



# INHOUD

Het volgende bulletin heeft als thema 'Gezondheidseconomie in de breedte' – en nieuwe thema's zoals sustainable health economics. Dit bulletin zal na het gelijknamige congres verschijnen. Zou je graag een bijdrage willen leveren over het onderwerp 'sustainability' vanuit het perspectief van de gezondheidseconomie? Of heb je wellicht een ander idee voor dit themanummer? Laat het vóór 15 juli weten via [bulletin@gezondheidseconomie.org](mailto:bulletin@gezondheidseconomie.org)

- 3** INZICHT IN KWALITEIT: DE ROL VAN UITKOMSTEN IN DE VERPLEEGHUISZORG **Marlies Bär**
  
- 7** HET DOORGEVEN VAN DE HETE AARDAPPEL GEMEENTEN ONDER FINANCIËLE DRUK DREIGEN DE KOSTEN VAN OUDERENZORG DOOR TE SCHUIVEN NAAR DE CENTRALE OVERHEID **France Portrait, Yvonne Krabbe-Alkmade, Tjerk Budding en Marcel Canoy**
  
- 10** EFFECTEN EN KOSTEN VAN EEN INTERVENTIE VOOR VERPLEGING EN VERZORGING TER BEVORDERING VAN ZELFREDZAAMHEID, EIGEN REGIE, LEVENSKWALITEIT EN FUNCTIONALITEIT (ZELF) VAN VERPLEEGHUISBEWONERS. **Sandra Zwakhalen, Ruben Drost, Ghislaine van Mastrikt, Stan Vluggen, Michel Bleijlevens, Getty Huisman-de Waal, Janneke de Man-van Ginkel, Silke Metzelthin**
  
- 14** ZET DE TOENAME VAN KANKERDIAGNOSES BIJ OUDEREN DE HOUDBAARHEID VAN ZORG ONDER DRUK? **Niek Stadhouders, Cilla Vrinzen, Lieke van Disseldorp**
  
- 18** DE NIEUWE VOORZITTER STELT ZICH VOOR **Bram Wouterse**
  
- 19** KORT VERSLAG 16E LOLAHESG-MEETING **Yvonne Krabbe - Alkmade**
  
- 21** ASSESSMENT OF VACCINATION POLICIES FROM A HEALTH ECONOMIC PERSPECTIVE: OPPORTUNITIES AND EMERGING FOCI **Florian Zeevat**
  
- 22** SPONSOREN
  
- 22** COLOFON

# VOORWOORD

Om maar met gelijk met de deur in huis te vallen: dit bulletin is natuurlijk veel te laat bij u op de deurmat beland. De verantwoordelijkheid voor de vertraging ligt geheel bij ondergetekende. Dus ik wil u – de lezer – en de auteurs van de inhoudelijk zeer interessante artikelen van dit bulletin bij dezen dan ook mijn welgemeende excuses aanbieden. Dat gezegd hebbende: we hebben weer een mooi nummer! Ouderenzorg is hot, niet alleen in politiek Den Haag, maar ook binnen de gezondheidseconomie. In dit nummer laten verschillende experts hun licht schijnen over diverse aspecten van de zorg voor ouderen. Verder vindt u in dit nummer een verslag van de recente lolaHESG-bijeenkomst, Het nummer sluit af met een kort samenvatting van het proefschrift van Florian Zeevat.

Robert Vonk

# INZICHT IN KWALITEIT: DE ROL VAN UITKOMSTEN IN DE VERPLEEGHUISZORG

**Marlies Bär**

De kwaliteit van verpleeghuiszorg in Nederland al geruime tijd een veelbesproken onderwerp, zowel in het maatschappelijk als politieke debat. Ondanks de introductie van het Kwaliteitskader in 2017 en de daarmee gepaard gaande extra publieke uitgaven gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg<sup>1</sup>, blijven er kritische geluiden bestaan over de kwaliteit van de geleverde zorg. De verpleeghuiszorg staat onder druk door personeelstekorten en een toenemende zorgvraag, die als gevolg van de snel vergrijzende bevolking in de komende jaren verder zal toenemen.<sup>2</sup> De verpleeghuissector en politiek staan voor een enorme uitdaging om aan deze groeiende zorgvraag te voldoen zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit. Daarom is het van groot belang dat er voldoende inzicht is in de geleverde kwaliteit van de verpleeghuiszorg, zodat passend beleid kan worden ontwikkeld.

## DRIE DOMEINEN VAN KWALITEIT IN DE ZORG

Kwaliteit van zorg is een subjectief en niet direct meetbaar begrip. Toch kan een brede set aan indicatoren een beeld geven van de kenmerken of prestaties van zorgaanbieders op aspecten die mogelijk belangrijk zijn voor individueel bepaalde percepties van kwaliteit. Om de verschillende indicatoren die relevant kunnen zijn voor kwaliteit te structureren, kan het structuur-proces-uitkomstmodel van Donabedian (2003)<sup>3</sup> worden toegepast.

Dit model verdeelt mogelijke kwaliteitsindicatoren over drie domeinen. Het eerste domein omvat informatie over de structuur van een organisatie, inclusief de organisatorische en personele middelen om zorg te kunnen verlenen. Voorbeelden hiervan zijn het aantal verpleeghuisbedden op een locatie, financiële middelen en de samenstelling van het personeelsbestand. Het tweede domein van kwaliteit omvat de processen van zorg, zoals procedures met betrekking tot medicatieveiligheid en het gebruik van vrijheidsbepalende maatregelen. Het laatste domein omvat de uitkomsten van de geleverde zorg. In de verpleeghuiszorg kunnen deze betrekking hebben



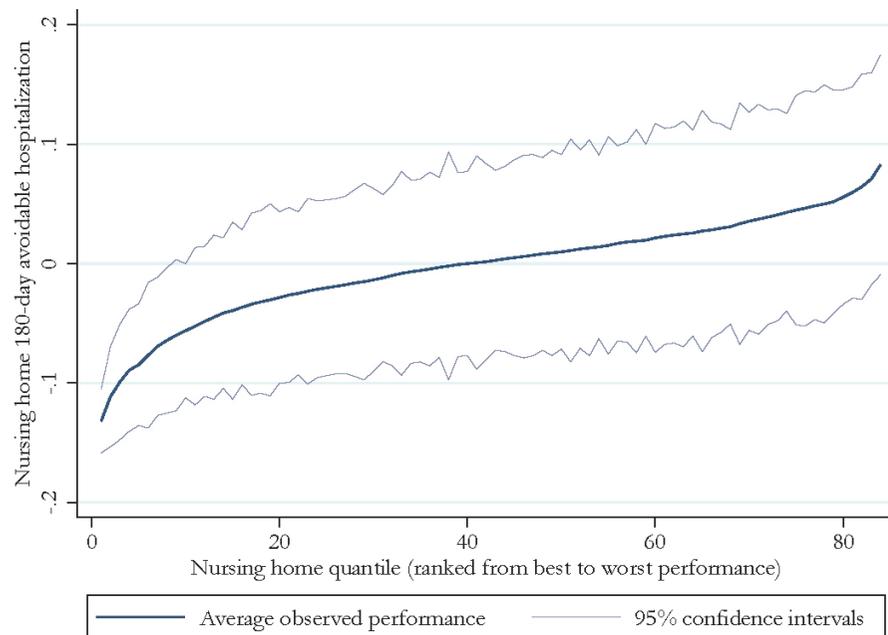
op de gezondheid of het welzijn van bewoners, maar ook op de tevredenheid over de geleverde zorg van bewoners en hun naasten. Idealiter worden alle drie domeinen meegenomen bij het evalueren en verbeteren van de kwaliteit.

In Nederland ligt bij het rapporteren van kwaliteitsindicatoren de nadruk voornamelijk op structuren en processen. Er wordt weinig aandacht besteed aan het meten van uitkomsten. Zo richtte het in 2017 geïmplementeerde Kwaliteitskader zich vooral op inzet van personeel (structuur), en is de informatie die zorgaanbieders moeten aanleveren bij het Zorginstituut voor kwaliteitsverantwoording voornamelijk gebaseerd op processen. Hoewel uitkomsten worden beschouwd als het ultieme doel van kwalitatief goede zorg, zoals gedefinieerd in het Kwaliteitskader en het nieuwe Generiek kompas als “kwaliteit van leven” en “kwaliteit van bestaan”, worden dergelijke uitkomsten zelden direct gemeten of gerapporteerd. De enig beschikbare informatie in Nederland die mogelijk iets zegt over uitkomsten zijn de ervaringen gerapporteerd door gebruikers of naasten op de website Zorgkaart Nederland. Maar omdat het gebruik van deze website vrijwillig is (en dus selectief), geven deze waarderingen slechts beperkt inzicht in de verschillen in uitkomsten tussen aanbieders.

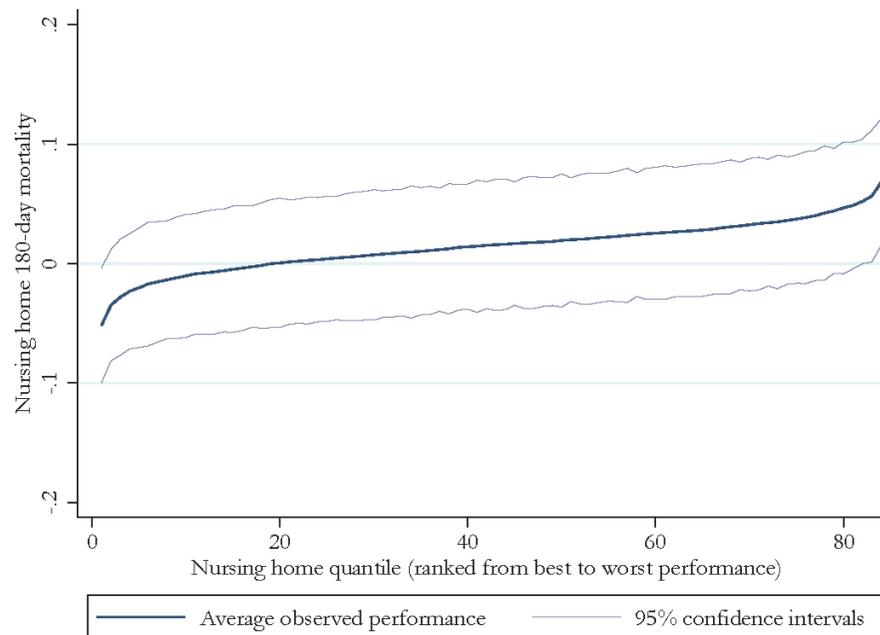
# INZICHT IN KWALITEIT: DE ROL VAN UITKOMSTEN IN DE VERPLEEGHUISZORG

## HET BELANG VAN HET METEN VAN UITKOMSTEN

Bevindingen uit recent onderzoek bieden drie inzichten die het belang van het meten van uitkomsten over het voetlicht brengen.



Figuur 1. Verschil tussen verpleeghuizen in de kans op potentieel vermijdbare ziekenhuisopname binnen een half jaar na opname



Figuur 2. Verschil tussen verpleeghuizen in de kans op vermijdbare sterfte binnen een half jaar na opname

Ten eerste blijkt dat er tussen aanbieders aanzienlijke verschillen bestaan in gezondheidsuitkomsten. Figuren 1 en 2 tonen aan dat er grote variatie tussen aanbieders bestaat in de kans op overlijden en een potentieel vermijdbare ziekenhuisopname na opname, zelfs na correctie voor observeerbare gezondheidsverschillen van cliënten, zoals leeftijd, zorgzwaartepakket en voorgaand zorggebruik. Het verschil in de kans op een potentieel vermijdbare ziekenhuisopname binnen een half jaar na opname tussen de 5% best presterende en 5% minst presterende verpleeghuizen is geschat op 14 procentpunten.<sup>4</sup> Voor sterfte is dit verschil gelijk aan 7 procentpunten. Deze grote variatie in (over)sterfte observeren we ook tijdens de COVID-19 pandemie.<sup>5</sup> Dit duidt erop dat sommige verpleeghuisaanbieders succesvoller zijn in het voorkomen van nadelige gezondheidsuitkomsten dan anderen, en dat er mogelijk ruimte voor verbetering is bij de minst presterende aanbieders.

Daarnaast wijst ons onderzoek<sup>4</sup> uit dat het toewijzen van cliënten aan aanbieders met de best observeerbare uitkomsten naar verwachting een positief effect heeft op hun eigen uitkomsten. Een van de zorgen met betrekking tot het gebruik van uitkomsten is dat deze mogelijk beïnvloed worden door selectieve keuzes voor een aanbieder. Een zorggebruiker met een hoge zorgvraag kiest mogelijk een verpleeghuis met een betere kwaliteit van zorg omdat deze persoon er meer baat bij heeft dan iemand met een lagere zorgvraag. Met behulp van willekeurige keuzes op basis van afstand laat ons onderzoek zien dat informatie gebaseerd op gezondheidsuitkomsten (gemiddeld) voorspellend is voor de gezondheidsuitkomsten van een willekeurige cliënt.

Ten slotte blijkt uit ons onderzoek dat informatie over structuur- en procesindicatoren niet noodzakelijkerwijs inzicht biedt in hoe aanbieders presteren op het gebied van uitkomsten. Het aantal FTE aan zorgpersoneel is bijvoorbeeld niet gerelateerd aan door gebruikers gerapporteerde ervaren kwaliteit, (over)sterfte of potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames.<sup>1,4,5</sup> Slechts een beperkt aantal indicatoren, zoals meer medisch-specialistisch personeel, minder verzuim en

minder extern personeel, vertonen wel een (statistisch significant) verband met betere prestaties op een aantal van de eerdergenoemde gezondheidsuitkomsten, maar deze correlaties zijn vrij zwak. Door de afwezigheid van een sterk verband met uitkomsten is het van belang dat de bestaande structuur- en procesindicatoren worden aangevuld met informatie over uitkomsten.

## UITDAGINGEN EN MOGELIJKHEDEN

Om zowel toekomstige gebruikers als toezichthouders, beleidsmakers en inkopers een volledig beeld te geven van de kwaliteit van zorg per aanbieder, lijkt het essentieel om consequent informatie over uitkomsten te verzamelen en te rapporteren. Ondanks de uitdagingen bij het definiëren, verzamelen en rapporteren van uitkomstinformatie, kunnen deze wellicht worden overwonnen.

Het definiëren van relevante, maar ook meetbare, uitkomstindicatoren is niet vanzelfsprekend. Hoewel gezondheidsuitkomsten zoals sterfte, ziekenhuisopnames, doorligwonden en vallen goed te observeren zijn, bieden ze slechts een beperkt inzicht in het algehele welzijn van een cliënt. Om aspecten als kwaliteit van leven en bestaan te meten, zou gekeken kunnen worden naar welzijnsinstrumenten, zoals de WiX<sup>6</sup>, en of deze toepasbaar zijn binnen een oudere populatie.

Daarnaast kan het verzamelen van informatie, zowel over uitkomsten van bewoners als processen van zorgverlening, een belasting zijn voor het personeel. Daarom is het van belang kritisch te evalueren welke informatie het meest relevant is. Ook zouden nieuwe technieken in datawetenschappen, zoals tekstanalyses, eventueel nieuwe mogelijkheden kunnen bieden om informatie uit bestaande gegevens te halen, bijvoorbeeld uit cliëntdossiers, om de administratieve lasten voor het zorgpersoneel te beperken.

# INZICHT IN KWALITEIT: DE ROL VAN UITKOMSTEN IN DE VERPLEEGHUISZORG

Vervolgens zal de verzamelde informatie op een effectieve manier bij de gebruiker terecht moeten komen. Op dit moment is informatie over kwaliteitsindicatoren in de verpleeghuiszorg versnipperd beschikbaar, waardoor het moeilijk is voor zowel toekomstige bewoners als voor onderzoekers en toezichthouders om deze te vinden en te combineren. Een voorbeeld uit de Verenigde Staten laat zien hoe dit anders kan. De Amerikaanse overheidswebsite Nursing Home Compare<sup>7</sup> biedt een grote hoeveelheid informatie over verpleeghuizen, waaronder locaties van een instellingen, resultaten van inspectiebezoeken en kwaliteitsindicatoren op basis van structuur, processen en uitkomsten. Een dergelijke overzichtelijke website zou kunnen bijdragen aan een effectieve verspreiding van kwaliteitsinformatie, zodat deze toegankelijk is voor alle mogelijke gebruikers.

## CONCLUSIE

Inzicht in kwaliteit is belangrijk voor toezichthouders, inkopers en toekomstige gebruikers van verpleeghuiszorg. Het opnemen van informatie over uitkomsten is hierbij cruciaal, aangezien er aanzienlijke verschillen zijn tussen aanbieders en indicatoren op basis van structuur en processen deze verschillen vaak niet volledig verklaren. Door rechtstreeks uitkomsten te meten en te rapporteren, kunnen gebruikers van kwaliteitsinformatie in de verpleeghuiszorg een completer beeld krijgen van de geleverde kwaliteit per aanbieder. Dit stelt hen mogelijk beter in staat om weloverwogen keuzes te maken op basis van kwaliteitsindicatoren die voor hen belangrijk zijn.

**Marlies Bär is universitair docent bij de vakgroep Gezondheidseconomie van de Erasmus School for ealth Policy and Management in Rotterdam.**

## REFERENTIES

1. Bakx P , et al. Zicht op kwaliteit van verpleeghuiszorg? ESHPM Onderzoeksrapport 2020
2. TNO. Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg 2019.
3. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. 2003.
4. Bär M , et al. Journal of Economic Behavior and Organization 2022, 203:1-23.
5. EUR Redactie. <https://www.eur.nl/nieuws/waarom-overleden-juist-verpleeghuizen-zoveel-mensen-door-corona>
6. Voormolen DC , et al. Applied Research in Quality of Life 2024, online.
7. Medicare Redactie. <https://www.medicare.gov/care-compare/?redirect=true&providerType=NursingHome>

# HET DOORGEVEN VAN DE HETE AARDAPPEL

## GEMEENTEN ONDER FINANCIËLE DRUK DREIGEN DE KOSTEN VAN OUDERENZORG DOOR TE SCHUIVEN NAAR DE CENTRALE OVERHEID

France Portrait, Yvonne Krabbe-Alkemade, Tjerk Budding en Marcel Canoy

*Het idee dat ten grondslag lag aan de decentralisatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) was om gemeenten meer verantwoordelijkheid te geven bij ondersteuning van ouderen. In de basis is dat een goed idee, want gemeenten kunnen zo beter en efficiënter inspelen op de voorkeuren en mogelijkheden van hun bevolking. Maar dan moet de financiering wel goed geregeld zijn. Uit recent onderzoek van Portrait, Krabbe, Budding en Canoy<sup>4</sup> van de Vrije Universiteit Amsterdam, blijkt dat dat niet zo is.*

De hiernaast genoemde studie geeft antwoord op twee belangrijke vragen. Ten eerste hoe beïnvloedt de financiële situatie van Nederlandse gemeenten het aantal burgers dat een aanvraag doet voor zorg krachtens de Wet langdurige zorg (Wlz) bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)? Ten tweede, varieert de kans op een afwijzing van een aanvraag voor Wlz-zorg tussen gemeenten met verschillende financiële gezondheid?

Het onderzoek concludeert dat gemeenten die worden geconfronteerd met meer financiële druk een hoger percentage Wlz-aanvragen kennen. Dit geldt ook als er is gecorrigeerd voor verschillen in individuele kenmerken tussen gemeenten. Ook blijkt dat het percentage afwijzingen door het CIZ relatief hoger is in gemeenten onder financiële druk. Dit suggereert dat de kans om onterecht doorverwezen te worden naar de Wlz in deze gemeenten ook hoger is.

### DATA

Het onderzoek maakt gebruik van alle Wlz-aanvragen die gedaan zijn in de periode 2016-2019 (de periode voor de COVID-19-pandemie) door individuen ouder dan 65 die nog zelfstandig woonden op het moment van de aanvraag. De CIZ-data werden verrijkt met gegevens uit jaarverslagen van Nederlandse gemeenten en openbare gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

Wat we willen weten is of gemeenten onder financiële druk de bewoners sneller proberen te door te schuiven naar voorzieningen die door het Rijk betaald wordt. Om dat te meten is als eerste uitkomstvariabele het aanvraagpercentage per jaar en per gemeente berekend. Hierbij hebben we per gemeente het aantal aanvragen per jaar gedeeld door het aantal inwoners van 65 jaar en ouder. De tweede uitkomstvariabele is het afwijzingspercentage door het CIZ per jaar en per gemeente. Deze

# HET DOORGEVEN VAN DE HETE AARDAPPEL

variabele is bepaald door het aantal afgewezen aanvragen te delen door het totale aantal aanvragen in een specifiek jaar. Ook dit is per gemeente gedaan. De derde uitkomstvariabele is een binaire variabele die aangeeft of een aanvraag is afgewezen of niet.

De financiële gezondheid van gemeenten werd op twee manieren in kaart gebracht: door de begrote jaarlijkse kosten voor ouderenzorg per inwoner en door de waargenomen financiële druk, eveneens per inwoner, geoperationaliseerd als de begrote jaarlijkse kosten voor ouderenzorg minus de begrote inkomsten voor ouderenzorg.

## METHODE

Er werden lineaire regressiemodellen gebruikt om de relaties te schatten tussen (1) aanvraagpercentages en de financiële situatie van de gemeenten en (2) afwijzingspercentages en aanvraagpercentages van de gemeenten. Vervolgens zijn ook logit-modellen geschat om te beoordelen of de kans op afwijzing van een eerste Wlz-aanvraag uiteenliep tussen gemeenten met een betere of slechtere

financiële gezondheid. Alle modellen werden gecorrigeerd voor verschillen in demografische, sociale en gezondheidskarakteristieken tussen gemeenten, en ook voor verschillen in tijd-constante karakteristieken zoals cultuur of religie.

## RESULTAAT ONDERZOEK EN INTERPRETATIE

De belangrijkste bevinding is dat er een significante positieve relatie is tussen waargenomen financiële druk per gemeente en het percentage aanvragen voor Wlz-zorg. Uit de resultaten blijkt ook dat het CIZ vaker aanvragen afwijst in gemeenten met hogere aanvraagpercentages. We zien ook dat het percentage afwijzingen door het CIZ relatief hoger is in gemeenten met een grotere financiële druk.

Deze resultaten suggereren dat er inderdaad sprake is van kostendoorschuiфgedrag. Of dat bewust of onbewust is, is op basis van dit onderzoek niet na te gaan, maar feit is dat als gemeenten met grotere financiële druk worden geconfronteerd, het aantal aanvragen voor Wlz-zorg hoger is dan verwacht mag worden

op basis van objectieve kenmerken.

Dit afschuiven van kosten is maatschappelijk gezien niet gewenst. Ten eerste zullen ouderen die onterecht naar de Wlz worden doorverwezen niet per definitie de meest geschikte zorg ontvangen. Ten tweede kan kostendoorschuiфgedrag leiden tot hogere uitgaven door burgers vanwege de hogere kosten van Wlz gefinancierde zorg ten opzichte van zorg vanuit de Wmo. Ten derde is decentralisatie niet zonder reden geïmplementeerd. Het idee is dat door zorg op decentraal niveau te organiseren deze effectiever en efficiënter aangeboden kan worden dan via de Wlz.

Desondanks is het wel te begrijpen dat gemeenten, indien ze worden geconfronteerd met financiële problematiek op het terrein van de ouderenzorg, iets willen doen aan de kosten daarvan omdat het geld dat daaraan wordt besteed immers niet meer kan worden uitgegeven aan andere belangrijke maatschappelijke opgaven. Aangezien andere beleidsalternatieven, zoals het verminderen van de kwaliteit van zorg, langere wachttij-

den voor ouderen of het betalen van lagere tarieven aan zorgverleners moeilijker uitvoerbaar of schadelijk lijken, wordt er mogelijk voor afschuiven gekozen. Ook kan het zo zijn dat gemeenten over onvoldoende benodigde faciliteiten beschikken voor kwetsbare ouderen. Dat het percentage afwijzingen door het CIZ relatief hoger is in gemeenten met grotere financiële druk wijst erop dat het CIZ in staat is om onterecht doorverwezen cliënten af te wijzen en daarmee kostendoorschuiфgedrag te verminderen.

## HOE VERDER?

In elke jurisdictie kan het gezondheidszorgsysteem overbelast raken. Om met deze uitdaging om te gaan, onderzoeken overheden manieren om hun systemen te hervormen. Deze hervormingen omvatten vaak een decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden van centrale naar lokale overheden, maar decentralisatie kan leiden tot kostendoorschuiфgedrag, zoals dit artikel heeft aangetoond.

Voor de samenleving als geheel is het door ons geconstateerde fenomeen van kostenver-

plaatsing ongewenst. Dit artikel toont aan dat het organisatorische kader van de Nederlandse Wlz met een onafhankelijke instantie als het CIZ ongewenste effecten voor een deel mitigeert, maar desondanks heeft het nog de nodige negatieve effecten en leidt het tot verspillend werk voor zowel gemeenten als CIZ. Wij pleiten voor meer aandacht voor de additionele oplossingsrichtingen. Zo kunnen gemeenten door hen meer financiële autonomie te bieden, beter in staat worden gesteld om hogere kosten zelf op te vangen. Ook zou er fundamenteel anders naar de ouderenzorg gekeken moeten worden.

## BREDERE REFLECTIE

Het hete-aardappelgedrag van gemeenten staat niet op zichzelf. Het is een symptoom van een breder fenomeen. Enkele decennia geleden heeft Nederland, om destijds move-rende redenen, de keuze gemaakt de langdurige zorg vrijwel geheel bij de overheid en de professionele zorg neer te leggen. Geen enkel land is daarin zover gegaan als Nederland. Dat heeft minimaal vier consequenties. Ten eerste geeft Nederland veel meer uit aan langdurige

zorg dan elk ander land.<sup>2</sup> Ten tweede leidt de keuze tot een enorm beroep op de formele arbeidsmarkt. Ten derde leidt het tot een complex systeem van aanbieders, toezichthouders, tussenpersonen en een industrie van consultants waarbij niemand door de bomen het bos nog ziet. Financieringsstromen lopen daarin naast en door elkaar. Het afschuifgedrag van gemeenten uit dit artikel is daarvan maar één manifestatie. Ten vierde leidt het tot gedrag waarbij naar de overheid en de zorg gekeken wordt voor oplossingen voor problemen waar burgers zelf prima oplossingen kunnen bedenken.<sup>3</sup> Op de vraag in een internationale enquête: "Bent u bereid voor uw ouders te zorgen?" staat Nederland onderaan met 16% - tegen percentages boven de 90% voor andere landen.<sup>4</sup> Evenwel is de conclusie daaruit uiteraard niet dat we in ons land daadwerkelijk niet die bereidheid zouden hebben. Nederland is immers ook kampioen vrijwilligers.<sup>5</sup> Maar het duidt wel op een ongezonde verslaving van de overheid en de zorg die historisch bepaald is.

Willen we tot een duurzame ouderenzorg komen, dan moeten we overal waar dat

redelijkerwijze kan op een geleide wijze van het zorginfuus af. Dat is een ingewikkeld en soms pijnlijk proces, juist omdat het zo ver is doorgesloten. Het kost tijd en moeite om burgerkracht effectief te mobiliseren en zorgcapaciteit geleidelijk om te vormen of af te bouwen. Hoewel dit al enige tijd bekend is, is er de laatste jaren weinig gebeurd. In tijden van overvloed komt men eenvoudigweg niet in beweging. Pas nu de arbeidsmarkt zo krap is dat de wal het schip keert, komt men in beweging. Mocht deze beweging tot wasdom komen en de financiering worden versimpeld, dan zullen we pas zien dat anomalieën als het aangetoonde afschuifgedrag van gemeenten zal verminderen.

**France Portrait, Yvonne Krabbe-Alkemade en Marcel Canoy zijn werkzaam voor de afdeling Ethics, Governance and Society van de School of Business and Economics, Vrije Universiteit Amsterdam, respectievelijk als universitair hoofddocent, senior onderzoeker en bijzonder hoogleraar. Marcel Canoy is tevens adviseur van ACM en Vilans, lid van Advies Commissie Pakket van het Zorgin-**

**stituut Nederland en columnist van sociale-vraagstukken.nl.**

**Tjerk Budding is hoogleraar Public Sector Accounting en directeur van het Zijlstra Center for Public Control, Governance and Leadership van de Vrije Universiteit Amsterdam.**

## REFERENTIES

1. Portrait F, et al. Health Policy 2023, 137:104914.
2. Canoy M, et al. ESB 2022, 107:176-179.
3. Canoy M, et al., Sociale Vraagstukken, 10 mei 2023.
4. EVS. European Values Study 2017. <https://doi.org/10.4232/1.13897>
5. Eurobarometer. <https://www.europarl.europa.eu/at-your-service/files/be-heard/eurobarometer/2011/2011-european-year-of-volunteering/aggregate-report/nl-aggregation-report-2011-european-year-of-volunteering-201110.pdf>

# EFFECTEN EN KOSTEN VAN EEN INTERVENTIE VOOR VERPLEGING EN VERZORGING TER BEVORDERING VAN ZELFREDZAAMHEID, EIGEN REGIE, LEVENSKWALITEIT EN FUNCTIONALITEIT (ZELF) VAN VERPLEEGHUISBEWONERS.

Sandra Zwakhalen, Ruben Drost, Ghislaine van Mastrigt, Stan Vluggen, Michel Bleijlevens, Getty Huisman-de Waal, Janneke de Man-van Ginkel, Silke Metzelthin

## INLEIDING

Naarmate mensen ouder worden, ervaren ze over het algemeen beperkingen om dagelijkse en andere betekenisvolle activiteiten zelfstandig uit te voeren. Sommigen van hen hebben op een bepaald moment behoefte aan langdurige zorg en ondersteuning en verhuizen daarom naar het verpleeghuis. Verpleegkundigen en verzorgenden spelen een cruciale rol bij het stimuleren van activiteiten en het optimaliseren van zelfstandigheid van verpleeghuisbewoners.<sup>1</sup> Verpleegkundigen en verzorgenden nemen hoewel goedbedoeld, veelal onnodig activiteiten over van cliënten.<sup>2</sup> Het overnemen van activiteiten kan tot gevolg hebben dat de bewoner een afhankelijkheid van zorg en een verlies van autonomie ervaart.<sup>3-4</sup> Vanuit maatschappelijk-economisch oogpunt kan het onnodig overnemen van taken leiden tot onnodige zorg en hogere zorgkosten. Daarnaast kan het verlenen

van onnodige zorg resulteren in een hogere werkbelasting van verpleegkundigen en verzorgenden. Investeren in interventies die de zelfstandigheid bevorderen en de behoefte aan langdurige zorg verminderen, is daarom essentieel. Reablement is een benadering die de laatste jaren steeds meer aandacht krijgt. Het is een persoonsgerichte aanpak die gericht is op het bevorderen van actieve deelname van ouderen door middel van het stimuleren van dagelijkse activiteiten. Het doel is om zo de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van ouderen te verbeteren en de behoefte aan zorginzet te verminderen.<sup>5</sup>

In Nederland zijn de laatste jaren verschillende reablement-interventies ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd.<sup>6-10</sup> Deze onderzoeken laten wisselende resultaten zien wat betreft effectiviteit voor zowel de client als het verplegend personeel. Op basis van deze



eerdere onderzoeken en de geleerde lessen is een geoptimaliseerd interventieprogramma opgesteld<sup>11,1</sup> genaamd "ZELF". Het ZELF-programma, een acroniem voor Zelfredzaamheid, Eigen

regie, Levenskwaliteit en Functionaliteit, is bedoeld voor verpleegkundigen en verzorgenden die langdurige zorg bieden aan geriatrische cliënten<sup>1</sup> thuis of in het verpleeghuis.

In recent onderzoek hebben we gekeken naar de effecten van het ZELF-programma op verschillende aspecten. Ten eerste werd onderzocht in hoeverre het programma zorgprofessionals aanmoedigt om de zelfredzaamheid van verpleeghuisbewoners te bevorderen. Ten tweede wilden we onderzoeken of het programma ook daadwerkelijk leidt tot een verbetering van de zelfredzaamheid van deze bewoners. Daarnaast wilden we de kosteneffectiviteit van het ZELF-programma onderzoeken. We wilden begrijpen of de investeringen in dit programma opwegen tegen de behaalde resultaten.

### HET ZELF-PROGRAMMA

het ZELF-programma bestaat uit verschillende componenten:

- 1) het beleid van de organisatie;
- 2) het optimaliseren van de omgeving;
- 3) het stellen van betekenisvolle zorgdoelen, en;
- 4) een gedragsverandering onder zorgprofessionals door middel van een scholing en coaching op maat zodat

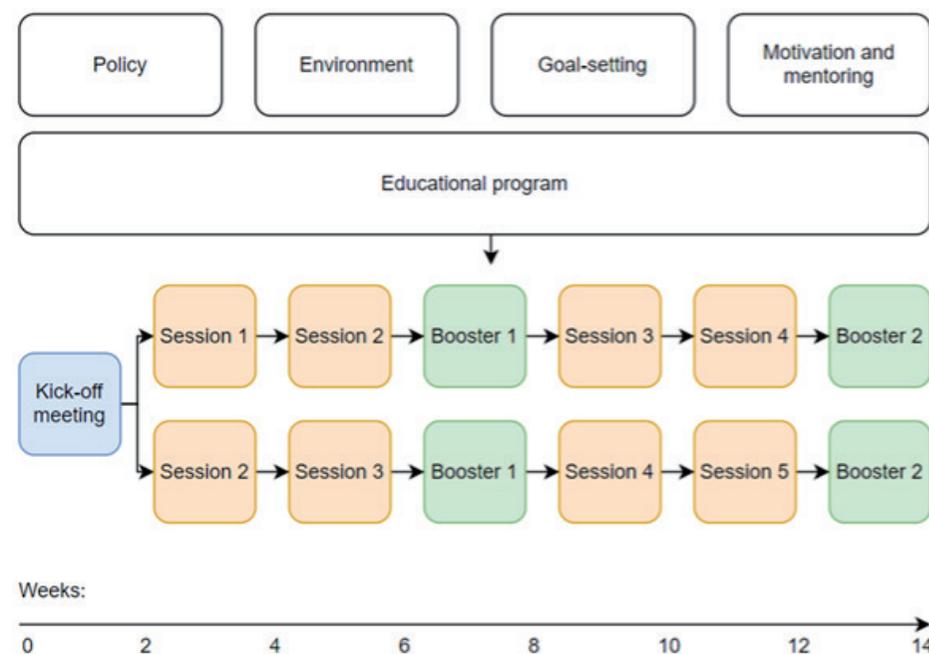
het aansluit bij de behoeften van het team.

ZELF omvat zeven interactieve trainingssessies van 1 tot 2 uur verspreid over een periode van drie maanden. De doelgroep van de trainingssessies zijn verpleegkundigen en verzorgenden, paramedici zoals de (geriatrie)fysiotherapeuten en ergotherapeuten, activiteitenbegeleider en de manager van het zorgteam. Bijeenkomsten worden geleid door een daarvoor opgeleide trainer en co-trainer van de organisatie. De interactieve sessies omvatten praktijkgerichte opdrachten zoals discussies en oefeningen die gedragsverandering bij zorgprofessionals bevorderen. In de kick-off bijeenkomst wordt de huidige mate van stimulatiegedrag en bereidheid tot verbetering in team in kaart gebracht. Het vervolgtraject wordt daarna aangepast (gepersonaliseerd) op basis van deze inventarisatie tijdens de kick-off bijeenkomst; meer gemotiveerde teams volgen een enigszins ander pad dan initieel minder gemotiveerde teams

(Figuur 1). Boostersessies halverwege en aan het einde versterken en verdiepen de inhoud voor voortgang naar volgende sessies. Een acteursessie biedt interactieve praktijkoefeningen met uitdagende situaties uit de dagelijkse praktijk.

### METHODE EN RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

In de periode tussen 2021-2022 werd een cluster-gerandomiseerde trial uitgevoerd binnen 28 verpleeghuisafdelingen verdeeld over 3 zorgorganisaties in Neder-



Figuur 1: schematische weergave ZELF-programma en componenten

# EFFECTEN EN KOSTEN VAN EEN INTERVENTIE VOOR VERPLEGING EN VERZORGING TER BEVORDERING VAN ZELFREDZAAMHEID, EIGEN REGIE, LEVENSKWALITEIT EN FUNCTIONALITEIT (ZELF) VAN VERPLEEGHUISBEWONERS.

land. Er namen 287 zorgprofessionals deel en 241 cliënten. Veertien interventieafdelingen kregen de ZELF-scholing en 14 controleafdelingen ontvingen geen scholing en boden standaardzorg. Parallel aan deze studie werd een trial-based economische evaluatie uitgevoerd. De MAINtAIN vragenlijst werd gebruikt om de mate van stimulatiegedrag onder zorgprofessionals in kaart te brengen direct voor, direct na en 6 maanden na afloop van de implementatie van het ZELF-programma. De GARS-4<sup>12-13</sup> vragenlijst werd gebruikt om de mate van zelfredzaamheid van cliënten in kaart te brengen met betrekking tot ADL-zorg direct voor, direct na en 3 maanden na afloop van de implementatie van het ZELF-programma. Mixed-lineaire regressie werd toegepast om effecten voor client en zorgprofessionals in kaart te brengen. Kwaliteit van leven werd gemeten met EQ-5D-5L.<sup>14</sup>

De economische evaluatie werd vanuit een maatschappelijk perspectief uitge-

voerd. Dit wil zeggen dat alle relevante maatschappelijke kosten zijn meegenomen, ongeacht wie deze kosten heeft betaald. Meer specifiek waren dit de interventiekosten, de zorgkosten en de kosten voor informele zorg. De uitkomsten en kosten werden gemeten bij de start van het onderzoek, na 3 maanden en na 6 maanden. Er werden zowel een kosten-effectiviteitsanalyse (uitgedrukt in kosten per punt verlaging op de GARS-4) als een kosten-utiliteitsanalyse (uitgedrukt in kosten per voor kwaliteits-gecorrigeerde levensjaren) uitgevoerd. Inclusief de gebruikelijke gevoeligheids- en subgroepanalyses.

De resultaten van het effectiviteitsonderzoek toonden aan dat zorgprofessionals die het ZELF-programma gevolgd hadden, significant vaker de zelfredzaamheid van verpleeghuisbewoners stimuleerden opzichte van de zorgprofessionals die de scholing niet hadden gevolgd. Direct na afloop van de scholing was een effect-

grootte (d) van .53 ( $p=.003$ ) waarneembaar. Zes maanden na implementatie was het verschil tussen de interventie- en controlegroep kleiner, maar nog steeds statistisch significant.

Er werd geen significant verschil gevonden tussen de groepen wat betreft de mate van zelfredzaamheid van de verpleeghuisbewoners. Wel werden er aanwijzingen gevonden dat bewoners die zorg ontvingen van de getrainde zorgprofessionals minder snel achteruitgingen in hun functioneren.

De resultaten van de economische evaluatie uitgevoerd vanuit het maatschappelijk perspectief lieten zien dat verpleeghuisbewoners die zorg ontvingen van zorgprofessionals die het ZELF-programma hadden gevolgd gedurende een periode van zes maanden gemiddeld €584 minder kosten maakte, dan de bewoners in de controlegroep. Vanuit het gezondheidszorgperspectief werden de

kosten van informele zorg niet meegenomen en dit resulteerde in een gemiddeld kostenverschil €556 ten gunste van de controlegroep.

Het ZELF-programma heeft een hoge kans op kosteneffectiviteit (afhankelijk van de betalingsbereidheid per eenheid effect, vanaf 79% voor zelfredzaamheid en vanaf 97% voor kwaliteit van leven). Alle uitgevoerde gevoeligheidsanalyses bevestigen deze uitkomsten, een aantal subgroepanalyses echter niet.

## CONCLUSIE

- Het ZELF-programma bevordert de zelfredzaamheid van verpleeghuisbewoners door zorgprofessionals aan te moedigen deze meer te stimuleren.
- Verpleeghuisbewoners die zorg ontvingen van ZELF-getrainde medewerkers worden niet significant meer zelfredzaam. Wel tonen de resultaten aan dat dat zij mogelijk minder snel achteruitgaan.

- Gedurende een periode van 6 maanden vertoonden verpleeghuisbewoners die zorg kregen van getrainde medewerkers een maatschappelijk kostenvoordeel van gemiddeld €584 ten opzichte van degenen die door andere zorgprofessionals werden verzorgd. Vanuit maatschappelijk perspectief is de kans groot dat het ZELF-programma kosteneffectief maar enige voorzichtigheid is geboden omdat niet alle uitgevoerde subgroep analyses deze uitkomsten bevestigen.

## OVER DE AWO-L

De studie werd uitgevoerd binnen de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg (AWO-L). AWO-L is een samenwerkingsverband tussen de Universiteit Maastricht, Zuyd Hogeschool, Gilde Zorgcollege, het VISTA college en negen langdurige zorgorganisaties. AWO-L draagt met wetenschappelijk onderzoek bij aan de verbetering van de kwaliteit

van leven van ouderen en hun naasten, de kwaliteit van zorg, en de kwaliteit van medewerkers en hun werk in de langdurige ouderenzorg. In de AWO-L werken mensen uit de praktijk, beleid, onderzoek en onderwijs samen aan projecten waarin zij kennis en ervaring uitwisselen. Binnen de Academische Werkplaats Ouderenzorg wordt al meer dan 10 jaar onderzoek gedaan naar zorgprogramma's en interventies die gebaseerd zijn op het reablement gedachtengoed.

**Sandra Zwakhalen, Ruben Drost, Ghislaine van Mastrigt, Stan Vluggen, Michel Bleijlens, Getty Huisman-de Waal, Janneke de Man-van Ginkel, Silke Metzelthin zijn als onderzoekers betrokken bij de Academische Werkplaats Ouderenzorg Limburg (AWO-L)**

## REFERENTIES

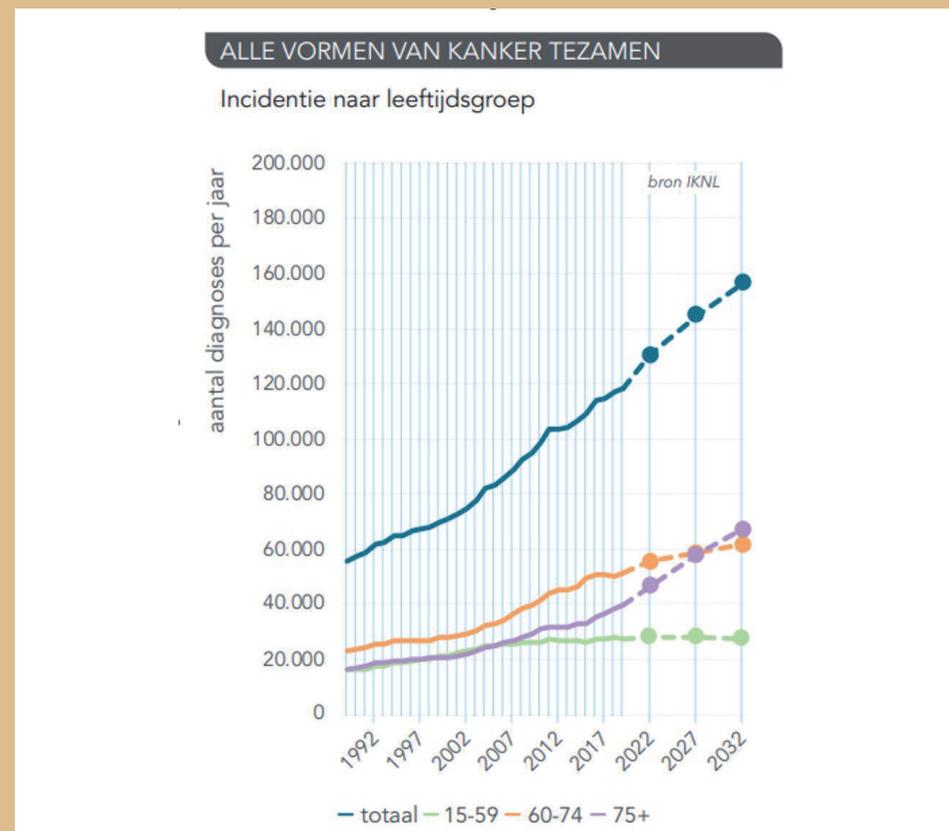
1. Vluggen S, et al. BMC Nurs 2022, 21(1);121. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00902-5>
2. Den Ouden M, et al. Geriatr Nurs 2017, 38(3);225-230. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.11.002>
3. Galik E, et al. Gerontologist 2015, 55(Suppl\_1); S13-S26.
4. Resnick B, et al. J Am Med Dir Assoc 2013, 14(5);313-318.
5. Metzelthin SF, et al. Ageing Soc 2022, 42(3);703-718. doi:10.1017/S0144686X20000999
6. Den Ouden M. Innov Aging 2018, 2(suppl\_1); 174-174.
7. Kok S, et al. IJNS Advances 2021, 3;100045.
8. Rooijackers T, et al. Geriatr Nurs 2022, 43;104-112.
9. Rooijackers T, et al. J Am Geriatr Soc 2021, 69(9);2566-2578.
10. Rooijackers T, et al. Clin Interv Aging 2021, 16;2095-2109.
11. Vluggen S, et al. Ann Nurs Res Pract 2021 6(2); id1047.
12. Kempen G, et al. Groningen Activiteiten Restrictie Schaal (GARS) Een handleiding 1993
13. Kempen G, Suurmeijer TP. Gerontologist 1990, 30(4);497-502. <https://doi.org/10.1093/geront/30.4.497>
14. Versteegh M, et al. Value Health 2016, 19(4);343-352. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.01.003>

# ZET DE TOENAME VAN KANKERDIAGNOSES BIJ OUDEREN DE HOUDBAARHEID VAN ZORG ONDER DRUK?

Niek Stadhouders, Cilla Vrinzen, Lieke van Disseldorp

Het aantal ouderen met kanker stijgt. Waar in 2021 bijna 45.000 mensen van 75 of ouder een kankerdiagnose kregen, zijn dit er in 2032 naar verwachting al zo'n 67.000.<sup>1</sup> De kosten voor de behandeling van kanker zijn hoog: zo'n 6,5 miljard euro in 2019.<sup>2</sup> Een grove schatting van de kosten per patiënt op basis van deze kosten en het aantal nieuwe diagnoses<sup>3</sup> komt uit op ongeveer €50.000. De (voorspelde) aanzienlijke stijging in het aantal oudere patiënten met kanker lijkt daarmee zorgwekkend voor de houdbaarheid van de zorg, maar enkele mechanismen beperken het effect op de totale zorguitgaven. Vooral de toenemende complexiteit in de zorgvraag en in organisatie van kankerzorg, evenals snelle ontwikkelingen rondom nieuwe technologieën zoals dure geneesmiddelen, vormen grote uitdagingen voor de houdbaarheid van het zorgstelsel.

Oorzaken van de stijging in kankerdiagnoses: the good, the bad and the ugly  
Risicofactoren zoals een ongezonde leefstijl spelen een rol in de toename van het aantal (oudere) patiënten met kanker. Zo zien we effecten van het rookgedrag van een paar decennia geleden terug in een toename in longkankerdiagnoses onder 75-plussers, met name bij vrouwen.<sup>1</sup> Daarnaast stijgt het aantal diagnoses door verbeterde opsporing van kanker. Hogere detectiekansen leiden echter - vooral bij ouderen - niet vanzelfsprekend tot betere gezondheidsuitkomsten. Voor een deel betreft het bijvoorbeeld tumoren die niet leiden tot een klinisch relevant ziektebeeld, maar die wel met onnodige zorg en zorgkosten gepaard kunnen gaan. Over de vraag of screeningsprogramma's wel voldoende maatschappelijke meerwaarde hebben zijn studies verdeeld.<sup>4-10</sup>



Figuur 1: Trends en prognoses van de kankerincidentie in Nederland, naar leeftijdscategorie. Bron: IKNL, 2022

De demografische ontwikkeling speelt ook een rol: met het ouder worden van de 'baby-boom'-generatie en de stijgende levensverwachting stijgt het aantal (oudere) ouderen, en daarmee het aantal kankerdiagnoses. Hier zit een subtiel mechanisme achter verscholen. De levensverwachting stijgt deels omdat de behandelmogelijkheden zorgbreed verbeteren: zo nam het aantal patiënten dat overleed aan hart- en vaatziekten af van ruim 49.000 in 2000 naar 35.000 in 2020.<sup>11</sup> Een deel van de personen die voorheen aan hart- en vaatziekten stierven, ontwikkelt nu een oncologische aandoening. Uit een internationale vergelijking blijkt dat de kankerincidentie en -sterfte in Nederland relatief hoog zijn.<sup>12</sup> Dit reflecteert deels leefstijl-gerelateerde factoren zoals een historisch gezien hoog percentage rokende vrouwen. Maar een stijgende kankerincidentie kan dus ook een signaal zijn dat de kans op overlijden aan andere ziekten daalt. Voor de uiteindelijke impact op de zorguitgaven is het belangrijk om de oorzaken van de stijging in kankerdiagnoses goed te onderscheiden: een natuurlijk gevolg van een stijgende levensverwachting (the 'good'), een ongezondere leefstijl (the 'bad'), en een hogere detectiekans, mogelijk met overbehandeling als gevolg (the 'ugly').

### **EFFECT OP ZORGITGAVEN: DE RODE HARING VAN DE VERGRIJZING**

Vergrijzing kan de aandacht afleiden van daadwerkelijke problemen voor de houdbaarheid van de zorg. Dit wordt door Peter Zweifel en collega's het 'rode haring effect' of 'red herring' genoemd.<sup>13</sup> Het punt dat zij maken, is dat het grootste deel van de zorguitgaven wordt gemaakt in de laatste levensfase. Als het aantal diagnoses van kanker stijgt doordat minder mensen aan andere ziektebeelden overlijden en langer leven, treedt er volgens deze redenatie vooral een verschuiving – in plaats van een toename – van de kosten op. De ziekenhuiskosten in het laatste levensjaar blijken voor kanker echter hoger te zijn dan voor een aantal andere doodsoorzaken.<sup>14,15</sup> Dit betekent dat

een toenemende levensverwachting weliswaar eerst leidt tot uitstel van zorgkosten leid, maar uiteindelijk ook een stijging van de totale zorgkosten met zich meebrengt omdat het aantal diagnoses en overlijdens aan kanker toeneemt. Bovendien kunnen sommige andere ziektebeelden gepaard gaan met nog hogere kosten in de laatste levensfase, zoals dementie en de ziekte van Parkinson, die vaak hoge verpleeghuiskosten kennen. Voorkomen van sterfte aan kanker kan mede daardoor ook de totale zorguitgaven verhogen. De effecten van een hogere kankerincidentie op zorgkosten moeten daarom niet in isolatie, maar zorgbrede context worden beschouwd.

### **DE RODE HARING VERDWIJNT, DE RODE TAPE NEEMT TOE**

De zorgkosten in het laatste levensjaar zijn hoog: gemiddeld bijna €50,000.<sup>16</sup> Maar de zorgkosten buiten het laatste levensjaar stijgen sneller, waardoor het rode-haringeffect langzaam verdwijnt. Ouderen krijgen steeds meer chronische ziekten, en het hebben van meerdere chronische ziekten verhoogt de behandelkosten.<sup>17</sup> Ook bij kanker leidt de verbeterde overleving tot meer 'chronisch' zorggebruik, zoals fysiotherapie en revalidatiezorg, of verpleeghuiszorg voor ouderen die na hun behandeling niet meer zelfstandig kunnen blijven wonen. De toename van het aantal chronische ziekten onder ouderen heeft ook gevolgen voor de behandeling van kanker: doordat patiënten met kanker gemiddeld steeds ouder zijn bij diagnose<sup>18</sup> en vaker te maken hebben met onderliggende aandoeningen<sup>19</sup>, wordt de zorgverlening complexer. Ouderen zijn steeds vaker onder behandeling bij meerdere specialismen in meerdere ziekenhuizen. Dit vormt een uitdaging voor de organisatie van de zorg: er moet een balans worden gevonden tussen concentratie van hoog-complexe zorg en brede toegankelijkheid van laag-complexe zorg. Dit vergt meer afstemming, met navenant effect op indirecte patiënttijd en administratieve lasten.

## ER KAN STEEDS MEER, MAAR MOET ALLES WAT KAN?

Volgens een toekomstprojectie van het RIVM groeien de zorguitgaven aan kanker van 5,6 miljard euro in 2015 bij gebrek aan ingrijpen naar maar liefst 61 miljard euro in 2060.<sup>20</sup> Deze historische groei van 5,4% per jaar is, zoals het RIVM ook aangeeft, niet realistisch of houdbaar, maar geeft wel aan waar de uitdaging zit. Slechts 0,4 procentpunt is toe te schrijven aan de demografische ontwikkeling. Het overgrote deel van de historische groei komt door nieuwe technologische ontwikkelingen waaronder dure geneesmiddelen. Hoewel de gemiddelde kosteneffectiviteit van oncologische zorg hoog is<sup>21,22</sup>, komen er steeds meer nieuwe en vaak dure kankergeneesmiddelen op de markt waarvan de meerwaarde in de praktijk soms twijfelachtig is.<sup>23</sup> Bovendien worden ouderen vanwege kwetsbaarheid en onderliggende aandoeningen niet altijd meegenomen in klinisch onderzoek. Hierdoor is de effectiviteit en doelmatigheid van nieuwe behandelingen onzekerder voor ouderen.<sup>24</sup> De voor- en nadelen van behandeling én de (af)weging daarvan kunnen er bij ouderen anders uitzien. Zo kunnen kwetsbare ouderen meer last hebben van complicaties en bijwerkingen en kunnen de baten in termen van gewonnen levensjaren en kwaliteit van leven minder zijn. Met het toenemende aantal oudere patiënten kunnen verschillen in kosteneffectiviteit van behandelingen tussen klinische trials en de dagelijkse praktijk verder toenemen. Het blijft belangrijk om in de spreekkamer samen met de patiënt een goede afweging te maken over wat voor diegene passende zorg is.

## MOETEN WE ONS ZORGEN MAKEN OVER DE TOENEMENDE KANKERDIAGNOSES BIJ OUDEREN?

Het aantal ouderen met kanker neemt weliswaar toe, maar het effect op de zorguitgaven is niet direct duidelijk: dit hangt af van de onderliggende oorzaken. Een dalende sterfte bij andere ziektebeelden kunnen de kosten daar verlagen, wat een deel van de



stijgende kosten voor sterfte aan kanker kan compenseren. De toename van onderliggende aandoeningen, nieuwe dure behandelingen en behoefte aan ondersteunende zorg in de jaren vóór overlijden vormen echter ook een belangrijke kostendrijver. De toenemende complexiteit van de oncologische zorg voor ouderen zal de komende jaren een groeiende uitdaging vormen, met een stijgende noodzaak tot intensieve brede samenwerking. Ook blijft het van belang om het goede gesprek aan te gaan over of wel alles moet wat technisch mogelijk is, zeker als de technische mogelijkheden toenemen. Zeker bij ouderen is de meerwaarde van bepaalde behandelingen soms twijfelachtig. De toename van het aantal ouderen met kanker moet dus vooral een alarmsignaal zijn om de organisatie en doelmatigheid van de zorgverlening voor deze patiëntgroep te verbeteren.

**Niek Stadhouders is postdoctoraal onderzoeker bij IQ Healthcare van het Radboudumc te Nijmegen**

**Cilla Vrinzen is promovenda bij IQ Healthcare van het Radboudumc te Nijmegen.**

**Lieke van Disseldorp is projectmedewerker bij IKNL te Utrecht.**

## REFERENTIES

1. IKNL. Kanker in Nederland – Trends en prognoses 2022.
2. RIVM. StatLine - Kosten van ziekten 2019.
3. IKNL, Aantal nieuwe diagnoses: NKR Cijfers.
4. Mühlberger N, et al. Eur J Health Econ 2021, 22:1311-1344.
5. Ran T, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2019, 17(10): 1969-1981.e15
6. Ratushnyak S, et al. Am J Prev Med 2019, 57(6):792-799.
7. Lew J, et al. Public Health Res Pract 2019, 29(2); e2921913.
8. Harding C, et al. JAMA Intern Med. 2015, 175(9);1483-1489.
9. Giard R. Medisch Contact 2022, 17 november.
10. Balesen R. Skipr 2023, 29 augustus.
11. Hartstichting. Hart- en vaatziekten in Nederland, 2021.
12. OECD. European Cancer Inequalities Registry. The Netherlands 2023.
13. Zweifel P, et al. Health Econ 1999, 8:485-496.
14. RIVM. Levensloop en zorgkosten 2008.
15. Vestergaard AHS, et al. Pharm Econ Open 2023, 7;751-764
16. NZA. Monitor Palliatieve zorg 2020.
17. Wammes JJG, et al. BMJ Open 2017, 7:e017775.
18. IKNL. Kankerzorg in Beeld – de oudere patiënt 2016.
19. Vrinzen CE, et al. Cancer Res 2023, 83:1147-1157.
20. RIVM. Toekomstverkenning zorguitgaven Deel 1 2020
21. RIVM. Hoe gezond zijn de zorguitgaven? 2007
22. Stadhouders N, et al. Health Econ 2019, 28(11):1331-1344
23. Equalis. Effecten van de sluis 2023
24. IKNL. Dure geneesmiddelen – onterechte hoop of perspectief op beterschap? 2023

# DE NIEUWE VOORZITTER STELT ZICH VOOR

**Bram Wouterse**



Vanaf 1 januari ben ik de nieuwe voorzitter van de VGE. Ik volg daarmee Richard van Kleef op, hoewel ik me realiseer dat het een uitdaging zal zijn in zijn voetsporen te treden. Richard heeft de VGE de afgelopen 8 jaar met zijn grote enthousiasme en energie uitstekend geleid. De vereniging staat er dan ook goed voor. Er zijn natuurlijk altijd mogelijkheden om te vernieuwen, maar ik zie mijn taak vooral om al het moois dat mijn voorgangers hebben opgebouwd voort te zetten.

Laat ik me via deze weg even aan jullie voorstellen. Ik ben Universitair Hoofd-docent aan de Erasmus School of Health Policy & Management en houd me bezig

met de economie van publiek gezondheidsbeleid. De onderwerpen waar ik mij vooral op richt zijn de maatschappelijke kosten en baten van preventie, de houdbaarheid van de zorguitgaven en de langdurige ouderenzorg. Mijn werk begeeft zich op het snijvlak van onderzoek en beleid. Ik werkte eerder als onderzoeker bij het Centraal Planbureau en was verbonden aan het RIVM. Het is precies die combinatie tussen wetenschap, praktijk en beleid die me zo aantrekt in de VGE.

Richard noemde in zijn afscheidsinterview het aantrekken van nieuwe leden als een van de blijvende uitdagingen. Daar ben ik het helemaal mee eens. Het aantal vers

afgestuurde gezondheidseconomen in de lage landen groeit ieder jaar en het zou goed, en op lange termijn zelfs noodzakelijk zijn, om deze nieuwe generatie bij onze vereniging te betrekken. Een eerste actie op dit gebied is dat we dit jaar gaan proberen om weer een netwerkbijeenkomst voor jonge gezondheidseconomen te organiseren gelijktijdig met ons jaarlijkse congres.

Een ander gebied waarop we ons als vereniging meer zouden kunnen richten is belangenbehartiging. Daarmee bedoel ik niet dat we als VGE moeten pretenderen namens alle gezondheidseconomen te spreken of dat we een echte beroepsvereniging moeten worden. Er zijn echter wel momenten waarop het helpt om als gezondheidseconomen gezamenlijk op te treden. Daarbij denk ik in eerste instantie aan een gezamenlijke onderzoeksagenda: hoe kunnen we ZonMw, maar wellicht ook andere partijen zoals zorgverzekeraars verleiden om te investeren in gezondheidseconomisch onderzoek, en hoe zorgen we er vervolgens voor dat dit ook weer landt in de (beleids) praktijk? Zo'n onderzoeksagenda is ook een mooie gelegenheid om de banden met de NVTAG verder aan te halen.

Meer dan voldoende kans dus, om onze mooie vereniging de komende jaren verder uit te bouwen. Zo blijven we professionals, beleidsmakers en wetenschappers een platform bieden om kennis uit te wisselen en het gedachtegoed van de gezondheidseconomie in Nederland en Vlaanderen uit te dragen. Ik zie ernaar uit om samen met de andere bestuursleden hieraan bij te dragen en hoop velen van jullie te zien op een van onze bijeenkomsten.

# 16E LOLAHESG-MEETING

Yvonne Krabbe - Alkemade

Op 16 en 17 mei vond de 16e editie van de jaarlijkse lowlands Health Economists' Study Group (lolaHESG) plaats. Het congres werd deze keer door georganiseerd door Health Economics Research Amsterdam (HERA) van de School of Business & Economics en de afdeling Health Economics & Health Technology Assessment van de Vrije Universiteit Amsterdam.

Net als vorig jaar liep het ook dit jaar weer storm met de registraties. Na enkele weken werd dan ook het deelnemerslijst bereikt. ER werden eveneens veel abstracts ingestuurd. Door een wetenschappelijke commissie van vier hoogleraren en twee universitaire hoofdcenten werden er 50 interessante abstracts geselecteerd. De parallelsessies werden ook dit keer gestructureerd aan de hand van de verschillende gezondheidseconomische thema's die de Erasmus Universiteit in eerdere jaren in het leven had geroepen. Er werden ook twee nieuwe thema's toegevoegd, namelijk "Health and work" en thema "Global Health".



Tijdens de parallelsessies werd volop gediscussieerd en gaven met name de discussianten zeer constructieve bijdragen aan de auteurs van de ingezonden papers. De plenaire sessie op de eerste dag met een lezing van professor Amitabh Chandra was een groot succes.

Professor Chandra was speciaal voor lolaHESG in twee dagen tijd twee keer de oceaan overgevlogen, waarvoor wij hem zeer dankbaar zijn. Zijn presentatie, met als pakkende titel "Living Large or Long?" maakte veel indruk op de deelnemers. Chandra legde een aantal 'completed

life stories' voor, waaruit moest worden gekozen om een afweging te maken tussen een langer leven of meer consumptie tijdens de levensjaren. Een interessante onderzoeksvraag met een filosofisch tintje. Dat kwam overigens goed uit, aangezien het congres werd gehouden bij de

# 16E LOLAHESG-MEETING

Internationale School voor Wijsbegeerte op het prachtige landgoed Den Treek.

Voor de geïnteresseerden was het mogelijk om na de conferentie verder na te denken en te discussiëren over filosofische vragen tijdens de filosofenwandeling door Den Treek. Vervolgens was het de hoogste tijd voor de borrel en het gezamenlijke diner. En natuurlijk mocht ook dit jaar de pubquiz, onder de bezielde leiding van Hanneke van Dongen, niet ontbreken. De avond werd afgesloten met een swingende disco. DJ4all zorgde ervoor dat velen de dansvloer op gingen. Ik heb nooit geweten dat gezondheids-economen zo flexibel zijn in hun benen.

Voor de vroege vogels begon de tweede dag met hardlooprondje van 5 km. In plaats van te lopen over de begaande paden had de groep wel zin in een echte trailrun. Dat was geen probleem, aangezien we naar hartelust konden rennen in het maar liefst 2200 hectare uitgestrekte natuurgebied van bossen en heide. Maar

we moesten wel het tempo erin houden om op tijd terug te zijn voor de tweede ronde van parallelsessies.

De plenaire sessie vond dit jaar online plaats. Judith Bosmans had de voormalige minister van VWS Ernst Kuipers bereid gevonden voor een Colleetour. Aangezien hij pas een paar weken geleden gestart was met zijn wetenschappelijke carrière aan de Nanyang Technological University of Singapore, was zijn boekenkast nog leeg. Aan alle PhD studenten werd verzocht om hun dissertatie naar hem op te sturen zodat zijn boekenkast alsnog enig cachet zou kunnen krijgen. De vragen voor Kuipers gingen niet alleen over gezondheidseconomisch onderzoek en de implicaties daarvan, maar ook over hoe hij zijn positie als minister ervaren had.

Volgens traditie werd ook dit jaar de lolaHESG-vlag overgedragen aan een nieuw team. Volgend jaar is de organisatie van de 17e editie van lolaHESG in handen

van het RIVM en het University Medical Center Utrecht. De datum en locatie van dit geweldige evenement zal binnenkort bekend gemaakt worden.

**Yvonne Krabbe-Alkemade is senior onderzoeker Health Economics Research Amsterdam (HERA), afdeling Ethics, Governance and Society van de School of Business and Economics, Vrije Universiteit Amsterdam**

# ASSESSMENT OF VACCINATION POLICIES FROM A HEALTH ECONOMIC PERSPECTIVE: OPPORTUNITIES AND EMERGING FOCI

## Florian Zeevat

Het Nederlandse Rijksvaccinatieprogramma (RVP) vervult een cruciale rol in de volksgezondheid door de aanzienlijke invloed op het beperken van infectieziekten. Hoewel het RVP een breed scala aan vaccins omvat, worden niet alle door de EMA goedgekeurde vaccins in Nederland toegepast. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport neemt besluiten over vaccinopname in het RVP op basis van Gezondheidsraadadviezen, waarbij gezondheidseconomische analyses van groot belang zijn. Er zijn echter uitdagingen en gemiste kansen, wanneer dergelijke analyses ontbreken, onvolledig zijn of verouderd.

Het proefschrift van Florian benadrukt het belang van vroegtijdige Health Technology Assessment (HTA) en periodieke herbeoordelingen om het RVP in Nederland te optimaliseren. Het proefschrift onderzoekt gezondheidseconomische analyses van vaccins via drie benaderingen.

Het eerste deel richt zich op onderbenutte vaccins voor zuigelingen in Nederland,

zoals het Men4C-vaccin tegen meningokokken B. Ondanks een lage incidentie blijkt de economische impact substantieel. Daarnaast werden de gezondheidseffecten en besparingen van rotavirusvaccinatie geschat over de periode 2006-2021 om de potentiële verliezen weer te geven bij het niet tijdig implementeren van een van de beschikbare vaccins.

Het tweede deel behandelt de economische aspecten van vaccinatie bij oudere volwassenen, waarbij vroeger en continue HTA worden geïntegreerd om besluitvorming te ondersteunen, met het potentieel om de bescherming van ouderen te vergroten. Het belang van vroeger HTA wordt geïllustreerd met een kosteneffectiviteitsstudie van een hypothetisch RSV-vaccin. Dit deel benadrukt daarnaast de kans om de gezondheidswinst bij influenza in de vergrijzende bevolking te optimaliseren, met mogelijke kostenbesparingen, wanneer er tijdig wordt gekeken naar betere vaccins.

Het laatste deel onderzoekt de reikwijdte van het gezondheidsbeleid voor het optimaliseren van vaccinatiestrategieën vanuit een gezondheidseconomisch perspectief. Waarin wordt gekeken naar de voordelen in termen van ziekenhuisopnames en gerelateerde kosten voor de overstap naar het hoog gedoseerde griepvaccin met als onderliggende reden ook de mogelijke druk op de capaciteit in ziekenhuizen gedurende het respiratoire seizoen. Dit deel benadrukt tevens de relevantie van het in overweging nemen van diverse scenario's in gezondheidseconomische analyses, aangezien verschillende perspectieven tot uiteenlopende uitkomsten kunnen leiden.

Vanuit een volksgezondheidsperspectief is vaccinatie essentieel voor het beperken van infectieziekten en verdient het daarom meer aandacht. Een proactieve, dynamische en adequate aanpak is nodig om ziektelast en kosten te minimaliseren. Bovendien moet het volledige scala aan voordelen van vaccins in overweging



worden genomen. In plaats van de kosten van vaccins uitsluitend als uitgaven te beschouwen, zouden deze kosten moeten worden gezien als investeringen in de langetermijngezondheid en welzijn van de Nederlandse bevolking.

**Florian Zeevat verdedigde haar proefschrift op 11 december 2023 aan de Rijksuniversiteit Groningen**

# SPONSOREN



Erasmus School of  
Health Policy  
& Management



**Radboud Universiteit**



**UNIVERSITEIT TWENTE.**



**HEALTH ECONOMICS RESEARCH AMSTERDAM (HERA)**

Uw logo ook hier? Neem voor meer informatie contact op met de redactie van het VGE Bulletin ([bulletin@gezondheidseconomie.org](mailto:bulletin@gezondheidseconomie.org)).

# COLOFON

## REDACTIE

Robert Vonk

Redactieadres: [bulletin@gezondheidseconomie.org](mailto:bulletin@gezondheidseconomie.org)

Ontwerp en vormgeving: Yfke Vreugdenhil, Y-werk

Het VGE bulletin is een uitgave van de Vereniging voor Gezondheidseconomie. Het bulletin verschijnt tweemaal per jaar. Wilt u het VGE bulletin blijvend ontvangen, wordt dan lid van de Vereniging voor Gezondheidseconomie, en profiteer tegelijkertijd van de andere voordelen die het lidmaatschap van de vereniging u biedt (zie [www.gezondheidseconomie.org](http://www.gezondheidseconomie.org))!

## VGE UPDATE

De VGE stuurt ook meerdere malen per jaar een digitale nieuwsbrief uit – de VGE Update. Hierin wordt o.a. verwezen naar nieuwe activiteiten en nieuwe literatuur. Wij verspreiden deze nieuwsbrief onder de VGE leden, maar voel u vrij om deze nieuwsbrief met anderen te delen! Ontvangt u als lid de VGE Update niet? Controleer dan uw spam-folder en neem contact op via [update@gezondheidseconomie.org](mailto:update@gezondheidseconomie.org)

Heeft u nieuws over bijvoorbeeld symposia, cursussen, literatuur, oraties, promoties, vacatures, of webinars? Stuur dit naar [update@gezondheidseconomie.org](mailto:update@gezondheidseconomie.org) en wij nemen het op in de nieuwsbrief.



