebruikt worden om het percentage roken voor slechts 29 gemeenten te schatten. Daarnaast zijn de betrouwbaarheidsintervallen van de coëfficiënten groot. De betrouwbaarheidsintervallen van de voorspeller 'niet-westerse allochtoon' loopt bijvoorbeeld van -130 naar 52. Op basis van deze resultaten kan gezegd worden dat de aangepaste methode geen nauwkeurige schattingen oplevert voor de indicator roken wanneer er slechts 29 cases zijn.

Tabel 3.3: Regressie-coëfficiënten voor het percentage inwoners (19-64) dat rookt op gemeenteniveau (n=29)

	B	Sig.	Ondergrens 95% bti	Bovengrens 95% bti
Constante a	74.88054	0.046	1.593308	148.1678
Perc. vrouw	-.137094	0.711	-.9013469	.627159
Perc. 19 tot 24-jarigen	-.162051	0.703	-1.039248	.7151456
Perc.40 tot 65-jarigen	-.2451979	0.190	-.6223949	.1319991
Prop. Niet-westerse allochtoon	-38.99951	0.385	-130.8356	52.83663
Prop. eenpersoonshuishoudens	-2.515157	0.953	-.91.3926	86.36228
Prop. Laag inkomen	-40.37426	0.430	-145.1287	64.38016
Matig stedelijk	-6.37211	0.261	-17.87357	5.129349
Sterk stedelijk	-7.834762	0.257	-21.85847	6.188942
Zeer sterk stedelijk	-10.87499	0.192	-27.71772	5.967741

Constante = man, 25-39 jaar, westerse allochtoon of autochtoon, meerpersoons huishouden, geen laag inkomen, niet stedelijk.

Bti = betrouwbaarheidsinterval; $R^2 = 12,1\%$.

De betrouwbaarheid van de schattingen wordt wederom getest door een formule te maken van de coëfficiënten van de regressie-analyse (zie box 3.2). Via deze formule kan het percentage roken op gemeenteniveau geschat worden. De resultaten worden weergegeven in tabel 3.4 (zie bijlage 7, voor de resultaten van de andere indicatoren). De tabel toont het

percentage rokers uit de Volwassenenenquête, het percentage rokers via de aangepast VAAM-methode en het verschil tussen beide cijfers. Het gemiddelde percentage rokers voor Hart voor Brabant is 27,2% en het gemiddelde percentage mensen dat rookt is via de VAAM-methode ook 27,2%. Er is dus geen verschil tussen het gemiddelde van beide methoden; het regio cijfer is identiek. Wel zijn er verschillen voor de afzonderlijke gemeenten. Van de 29 gemeenten tonen 21 gemeenten een afwijkende voorspelling. Het grootste verschil is voor de gemeente Sint Antonis; de VAAM-methode voorspelt 24%, terwijl uit de enquête 17% komt. Het verschil tussen de cijfers voor dezelfde gemeenten wordt ook duidelijk via de standaard deviatie, deze is voor de Volwassenenenquête $SD = 3,8$ en voor de VAAM-methode $SD = 2,3$. De VAAM-methode resulteert in geschatte cijfers die meer in de buurt van het gemiddelde liggen dan de werkelijke cijfers.

Tabel 3.4: Het geschatte percentage rokers volgens de aangepaste VAAM-methode vergeleken met het percentage rokers uit de Volwassenenenquête

Gemeentecode	Gemeentenaam	% Rokers HVB	% Rokers aangepaste VAAM-methode	% Verschil
755	Boekel	27	25	-2
756	Boxmeer	24	27	+3
757	Boxtel	33	31	-2
766	Dongen	28	28	0
784	Gilze en Rijen	26	25	-1
785	Goirle	30	28	-2
786	Grave	27	25	-2
788	Haaren	25	24	-1
796	's Hertogenbosch	35 (hoogste)	35 (hoogste)	0
797	Heusden	27	26	-1
798	Hilvarensbeek	24	29	+5
808	Lith	28	26	-2
809	Loon op Zand	29	27	-2
815	Mill en Sint Hubert	22	25	+3
824	Oisterwijk	30	26	+4
828	Oss	28	28	0
844	Schijndel	33	28	-5
845	Sint Michielsgestel	29	28	-1
846	Sint-Oedenrode	26	26	0
855	Tilburg	32	32	0
856	Uden	26	29	+3
860	Veghel	23	26	+3
865	Vught	29	30	+1
867	Waalwijk	28	26	-2
1671	Maasdonk	31	26	-5
1684	Cuijk	23	26	+3
1685	Landerd	25	25	0
1702	Sint Anthonis	17 (laagste)	24 (laagste)	+7
1721	Bernheze	24	28	+4
Gemiddelde		27,2	27,2	0

Verbeteren van de voorspellingen

Het tweede doel van deze analyses is het beantwoorden van de volgende vraag: Is het mogelijk om de voorspellingen op de VAAM te verbeteren door gebruik te maken van data uit de Volwassenenenquête?

Uit de literatuur zijn determinanten geselecteerd die geassocieerd zijn met het ontstaan van ziekten en aandoeningen, zoals roken, hoge bloeddruk en lichaamsgewicht. Als uitkomstmaat is gekozen voor het wel dan niet hebben van een chronische aandoening. Vervolgens is gekeken naar de verklaarde variantie van het basismodel van de VAAM en naar de verandering in de verklaarde variantie wanneer er determinanten toegevoegd worden.

Uit deze procedure blijkt dat het basismodel 4,7% van de variantie verklaard in het hebben van een chronische aandoening en dat het toevoegen van de voorspellers roken en overgewicht weinig extra variantie verklaren (zie bijlage 8). Daarentegen, draagt het toevoegen van de voorspeller 'hoge bloeddruk' bij aan een grote toename in de verklaarde variantie van 4,7% naar 13,3%. De voorspeller heeft ook een significant effect op het wel dan niet hebben van een chronische aandoening (zie tabel 3.5).

Tabel 3.5: Regressie-coëfficiënten voor het wel dan niet hebben van een chronische aandoening

	B	Sig.	Ondergrens 95% bti	Bovengrens 95% bti
Constante a	.3350936	0.000	.271977	.3982102
Vrouw	.098403	0.000	.0823841	.1144218
19 tot 24-jaar	-.0479414	0.003	-.0800021	-.0158806
40 tot 65-jaar	.1352809	0.000	.1169699	.1535918
Proportie niet-westerse allochtonen	.1972361	0.101	-.0383078	.43278
Proportie eenpersoonshuishoudens	.05364	0.460	-.0887045	.1959844
Proportie laag inkomen	-.0285795	0.678	-.1635376	.1063786
Weinig stedelijk	.0028306	0.827	-.0225765	.0282378
Matig stedelijk	.0049173	0.886	-.0621316	.0719661
Sterk stedelijk	.0031869	0.879	-.0377824	.0441562
Zeer sterk stedelijk	-.0100079	0.657	-.0542228	.0342071
Hoge bloeddruk	.4702247	0.000	.4446969	.4957525

Constante = man, 25-39 jaar, westerse allochtoon of autochtoon, meerpersoons huishouden, geen laag inkomen, niet stedelijk, zonder hoge bloeddruk.

R^2 = 13,3%.

De voorspelling van de uitkomstenmaat kan verbeterd worden door het toevoegen van voorspellers die geassocieerd zijn met de uitkomstmaat. Voordat een voorspeller toegevoegd kan worden moet deze wel bekend zijn op postcode- en of gemeenteniveau. De eerste zes voorspellers zijn bekend bij het CBS. Andere voorspellers, zoals in dit geval het wel dan niet hebben van een hoge bloeddruk, zijn niet bekend bij het CBS. Deze gegevens zouden dan gehaald kunnen worden uit de GGD enquête. Echter, er is dan wederom het probleem van een te laag aantal respondenten op postcodeniveau om de waarde voor de voorspeller nauwkeurig te schatten.

Concluderend kan gesteld worden dat de GGD Volwassenenenquête niet gebruikt kan worden om de voorspellingen op de VAAM te verbeteren. De VAAM-voorspellingen kunnen wel verbeterd worden wanneer we een dataset tot onze beschikking hebben met meer respondenten per 4-cijfer postcodeniveau.

Conclusie analyses

Op basis van bovenstaande resultaten is de conclusie dat de indicatoren uit de data van de Volwassenenenquête van de GGD Hart voor Brabant niet geschikt zijn om gepresenteerd te worden op postcodeniveau. Het overnemen van de geobserveerde waarde op postcode-niveau, als mede het voorspellen van de uitkomsten via de VAAM-methode en de aangepaste VAAM-methode blijken niet te resulteren in nauwkeurige uitkomsten voor de gegevens uit de Volwassenenenquête. De grootste oorzaak is het gebrek aan voldoende respondenten per postcodegebied en op gemeenteniveau zijn er te weinig cases. Gebrek aan voldoende respondenten is wederom het probleem bij het verbeteren van de VAAM-voorspellingen middels de indicatoren uit de Volwassenenenquête. De geobserveerde waarde uit de enquête kunnen alleen gepresenteerd worden op de VAAM op gemeenteniveau. Het presenteren van de gegevens op lager schaalniveau is alleen mogelijk wanneer we de beschikking krijgen over een dataset met meer respondenten per postcodegebied.

3.6 Fase 4: Uitwerking

Hieronder wordt ingegaan op de uitwerkingen/presentatiewijze van de indicatoren; het niveau van presenteren, de clustering van de informatie en teksten om de interpretatie van de cijfers te vergemakkelijken

Niveau van presenteren

Uit de analyses blijkt dat het presenteren van de cijfers op postcodeniveau op basis van de data niet mogelijk is. Daarom worden de cijfers enkel getoond op gemeenteniveau, totdat er wellicht andere data voor handen is. Op gemeenteniveau worden de geobserveerde waarde uit de enquête gepresenteerd en de voorspelde waarden door middel van de VAAM-methode. De gebruikers van de VAAM krijgen hiermee de mogelijkheid om de geobserveerde waarden te vergelijken met verwachte waarden op basis van individuele kenmerken en sociaal-demografische kenmerken van het gebied. Inzicht in beide cijfers geeft de mogelijkheid om de mogelijke oorzaken die ten grondslag liggen aan bijvoorbeeld het hoge aantal rokers te analyseren. Zijn beide cijfers gelijk, dat wordt het aantal rokers geheel verklaard door de bevolkingssamenstelling van het gebied. Is er een verschil in beide cijfers dan zijn andere factoren dan de bevolkingssamenstelling de mogelijk oorzaak.

Clustering indicatoren

De indicatoren met betrekking tot gezondheidstoestand zullen op een aparte webpagina komen op de VAAM, de pagina *gezondheidstoestand*. Op deze pagina zullen vier indicatoren komen:

- Het percentage mensen met een minder dan goede ervaren gezondheid;
- Het percentage mensen met beperkingen;
- Het percentage mensen met beperking uitgesplitst naar beperking;
- Het percentage mensen met chronische aandoeningen.

Figuur 3.2 geeft een voorbeeld van de pagina gezondheidstoestand.

De indicatoren ‘gezondheidsdeterminanten’ worden ook op een aparte webpagina gepresenteerd. Op de pagina gezondheidsdeterminanten komen 6 indicatoren te staan:

- Het percentage mensen over- ondergewicht;
- Het percentage mensen dat rookt;
- Het percentage mensen met overmatig alcoholgebruik;
- Het percentage mensen met lichamelijke inactiviteit;
- Het percentage mensen dat drugs gebruikt;
- Het percentage mensen met huisartscontacten voor hypertensie.

Figuur 3.2: Voorbeeldpagina *Gezondheidstoestand*

vraag aanbod analyse monitor **VAAAM**

NP CF NIVEL

HOME METHODE BRONNEN ZOEKEN CONTACT Het NIVEL

Selecteren gebied

Demografische gegevens

Gemeente Utrecht
Postcode 3514

GEZONDHEIDSTOESTAND

Ervaren gezondheid Lichamelijk functioneren Psychosociale problemen Chronische aandoeningen

De pagina *gezondheidstoestand* geeft u inzicht in de gezondheidstoestand van de inwoners van het door u geselecteerde gebied. Inzicht in de gezondheidstoestand geeft indirect inzicht in de vraag naar eerstelijnszorg.

Ervaren gezondheid **Terug**

Een indicator van 'kwaliteit van leven' is 'ervaren gezondheid'. Ervaren gezondheid is zowel een voorspeller van sterfte als van zorggebruik. Hoe slechter iemand zijn eigen gezondheid ervaart, hoe hoger de kans op overlijden en des te hoger de zorgvraag. De sterke relatie tussen ervaren gezondheid en sterfte blijft bestaan nadat rekening is gehouden met een groot aantal andere factoren waarvan bekend is dat ze sterfte voorspellen.

Gebieden	% inwoners met minder dan goede ervaren gezondheid
	Observeerde waarde Voorspelde waarden
Gemeente	
Nederland	

Tabel 1. Verwacht percentage inwoners met een minder dan goede ervaren gezondheid in het door u geselecteerde gebied en Nederland

Toekomststraming Verantwoording

Beperkingen**Terug**

Gebieden	% inwoners met beperkingen	
	Observeerde waarde	Voorspelde waarden
Gemeente		
Nederland		

Tabel 3. Verwacht percentage mensen met een beperking: het totaal percentage en uitgesplitst naar beperkingen

[Toekomststramingen](#)[Verantwoording](#)**Chronische aandoeningen****Terug**

Gebieden	Percentage inwoners met één of meer chronische aandoeningen	
	Geobserveerde waarde	Voorspelde waarde
Gemeente		
Nederland		

Tabel 4. Verwacht percentage inwoners met chronische aandoeningen, voor het door u geselecteerde gebied en Nederland

[Toekomststraming](#)[Verantwoording](#)

3.7 Conclusie

In dit hoofdstuk is beschreven in hoeverre het haalbaar is om indicatoren uit de regionale VTV toe te voegen op de VAAM. Ten behoeve hiervan zijn eerst relevante indicatoren geselecteerd. Vervolgens zijn deze indicatoren voorgelegd aan de klankbordgroep van de VAAM. Indicatoren met betrekking tot gezondheidstoestand en gezondheidsdeterminanten werden ook door hen als relevant bestempeld. Vervolgens zijn de data van de geselecteerde indicatoren geanalyseerd om te kijken of de indicatoren op postcodeniveau gepresenteerd kunnen worden op de VAAM. Uit deze analyses bleek dat het overnemen van de geobserveerde waarden uit de Volwassenenenquête geen nauwkeurige uitkomsten oplevert op postcodeniveau. Ook de traditionele VAAM-methode (de voorspellingen berekenen op individueel niveau) alsmede de aangepaste VAAM-methode (de voorspellingen berekenen op gemeenteniveau) blijken geen betrouwbare werkwijze te zijn om de geobserveerde waarden van de indicator roken uit de Volwassenenenquête te voor-

spellen. De beide methodes zijn ook toegepast op de andere indicatoren, maar ook daar moet dezelfde conclusie getrokken worden.

De indicatoren kunnen alleen op gemeenteniveau gepresenteerd worden op de VAAM.

Op gemeenteniveau zal de geobserveerde waarde en de voorspelde waarde op basis van individuele en sociaal-demografische kenmerken van het gebied getoond worden.

Verder bleek uit de analyse dat de voorspellingen op de VAAM verbeterd kunnen worden door het toevoegen van voorspellers die geassocieerd zijn met de uitkomstmaat. De GGD gezondheidsenquête kan echter geen nauwkeurige waarden van de extra voorspeller leveren om de schatting te verbeteren. Ook hiervoor moet een dataset gevonden worden met meerdere respondenten per postcodeniveau of meerdere cases op gemeenteniveau.

4 Samenvatting, conclusie en aanbevelingen

4.1 Samenvatting

Met dit rapport beogen wij bij te dragen aan verbeterde en meer samenhangende informatievoorziening over volksgezondheid en zorg op lokaal en regionaal niveau welke nu nagenoeg van elkaar gescheiden zijn. Beleidsmatig is het streven beide werelden meer op elkaar te doen aansluiten in die zin dat de eerste lijn een belangrijker rol zou moeten gaan spelen in lokaal gezondheidsbeleid en omgekeerd dat binnen de eerste lijn meer aandacht komt voor een public-health-benadering in het algemeen en preventie in het bijzonder. Vooral de gemeente zou hierbij een sterkere rol kunnen spelen. Het Ministerie van VWS stelde daarom de vraag in hoeverre het haalbaar is om de bestaande instrumenten op het gebied van lokale informatievoorziening, de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) en de regionale Volksgezondheids Toekomst Verkenning (regionale VTV), beter op elkaar af te stemmen.

De VAAM is opgezet tegen de achtergrond van de beleidsmatige wens om het aanbod van eerstelijnsvoorzieningen af te stemmen op de vraag in geografische eenheden van 10.000 tot 15.000 inwoners. De VAAM is een vrij toegankelijk internetinstrument waarmee voor alle gemeenten en 4-cijferige postcodegebieden in Nederland, de lokale vraag naar eerstelijnsvoorzieningen en de mate van afstemming van het aanbod daarop in kaart kan worden gebracht. Aangezien de lokale vraag niet bekend is, is deze gemodelleerd op basis van de bevolkingssamenstelling van gemeenten en postcodegebieden met behulp van landelijke databases die op steekproeven zijn gebaseerd. Het aanbod en de afstemming is tot dusver alleen opgenomen van de huisartsenzorg. In 2011 zullen de andere eerstelijnsdisciplines daaraan worden toegevoegd. Met de VAAM wordt beoogd om de lokale discussie tussen aanbieders, patiëntenorganisaties en financiers over de gewenste afstemming van aanbod op vraag te voeden. De VAAM is een samenwerkingsproject tussen het NIVEL en de NPCF.

De regionale VTV is een volgens het model van de nationale VTV op maat gemaakte combinatie van rapportages op regionaal en gemeentelijk niveau en een vrij toegankelijke website, waarin de volksgezondheid wordt beschreven op basis van een epidemiologische analyse, de ontwikkelingen in het beleid en de zorg worden beschreven en een blik op de toekomst wordt geworpen. De regionale VTV bevat vooral cijfers op regionaal en gemeenteniveau en niet of nauwelijks op buurniveau. Belangrijke bron voor de regionale VTV zijn de door de GGD gehouden gezondheidsenquêtes. De regionale VTV is bedoeld ter stimulering van evidence based gezondheidsbeleid op lokaal niveau, zoals dat gestalte krijgt in de gemeentelijke nota's volksgezondheidsbeleid.

De hoofdvraag van deze haalbaarheidsstudie is: In hoeverre is het wenselijk en haalbaar om de informatievoorziening in de VAAM en in de regionale VTV beter op elkaar te laten aansluiten? Vanwege de verschillen tussen de instrumenten in doel en doelgroepen,

zijn de deelvragen voor de twee instrumenten afzonderlijk geformuleerd. Deze deelvragen worden eerst beantwoord alvorens terug te komen op de hoofdvraag.

Welke informatie uit de VAAM willen de gebruikers van de regionale VTV met welk doel opnemen in de regionale VTV?

Gemeenten hebben een formele rol in het kader van de Wet Publieke Gezondheid, die voorschrijft eens per vier jaar een gemeentelijke nota volksgezondheidsbeleid vast te stellen. Ook hebben gemeenten (nog niet zo lang) een formele rol ten aanzien van de Wmo. Ten aanzien van de eerste lijn is de formele rol van de gemeente beperkt. De eerste lijn wordt mogelijkheden toegedicht bij het verlenen van preventie in de zorg. Formele bevoegdheden zijn er echter niet. Via de Wmo heeft de gemeente formele bevoegdheden ten aanzien van (delen van) de thuiszorg.

Vanuit deze achtergrond moet de visie van gemeenten op de bruikbaarheid van informatie uit de VAAM voor de regionale VTV worden gezien. Zij zijn nog zoekende naar hun rol en verantwoordelijkheid ten aanzien van beleid voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Hun rol voor de thuiszorg in het kader van de Wmo zien zij duidelijk. Daarnaast spelen gemeenten soms een rol bij het plannen van eerstelijnsvoorzieningen, zoals het faciliteren van huisvesting voor gezondheidscentra of groepspraktijken. Op een mogelijke rol van de eerste lijn bij lokaal gezondheidsbeleid, een doelstelling in het beleid van de rijks-overheid, hebben gemeenten nog weinig zicht.

Vanuit deze achtergrond moet de visie van gemeenten op de bruikbaarheid van informatie uit de VAAM voor de regionale VTV worden gezien.

De interesse was er voor aanbodsgegevens over eerstelijnsvoorzieningen, voor cijfers die betrekking hebben op de Wmo, en voor informatie over de mate waarop het lokale zorgaanbod afgestemd is op de zorgvraag. Daarbij was er behoefte aan mogelijkheden om gegevens over de eigen gemeente te kunnen vergelijken met omliggende gemeenten.

Welke VAAM-indicatoren zijn hiertoe geschikt? Zijn deze indicatoren beschikbaar en welke bewerkingen moeten plaatsvinden op die indicatoren voordat deze opgenomen kunnen worden in een regionale VTV?

De projectgroep heeft geconcludeerd dat gegevens over vraag naar en aanbod van huisartsenzorg alsmede de mate van afstemming van het aanbod op de vraag relevant zijn voor gemeenten. Zij zijn met name geïnteresseerd in eventuele tekorten aan huisartsenzorg nu en in de toekomst, vooral om daar op in te kunnen spelen bij de planning van voorzieningen. Vanuit dezelfde redenering zijn, zo is de conclusie van de projectgroep, ook gegevens over de afstemming tussen verwachte vraag en aanbod van farmaceutische zorg, fysiotherapie, verloskunde en mondzorg in potentie interessant. Ook de vraag naar zorg voor chronische aandoeningen, comorbiditeit en multimorbiditeit is voor gemeenten in potentie interessant. Hier speelt ook de aansluiting op taakvelden uit de Wmo.

Hoe kan deze informatie het best worden gepresenteerd in welke VTV-producten?

In dit rapport is een voorbeeld uitgewerkt hoe informatie over de eerstelijnsgezondheidszorg kan worden gepresenteerd in de drie producten van een regionale VTV voor de GGD-regio Hart voor Brabant. Gegevens worden gepresenteerd over:

- de huisartsendichtheid per gemeente;

- de verwachte consulttijd met de huisartsenpraktijk per inwoner, weergegeven per gemeente;
- de afstemming van het zorgaanbod van huisartsenzorg op de zorgvraag, afgemeten aan de totale consulttijd per beschikbare fte huisarts afgezet tegen het landelijk gemiddelde, eveneens weergegeven per gemeente.

Daarnaast zijn kaartjes over vraag en aanbod van huisartsenzorg in Rotterdamse deelgemeenten besproken met beleidsmedewerkers van twee deelgemeenten.

Uit de terugkoppeling van de gemeenten blijkt dat ze met de beschikbare informatie de dialoog aan kunnen gaan met de eerste lijn. Dit is een belangrijke eerste stap om dichter bij elkaar te komen, wat kan leiden tot de gewenste geïntegreerde eerstelijnszorg.

Welke informatie over gezondheid en de vraag naar preventieve zorg uit de regionale VTV willen de gebruikers van de VAAM met welk doel opnemen in de VAAM?

Ook de eerste lijn is in zijn algemeenheid nog zoekende naar de rol die zij zou kunnen spelen ten behoeve van preventie en lokaal gezondheidsbeleid. Doelstelling van de VAAM is de discussie in de eerstelijnsgezondheidszorg te entameren over de afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag op het niveau van wijken of gemeenten, afhankelijk van de grootte. Uitgegaan wordt van een gebiedsgrootte van 10.000 tot 15.000 inwoners als geografische eenheid waarop afstemming van aanbod op vraag zou moeten plaatsvinden. Een goede afstemming van aanbod op vraag in geografisch afgebakende gebieden schept de beste condities om geïndiceerde preventie in de eerste lijn en populatiegerichte preventie door de GGD goed op elkaar te laten aansluiten. Kennis over de mate waarin wijken of buurten afwijken van het gemiddelde voor wat betreft gezondheid en (ongezonde) leefstijl kan de discussie voeden over het verwijzen naar reeds bestaande preventieprogramma's (bijvoorbeeld van de GGD) dan wel nieuwe preventieprogramma's op te zetten door samenwerking tussen de GGD en de eerste lijn. De regionale VTV bevat dergelijke gegevens op regionaal en gemeentelijk niveau. Opname van die gegevens in de VAAM kan bijdragen aan de discussie over de gewenste inrichting van de eerste lijn en dan met name aanleiding geven preventieprogramma's op te zetten, gebaseerd op de specifieke samenstelling van de bevolking in de wijk. De eerste lijn zou door deze uitbreiding van de VAAM beter bij de discussie over het collectieve en selectieve preventieaanbod kunnen worden betrokken.

Welke regionale VTV-indicatoren zijn hiervoor geschikt? Zijn deze indicatoren beschikbaar en welke bewerkingen moeten plaatsvinden op de indicatoren voordat deze opgenomen kunnen worden op de VAAM?

Uit het selectieproces zijn de volgende indicatoren voor gezondheid uit de regionale VTV (afkomstig uit GGD-enquêtes) als interessant en geschikt om in de VAAM te presenteren naar voren gekomen:

- Het percentage mensen met een minder dan goede ervaren gezondheid;
- Het percentage mensen met beperkingen;
- Het percentage mensen met beperking uitgesplitst naar beperking;
- Het percentage mensen met chronische aandoeningen.

Indicatoren voor (ongezonde) leefstijl uit de regionale VTV en interessant voor de VAAM zijn:

- Het percentage mensen met over- en ondergewicht;
- Het percentage mensen dat rookt;
- Het percentage mensen met overmatig alcoholgebruik;
- Het percentage mensen met lichamelijke inactiviteit;
- Het percentage mensen dat drugs gebruikt.

Hoe kan de informatie over gezondheid en preventieve zorg het best gepresenteerd worden op de VAAM?

De informatie uit GGD-enquêtes wordt in de regionale VTV van Hart voor Brabant verzameld en geanalyseerd met het oog op valide en nauwkeurige schattingen op gemeenteniveau. De aantallen respondenten zijn daarop afgestemd. De gegevens op het niveau van gemeenten kunnen derhalve worden overgenomen uit de regionale VTV. Daarnaast is het doelstelling van de VAAM om ook gegevens op het niveau van wijken te presenteren. De GGD-enquêtes bevatten echter in zijn algemeenheid onvoldoende respondenten om op het niveau van postcodegebieden uitspraken te doen. Er zijn dan twee opties. De eerste is alleen voor die postcodegebieden waar wel voldoende respondenten zijn gegevens te presenteren, Dit blijkt alleen voor een beperkt aantal grotere wijken mogelijk te zijn. De tweede optie is om op grond van de bevolkingssamenstelling van het gebied het verwacht percentage rokers, drinkers, personen met beweegarmoede in de buurt etc. te schatten. De voorspellingen op basis van de bevolkingssamenstelling waren echter onvoldoende betrouwbaar om tot een dergelijke schattingsmethode over te gaan. Verwacht wordt dat met een geaggregeerde analyse (op het niveau van gemeenten en grotere postcodegebieden) tot een betere voorspelling kan worden gekomen. Voor een dergelijke geaggregeerde analyse waren ten behoeve van dit rapport echter onvoldoende onderzoekseenheden beschikbaar.

4.2 Conclusie

In dit rapport is uitgewerkt hoe informatie over (determinanten van) gezondheid en de eerstelijnszorg nader op elkaar kunnen worden afgestemd. Eerste conclusie is dat nadere afstemming van VAAM en regionale VTV op onderdelen haalbaar is. Het in elkaar schuiven van de regionale VTV en de VAAM is door de verschillen in doelgroep en presentatiewijze (al dan niet op buurtniveau) niet opportuun. De producten vullen elkaar aan.

Een punt van aandacht is de beschikbaarheid van gegevens. Op zich is het gebrek aan gegevens niet zo gek, want producten als VAAM en regionale VTV zijn er juist gekomen vanwege het ontbreken van goede gegevens op lokaal niveau. De gezondheidsenquêtes van de GGD-en hebben onvoldoende power voor uitspraken op het niveau van 4-cijferige postcodes. Een ander punt is dat vergelijkbare gegevens niet landelijk beschikbaar zijn. In de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid wordt overigens gewerkt aan de opbouw van een landelijke database met de gegevens uit de Gezondheidsenquêtes van de GGD-en zodat ze landelijk en door derden bruikbaar zijn.

Ook over de aanbodgegevens zijn de nodige opmerkingen te maken. Doordat van deze disciplines beroepsregistraties zijn, zijn in principe gegevens op adresniveau beschikbaar over huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen, oefentherapeuten en eerstelijnspsychologen. Voor het gebruiken van deze gegevens op een laag aggregatieniveau als gemeente of een postcodegebied, om te bezien of het aanbod goed is afgestemd op de vraag, dienen wel de nodige bewerkingsslagen gemaakt te worden. Het gaat dan om het schatten van het aantal fte (wat niet voor iedereen bekend is) en het niet alleen kijken naar de buurt zelf maar ook naar de directe omgeving. Bovendien moet rekening gehouden worden met privacy-aspecten (reden waarom alleen aanbodgegevens worden weergegeven als tenminste 5 zorgverleners in een buurt werkzaam zijn). In het kader van VAAM 3.0 is een weergavemethodiek ontwikkeld die vanaf volgend jaar ook voor de andere eerstelijnsdisciplines waarvoor beroepsregistraties beschikbaar zijn zal gaan worden toegepast. Voor de andere eerstelijnsdisciplines (apothekers, diëtisten, algemeen maatschappelijk werkers en verplegenden en verzorgenden) zal dan ook de beschikbaarheid van gegevens en bruikbaarheid voor de VAAM in kaart worden gebracht.

Aan de toepassing van de regionale gegevens uit GGD-enquêtes kleven de nodige haken en ogen. Op het niveau van gemeenten kunnen gegevens uit GGD-enquêtes in de VAAM worden gepresenteerd. Op het niveau van 4-cijferige postcodes zijn de aantallen te klein om betrouwbare uitspraken te doen. Schatting op basis van de bevolkingskenmerken van de postcodegebieden in Hart voor Brabant analoog zoals dat in de rest van de VAAM plaatsvindt levert geen soelaas omdat de voorspelling op basis van bevolkingssamenstelling niet betrouwbaar kan worden gemaakt. Op geaggregeerd niveau (voorspelling van het percentage rokers in een gemeente op basis van de bevolkingskenmerken) blijkt het percentage rokers in een wijk uit een eerste analyse beter te voorspellen. Voor een dergelijke geaggregeerde analyse waren echter onvoldoende onderzoekseenheden beschikbaar.

4.3 Aanbevelingen

Betreffende de VAAM

Het is zinvol om gegevens over de ‘vraag’ naar preventieve zorg op te nemen in de VAAM. Doel van de VAAM is de lokale dialoog over de afstemming van het zorgaanbod op de vraag te stimuleren. Opname van gegevens over leefstijl, zoals het aantal rokers en gezondheid in de VAAM zal bijdragen aan het op de agenda zetten van het thema preventie in de eerste lijn en de samenwerking op dat gebied tussen gemeente, GGD en eerste lijn. Het voortouw is hierbij aan de initiatiefnemers van de VAAM, NIVEL en NPCF. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van gegevens van GGD-enquêtes betreffende leefstijl en gezondheid. Dan moeten wel enkele tussenstappen gezet worden. Ten eerste is het belangrijk dat voor een landelijk instrument als de VAAM, voldoende aantal GGD-en vergelijkbare gegevens verzamelen en beschikbaar maken. Wij bevelen daarom aan om gegevens uit de gezondheidsenquêtes van de GGD-en via de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid op te nemen in de VAAM. De Lokale en Nationale Monitor heeft een systematiek van uniforme en gestandaardiseerde vraagstellingen. De bruikbaarheid van de gegevens uit deze monitor voor de VAAM is groter naarmate er

meer gestandaardiseerde gegevens liefst voor alle GGD-en zijn opgenomen. Wij bevelen daarom gebruik van de gestandaardiseerde vraagstellingen door GGD' en aan. De geografische eenheid waarop de VAAM beoogt gegevens te presenteren zijn gebieden met circa 10.000 tot 15.000 inwoners. Hierbij gaat het om kleinere gemeenten of buurten/wijken in grotere gemeenten. De VAAM wijkt op dit punt af van de regionale VTV, die gegevens presenteert op gemeenteniveau of deelgemeenteniveau. Doordat de regionale VTV cijfers presenteert op gemeenteniveau, kunnen deze overgenomen worden op de VAAM. Voor het presenteren van gegevens die inzicht geven in de variatie binnen grotere gemeenten is het huidige aggregatieniveau van de VAAM, namelijk 4-cijferig postcode, te fijnmazig. Om dit probleem te onderscheppen wordt aanbevolen om de gegevens op de VAAM te presenteren op een hoger schaalniveau (driecijferig postcode) en alleen voor die geografische eenheden waarvoor de GGD-enquêtes voldoende betrouwbare heeft.

Aanbevolen wordt om in dat geval twee typen indicatoren te presenteren. In de eerste plaats de werkelijke waarde van de betreffende indicator voor het gebied (bijvoorbeeld het percentage rokers). In de tweede plaats de verwachte waarde van de indicatoren gegeven de sociaal-demografische kenmerken van het gebied. De combinatie van deze indicatoren zegt iets over de vraag in hoeverre verschillen tussen het betreffende gebied en een referentiegebied toe te schrijven zijn aan de bevolkingssamenstelling van het gebied. De presentatie van de gegevens dient zo goed mogelijk vergelijkbaar te zijn met de wijze waarop Lokale en Nationale Monitor dat voorschrijft (bijvoorbeeld de toepassing van wegenen), zodat verwarring over tegengestelde of schijnbaar tegengestelde gegevens vermeden wordt.

Betreffende de regionale VTV

Wij bevelen aan om indicatoren over de vraag naar eerstelijnszorg en de afstemming van vraag en aanbod van huisartsenzorg op te nemen in de regionale VTV. In de planning van de VAAM voor 2011 zullen ook afstemmingsgegevens voor andere disciplines opgenomen worden in de VAAM (paramedici, verloskundigen, eerstelijnspsychologen en afhankelijk van de beschikbaarheid van gegevens andere disciplines). Deze kunnen vervolgens ook in de regionale VTV worden opgenomen. Ook wordt aanbevolen om gegevens uit de VAAM - en dan met name de gegevens over afstemming van het aanbod van en de vraag naar huisartsenzorg - op te nemen in de Zorgatlas.

Ook hierbij is het van belang de presentatie zo goed mogelijk vergelijkbaar te maken met de wijze waarop dat in de VAAM gebeurt, zodat verwarring over tegengestelde of schijnbaar tegengestelde uitkomsten wordt vermeden. Dat kan worden gerealiseerd door opname van instructies hierover in de toolkit regionale VTV. Het RIVM pakt dit op.

Aanbevelingen voor VAAM en regionale VTV

Los van de discussie over het opnemen van GGD-gegevens laat dit onderzoek de belangstelling van gemeenten voor gegevens met betrekking tot de Wmo zien. Wij bevelen daarom aan om in de VAAM en de regionale VTV gegevens op te nemen over vraag naar zorg en diensten die in het kader van de Wmo worden gefinancierd. Dit gebeurt overigens al in beperkte mate in de regionale VTV's van Midden-Holland en Zeeland (zie Toolkit regionale VTV). Ook voor de VAAM is dat ingepland voor de update in 2011. Mogelijke bronnen zijn naast de GGD-enquêtes, CBS-pols en de CAK.

Daarnaast is afstemming met andere informatieproducten die op regionaal en lokaal niveau informatie over volksgezondheid en zorg bieden gewenst. Als voorbeeld kan de Wijkscan worden genoemd, een product dat is geadopteerd door de LVG. De Wijkscan neemt gegevens over de vraag naar eerstelijnszorg over uit de VAAM, voegt daar gegevens over het aanbod aan toe en legt met name de link naar wonen en welzijn. Plannen voor nadere afstemming zijn overigens in ontwikkeling in onderling overleg tussen het ROS-collectief, RIVM, NIVEL en GGD.

4.4 Tot slot

De opname van eerstelijnsgegevens in de regionale VTV draagt ertoe bij dat gemeenten de eerste lijn gaan betrekken bij lokaal gezondheidsbeleid. De opname van gegevens over preventie en gezondheid in de VAAM zal bijdragen aan de discussie over de betrokkenheid van de eerste lijn bij preventie. Het opnemen van informatie in kennisproducten als regionale VTV en VAAM draagt bij, maar is niet voldoende om de samenwerking tussen public health en eerste lijn te bevorderen. Het veld zelf is hierbij aan zet, hierbij uitgedaagd door goede voorbeelden. Bijgaand rapport moet worden gezien als een eerste stap. Belangrijk daarbij is de input van gebruikers, gemeenten en eerstelijnszorgaanbieders die nog enigszins zoekende zijn naar hun rol. Uit dit rapport komt van de kant van gemeenten de behoefte aan dialoog naar voren.

Zowel de regionale VTV als de VAAM zijn vooral van belang om met betrokkenen in dialoog te gaan over gemeentelijk gezondheidsbeleid respectievelijk eerstelijnszorg. Afstemming tussen de regionale VTV en de VAAM leidt tot agendasetting voor meer samenhang in gemeentelijk gezondheidsbeleid en de eerste lijn en dan juist in die dialogen waarvoor de instrumenten bedoeld zijn. Zo heeft deze haalbaarheidsstudie zelf al geleid tot een structureel overleg tussen een betrokken gemeente en de ROS over de gewenste samenhang in beleid. Inspanningen voor een verdere integratie van informatie of een verdere detaillering van de informatie, zullen ook altijd moeten worden gezien in de meerwaarde die dit kan hebben voor de dialoog.

Bijlage 1: Literatuur

- Brand H, Cornelius-Taylor B, Evaluation of National and Regional Public Health Reports. Final report to the European Commission. Bielefeld: Institute of Public Health Nordrhein Westfalen (LOEGD); 2003.
- Brouwer W, Sixma H, Delnoij D, Van der Meulen-Arts S. Ontwikkeling van de Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor (VAAM), versie 2006. Utrecht: NIVEL; 2006.
- Dashboard Zorg in de Wijk, Projectvoorstel koppeling preventieve en curatieve zorgdatabases, ROS-collectief, NIVEL, RIVM, GGD, 2010.
- Eerstelijnszorg voorop; op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit Patiëntperspectief; Utrecht: NPCF; 2007.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2010. Meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg; 2010.
- Jeeninga W, van Bon-Martens MJH, Boverhof MWE, et al. Evaluatie ontwikkeling regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 Hart voor Brabant en West-Brabant. Tilburg: Tranzo, Universiteit van Tilburg; 2008.
- Lalonde MA. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). Kiezen voor gezond leven 2007-2010. 's-Gravenhage: Ministerie van VWS; 2006.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS). Wet Publieke Gezondheid. 's-Gravenhage: Ministerie van VWS; 2008.
- Ruwaard D. Regionale VTV's vanuit landelijk perspectief [Spectrum]. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2007;85(3):129-30.
- Sixma HJ, Delnoij DM, Stubbe JH, Triemstra AHM et al. Handboek CQI meetinstrumenten: een handleiding voor de ontwikkeling en het gebruik van Consumer Quality Index (CQI) vragenlijsten. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg, versie 1, 22 maart 2007.
- van der Lucht F, Polder JJ. Van gezond naar beter. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 2010.
- van Bon-Martens MJH, van Eck ECM, Hogendoorn SM, van den Hoogen PCW, van Oers JAM, red. Gezondheid telt! in West-Brabant. Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Breda: GGD West-Brabant; 2006a.
- van Bon-Martens MJH, van Eck ECM, Hogendoorn SM, van den Hoogen PCW, van Oers JAM, red. Gezondheid telt! in Hart voor Brabant. Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. 's-Hertogenbosch: GGD Hart voor Brabant; 2006b.
- van Bon-Martens MJH, de Goede J, van de Goor LAM, van Oers JAM. De regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Resultaten van de ontwikkeling in twee Brabantse regio's. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2008;86(5):249-260.
- van Bon-Martens MJH, van den Heuvel EFM, van der Lucht F, et al. Lokaal gezondheidsbeleid: making the evidence-based choice the easy choice. De ontwikkeling en mogelijkheden van het Regionaal Kompas Volksgezondheid. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2008;86:306-313.
- van Bon-Martens MJH, Jeeninga W, van Eck ECM, van de Goor LAM, van Oers JAM. Evaluatie van de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning in twee Brabantse regio's. Bekendheid, gebruik, bruikbaarheid en randvoorwaarden. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2009;87(7):303-310.
- Verheij RA, Van Dijk CE, Abrahamse H, Davids R, Van den Hoogen H, Braspenning J, Van Althuis T. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ; 2009, [<http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?pageid=12668>], bezocht op 18 oktober 2010].
- Zwaanswijk M, Quak ES, Bouwman J, Zantinge EM, Verhaak PFM, Bakker de DH. Validiteit van de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM): overeenstemming met populatiegegevens uit lokale Gezondheidspeilingen. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2009; 87(6):272-278.

Bijlage 2: Bespreekdocument

Document ter voorbereiding op de bespreking betreffende het project:

‘Integratie van gegevens uit de Vraag-Aanbod Analyse Monitor (VAAM) in de regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning (regionale VTV)’.

In dit document komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- 1) Wat is de Vraag-Aanbod Analyse Monitor (VAAM)?
- 2) Wat is een regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning (regionale VTV)?
- 3) Wat is het doel van dit project?
- 4) Wat is het doel van dit overleg?
- 5) Beschikbare gegevens VAAM
- 6) Bijlage 1: Website VAAM
- 7) Bijlage 2: Voorbeeld uitkomst scherm VAAM
- 8) Bijlage 3: Lijst beschikbare gegevens VAAM

Wat is de Vraag-Aanbod Analyse Monitor (VAAM)?

De VAAM is een planningsinstrument voor de eerstelijnszorg, ontwikkeld door het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). De VAAM heeft de vorm van een internetapplicatie waarmee gebruikers op eenvoudige wijze gegevens over de vraag naar zorg in een door henzelf te selecteren wijk of buurt kunnen genereren (<http://www.nivel.nl/VAAM/>, zie bijlage 1 en 2). De gepresenteerde lokale zorgvraag wordt geschat door nationaal beschikbare (registratie)gegevens te extrapoleren naar een bepaalde wijk of buurt, rekening houdend met de lokale samenstelling van de bevolking (leeftijd, geslacht, type huishouden, etniciteit en inkomen) en de mate van stedelijkheid van het betreffende gebied. De VAAM presenteert dus nadrukkelijk geen werkelijke, lokaal beschikbare gegevens maar verwachtingen op gemeente, wijk of buurniveau die zijn afgeleid uit nationaal beschikbare gegevens. De VAAM bevat gegevens van alle buurten, wijken en gemeentes in Nederland met meer dan 1.000 inwoners. Enkele van de mogelijk te genereren gegevens zijn:

- Het verwachte aantal contacten met een huisarts
- Het verwacht aantal voorgeschreven geneesmiddelen

In een nieuwe versie van de VAAM (zomer 2010) komen voor de huisartsenzorg ook gegevens beschikbaar over het werkelijke aanbod in een buurt/wijk. Daardoor kan de verwachte zorgvraag worden afgezet tegen het beschikbare aanbod.

Wat is een regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning (regionale VTV)?

Naast de nationale Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) van het RIVM zijn er in 2006 voor het eerst regionale VTV's verschenen voor de GGD-regio's Hart voor Brabant en West-Brabant. Momenteel worden, ook in 12 andere GGD-regio's, plannen gemaakt voor regionale VTVs die in 2010/2011 zullen verschijnen. In een regionale VTV worden lokale, regionale en landelijke gegevens over volksgezondheid en zorg integraal geanalyseerd en gepresenteerd. Op basis van een regionale VTV kunnen gemeenten ook

integraal prioriteiten stellen in hun lokale gezondheidsbeleid. De meerwaarde van de regionale VTV zit daarbij in de vertaling van de 'kale' cijfers naar kernboodschappen voor het lokale gezondheidsbeleid.

Een regionale VTV in de GGD-regio Hart voor Brabant bestaat uit drie producten: een samenvattend rapport (Gezondheid telt! in Hart voor Brabant), voor iedere gemeente een rapport met kernboodschappen voor lokaal beleid (zoals Gezondheid telt! in 's-Hertogenbosch) en de website Regionaal Kompas Volksgezondheid (www.regionaalkompas.nl).

Het samenvattend rapport geeft antwoord op de volgende vragen: 'Wat zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen in de regio?', 'Wat zijn de belangrijkste oorzaken van ongezondheid in de regio?', 'Wat gebeurt er aan beleid, preventie en zorg?' en 'Wat brengt de toekomst?'. De belangrijkste bevindingen van het samenvattende rapport en de betekenis hiervan voor het strategisch regionaal en lokaal gezondheidsbeleid zijn samengevat in de vorm van regionale kernboodschappen.

De rapportages 'Kernboodschappen voor lokaal beleid' bestaan uit twee gedeelten. Het eerste gedeelte bevat de belangrijkste regionale bevindingen, aangevuld met de belangrijkste bevindingen voor de gemeente. In het tweede gedeelte staat de betekenis van deze bevindingen voor het lokale volksgezondheidsbeleid centraal. De gemeentelijke rapportage bevat een bijlage waarin cijfers van de gemeente vergeleken worden met die van de regio en, waar mogelijk, met de cijfers voor Nederland.

Het Regionaal Kompas Volksgezondheid is een actuele digitale wegwijzer over de mogelijkheden om de volksgezondheid te verbeteren. Het Regionaal Kompas biedt informatie over gezondheid en ziekte, gezondheidsdeterminanten en bevolking. Het Regionaal Kompas is in eerste instantie gericht op beleidsmakers van gemeenten en regionale en lokale instellingen op het gebied van de volksgezondheid, maar biedt ook informatie die voor een breder publiek interessant kan zijn.

Wat is het doel van dit project?

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor collectieve preventie, de afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg en voor verschillende onderdelen van de care. Daarnaast zijn zij ook verantwoordelijk voor de opvang van kwetsbare groepen die de weg naar de zorg niet zelf kunnen vinden of die er buiten (dreigen te) vallen. De beleidsmogelijkheden van gemeenten op het gebied van zorg liggen vooral op het gebied van de toegankelijkheid van de zorg. Voor gemeenten relevante aspecten van toegankelijkheid zijn: of er voldoende zorgaanbieders zijn, of deze goed en tijdig te bereiken zijn en of het zorgaanbod goed is afgestemd op de lokale behoefte aan zorg.

In 2006 zijn in de regionale VTV (Gezondheid telt ! in Hart voor Brabant) verschillende aspecten van de regionale toegankelijkheid van de zorg verder uitgewerkt. Zo is er een overzicht van de tijdige beschikbaarheid van acute zorg, de bereikbaarheid van huisartsen en een overzicht van het nationale, regionale en lokale zorgaanbod in de curatieve zorg, verzorging en verpleging en in de gehandicaptenzorg. Daarnaast presenteert het rapport een toekomstverkenning van het verwachte toekomstige zorggebruik in de GGD-regio 'Hart voor Brabant' in 2015.

In de lokale rapporten met kernboodschappen van de regionale VTV in 2006, beperkte de informatie over curatieve zorg zich tot een presentatie van het aantal huisartsen per

10.000 inwoners in de betreffende gemeente in vergelijking met de regio en heel Nederland.

Het Regionaal Kompas biedt nog nauwelijks informatie over curatieve zorg.

Doel van dit project is om informatie uit de VAAM over de verwachte lokale zorgvraag en het lokale aanbod van eerstelijnszorg in te brengen in de regionale VTV. We willen kijken welke zorggegevens uit de VAAM interessant zijn voor beleidsmakers en hoe deze gegevens in 2011 het beste opgenomen kunnen worden in de diverse regionale VTV producten. Dit (deel)project is onderdeel van het project 'Naar een samenhangende informatievoorziening over gezondheid en zorg op lokaal en regionaal niveau: Afstemming VAAM en regionale VTV'. Het project wordt gefinancierd door VWS en uitgevoerd door het RIVM, het NIVEL en TRANZO/Universiteit Tilburg in samenwerking met o.a. de GGD Hart voor Brabant en Robuust.

Wat is het doel van deze bespreking?

Om te kijken welke gegevens uit de VAAM opgenomen kunnen worden in de producten van de regionale VTV willen wij graag van gemeentes weten welke van de beschikbare gegevens zij kunnen gebruiken bij het bepalen van hun lokale gezondheidsbeleid: voor welke beleidsvragen van gemeentes en ROS'en zijn de gegevens mogelijk van belang? In overleg tussen GGD, RIVM en het NIVEL is een lijst samengesteld met beschikbare gegevens uit de VAAM die hiervoor in aanmerking zouden kunnen komen. De beschikbare gegevens, die wij graag met u in het overleg willen bespreken, staan beschreven in bijlage 3.

Wij zouden u willen vragen om de bijlage voor het overleg goed door te nemen en bij de beschikbare indicatoren na te denken welke voor u belangrijk zijn en waarom. Ook willen wij u vragen of u deze gegevens geschikt vindt om op te nemen in de regionale VTV of dat de gegevens voor u op een andere manier ook/beter toegankelijk zijn, bijvoorbeeld via de VAAM zelf?

U kunt eerst in de lijst met hoofdonderwerpen aanvinken welke hoofdonderwerpen u interessant vindt. Daarna kunt u in de uitgebreide lijst de bijbehorende specifieke indicatoren bekijken en selecteren.

Website VAAM

NP CF **nivel** vraag aanbod analyse monitor **vaam**

Home Methoden Bronnenoverzicht Contact NIVEL

Verder

Welkom op de website van de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM)

De VAAM verschaft u in een oogwenk inzicht in de verwachte vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg in een gebied op gemeente-, wijk- of buurniveau. De verwachte vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg kunt u opvragen voor het gebied van uw interesse, en is gebaseerd op de bevolkingskenmerken van deze gemeente, wijk of buurt (kijkt u hiervoor op de knop 'Verder' rechts boven).

Doel VAAM
De VAAM beoogt een bijdrage te leveren aan de discussie over een zo goed mogelijke afstemming van het aanbod van eerstelijnsvoorzieningen op de lokale vraag.

Uitkomsten VAAM
De Vraag Aanbod Analyse Monitor verschaft u inzicht in:

- De vraag naar zorg voor specifieke aandoeningen als chronische ziektes en psychosociale problemen
- De vraag naar zorg van specifieke voorzieningen als huisartsenzorg, farmaceutische zorg, fysiotherapeutische zorg en eerstelijns geestelijke gezondheidszorg
- De demografische achtergrondstatistiek van de door u gekozen gemeente, wijk of buurt
- De vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg in de toekomst

De website <http://www.nivel.nl/VAAM> is voor iedereen toegankelijk. U kunt op deze website dus zelf informatie zoeken over de verwachte vraag naar eerstelijnsgezondheidszorg in uw gemeente, wijk of buurt.

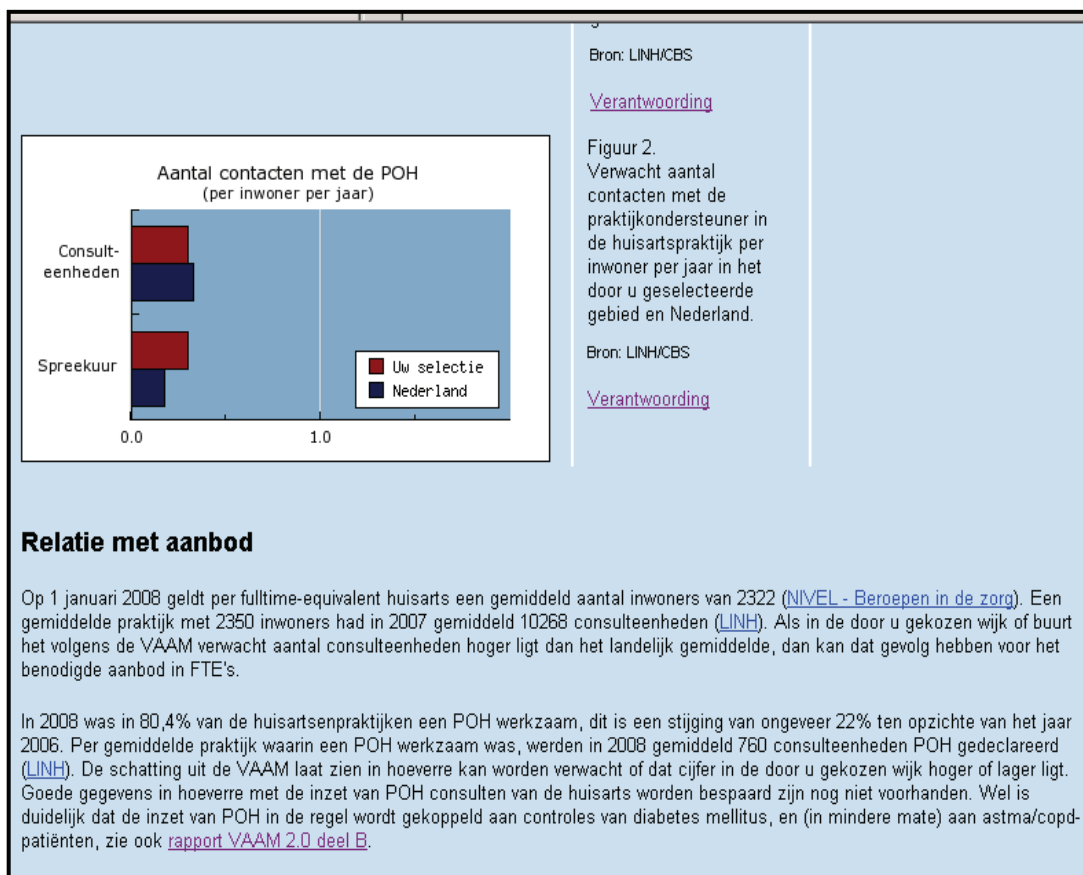
Als u 'verder' aanklikt komt u in een nieuw scherm waar u een gemeente kunt kiezen en eventueel een specificatie van de wijk of buurt. U krijgt dan de demografische gegevens van de gekozen locatie. Vervolgens kunt u kiezen uit een aantal hoofdonderwerpen, zoals huisartsenzorg, farmaceutische zorg of fysiotherapie.

Voorbeeld gegenereerde gegevens VAAM:

Verwacht aantal contacten met de huisartspraktijk per inwoner per jaar in 's-Hertogenbosch.



U ziet hier gegevens over de verwachte vraag naar huisartsenzorg in 's-Hertogenbosch. De gegevens voor de gemeente worden vergeleken met de betreffende gegevens voor Nederland. Door op een tabel te klikken krijgt u de verwachte gegevens voor 2013.



Op de pagina's vindt u aanvullende relevante gegevens en kunt u doorklikken voor verdere specificaties of achtergrondinformatie.

Beschikbare gegevens uit de VAAM (hoofdonderwerpen)

Dit is een selectie van indicatoren die in de VAAM worden gepresenteerd. Deze lijst is opgesteld aan de hand van de verschillende (toekomstige) mogelijkheden van de VAAM (zie: www.nivel.nl/vaam). Deze indicatoren kunnen wellicht toegevoegd worden aan de regionale VTV-2011 om meer inzicht te krijgen in de (afstemming tussen) lokale zorgvraag en het lokale aanbod aan eerstelijnszorg. De beschikbare indicatoren per hoofdonderwerp worden (vanaf pagina 8) uitgebreid beschreven.

- Huisartsenzorg: vooral de afstemming tussen de verwachte zorgvraag en het actuele zorgaanbod is mogelijk relevant voor het zorgbeleid: Wat betekent het als er een tekort of een overschot aan huisartsen is en hoe kan dat eventueel opgelost worden
- Zorg voor chronische aandoeningen: op de VAAM komen cijfers over het verwachte percentage mensen met huisartsencontact voor een aantal specifieke chronische aandoeningen. Ook het verwachte percentage mensen met comorbiditeit of multimorbiditeit is mogelijk interessant. Hoge cijfers voor beide indicatoren kunnen

bijvoorbeeld aanleiding zijn om een multidisciplinair gezondheidscentrum te realiseren in een bepaald gebied.

- Farmaceutische zorg: deze indicatoren kunnen interessant zijn wanneer bijvoorbeeld het actuele medicijngebruik kan worden vergeleken met de verwachte vraag. Doen de gemeentes iets met farmaceutische zorg? Zou dit voor gemeenten interessant zijn en waarom?
- Fysiotherapie/oefentherapie: Het zou interessant kunnen zijn om de verwachte lokale vraag naar fysiotherapie/oefentherapie af te zetten tegen het lokale aanbod. Informatie over het aantal fysiotherapeuten (lokaal) is beschikbaar bij het Nivel, maar niet het aantal fte's. Misschien hebben de ROS'en zelf inzicht in het aantal fte fysiotherapeuten?

Ook voor psychosociale zorg, diëtetiek, verloskundige zorg en overige zorg geldt, dat gegevens over afstemming tussen zorgvraag (beschikbaar via VAAM) en zorgaanbod mogelijk interessant zijn. Het is echter de vraag of de gemeentes zelf (via ROS) beschikken over informatie betreffende het actuele zorgaanbod (aantal fte's).

- Psychosociale zorg
- Diëtetiek
- Verloskundige zorg
- Overige zorg/zorg Wmo
- Huishoudelijke hulp, verzorging/verpleging en mondzorg.
- Toekomststramingen

Ook de toekomststramingen voor de verwachte zorgvraag in 2013 zijn mogelijk interessant voor beleidsmakers. Voor welke gegevens en voor welke termijn zijn toekomststramingen eventueel interessant?

Beschikbare gegevens uit de VAAM (uitgebreid)

Indicatoren huisartsenzorg

De indicatoren 'huisartsenzorg' geven een overzicht van de verwachte aantallen contacten met de huisarts of praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) per inwoner per jaar uitgedrukt in consulteenheden. Het aantal consulteenheden is een gewogen som van alle declareerbare contacten (spreekuren, visites, herhaalrecepten, vaccinaties, email- en telefonische consulten), gewogen naar de hoogte van het tarief.

Verder is er onderscheid gemaakt naar soort contact en tussen contacten met de huisarts of de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH). POH's waren in 2008 in circa 80% van de praktijken werkzaam en houden zich vooral bezig met de controles van chronisch zieken zoals diabetici.

Om te beoordelen of de zorgvraag voldoende wordt gedekt door het aanbod van de eerstelijnszorg, zijn aanbodcijfers nodig. Inzicht in de verwachte (toekomstige) afstemming tussen vraag en het aanbod kan wellicht problemen en mogelijkheden in de afstemming benoemen.

De beschikbare indicatoren ‘huisartsenzorg’ zijn:

- Het verwacht aantal consulteenheden met een huisarts per inwoner per jaar;
- Het verwacht aantal spreekuren/visites/extra lange consulten/telefonische consulten met een huisarts per inwoner per jaar;
- Het verwacht aantal consulteenheden met een POH per inwoner per jaar;
- Het verwacht aantal spreekuren/extra lange consulten/telefonische consulten met een POH per inwoner per jaar;
- Het aantal huisartsen in de wijk;
- Het aantal (fte) huisartsen in de wijk;
- Het aantal (fte) huisartsen in de directe omgeving van de wijk;
- Verwacht aantal consulteenheden per (fte) huisarts in de wijk;
- Verwacht aantal consulteenheden per (fte) huisarts in de wijk + de directe omgeving van de wijk;
- Benodigde aanpassing in het aantal fte huisartsen in 2015 bij gelijkblijvende werklast en ondersteuning in de wijk;
- Benodigde aanpassing in het aantal fte huisartsen in 2015 bij gelijkblijvende werklast en ondersteuning in de wijk + de directe omgeving van de wijk;
- Benodigde aanpassing aantal fte huisartsen in 2015 in de wijk, bij werklast en ondersteuning gebaseerd op het landelijk gemiddelde;
- Benodigde aanpassing aantal fte huisartsen in 2015 in de wijk + de directe omgeving van de wijk, bij werklast en ondersteuning gebaseerd op het landelijk gemiddelde.

Indicatoren zorg chronische aandoeningen

De indicatoren ‘zorg chronische aandoeningen’ tonen een schatting van het percentage inwoners dat de huisarts voor specifieke chronische aandoeningen bezoekt. De NHG-standaarden schrijven bij deze aandoeningen een vast aantal controles per jaar voor. Deze contacten kunnen mogelijk deels door de huisarts worden gedelegeerd naar bijvoorbeeld een POH of nurse-practitioner, ervan uitgaande dat de huisarts de diagnose eerst stelt.

De beschikbare indicatoren ‘zorg chronische aandoeningen’ zijn:

- Verwacht percentage inwoners per jaar met huisartscontacten voor diabetes, COPD, cardiovasculair risicomanagement en hartfalen;
- Verwacht percentage inwoners met comorbiditeit en multimorbiditeit (meer dan 3 of meer dan 4 chronische aandoeningen).

Indicatoren farmaceutische zorg

De indicatoren ‘farmaceutische zorg’ geven een schatting van het aantal voorschriften van geneesmiddelen vanuit de huisartspraktijk. Dit als indicatie van de vraag naar zorg in de apotheek. De gegevens omvatten de door de huisarts uitgeschreven voorschriften alsmede herhaalrecepten die vaak ook in eerste instantie door specialisten zijn voorgeschreven. Samen betreft dat circa 60% van het totaal aantal in Nederland uitgeschreven geneesmiddelvoorschriften. Direct door specialisten uitgeschreven receptuur alsmede zelfmedicatie blijven buiten beschouwing.

De beschikbare indicatoren ‘farmaceutische zorg’ zijn:

- Verwacht aantal voorschriften van geneesmiddelen in de huisartspraktijk per 1.000 inwoners per jaar in geselecteerd gebied en Nederland;
- Verwacht aantal voorschriften opgedeeld in 7 categorieën (Maagmiddelen, Cholesterolverlagers, Antibiotica, Kalmeringsmiddelen, Antidepressiva, Astma-/COPD middelen, Insuline

Indicatoren fysiotherapie en oefentherapie

De indicatoren ‘fysiotherapie’ geven een schatting van het aantal inwoners in het door u geselecteerde gebied dat jaarlijks contact heeft met de fysiotherapeut. Hierbij is onderscheid gemaakt naar de soort aandoening (chronisch of niet-chronisch) en de wijze waarop cliënten bij de fysiotherapeut terecht komen (na verwijzing door de huisarts of op eigen initiatief).

De beschikbare indicatoren ‘fysiotherapie’ zijn:

- Verwacht aantal zittingen fysiotherapie per 1.000 inwoners per jaar in geselecteerd gebied en in Nederland;
- Verwacht aantal zittingen met de oefentherapeut per 1.000 inwoners per jaar in het door u geselecteerde gebied en in Nederland.

Indicatoren psychosociale zorg

De indicatoren ‘psychosociale zorg’ geven een schatting van het percentage inwoners met psychische problemen. Dit is een overschatting van de vraag naar eerstelijns geestelijke gezondheidszorg, omdat niet iedereen met een psychisch probleem behoefte heeft aan professionele zorg. Huisartsen zijn in Nederland de aangewezen eerste contactpersoon bij zowel somatische als psychische problemen van patiënten. Patiënten met psychische of sociale problemen hebben bijna twee keer zo vaak contact met de huisartspraktijk als patiënten met alleen lichamelijke klachten. Die psychosociale zorgtaak van de huisartsen kan worden verlicht door een goed netwerk van GGZ-hulpverleners. Indien het verwacht aantal cliënten in de door u gekozen wijk of buurt hoger ligt dan het gemiddelde zal dat navenant consequenties hebben voor het benodigd aantal fte.

De beschikbare indicatoren ‘psychosociale zorg’ zijn:

- Verwacht aantal huisartscontacten voor psychische en sociale problemen per 1.000 inwoners in één jaar in geselecteerd gebied en Nederland;
- Verwacht aantal cliënten per 1.000 inwoners in één jaar in geselecteerd gebied en Nederland (uitgesplitst naar maatschappelijk werk, eerstelijnspsycholoog en sociaal psychiatrisch verpleegkundige).

Indicatoren diëtetiek

De beschikbare indicatoren diëtetiek zijn:

- Verwacht aantal patiënten dat beroep doet op dieetadvisering in het door u geselecteerde gebied en Nederland;
- Verwacht aantal uren dieetadvisering per patiënt per jaar in het door u geselecteerde gebied en Nederland.

Indicatoren verloskundige zorg

De indicatoren ‘verloskundige zorg’ geven een indicatie van de vraag naar verloskundige zorg. Het aantal geboortes per jaar in uw selectie wordt berekend middels het aantal vruchtbare vrouwen tussen de 15 en 39 jaar.

De volgende indicatoren zijn beschikbaar voor verloskundige zorg:

- Aantal geboortes per jaar en het verwacht aantal thuisbevallingen per jaar in het door u geselecteerde gebied en Nederland;
- Aantal geboortes en het verwacht aantal thuisbevallingen per 1.000 inwoners per jaar in het door u geselecteerde gebied en Nederland.

Overige indicatoren/indicatoren zorg Wmo

Deze overige indicatoren betreffen huishoudelijke zorg, verpleging/verzorging en mondzorg in uw gebied. Huishoudelijke zorg en verpleging/verzorging dienen als indicatie voor het gebruik van thuiszorg.

De beschikbare ‘overige indicatoren’ (of in de toekomst ‘indicatoren zorg Wmo’) zijn:

- Verwacht aantal uren mondzorg per inwoner per jaar in geselecteerd gebied;
- Het percentage mensen dat huishoudelijke hulp ontvangt;
- Het aantal uren huishoudelijke hulp per week;
- Het percentage mensen dat behoefte heeft aan huishoudelijke hulp;
- Het percentage mensen dat persoonlijke verzorging ontvangt;
- Het aantal keren per week en het aantal weken per jaar persoonlijke verzorging;
- Het percentage mensen dat behoefte heeft aan persoonlijke verzorging;
- Het percentage mensen dat verpleging ontvangt;
- Het aantal keren per week en het aantal weken per jaar verpleging;
- Het percentage mensen met behoefte aan hulp bij verpleging;
- Het percentage mensen dat thuiszorg ontvangt;
- Het percentage mensen met behoefte aan vervoersvoorziening, rolstoel of woning-aanpassing.

Toekomstramingen VAAM

De VAAM geeft per indicator ook inzicht in de verwachte lokale zorgvraag voor het jaar 2013. Middels bevolkingsprognoses wordt de verandering in het aantal inwoners doorberekend in de verschillende formules die voor de uitkomsten van de VAAM gebruikt zijn. Zo geeft de VAAM inzicht in de verandering van bijvoorbeeld het aantal huisartscontacten tussen 2008 en 2013. Voor welke gegevens en over welke periode zijn toekomstramingen interessant?

Overige vragen aan u

Zijn gegevens over de verwachte toekomstige uitstroom van huisartsen op regionaal niveau voor u interessant?

Hoe zou u de cijfers het liefst gepresenteerd willen zien. Bijvoorbeeld, cijfers van uw gemeente vergeleken met de regio of in vergelijking met landelijke cijfers?

Zijn er bepaalde zorggegevens die u mist, die u in de toekomst nodig zou kunnen hebben voor het zorgbeleid en die, indien mogelijk aan de VAAM of de regionale VTV zouden kunnen worden toegevoegd?

Bijlage 3: Verslagen interviews gemeente

Verslag 1

Aanwezig bij het overleg:

- Een ambtenaar van de gemeente
- Twee regioadviseurs van de ROS
- Twee functionarissen gezondheidsbeleid GGD-HvB
- Een epidemioloog van de GGD-HvB

Een van de regioadviseurs van de ROS is aangeschoven bij dit overleg met name vanwege haar betrokkenheid bij het pilot project 'wijkscan'. Dit project wordt gecoördineerd vanuit Robuust, de overkoepelende organisatie van de 4 ROS'en in Zuid Nederland. Een regioadviseur van de ROS geeft aan dat het doel van het overleg in eerste instantie niet duidelijk was. Als zij eerder meer informatie hadden gehad, hadden zij graag afgestemd met Robuust. De gesprekken zijn nu gepland met 3 afzonderlijke gemeentes en er zijn 2 verschillende ROS'en betrokken (ROSE-Phoenix en FASTeerstelijns). Het lijkt handiger als niet de individuele ROS'en maar Robuust een 'standpunt' bepaalt met betrekking tot dit project. Robuust is betrokken bij het project VAAM/regionale VTV maar er was nog geen afstemming met de ROS'en en met het 'wijkscan' project.

In het algemeen lijkt iedereen het erover eens dat er erg veel databronnen beschikbaar zijn en dat het goed zou zijn als er meer onderlinge afstemming, koppeling, communicatie en samenwerking over alle gegevensbronnen zou zijn en als men elkaar beter weet te vinden. Een van de adviseurs van de ROS zal ons informatie sturen over de 'wijkscan'. Een wijkscan kan op aanvraag gemaakt worden. Er wordt geput uit een breed scala aan beschikbare informatiebronnen (VAAM, woningbouw, FUNDA, stratenplan, CBS etc.). De informatie is beschikbaar op postcodeniveau. Ook de HIS (huisartsinformatiesysteem) wordt genoemd als informatiebron en het verwijskompas van huisartsen voor huisartsen waarin men, tegen betaling, informatie kan krijgen over het beschikbare aanbod (in fte) van verschillende beroepsgroepen. Tevens beschikken enkele grote gemeenten over een eigen afdeling onderzoek en statistiek waar ook veel dat verzameld wordt. Hier worden o.a. op wijkniveau gezondheidsprofielen gemaakt (met name op basis van beschikbare databronnen zoals monitorgegevens van de GGD). De 'beweegkuur' wordt specifiek genoemd als project waarbij meer afstemming/coördinatie welkom zou zijn.

Met betrekking tot de beschikbaarheid van gegevens over het aanbod aan zorg op wijkniveau blijkt dat er, vanuit het project wijkscan, aan een database gewerkt wordt. Huisartsgegevens (in fte) zijn al wel (deels) beschikbaar maar voor andere beroepsgroepen is men hier nog mee bezig.

De rol van de gemeente met betrekking tot zorgbeleid (eerstelijnszorg) blijkt nog zeer gering. Ook al wordt er steeds meer naar de gemeente gekeken, de regierol van de ge-

meente en de formele verantwoordelijkheid voor zorgbeleid lijkt zich te beperken tot de thuiszorg (wet Wmo). Op dit moment speelt de gemeente alleen een faciliterende rol zodra het gaat om de huisvesting van bijvoorbeeld een gezondheidscentrum of een huisarts. Of er nieuwe voorzieningen nodig zijn, wordt nu aangegeven door de ROS'en, beroepsgroepen, woningbouwcorporaties en verzekeraars. Er gaan toekomstramingen van de ROS naar de gemeente en die houdt dan rekening met het bestemmingsplan. Met betrekking tot uitstroom van huisartsen, ook dit hebben de ROS'en zelf goed op het netvlies. Dit wordt per kwartaal bekeken in overleg met zorgaanbieders en zorgverzekeraars en indien nodig wordt de gemeente geïnformeerd (rol met betrekking tot huisvesting).

De ambitie van de gemeente om in de toekomst een grotere rol te gaan spelen in het zorgbeleid is nog onduidelijk. Dit is onder andere afhankelijk van wat er bestuurlijk wordt afgesproken, speerpunten, landelijke VTV's en zorgnota's, het aantal beschikbare uren voor de gemeente en afstemming met de rol van andere partijen zoals Zorgkantoor, AWBZ, en zorgverzekeraars. De vraag wordt ook gesteld welke rol de GGD (in de toekomst) op het terrein van collectieve preventie en de zorg zal kunnen spelen.

Er wordt nog opgemerkt dat zorgverleners en verzekeraars momenteel veel tijd en energie (moeten) steken in de zorgprogramma's voor Chronische aandoeningen (met betrekking tot functionele bekostiging/keten DBC's).

Conclusie: Eigenlijk zijn we te vroeg met dit project omdat de rol van de gemeente met betrekking tot eerstelijnszorg nog onduidelijk is. Op dit moment lijken alleen gegevens die betrekking hebben op de Wmo (thuiszorg) interessant. Dan met name lokale gegevens en vergelijking van de gemeente met de regio en/of met andere, soortgelijke, gemeenten. De gemeenteambtenaar zal hierover nog contact opnemen met zijn collega Wmo en laat ons weten welke Wmo indicatoren interessant zijn voor de gemeente.

De gemeenteambtenaar wil graag, na het uitkomen van de nationale VTV en de nationale gezondheidsnota, samen met een collega van de gemeente van de afdeling onderzoek en statistiek met de GGD praten over de invulling van de regionale VTV 2011, met name met betrekking tot lokale kernbevindingen (en niet alleen over het stukje zorg maar breed).

Verslag 2

Aanwezig bij het overleg:

- Een ambtenaar van de gemeente
- Twee regioadviseurs van de ROS
- Twee functionarissen gezondheidsbeleid GGD-HvB
- Een epidemioloog van de GGD-HvB

Facilitair Steunpunt Eerstelijns (Stichting Fast) is in opdracht van de zorgverzekeraars, CZ en VGZ verantwoordelijk voor de ondersteuning van de eerstelijnszorg (fysiotherapie, logopedie, eerstelijnspsychologen, oefentherapie, huisartsen, POH huisartsen, en verloskunde) in Zuidoost-Brabant, Noord Limburg en Nijmegen e.o.. Bij FAST is informatie over het lokale zorgaanbod voor de diverse beroepsgroepen maar niet in fte's. Voor wat betreft de POH's zijn wel de aantallen maar niet de taakvelden/specialisaties bekend.

De vraag komt ter sprake, wie is er nu eigenlijk verantwoordelijk is voor vestiging van nieuwe zorgaanbieders. Een medewerker van de ROS legt uit dat voor een huisarts geldt dat hij/zij zich kan vestigen indien er een contract is met een verzekeraar. Een huisarts wordt voorgedragen via de HAGRO of kan een contract krijgen indien hij/zij minimaal 800 inschrijvingen bij elkaar kan krijgen. Voor wat betreft fysiotherapeuten en psychologen stelt een verzekeraar alleen eisen aan de inrichting van de praktijk en zij kunnen zich in principe overal vestigen. FAST en de verzekeraars vullen elkaar aan voor wat betreft gegevens over opvolging/uitbreiding van zorgaanbod (wanneer nodig).

De gemeente worstelt nog met regie voeren met betrekking tot gezondheidsbeleid, het afkaderen is een probleem en aandacht voor zorg is nog te vroeg. De gemeente zou een rol kunnen spelen bij afstemming tussen preventie en zorg, en bij de geografische toegankelijkheid (spreiding van zorgaanbieders over verschillende kernen of juist niet). De afstemming tussen collectieve en individuele preventie kan ook beter, wie doet wat? Men zou elkaar beter moeten informeren.

Er wordt een voorbeeld aangehaald door een van de ROS adviseurs: In Helden heeft op verzoek van de gemeente overleg plaatsgevonden tussen verschillende partijen betrokken bij zorg (gemeente, welzijn, zorgaanbieders eerste lijn, klanten). Zij hebben onder andere gesproken over hun visie op gezond leven en over continuïteit en afstemming tussen de partijen. De gemeente speelde een faciliterende rol voor de verschillende partijen om elkaar te ontmoeten (en te leren kennen) en dat werd positief gewaardeerd. Uit dit praktijkvoorbeeld blijkt ook dat je de regierol moet 'mogen' voeren. Dit kan beginnen met ontmoeting en kennismaken en is een traject waarin je moet willen investeren.

Een overzicht van zorgvraag/aanbod vindt men (gemeente/FAST) wel wenselijk maar men twijfelt of zo'n overzicht op basis van landelijke gegevens wel goede lokale cijfers oplevert (voor een landelijk gebied met verschillende kernen). Een van de 'problemen' in zo'n gebied is de spreiding van zorg over de verschillende kernen. Het is niet wenselijk dat zorgaanbieders waar men met acute klachten snel terecht moet kunnen (tandartsen, apotheek en verloskundigen) wegtrekken uit de kernen en zich teveel centreren in een

centrum. Daarnaast wordt aangegeven dat men hier nog veel waarde hecht aan behandeling door de eigen huisarts (in plaats van door een 'assistent').

Er wordt benadrukt dat de cijfers over zorg wel erg veranderlijk zijn (vraag naar zorg voor chronische aandoeningen is bijvoorbeeld ook afhankelijk van zorgstandaarden) waardoor de vraag ontstaat of het zinvol is om die in een regionale VTV te zetten die eens per 4 jaar verschijnt. Op zich is men geïnteresseerd in cijfers over huisartsen, POH's, fysiotherapie, oefentherapie, psychosociale zorg, verloskunde en Wmo cijfers. Men stelt voor deze cijfers 'op hoofdlijnen' te presenteren in de VTV met verwijzingen naar andere up-to-date-bronnen (zoals de VAAM en de wijkscan). Ook voorbeelden over hoe de regierol van de gemeente kan worden ingevuld zijn welkom. De regionale VTV zou gemeenten kunnen 'begeleiden' in het zetten van stappen naar meer samenwerking tussen preventie en zorg. Door praktijkvoorbeelden te noemen en te adviseren/inspireren over welke rol de gemeente op zich zou kunnen nemen.

De gemeente wil informatie voor de gemeente het liefst kunnen vergelijken met informatie uit omringende gemeenten.

Contact tussen FAST en de gemeente was er nog niet en deze bespreking was dus ook al nuttig om dit contact tot stand te brengen. FAST gaat zich in de toekomst meer profileren naar gemeenten.

Verslag 3

Aanwezig bij het overleg:

- Een ambtenaar van de gemeente
- Een regioadviseur van de ROS
- Twee functionarissen gezondheidsbeleid GGD-HvB
- Een epidemioloog van de GGD-HvB

De gemeenteambtenaar geeft aan dat ze het jammer vindt dat haar collega (Wmo-beleid) er niet bij is. Ook hier kende de gemeenteambtenaar en de regioadviseur van de ROS elkaar nog niet.

De ambtenaar geeft aan dat de gemeente niet bezig is met ambities rondom zorg(beleid). Er is ook geen geld voor activiteiten rondom afstemming van preventie en zorg. Soms is er op projectbasis sprake van samenwerking met zorgaanbieders (zoals bij een project over psychosociale zorg) maar meestal ad-hoc en niet met een bepaalde visie.

Er is geen regulier contact met zorgaanbieders. Gemeente speelt op het vlak van zorg een kleine rol. Bijvoorbeeld bij het opstarten van A-HOED (apothek en huisartsen onder 1 dak) namen zorgaanbieders initiatief en speelde de gemeente een rol bij huisvesting. De gemeente speelt nauwelijks een rol in zorgbeleid en heeft eigenlijk geen behoefte aan extra informatie over zorg in de regionale VTV. Huisartsen en fysiotherapeuten hebben eigen, sterke beroepsgroepen en die willen en kunnen alles zelf regelen. Volgens de ambtenaar is alles zo eigenlijk wel goed geregeld.

Voor de vorige nota gezondheidsbeleid heeft de gemeente wel een bijeenkomst gehad met verschillende beroepsgroepen en partners voor input bij de nota.

De gemeente zou een rol kunnen spelen bij spreiding van zorg in de wijk en bij afstemming over benodigde voorzieningen bij het inrichten van een nieuwe wijk (met ROS en verzekeraars).

De ROS speelt geen actieve rol bij preventie. Overleg/afstemming is wel nodig bijvoorbeeld in het kader van de beweegkuur.

In deze gemeente is de nota gezondheidsbeleid een onderdeel van de Wmo nota. Gegevens over Wmo-gebieden zijn misschien wel interessant voor in de regionale VTV maar dat zou afgestemd moeten worden met de andere collega.

Bijlage 4: Werkdocument



Gezondheid telt!

Regionale VTV 2011

Eerste lijn

[Klik [hier](#) voor Auteur, functie (of hiervoor in plaats: projectgroep of afdeling)]

© GGD Hart voor Brabant
's-Hertogenbosch

Zorg ook een zorg voor gemeenten!

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor een goede afstemming tussen preventieve en curatieve zorg. Verschillende organisaties in de openbare gezondheidszorg en de zorgsector kunnen hun activiteiten, taken en verantwoordelijkheden nog meer op elkaar afstemmen en preventie en zorg beter met elkaar verbinden. Gemeenten kunnen de regierol die zij hierbij hebben krachtiger oppakken.

Vooraf op het gebied van preventie gericht op risicogroepen (selectieve preventie) en preventie gericht op individuen met een verhoogd risico op gezondheidsproblemen (geïndiceerde preventie) is er veel overlap tussen het werkkterrein van de openbare gezondheidszorg en de eerstelijnszorg. Door partijen uit de zorgketen bij elkaar te brengen, kunnen gemeenten de samenwerking en afstemming stimuleren en faciliteren. Gemeenten hebben, naast hun rol in afstemming tussen preventie en zorg, ook de algemene taak om de gezondheid van hun inwoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen. Goede lokale zorg draagt daaraan bij en is daarom ook voor gemeenten van belang. Zo kan de gemeente bijvoorbeeld het initiatief nemen om het aanbod van een bepaalde zorgvoorziening met relevante partijen te bespreken, indien er een indicatie is voor een mogelijk lokaal tekort aan deze voorziening. Hierbij moeten gemeenten ook rekening houden met de vergrijzing en de daarmee gepaard gaande verwachte toename in de vraag naar zorg en voorzieningen in de komende jaren.

Eerste lijn

Regionaal rapport

Eerstelijnsgezondheidszorg ook een zorg voor gemeenten?

Gemeenten hebben geen specifieke wettelijke verplichtingen ten aanzien van de eerstelijnszorg, maar zij zijn wel verantwoordelijk voor een goede afstemming tussen preventie en zorg. Ook hebben gemeenten de taak om de gezondheid van hun inwoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen. Goede lokale zorg draagt daaraan bij en is daarom ook voor gemeenten van belang.

Meer aansluiting tussen preventie en zorg wenselijk

Voorkómen van ziekte begint bij een gezonde leefstijl en een goede zorg voor en door de burger zelf. De georganiseerde zorg begint vaak pas op het moment dat mensen een gezondheidsprobleem hebben. Verschillende organisaties in de gezondheids- en zorgsector kunnen hun activiteiten, taken en verantwoordelijkheden nog meer op elkaar afstemmen en preventie en zorg nog meer met elkaar verbinden. De Wmo en de WPG leggen de regie hiervoor bij gemeenten. Gemeenten kunnen deze rol nog krachtiger oppakken. Door partijen uit de zorgketen bij elkaar te brengen, kunnen zij de samenwerking en afstemming stimuleren en faciliteren.

Met name op het gebied van selectieve preventie (preventie gericht op risicogroepen) en geïndiceerde preventie (preventie gericht op individuen met een verhoogd risico op gezondheidsproblemen) is er veel overlap tussen het werkterrein van de openbare gezondheidszorg en de eerstelijnszorg. Op dit terrein valt nog veel gezondheidswinst te behalen als er meer wordt samengewerkt tussen betrokken partijen. Voor lokaal beleid liggen hier mogelijkheden om preventie en zorg beter te verbinden. Innovatie in organisatie en financiering is daarbij vereist.

Zorg als determinant van volksgezondheid

De kwaliteit en toegankelijkheid van preventie en zorg, beïnvloeden de gezondheid van de lokale bevolking. Beleidsmogelijkheden van gemeenten liggen vooral op het gebied van de toegankelijkheid. Voor gemeenten zijn vooral het zorgaanbod, de keuzevrijheid in de zorg, tijdigheid van zorg, sociale toegankelijkheid, financiële toegankelijkheid en geografische bereikbaarheid relevant (zorgbalans, 2010).

Regierol van gemeenten in Hart voor Brabant nog beperkt

Gemeenten in Hart voor Brabant zijn nog zoekende naar hun rol in het (eerstelijns)zorgbeleid. Met betrekking tot het aanbod aan eerstelijnszorg spelen gemeenten vooral een faciliterende rol, als het gaat om de huisvesting van bijvoorbeeld een gezondheidscentrum of een huisarts. De gemeenten verschillen in hun ambitie om in de toekomst meer met (eerstelijns)zorgbeleid te gaan doen. De mogelijkheden hiervoor zijn afhankelijk van het beschikbare budget en de afstemming van taken en verantwoordelijkheden met andere partijen zoals de ROS'en, het Zorgkantoor, de zorgverzekeringen en de GGD.

Gegevens nog beperkt beschikbaar

In de regionale VTV van Hart voor Brabant (2006) werd geconstateerd dat goede informatie over (eerstelijns)zorg landelijk, regionaal en lokaal slechts fragmentarisch beschikbaar is. Ook in 2010 zijn zorggegevens nog beperkt beschikbaar. Het ministerie van VWS probeert partijen bijeen te brengen om te onderzoeken of zij de verzameling van (eerstelijns) zorggegevens beter op elkaar af kunnen stemmen.

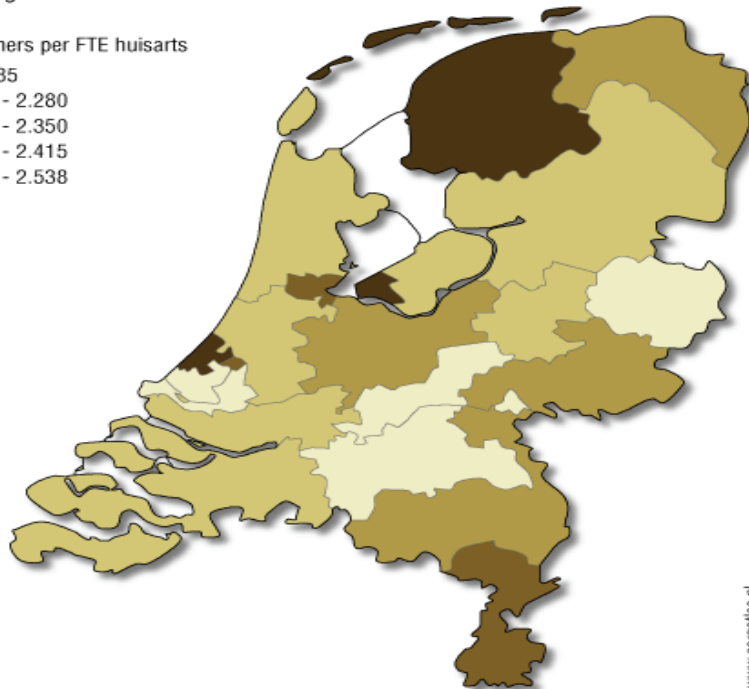
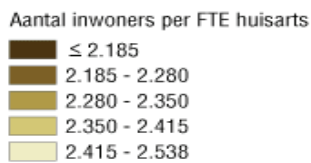
Aanbod eerstelijnszorg

Relatief weinig huisartsen in Brabant

De gemiddelde huisartsendichtheid in Nederland is 2.351 inwoners per fte huisarts. De huisartsendichtheid varieert tussen provincies van 2.185 tot 2.442 (figuur B4.1). In Noord-Brabant is de huisartsendichtheid 2.404 inwoners per fte, dat wil zeggen veel inwoners per huisarts, dus relatief weinig huisartsen (beroepenregistratie, NIVEL). Iedereen wordt geacht een eigen huisarts te hebben. In Hart voor Brabant heeft bijna iedereen een eigen huisarts. In de gemeente Dongen is het percentage volwassenen zonder eigen huisarts het hoogst (bijna 4%, GGD volwassenen monitor 2009).

Figuur B4.1: Huisartsendichtheid per 1 januari 2009

Huisartsendichtheid 2009 per ROS-regio



Bron: Nivel

www.zorgatlas.nl

(Bron: NIVEL)

Meeste mensen hebben jaarlijks contact met de huisarts

Ongeveer 72% van de bevolking van Hart voor Brabant heeft minstens eenmaal per jaar contact met de huisarts. Dit verschilt niet met het gemiddelde van Nederland

(www.zorgatlas.nl, jaarlijks contact huisarts op basis van CBS gegevens).

Ook het bezoek aan een specialist, tandarts of fysiotherapeut wijkt niet af van Nederland (Zorgatlas, bron POLS, CBS). In vergelijking met Nederland, gebruikt in Hart voor Brabant een kleiner deel van de inwoners voorgeschreven of niet voorgeschreven medicijnen (Zorgatlas, bron POLS, CBS).

Afstemming tussen vraag en aanbod huisartsenzorg

De Vraag Aanbod Analyse Monitor van het NIVEL (www.nivel.nl/vaam.nl) vermeldt het aanbod aan huisartsenzorg per gemeente in Hart voor Brabant. Dit aanbod varieert van 3 fulltimerequivalenten (fte) in Lith tot 77 fte in Tilburg. De VAAM geeft ook de verwachte vraag naar huisartsenzorg per gemeente, uitgedrukt in aantal minuten huisartsenzorg per inwoner per jaar (zie figuur B4.2). Gemiddeld in Nederland is dat bijna 32 minuten.

Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) schat verwacht zorggebruik nu en in de toekomst

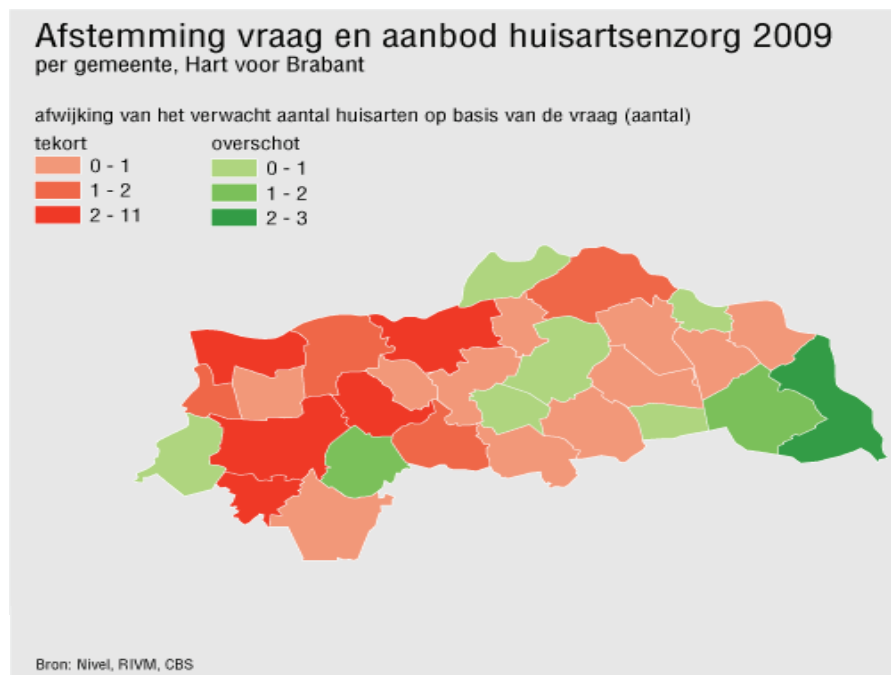
Het zorggebruik (bijvoorbeeld het aantal huisartscontacten) wordt in de VAAM (www.nivel.nl/vaam) geschat op basis van nationale data die wordt geëxtrapoleerd naar gemeente en postcodeniveau. Hierbij houdt de VAAM rekening met verschillen in demografische kenmerken van de inwoners (leeftijd, geslacht, samenstelling huishouden (% eenpersoonshuishoudens), etniciteit (% niet-westers allochtoon), inkomen en de mate van stedelijkheid van een gebied).

Op de VAAM zijn voor huisartsenzorg ook cijfers over zorgaanbod en over de afstemming tussen vraag en aanbod beschikbaar.

In Hart voor Brabant varieert de vraag naar huisartsenzorg van bijna 31 minuten per inwoner per jaar in Lith, Bernheze en Hilvarenbeek tot 33,5 minuten in Waalwijk. Uitgaande van de gemiddelde vraag naar zorg per huisarts in Nederland (75.000 contactminuten per fte huisarts per jaar) kan het benodigde aanbod aan huisartsenzorg per gemeente worden berekend. Het verschil in het geschatte benodigde aanbod en het werkelijke aanbod per gemeente is weergegeven in figuur B4.3.

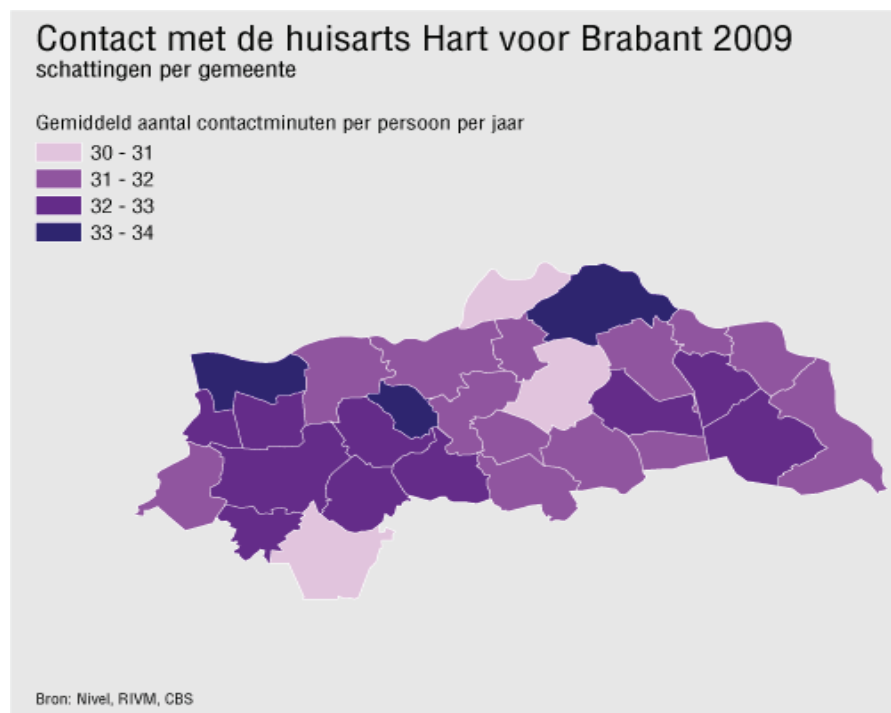
In een aantal gemeenten is er een mogelijk tekort aan huisartsenzorg, oplopend tot een geschat tekort van ongeveer 3 fte in Waalwijk en 's-Hertogenbosch tot ruim 10 fte in Tilburg. In Boxmeer is het aanbod aan huisartsenzorg ruim 2 fte meer dan op basis van een landelijk gemiddelde 'werkdruk' wordt verwacht.

Figuur B4.2: Geschatte contacttijd met de huisarts per gemeente in Hart voor Brabant in 2009



(Bron: NIVEL)

Figuur B4.3: Afstemming tussen vraag en aanbod huisartsenzorg per gemeente



(Bron: NIVEL)

Toegankelijkheid eerstelijnszorg

Eerstelijnszorg voldoende aanwezig in de eigen buurt

De reistijd naar de dichtstbijzijnde huisarts bedraagt in het overgrote deel van Hart voor Brabant minder dan 5 minuten (www.zorgatlas.nl). De huisartsen zijn daarmee, als belangrijkste eerstelijnsvoorziening, in het algemeen goed bereikbaar. Slechts 3% van de volwassen inwoners van Hart voor Brabant vindt dat huisartsen onvoldoende aanwezig zijn in de eigen buurt. Dit percentage varieert van 0,2% in Dongen tot 6% in Waalwijk (GGD volwassenen monitor).

Telefonische bereikbaarheid van de huisarts onvoldoende

Ruim een kwart van de inwoners van Hart voor Brabant (27%) vindt de telefonische bereikbaarheid van de huisarts voor het maken van een afspraak onvoldoende. Iets minder dan een kwart (23%) vindt dat het te lang duurt voor men bij de huisarts terecht kan.

Toegankelijkheid van huisartsenzorg vraagt in enkele gemeente extra aandacht.

In enkele gemeente van Hart voor Brabant is een mogelijk tekort aan huisartsenzorg (figuur B4.3), terwijl de inwoners ook vaker dan gemiddeld in de regio aangeven, dat de bereikbaarheid van de huisartsen onvoldoende is. Hier duiden dus meerdere indicatoren op een mogelijk tekort in het zorgaanbod. In zo'n geval kan een gemeente initiatief nemen om het zorgaanbod met de huisartsen en de ROS'en te bespreken. De aanwezigheid van praktijkondersteuners in de buurt en de afstemming tussen vraag en aanbod in omringende gemeenten, bepalen of er werkelijk een lokaal zorgtekort bestaat.

Weinig mensen bezuinigen op medische zorg

Ruim 3% van de inwoners van Hart voor Brabant (volwassenen en ouderen) bezuinigt weleens op een bezoek aan de tandarts. Bij volwassenen varieert dit percentage tussen gemeenten van 1% tot 5% en bij ouderen van 1% tot 7%. 2% van de volwassen inwoners van Hart voor Brabant, en 1% van de ouderen, bezuinigt weleens op andere medische voorzieningen (GGD volwassenen en ouderen monitor).

Gemeentelijk rapport

Aansluiting preventie en zorg

Gemeenten hebben geen specifieke wettelijke verplichtingen ten aanzien van eerstelijnszorg, maar zij zijn wel verantwoordelijk voor een goede afstemming tussen preventie en zorg. Dit geldt voor de gehele lijn van universele preventie, selectieve preventie, geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie. Voorkómen van ziekte begint bij een gezonde leefstijl en een goede zorg voor en door de burger zelf. De georganiseerde zorg begint vaak pas op het moment dat mensen een gezondheidsprobleem hebben. Verschillende organisaties in de gezondheids- en zorgsector kunnen hun activiteiten, taken en verantwoordelijkheden nog meer op elkaar afstemmen en preventie en zorg nog meer met elkaar verbinden. De Wmo en de WPG leggen de regie hiervoor bij gemeenten. Gemeenten kunnen deze rol nog krachtiger oppakken.

Toegankelijkheid huisartsenzorg in X (beter/minder gunstig dan) gemiddeld

Gemeenten hebben ook de taak om de gezondheid van hun inwoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen. Goede lokale zorg draagt daaraan bij en is daarom ook voor gemeenten van belang. Als voorbeeld wordt hier de toegankelijkheid van de huisartsenzorg besproken.

De vraag naar huisartsenzorg in X wordt geschat op ... minuten per inwoner per jaar. Om aan deze vraag tegemoet te komen, uitgaande van de 'gemiddelde werkdruk' van huisartsen in Nederland, zou het aanbod aan huisartsenzorg in X ... fte moeten zijn. Het werkelijke aanbod (... fte) zou dus voldoende moeten zijn/is misschien onvoldoende. In X vindt ...% van de inwoners dat er in hun buurt te weinig huisartsen zijn, ...% vindt de telefonische bereikbaarheid van de huisartsen onvoldoende en ...% vindt het te lang duren voordat men bij een huisarts terecht kan. De toegankelijkheid van de huisartsenzorg in X is daarmee gunstiger/minder gunstig dan in de regio. Op basis van demografische ontwikkelingen neemt de vraag naar huisartsenzorg in X tussen 2009 en 2014 met ...% toe. Voor Nederland is de verwachte groei 3%.

Betekenis voor beleid

Indien het lokale aanbod aan zorg(voorzieningen) in een gemeente lager is dan op basis van landelijke cijfers mag worden verwacht, terwijl inwoners ook vaker aangeven dat de bereikbaarheid van de zorg onvoldoende is, kan dat duiden op een mogelijk tekort in het aanbod. De gemeente kan het aanbod van zorg niet bepalen, maar zij zou wel het initiatief kunnen nemen om het zorgaanbod met relevante partijen (zoals bijvoorbeeld huisartsen en ROS'en) te bespreken.

Gegevens voor Regionaal Kompas Volksgezondheid, Gezondheidsatlas

- Tabellen en kaartjes met korte begeleidende tekst onder: Gezondheidsdeterminanten of Zorg.

Verwijzen naar VAAM-website en zorgatlas

- <http://www.nivel.nl/vaam/>
- <http://www.zorgatlas.nl/zorg/eerstelijnszorg/>

Aanbod

- Aanbod huisartsenzorg per gemeente in Hart voor Brabant (NIVEL).

Gebruik en afstemming

- Kaartje met geschatte vraag naar zorg (in minuten per inwoner per jaar per gemeente) (Bron: NIVEL).
- Kaartje met afstemming: mogelijk tekort of overschot huisartsen per gemeente (Bron: NIVEL).

Toegankelijkheid

- Huisarts onvoldoende aanwezig in eigen buurt (monitoregegevens GGD)
- Telefonische bereikbaarheid huisarts onvoldoende (monitoregegevens GGD)
- Tandarts onvoldoende aanwezig in eigen buurt (monitoregegevens GGD)
- Fysiotherapeuten onvoldoende aanwezig in eigen buurt (monitoregegevens GGD)
- Verloskundigen onvoldoende aanwezig in eigen buurt (monitoregegevens GGD)

Bijlage 5: Beschikbare indicatoren uit de regionale VTV

Indicatoren	Beschrijving
Gezondheidstoestand	Om lokaal gezondheidsbeleid vorm te kunnen geven, is kennis over de lokale gezondheidstoestand noodzakelijk. De regionale VTV bevat verschillende onderdelen om de gezondheidstoestand in de regio te beschrijven.
Sterftecijfer	Totale sterfte is een veel gebruikte maat voor de beschrijving van de gezondheid van een bevolking. De totale sterfte kan in verschillende maten worden uitgedrukt. Om verschillende sterftecijfers per gebied met elkaar te vergelijken, is het nuttig dan niet noodzakelijk om gestandaardiseerde sterftecijfers te gebruiken. Het kan namelijk zijn dat in een bepaald gebied meer 65 plussers leven dan in een ander gebied.
Sterftecijfer naar doodsoorzaak	Sterfte naar doodsoorzaak is een veel gebruikte maat voor de beschrijving van de gezondheid van een bevolking. Als we de sterfte aan een bepaalde doodsoorzaak van verschillende populaties (verschillende regio's) met elkaar willen vergelijken, moeten we rekening houden met de samenstelling van de populaties. Zo kan de leeftijdsopbouw bijvoorbeeld effect hebben op de hoogte van de sterfte. In een oudere populatie zullen meer mensen overlijden dan in een jongere populatie. Om hier rekening mee te houden worden sterftecijfers meestal gestandaardiseerd.
Levensverwachting	De levensverwachting is een veel gebruikte algemene maat voor de gezondheidstoestand van een bevolking. De levensverwachting hangt niet af van de leeftijdsverdeling en omvang van die bevolking en kan dan ook gebruikt worden om bijvoorbeeld verschillende regio's met elkaar te vergelijken. Indicator van levensverwachting is de levensverwachting bij de geboorte.
Ervaren gezondheid	Uit prevalentie- en incidentiecijfers blijkt wat de meest voorkomende ziekten en aandoeningen in een bevolking zijn. Deze cijfers zeggen echter niets over de gevolgen van ziekten in termen van kwaliteit van leven. De gezonde levensverwachting, dat wil zeggen het aantal levensjaren dat iemand kan verwachten in goede gezondheid door te brengen, combineert lengte en kwaliteit van leven in één maat. Er zijn drie manieren om de gezonde levensverwachting weer te geven, afhankelijk van de manier waarop je 'kwaliteit van leven' bepaalt: - levensverwachting in goede ervaren gezondheid - levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen - levensverwachting in goede geestelijke gezondheid. Ervaren gezondheid is een sterke voorspeller van sterfte. Hoe slechter iemand zijn eigen gezondheid ervaart, hoe hoger de kans op overlijden. De sterke relatie tussen ervaren gezondheid en sterfte blijft bestaan nadat rekening is gehouden met een groot aantal andere factoren waarvan bekend is dat ze sterfte voorspellen, zoals leeftijd, objectieve gezondheidsmaten (zoals ziekten, bloeddruk) en andere relevante medische, leefstijl- en psychosociale factoren. Ervaren gezondheid wordt gemeten door mensen te vragen hoe over het algemeen hun gezondheidstoestand is. Het percentage personen dat op deze vraag 'goed' of 'zeer goed' antwoordt, heeft een goede ervaren gezondheid. Degenen die antwoorden 'niet goed, niet slecht', 'slecht' of 'zeer slecht', hebben een minder dan goede ervaren gezondheid.

Indicatoren	Beschrijving
Het aantal mensen met beperkingen. Het aantal mensen uitgesplitst naar beperking.	Om de gemeenten van meer informatie te verschaffen over cijfers op het gebied van de negen werkvelden van de Wmo, kan de VAAM uitgebreid worden met ten eerste een pagina over lichamelijke beperkingen en de vraag naar zorg op dit gebied. De gemeenten moeten namelijk zelf beleid maken over bijvoorbeeld huishoudelijke hulp. Informatie over het aantal inwoners met een lichamelijke beperking en het aantal uren huishoudelijke hulp geeft een gemeente de mogelijkheid om zich te vergelijken met andere gemeenten en geeft bovendien de mogelijkheid om beleid te maken op basis van deze cijfers. De volgende indicatoren uit de VTV kunnen aan deze pagina worden toegevoegd - Het aantal mensen met beperkingen - Het aantal mensen met beperking uitgesplitst naar beperking - Het aantal mensen dat verpleging ontvangt - Het aantal mensen dat huishoudelijke hulp ontvangt. Lichamelijk functioneren is een maat voor de kwaliteit van leven. Lichamelijk functioneren verwijst naar het kunnen uitvoeren van lichamelijke functies en dagelijkse routineactiviteiten. Als er moeilijkheden bestaan in deze functies of activiteiten, spreken we van lichamelijke beperkingen. Meestal worden bij lichamelijke beperkingen onderscheiden: gehoorbeperkingen, gezichtsbeperkingen, mobiliteitsbeperkingen, beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven. Factoren als ernst (mild of ernstig), aard (lichamelijk of zintuiglijk), duur (tijdelijk of langdurig), verloop (constant of wisselend) en oorzaak bepalen deels het effect van beperkingen op het functioneren. Ook de zichtbaarheid van beperkingen, de afhankelijkheid van zorg, persoonlijke hulp en/of hulpmiddelen, de mate waarin er sprake is van arbeidsongeschiktheid, en het moment in de levensloop waarop beperkingen ontstaan, zijn hierbij van belang. Zo zal bijvoorbeeld het niet goed kunnen lopen op jonge leeftijd een ander effect hebben, met verdergaande consequenties voor opleiding, werk en vrijetijdsinvulling, dan het niet goed kunnen lopen op hoge leeftijd.
Kwaliteit van leven	Prevalentie- en incidentiecijfers geven zicht op de meest voorkomende ziekten en aandoeningen in een bevolking, maar ze zeggen niets over de gevolgen ervan in termen van kwaliteit van leven. Een verminderde gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven is vaak het gevolg van ziekten en aandoeningen. Kwaliteit van leven is een samenvattende maat voor het welbevinden van de bevolking (in termen van lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren). Kwaliteit van leven bestaat uit meerdere dimensies of domeinen. Deze zijn weer onder te verdelen in kleinere domeinen. De belangrijkste domeinen zijn: - lichamelijk domein: omvat bijvoorbeeld lichamelijk functioneren en pijn - psychisch domein: omvat psychische klachten, zoals angstige of depressieve gevoelens - sociaal domein: mate waarin een ziekte afbreuk doet aan de mogelijkheid om sociale rollen te vervullen, zoals het functioneren in gezin, werk, vriendenkring of vrije tijd
Ziekten en aandoeningen	Het vóórkomen van ziekten en aandoeningen in een bevolking is een maat voor de gezondheidstoestand van die bevolking. Het gaat om welke ziekten in de regio het meest vóórkomen en wat de belangrijkste ziekten zijn in subgroepen van de bevolking, zoals bijvoorbeeld ouderen. Het vóórkomen van ziekten en aandoeningen wordt uitgedrukt in de prevalentie en/of incidentie. De prevalentie is het aantal personen dat een bepaalde ziekte heeft op een bepaald moment (puntprevalentie) of in een bepaalde periode heeft gehad (bijvoorbeeld jaarprevalentie). De incidentie is het aantal nieuwe gevallen van of nieuwe personen met een bepaalde ziekte in een bepaalde periode. Er zijn twee manieren om inzicht te krijgen in de prevalentie en incidentie van ziekten en aandoeningen, namelijk op basis van gegevens uit zorgregistraties of op basis van zelfgerapporteerde gegevens uit gezondheids-enquêtes. Deze kunnen verschillende ranglijsten van ziekten opleveren.

Indicatoren	Beschrijving
Gezondheidsdeterminanten	De manier waarop mensen hun leven leiden, heeft een grote invloed op de gezondheid en het ontstaan van ziekten. Factoren die de gezondheid beïnvloeden worden ook wel determinanten genoemd. Hier gaat het om vragen zoals: Hoeveel mensen hebben een verhoogde bloeddruk? Neemt het aantal mensen dat rookt toe? Hoeveel mensen in mijn gebied drinken alcohol? Ongezond gedrag en ongunstige persoonsgebonden factoren veroorzaken gezondheidsverlies. Roken veroorzaakt in Nederland de meeste ziektelast. Dit wordt vooral veroorzaakt door longkanker, COPD en coronaire hartziekten. Ook overgewicht en hoge bloeddruk veroorzaken veel ziektelast, vooral in de vorm van diabetes mellitus, coronaire hartziekten en beroerte.
Verhoogde bloeddruk	Bloeddruk is een belangrijke determinant van coronaire hartziekten en beroerte, twee ziekten die veel ziektelast veroorzaken in Nederland. De bijdrage aan de totale ziektelast van verhoogde bloeddruk is bijna 8%: dit is hoog in vergelijking met de bijdrage van andere persoonsgebonden determinanten. 20-30% van de totale sterfte aan beroerte, coronaire hartziekten en hartfalen is toe te schrijven aan een verhoogde bloeddruk.
Serumcholesterol	Een verhoogd gehalte in het bloedserum van LDL-cholesterol is een belangrijke oorzaak van coronaire hartziekten. Coronaire hartziekten veroorzaken de meeste ziektelast in Nederland. Hoe lager het totaal cholesterolgehalte des te kleiner de kans op coronaire hartziekten. Door leefstijlfactoren te beïnvloeden kan een verhoogd cholesterolgehalte worden voorkomen of verlaagd en neemt de kans op coronaire hartziekten af. Voedingsgewoonten (de vetzuursamenstelling van de voeding), lichamelijke beweging, overgewicht en erfelijke eigenschappen bepalen voornamelijk het serum totaal cholesterolgehalte.
Over-ondergewicht	Onder de determinant lichaamsgewicht valt zowel ondergewicht als overgewicht. Overgewicht vormt een (toenemend) probleem in Nederland en veroorzaakt veel ziektelast. De preventie van overgewicht kan aanzienlijke gezondheidswinst opleveren. In Nederland zijn jaarlijks circa 40.000 gevallen van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en kanker en circa 7% van de sterfgevallen te wijten aan overgewicht. De bijdrage van overgewicht aan de totale ziektelast in Nederland is ongeveer 10%. In vergelijking tot andere persoonskenmerken is voor overgewicht de bijdrage aan de totale ziektelast relatief hoog.
Roken	Roken is een belangrijke determinant van gezondheid en de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte. In 2005 overleden in totaal bijna 20.000 mensen ten gevolge van een aantal aan roken gerelateerde aandoeningen, zoals longkanker, COPD, coronaire hartziekten, beroerte en hartfalen. Rokers hebben een slechtere kwaliteit van leven, meer ziekteverzuim en een hoger zorggebruik dan niet-rokers. In vergelijking tot andere leefstijlfactoren is voor roken de bijdrage aan de totale ziektelast hoog. Het terugdringen van het percentage rokers en het beschermen van de niet-rokers is het doel van het rookbeleid van de overheid.
Alcoholgebruik	Alcohol is het meest gebruikte en meest wijdverbreide genotmiddel in Nederland. Tachtig procent van de Nederlanders boven de 12 jaar drinkt wel eens alcohol. Alcoholgebruik kan talrijke schadelijke gevolgen hebben. Naast gezondheidsproblemen voor de drinker zelf (zoals leveraandoeningen en verhoogde kans op kanker) levert het ook risico's op voor de omgeving (gezin en werk) en de maatschappij (verkeer en uitgaan). Overmatig alcoholgebruik leidt in Nederland jaarlijks tot circa 250 verkeersdoden. Alcoholpreventie heeft als doel verantwoord alcoholgebruik te stimuleren en de schadelijke gevolgen van alcoholgebruik te voorkómen. Overmatig alcoholgebruik draagt relatief sterk bij aan de totale ziektelast vergeleken met andere leefstijlfactoren. Overmatig alcoholgebruik is verantwoordelijk voor 4,5% van de totale ziektelast in Nederland.

Indicatoren	Beschrijving
Lichamelijk activiteit	Er sterven in Nederland jaarlijks ruim 8.000 mensen (dit is 6% van alle sterfgevallen) doordat een deel van de bevolking te weinig aan lichamelijke activiteit doet. Daarnaast is lichamelijke inactiviteit verantwoordelijk voor een aanzienlijk deel van de gevallen van coronaire hartziekten. Wanneer iedereen voldoende zou bewegen zou de gemiddelde levensverwachting voor alle 40-jarige Nederlanders met 0,7 jaar toenemen, waarvan 0,3 jaar ziekte-vrij (Van Kreijl et al., 2004). De bijdrage aan de totale ziektelast van lichamelijke inactiviteit is vergelijkbaar met die van 'te weinig groente en fruit eten' en 'te veel verzadigd vet in de voeding'.
Voeding	Een ongezond voedingspatroon is onder andere een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten, voor diabetes mellitus type 2, voor osteoporose en voor een aantal kankers. In Nederland zijn jaarlijks circa 40.000 gevallen van hart- en vaatziekten en kanker en circa 12% van de sterfgevallen te wijten aan een ongezond voeding. Daarnaast kan ongezonde voeding leiden tot overgewicht dat op zijn beurt weer allerlei nadelige effecten op de volksgezondheid heeft. Het risico op hart- en vaatziekten hangt vooral samen met een voeding die rijk is aan verzadigde vetzuren en transvetzuren en arm is aan vis, groenten en fruit (Ocké & Kromhout, 2004). Het risico op longkanker, slokdarmkanker, maagkanker en kanker in hoofd- en halsgebied is hoger bij een voedingspatroon met weinig groente- en fruit. Het risico op darmkanker is waarschijnlijk hoger met een voeding die rijk is aan vleeswaren en arm aan melk (calcium). Bij een groot deel van de bevolking is sprake van teveel eten ofwel overvoeding. Dit verhoogt het risico op overgewicht. Te weinig eten, ofwel een te lage energie-inname, komt in Nederland alleen voor bij specifieke groepen, zoals zwangere vrouwen, bepaalde groepen ouderen, chronisch zieken en verslaafden aan alcohol of drugs.
Drugsgebruik	Bij drugs bestaat een onderscheid in zogenaamde 'softdrugs' (cannabis) en 'harddrugs' (heroïne, cocaïne, amfetamine, XTC etc.). Cannabisproducten (hasj, marihuana) zijn niet sterk verslavend en relatief onschadelijk voor de gezondheid. Het risico van afhankelijkheid neemt echter wel toe bij langdurig frequent gebruik. Overmatig gebruik van cannabis kan leiden tot een verlaagd reactie- en concentratievermogen en heeft een negatieve invloed op het korte termijn geheugen. Bij reeds kwetsbare personen kan regelmatig gebruik leiden tot psychoses. Jongeren die softdrugs gebruiken hebben over het algemeen meerdere risicovolle leefstijlkenmerken (spijbelen, crimineel gedrag, ander middelengebruik). Belangrijke gezondheidseffecten van harddrugs zijn naast verslaving, intoxicaties en het gelijktijdig optreden van verslaving en psychische stoornissen. Daarnaast lopen harddruggebruikers een verhoogd risico op aandoeningen die samenhangen met de wijze van druggebruik, de kwaliteit van de drug (zoals bij XTC) en de leefstijl van de gebruiker.
Seksueel risico gedrag	Van seksueel risicogedrag is sprake als men onbeschermd geslachts-gemeenschap of anale seks heeft (zonder condoom) in combinatie met kortdurende en/of wisselende relaties of met personen die intraveneus drugs gebruik(t)en. Seksueel risicogedrag zoals onveilig vrijen verhoogt het risico op een seksueel overdraagbare aandoening (soa). Voorbeelden van soa zijn chlamydia, syfilis, gonorroe, herpes en aids. Seksueel risicogedrag beïnvloedt direct het soa-risico en de volksgezondheid. Condooms geven de meest effectieve bescherming tegen HIV en andere soa's tijdens de geslachts-gemeenschap. Daarnaast zijn condooms ook een effectief voorbehoedsmiddel tegen ongewenste zwangerschap. De seksuele gezondheid van jongeren lijkt de laatste jaren achteruit te gaan: het aantal soa neemt toe en het aantal ongewenste zwangerschappen en abortussen stijgt.
Aanbod preventie	Met behulp van gegevens over de verschillende onderdelen van preventie wordt in een regionale VTV met name geprobeerd antwoord te geven op de vraag: 'Wat is het huidige aanbod van preventie in een regio?' Verder is voor zowel gemeenten als zorgaanbieders de afstemming tussen collectieve preventie en de curatieve sector een belangrijk aandachtspunt.

Indicatoren	Beschrijving
Preventie roken	Preventie van de vermijdbare risicofactor roken kan een grote bijdrage leveren aan het voorkomen van een breed scala aan ziekten zoals longkanker, COPD en hart- en vaatziekten. Aandacht voor de preventie van roken in het lokale gezondheidsbeleid is dus van belang. Er is op dit terrein nog veel ruimte voor verbetering: in slechts 10% van de gemeentelijke beleidsnota's volksgezondheid is preventie van roken een aandachtspunt.
Preventie schadelijk alcoholgebruik	Schadelijk alcoholgebruik heeft talrijke gevolgen voor de volksgezondheid. Met alcoholmatiging is dan ook veel gezondheidswinst te behalen. Om schadelijk alcoholgebruik tegen te gaan blijkt alleen een samenhangende aanpak doeltreffend. Ondanks de mix aan instrumenten ontbreekt vooralsnog vaak een eenduidige, samenhangende aanpak. Gemeenten hebben een belangrijke rol in alcoholpreventie. De Voedsel- en Warenautoriteit heeft een handleiding lokaal alcoholbeleid samengesteld, ter ondersteuning van integraal alcoholbeleid op gemeentelijk niveau.
Preventie gericht op overgewicht	Op dit moment is in Nederland het preventieaanbod gericht op overgewicht erg versnipperd, zowel in de praktijk als in het beleid. Het ontbreekt aan een overkoepelende visie en eenduidige doelstellingen. Veel partijen zien de noodzaak tot actie en zetten er (grootschalig) op in. Diverse activiteiten op het gebied van gezonde voeding, het bevorderen van lichamelijke activiteit of een combinatie van beide worden geïnitieerd om overgewicht te voorkómen. Een integrale aanpak op zowel nationaal als lokaal niveau is nodig om overgewicht tegen te gaan. Deze aanpak bestaat uit een mix van interventie-maatregelen voor verschillende doelgroepen en met verschillende (lokale) partijen (waaronder zorgaanbieders). Overgewichtbeleid moet zich uitstrekken over verschillende (beleids) sectoren, zowel op landelijk als op gemeentelijk niveau.

Bron: toolkit regionale VTV

Bijlage 6: Resultaten regressie-analyses

Aangepaste VAAM-methode

Tabel B6.1: Regressie-coëfficiënten voor het percentage inwoners (19-64) dat per jaar zwaar rookt (meer dan 21 sigaretten) op gemeenteniveau

	B	Sig.	Ondergrens 95% bti	Bovengrens 95% bti
Constante a	5.846554	0.427	-9.209151	20.90226
Perc. vrouw	-.0530756	0.546	-.233126	.1269749
Perc. 19 tot 25-jarigen	.0600399	0.554	-.1480488	.2681286
Perc.40 tot 65-jarigen	-.0160547	0.698	-.1011469	.0690375
Perc. niet westers	-.1492992	0.148	-.356068	.0574695
Perc. laag inkomen	.0643124	0.593	-.1825025	.3111274
Matig stedelijk	-1.329133	0.170	-3.276959	.6186918
Sterk stedelijk	-1.72816	0.112	-3.894743	.4384228
Zeer sterk stedelijk	-2.719242	0.047	-5.392315	-.0461685

Constante = man, 25-39 jaar, westers allochtoon of autochtoon, meerpersoons huishouden, geen laag inkomen, niet stedelijk.

Bti = betrouwbaarheidsinterval: $R^2 = 2,6\%$.

Tabel B6.2: Regressie-coëfficiënten voor het percentage inwoners (19-64) dat per jaar niet voldoet aan de norm voor alcoholgebruik op gemeenteniveau

	B	Sig.	Ondergrens 95% bti	Bovengrens 95% bti
Constante a	59.8549	0.007	18.27506	101.4347
Perc. vrouw	-.1539317	0.526	-.651183	.3433195
Perc. 19 tot 25-jarigen	-.045275	0.871	-.6199602	.5294103
Perc.40 tot 65-jarigen	-.065324	0.568	-.3003259	.1696778
Perc. niet westers	-.607686	0.038	-1.178726	-.036646
Perc. laag inkomen	-.1827757	0.582	-.8644126	.4988612
Matig stedelijk	-4.047706	0.132	-9.427079	1.331666
Sterk stedelijk	-2.770345	0.346	-8.753868	3.213178
Zeer sterk stedelijk	-4.676961	0.201	-12.05927	2.705352

Constante = man, 25-39 jaar, westers allochtoon of autochtoon, meerpersoons huishouden, geen laag inkomen, niet stedelijk.

Bti = betrouwbaarheidsinterval; $R^2 = 7,7\%$.

Tabel B6.3: Regressie-coëfficiënten voor het percentage inwoners (19-64) dat niet voldoet aan de norm voor bewegen op gemeenteniveau

	B	Sig.	Ondergrens 95% bti	Bovengrens 95% bti
Constante a	94.50915	0.001	45.75036	143.2679
Perc. vrouw	.1281211	0.605	-.3802376	.6364797
Perc. 19 tot 25-jarigen	-.22015	0.442	-.8052632	.3649633
Perc. 40 tot 65-jarigen	-.4692114	0.001	-.7161247	-.2222981
Perc. eenp. huishouden	-.4617268	0.102	-1.022826	.0993729
Perc. laag inkomen	-.4703766	0.177	-1.171275	.2305222
Matig stedelijk	-3.383582	0.375	-11.16911	4.401942
Sterk stedelijk	-6.109734	0.194	-15.58812	3.368654
Zeer sterk stedelijk	-7.495675	0.179	-18.7336	3.742253

Constante = man, 25-39 jaar, autochtoon, meerpersoons huishouden, geen laag inkomen, niet stedelijk.

Bti = betrouwbaarheidsinterval; $R^2 = 28,5\%$.

Bijlage 7: Resultaten formules aangepaste VAAM-methode

Tabel B7.1: Het geschatte percentage zware rokers volgens de aangepaste VAAM-methode vergeleken met het percentage zware rokers uit de Volwassenen-enquête

Gemeentecode	Gemeentenaam	% zware rokers Hvb	% zware rokers VAAM-methode aangepast	% Verschil
755	Boekel	2	2,7	0,7
756	Boxmeer	2	2,9	0,9
757	Boxtel	2	2,4	0,4
766	Dongen	3	3,0	0
784	Gilze en Rijen	2	2,4	0,4
785	Goirle	4	3,4	-0,6
786	Grave	3	2,9	-0,1
788	Haaren	2	2,4	0,4
796	's Hertogenbosch	4	3,9	-0,1
797	Heusden	2	2,5	0,5
798	Hilvarensbeek	2	3,3	1,3
808	Lith	3	2,5	-0,5
809	Loon op Zand	5	3,0	-2,0
815	Mill en Sint Hubert	3	2,6	-0,4
824	Oisterwijk	2	2,4	0,4
828	Oss	3	2,7	-0,3
844	Schijndel	4	3,5	-0,5
845	Sint Michielsgestel	4	3,2	-0,8
846	Sint-Oedenrode	4	3,0	-1,0
855	Tilburg	4	4,1	0,1
856	Uden	3	3,0	0
860	Veghel	3	2,1	-0,9
865	Vught	3	3,1	0,1
867	Waalwijk	2	2,8	0,8
1671	Maasdonk	3	2,5	-0,5
1684	Cuijk	2	2,1	0,1
1685	Landerd	3	2,6	-0,4
1702	Sint Anthonis	2	2,7	0,7
1721	Bernheze	2	3,2	1,2
Gemiddelde		2.9%	2.9%	0

$r=0,55$; $p=0,0019$.

Tabel B7.2: Het geschatte percentage mensen dat niet voldoet aan de norm alcohol-gebruik volgens de aangepaste VAAM-methode vergeleken met het percentage uit de Volwassenenenquête

Gemeentecode	Gemeentenaam	% niet norm alcohol HVB	% niet norm alcohol VAAM	% Verschil
755	Boekel	39	35	-4
756	Boxmeer	35	35	0
757	Boxtel	35	34	-1
766	Dongen	34	33	-1
784	Gilze en Rijen	35	34	-1
785	Goirle	34	35	1
786	Grave	32	34	2
788	Haaren	36	34	-2
796	's Hertogenbosch	33	35	2
797	Heusden	33	33	0
798	Hilvarensbeek	38	37	-1
808	Lith	33	35	2
809	Loon op Zand	30	35	5
815	Mill en Sint Hubert	36	35	-1
824	Oisterwijk	36	34	-2
828	Oss	33	31	-2
844	Schijndel	36	36	0
845	Sint Michielsgestel	38	37	-1
846	Sint-Oedenrode	36	35	-1
855	Tilburg	35	33	-2
856	Uden	32	33	1
860	Veghel	32	32	0
865	Vught	36	35	-1
867	Waalwijk	29	32	3
1671	Maasdonk	35	35	0
1684	Cuijk	33	33	0
1685	Landerd	30	30	0
1702	Sint Anthonis	34	35	1
1721	Bernheze	38	36	-2
Gemiddelde		34,3%	34,3%	0

$r=0,58$; $p=0,0009$.

Tabel B7.3

Gemeentecode	Gemeentenaam	% niet norm bewegen HVb	% niet norm bewegen VAAM	% Verschil
755	Boekel	37	40	3
756	Boxmeer	38	39	1
757	Boxtel	47	46	-1
766	Dongen	38	40	2
784	Gilze en Rijen	35	36	1
785	Goirle	39	40	1
786	Grave	40	37	-3
788	Haaren	42	39	-3
796	's Hertogenbosch	43	43	0
797	Heusden	38	41	3
798	Hilvarensbeek	44	42	-2
808	Lith	44	42	-2
809	Loon op Zand	42	40	-2
815	Mill en Sint Hubert	41	41	0
824	Oisterwijk	38	38	0
828	Oss	42	43	1
844	Schijndel	43	41	-2
845	Sint Michielsgestel	37	39	2
846	Sint-Oedenrode	41	39	-2
855	Tilburg	41	41	0
856	Uden	43	43	0
860	Veghel	39	41	2
865	Vught	43	39	-4
867	Waalwijk	40	40	0
1671	Maasdonk	42	41	-1
1684	Cuijk	36	41	5
1685	Landerd	37	39	2
1702	Sint Anthonis	37	39	2
1721	Bernheze	41	40	-1
Gemiddelde		34,3%	34,3%	0

$r=0,70$; $p<0,0001$.

Bijlage 8: Verbeteren voorspellingen

Tabel B8.1: Regressie-coëfficiënten voor het wel dan niet hebben van minimaal 1 chronische aandoening

	B	Sig.	Ondergrens 95% bti	Bovengrens 95% bti
Constante a	.3675695	0.000	.3014062	.4337327
Vrouw	.1018813	0.000	.0850838	.1186787
19 tot 25-jarigen	-.0613008	0.000	-.0949137	-.027688
40 tot 65-jarigen	.1883526	0.000	.1693895	.2073157
Proportie niet westerse allochtonen	.3029299	0.016	.0559932	.5498666
Proportie 1-persoonshuishoudens	.0437942	0.565	-.1054784	.1930669
Proportie laag inkomen	-.0643837	0.373	-.2058968	.0771294
Weinig stedelijk	.002029	0.881	-.0246149	.0286729
Matig stedelijk	.0002273	0.995	-.0700849	.0705395
Sterk stedelijk	-.0072829	0.740	-.0502424	.0356766
Zeer sterk stedelijk	-.0082542	0.727	-.0546214	.038113

Constante = man, 25-39 jaar, westerse allochtoon of autochtoon, meerpersoons huishouden, geen laag inkomen, niet stedelijk.

Bti = betrouwbaarheidsinterval; $R^2 = 4,7\%$.

Minimaal 1 chronische aandoening (roken)

Tabel B8.2: Regressie-coëfficiënten voor het wel dan niet hebben van minimaal 1 chronische aandoening

	B	Sig.	Ondergrens 95% bti	Bovengrens 95% bti
Constante a	.3611876	0.000	.2949247	.4274505
Vrouw	.1027376	0.000	.0859371	.1195381
15 tot 25-jarigen	-.0623828	0.000	-.0959914	-.0287743
40 tot 65-jarigen	.1885215	0.000	.1695644	.2074786
Proportie niet westerse allochtonen	.2983775	0.018	.0515065	.5452485
Proportie 1-persoonshuishoudens	.0351635	0.644	-.1141581	.1844851
Proportie laag inkomen	-.0632437	0.381	-.2047115	.078224
Weinig stedelijk	.0015999	0.906	-.0250365	.0282363
Matig stedelijk	-.0000684	0.998	-.0703574	.0702206
Sterk stedelijk	-.0077146	0.725	-.0506606	.0352315
Zeer sterk stedelijk	-.0088719	0.708	-.0552252	.0374815
Roken	.0303392	0.002	.0112574	.049421

Constante = man, 25-39 jaar, westerse allochtoon of autochtoon, meerpersoons huishouden, geen laag inkomen, niet stedelijk, niet rokend.

Bti = betrouwbaarheidsinterval; $R^2 = 4,7\%$.

Minimaal 1 chronische aandoening (roken+overgewicht)

Tabel B8.3: Regressie-coëfficiënten voor het wel dan niet hebben van minimaal 1 chronische aandoening

	B	Sig.	Ondergrens 95% bti	Bovengrens 95% bti
Constante a	.3101597	0.000	.2438054	.376514
Vrouw	.1188726	0.000	.1019813	.1357639
15 tot 25-jarigen	-.0410758	0.017	-.074652	-.0074996
40 tot 65-jarigen	.1771597	0.000	.1582308	.1960886
Proportie niet westerse allochtonen	.2461925	0.049	.0006438	.4917411
Proportie 1-persoonshuishoudens	.0380588	0.615	-.1103814	.1864989
Proportie laag inkomen	-.0654586	0.362	-.2060911	.0751739
Weinig stedelijk	.0020797	0.878	-.0243995	.0285589
Matig stedelijk	-.0036266	0.919	-.0735026	.0662494
Sterk stedelijk	-.0075243	0.730	-.0502167	.0351681
Zeer sterk stedelijk	-.0043165	0.854	-.0504016	.0417685
Roken	.0348725	0.000	.0158901	.0538549
Overgewicht	.1098216	0.000	.0926244	.1270189

Constante = man, 25-39 jaar, westerse allochtoon of autochtoon, meerpersoons huishouden, geen laag inkomen, niet stedelijk, niet rokend, geen overgewicht.

Bti = betrouwbaarheidsinterval; $R^2 = 5,8\%$.

Minimaal 1 chronische aandoening (roken+overgewicht+hoge bloeddruk)

Tabel B8.4: Regressie-coëfficiënten voor het wel dan niet hebben van minimaal 1 chronische aandoening

	B	Sig.	Ondergrens 95% bti	Bovengrens 95% bti
Constante a	.2950131	0.000	.2315433	.358483
Vrouw	.109875	0.000	.0937115	.1260384
15 tot 25-jarigen	-.0362773	0.027	-.0683922	-.0041624
40 tot 65-jarigen	.1297538	0.000	.1114546	.148053
Proportie niet westerse allochtonen	.1608869	0.179	-.0740153	.3957892
Proportie 1-persoonshuishoudens	.0435109	0.548	-.098464	.1854859
Proportie laag inkomen	-.0294079	0.668	-.1639302	.1051143
Weinig stedelijk	.0025313	0.845	-.0227946	.0278571
Matig stedelijk	.0021362	0.950	-.0646971	.0689694
Sterk stedelijk	.0024386	0.907	-.0383981	.0432753
Zeer sterk stedelijk	-.0079127	0.725	-.0519909	.0361655
Roken	.0439832	0.000	.0258205	.062146
Overgewicht	.0695434	0.000	.0529403	.0861464
Hoge bloeddruk	.4574763	0.000	.431778	.4831746

Constante = man, 25-39, westerse allochtoon of autochtoon, meerpersoons huishouden, geen laag inkomen, niet stedelijk, niet rokend, geen overgewicht, geen hoge bloeddruk.

Bti = betrouwbaarheidsinterval; $R^2 = 13,9\%$.