



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

Actualisatie september 2025

Impactvolle Determinanten van gezondheid



Impactvolle Determinanten

Deze factsheet is onderdeel van een serie factsheets die zijn gepubliceerd in het kader van het onderzoek Impactvolle Determinanten. Het doel van dit onderzoek was om zicht te krijgen op de determinanten die samenhangen met gezondheid. Deze factsheet is een actualisatie van de algemene Impactvolle Determinanten factsheet [1].

Er is een duidelijke gelaagdheid in determinanten die op verschillende niveaus bijdragen aan onze gezondheid. Onder determinanten van gezondheid verstaan we alle factoren die de volksgezondheid beïnvloeden. Het gaat om zowel risicofactoren voor ongezondheid als om factoren die de gezondheid positief beïnvloeden. Denk bijvoorbeeld aan persoonsgebonden factoren die zich ontwikkelen via een wisselwerking tussen genen, leefstijl en omgevingsfactoren. Voorbeelden van persoonsgebonden factoren zijn bloeddruk en overgewicht. Daarnaast zijn er ook gedragsfactoren die gunstige of ongunstige invloeden kunnen hebben op de gezondheid, zoals lichaamsbeweging, roken en overmatig alcoholgebruik. Maar denk ook bijvoorbeeld aan bredere determinanten, zoals binnen- en buitenmilieu. Voorbeelden van buitenmilieu zijn geluid, straling en luchtverontreiniging. Determinanten kunnen tevens samenhangen met arbeid, zoals blootstelling aan gevaarlijke stoffen, psychosociale en fysieke factoren. Ook kunnen ziekten of aandoeningen dienen als determinant voor andere ziekten of gezondheid.

Leeswijzer actualisatie Impactvolle Determinanten

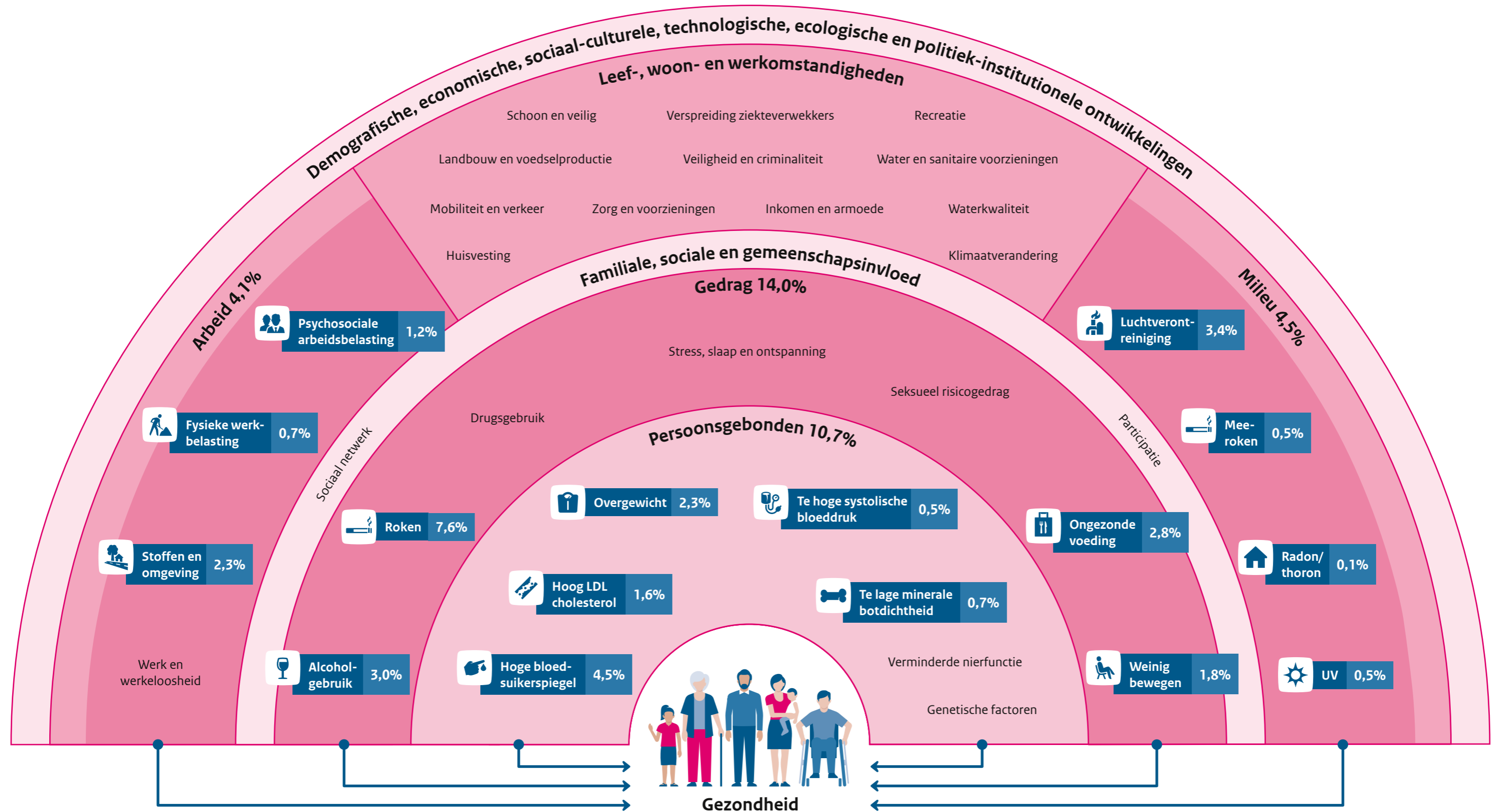
We hebben de verschillende determinanten die samenhangen met gezondheid schematisch weergegeven in een praatplaat. De praatplaat is opgebouwd volgens het regenboogmodel van Dahlgren-Whitehead [2]. Dit model bestaat uit determinanten die persoonsgebonden zijn, familiale, sociale en gemeenschapsinvloeden, determinanten die gedrag beschrijven of juist in verband kunnen worden gebracht met leef-, woon- en werkomstandigheden. Naast deze groepen van determinanten zijn preventie, zorg en maatschappelijke determinanten ook van invloed op de volksgezondheid. Deze factoren worden ook wel “drijvende krachten” genoemd. Drijvende krachten kunnen ingedeeld worden in demografische, economische, sociaal-culturele, technologische, ecologische en politieke factoren.

Gezondheid uitgedrukt in ziektelast

Sinds 1997 berekent het RIVM de ziektelast in Nederland, en de toewijzing van de ziektelast aan de achterliggende gezondheidsdeterminanten. Ziektelast geeft het gezondheidsverlies aan veroorzaakt door vroegtijdige sterfte en verlies van kwaliteit van leven door het hebben van een aandoening. Dit gezondheidsverlies kan worden toegeschreven aan specifieke determinanten. De selectie van de determinanten waarvoor dit verlies berekend wordt, is gebaseerd op een indeling in 4 grote groepen van factoren: persoonsgebonden, gedrag, milieu en arbeid. Binnen deze groepen worden verschillende determinanten onderscheiden. De selectie van deze determinanten wordt gedaan op basis van literatuuronderzoek: er moet voldoende wetenschappelijk bewijs zijn om de toewijzing van ziektelast aan deze determinanten te doen. De meest recente berekeningen zijn gedaan voor de VTV-2024 [3] die in november 2024 is uitgekomen. We zien dat van de totale ziektelast in 2022 14,0% kan worden toegeschreven aan gedrag en 10,7% aan persoonsgebonden factoren, zoals bijvoorbeeld hoge bloeddruk. Van de gedragsfactoren draagt roken het meest bij aan de ziektelast. Arbeid en milieu dragen beiden voor iets meer dan 4,0% bij aan de ziektelast. In totaal kan 26,7% van de ziektelast worden toegeschreven aan de in de VTV onderzochte determinanten van gezondheid. Er is een aantal determinanten waarover niet bekend is hoeveel zij positief of negatief bijdragen aan onze gezondheid. Zo weten we bijvoorbeeld nog erg weinig over de bijdrage die verschillende factoren via psychische aandoeningen leveren aan de ziektelast. Daarom staat bij een aantal determinanten geen percentage genoemd. Deze praatplaat is daarom niet uitputtend.

De praatplaat in deze factsheet is gebaseerd op de resultaten van de VTV-2024 en is een actualisatie van de vorige praatplaat met ziektelastcijfers uit de VTV-2018 en de Global Burden of Disease Study (2017). De methode om te komen tot ziektelast en de toewijzing aan de determinanten wordt continue verbeterd en aangepast. Dit maakt dat de resultaten van de verschillende VTV's niet goed vergelijkbaar zijn. Hieronder worden de belangrijkste aanpassingen in deze methoden toegelicht. Dit helpt bij de duiding van de verschillen tussen beide praatplaten.

Figuur 1. Gezondheidverlies toegeschreven aan determinanten (VTV-2024)



Aanpassingen van ziektelastberekeningen

Voor meer dan 100 verschillende (groepen van) aandoeningen wordt de ziektelast berekend. Deze selectie wordt vaker aangepast, bijvoorbeeld bij veranderingen in relevanties van aandoeningen en beschikbaarheid van data. Tussen 2018 en 2024 zijn de aanpassingen van deze selectie slechts minimaal gewijzigd en is deze grotendeels vergelijkbaar.

Voor de ziekte in deze selectie zijn de twee componenten van de ziektelast berekend, de vroegtijdige sterfte (years of life lost, YLL) en de ziektejaarequivalenten (ook wel years lost due to disability). De methodiek van de YLL is niet veranderd waardoor verschillen in deze component komen doordat sterfjepatronen zijn veranderd. De YLD heeft echter grotere veranderingen ondergaan. De wegingsfactoren (disability weights, DW) die de ernst van een aandoening kwantificeren zijn volledig geactualiseerd. De oude DWs stamden nog uit 1997 en zijn met een nieuwe, meer gebruikte methode opnieuw afgeleid [4]. Ook is voor iedere aandoening de achterliggende verdeling over de ernststadia geactualiseerd. Door bijvoorbeeld vroegopsporing en screening, en betere behandelingen is deze verdeling veranderd. In deze nieuwe set van DWs blijkt bijvoorbeeld dat de mentale aandoeningen relatief ernstiger worden beoordeeld dan bijvoorbeeld cardiovasculaire aandoeningen.

Verder zijn voor de aandoeningen ook het vóórkomen van deze aandoeningen geactualiseerd. Deze aanpassingen resulteren in verschillen in DALYs.

Aanpassingen in toewijzing aan determinanten

Bij de toewijzing van de ziektelast aan achterliggende determinanten wordt gebruikt gemaakt van Population Attributable Fractions (PAFs). Een PAF geeft aan welk gedeelte van de ziektelast van een specifieke aandoening theoretisch kan worden toegeschreven aan de determinant. Een PAF wordt berekend op basis van de blootstelling aan een determinant en het risico dat deze blootstelling met zich meebrengt (het relatieve risico). De blootstelling aan determinanten kan veranderd zijn tussen 2018 en 2024 waardoor ook de toewijzing verandert. Ook in methodiek zijn er veranderingen geweest. Er verschijnen continue epidemiologische studies over

de relatie tussen een determinant en ziekten, met nieuwe of aangepaste relatieve risico's. Deze nieuwe of aangepaste relatieve risico's neemt het RIVM mee in de berekeningen (bijvoorbeeld bij alcohol). Ook worden er continue nieuwe studies gepubliceerd over de relatie tussen determinanten en ziekten. Als de bewijslast sterk genoeg is neemt het RIVM dit ook mee in de berekeningen. Een voorbeeld hiervan is de relatie tussen overgewicht en dementie die 2018 nog niet meegenomen was.

Een geheel nieuwe aanpak is ontwikkeld voor de determinant ongezonde voeding. Daarvoor werd in 2018 nog gebruik gemaakt van de PAFs van de Global Burden of Disease Study (GBD) terwijl in 2024 specifieke resultaten voor Nederland zijn gebruikt van de Voedselconsumptiepeiling (VCP). Dit heeft een significant effect gehad op de resultaten, waarbij de ziektelast nu veel lager uitvalt voor ongezonde voeding.

Al deze aanpassingen leiden tot veranderingen waardoor de percentages over de jaren heen niet goed te vergelijken zijn. RIVM werkt momenteel aan een project om te voorzien in de behoefte om de resultaten over de jaren heen te kunnen vergelijken. Het doel hierbij is om een historische reeks van DALYs en toewijzing te maken waarbij de meest recente methodiek wordt toegepast en de verschillen alleen toe te schrijven zijn aan veranderingen in sterfjepatronen en vóórkomen.

Deze factsheet is onderdeel van een serie factsheets

Andere factsheets zijn:

- Factsheet Ongezonde Voeding
- Factsheet Bewegen
- Factsheet Problematisch Alcoholgebruik
- Factsheet Psychosociale Arbeidsbelasting
- Factsheet Luchtkwaliteit

Referenties

1. [Factsheet Impactvolle Determinanten | RIVM](#)
2. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies; 1991.
3. [VTV-2024 | Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024](#)
4. Haagsma, J.A., Charalampous, P. [Deriving disability weights for the Netherlands: findings from the Dutch disability weights measurement study](#). *Popul Health Metrics* 22, 26 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12963-024-00342-0>

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

september 2025

De zorg voor morgen begint vandaag