



THEMA: ZORG VOOR HOOG-RISICOGROEPEN: IDENTIFICEREN EN INTERVENIËREN **VGE BULLETIN**
VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSECONOMIE - JAARGANG 36, NUMMER 1, MEI 2019

INHOUD

- 3** ETNISCHE HERKOMST DOET ERTOE, WANNEER HET AANKOMT OP ONDERSCHIEDEN VAN HOOGRISICOGROEPEN **Karien Stronks en Irene van Valkengoed**
- 7** IS ONS GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM VOORBEREID OP DE VERANDERENDE ZORGVRAAG? **Aldien Poll en Jennifer van den Broeke**
- 10** SOCIAALECONOMISCHE GEZONDHEIDSVerschillen **Jochen O. Mierau**
- 13** eHEALTH VOOR KWETSBAAR GROEPEN: EEN WERELD TE WINNEN! **Constance Drossaert en Christina Bode**
- 18** ONDERCOMPENSATIE VOOR GGZ-CLIËNTEN MET ZEER HOGE KOSTEN: WAT IS HET PROBLEEM? WAT IS EEN (TIJDELIJKE) OPLOSSING? **Suzanne van Veen en Emma Brocken**
- 22** **Samenvatting proefschrift**
PATIËNTEN MET HOGE ZORGCOSTEN EN MOGELIJKHEDEN OM ONNODIGE UITGAVEN TE VERMINDEREN **Joost Wammes**
- 24** **Promovendi aan het woord**
JOB MARKET VOOR PROMOENDI GEZONDHEIDSECONOMIE **Roel Freriks**
- 27** VGE CONGRES 'HERVORMING OUDERENZORG: NAAR KWALITEIT EN DOELMATIGHEID' **Oemar van der Woerd**
- 31** SPONSOREN, COLOFON

Het najaarsnummer van 2019 heeft als thema: Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Wilt u een bijdrage leveren aan dit nummer op het snijvlak van de GGZ en gezondheidseconomie, neem dan vooral contact met ons op via bulletin@gezondheidseconomie.org. De kopijdatum is 15 september 2019.

VOORWOORD

In dit nummer staan we stil bij de zorg voor hoog-risicogroepen. In het bijzonder gaat dit nummer in op verschillen in gezondheid en in zorggebruik tussen patiënten op basis van bijvoorbeeld etniciteit en sociaal economische status en wordt besproken welke mogelijkheden er zijn om hier op in te spelen bijvoorbeeld door het aanpassen van interventies en de risicoverevening tussen zorgverzekeraars. Ook de samenvatting van het proefschrift sluit mooi aan bij het thema. Verderop in het bulletin wordt een interessant beeld geschetst van de loopbaanperspectieven van promovendi op het gebied van gezondheidseconomie en vindt u een verslag van het succesvolle VGE congres 2018. Mocht u willen reageren op één van deze artikelen dan nodigen we u van harte uit om uw reactie (max 150 woorden) voor 15 september 2019 naar bulletin@gezondheidseconomie.org te sturen. De redactie wenst u veel leesplezier!

ETNISCHE HERKOMST DOET ERTOE, WANNEER HET AANKOMT OP ONDERSCHIEDEN VAN HOOGRISICOGROEPEN

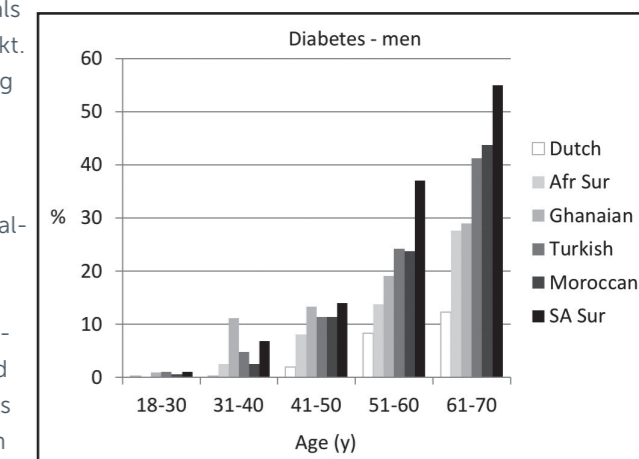
Karien Stronks en Irene van Valkengoed

Vanuit het oogpunt van kwaliteit is het belangrijk dat de gezondheidszorg op een adequate manier is afgestemd op verschillen in gezondheid tussen populaties. Dat geldt onder andere voor populaties met een uiteenlopende etnische herkomst. In deze bijdrage bespreken we hoe etnische groepen qua gezondheid verschillen, en waarom dat zo is. Daarna bespreken we hoe hoogrisicogroepen op basis van etnische herkomst geïdentificeerd kunnen worden en welke aanpassingen in de zorg voor deze groepen gemaakt zouden moeten worden.

VERSCHILLEN IN GEZONDHEID TUSSEN ETNISCHE GROEPEN

Er bestaan tussen etnische groepen grote verschillen in het voorkomen van sommige aandoeningen. Deze zijn in Nederland vooral voor cardiovasculaire aandoeningen en risicofactoren relatief goed beschreven. Zo komt diabetes mellitus meer voor onder veel niet-Nederlandse groepen, zoals uit het figuur hiernaast blijkt. De gegevens zijn afkomstig uit het HELIUS onderzoek, een multi-etnisch cohort onderzoek in Amsterdam (www.heliusstudy.nl). Opvallend is bovendien dat de ziekte onder de meeste etnische minderheidsgroepen op 41-50 jarige leeftijd al net zo vaak voorkomt als onder de 61-70 jarigen van

Nederlandse herkomst¹. Belangrijk is dat deze patronen van etnische verschillen in gezondheid anders kunnen zijn voor mannen en vrouwen. Zo komt bij vrouwen in de grootste etnische minderheidsgroepen overgewicht/obesitas 2 tot 3 keer zo vaak voor als onder de bevolking van Nederlandse herkomst, terwijl bij mannen de verschillen minder groot zijn.



ETNISCHE HERKOMST DOET ERTOE, WANNEER HET AANKOMT OP ONDERSCHEIDEN VAN HOOGRISICOGROEPEN

In welke mate sexe (biologische) en gender (sociaal-culturele) factoren hieraan bijdragen verdient nader onderzoek.

Ook geestelijke gezondheidsproblemen komen vaker voor bij bepaalde etnische minderheidsgroepen. Dit geldt bijvoorbeeld voor depressieve symptomen. In de eerder genoemde HELIUS studie kwamen depressieve symptomen 1,5 tot 3 maal vaker voor in etnische minderheidsgroepen, met de hoogste prevalenties onder de bevolking van Turkse en Marokkaanse afkomst^{2,3}. Bovendien lijden mensen uit etnische minderheidsgroepen vaker aan meerdere aandoeningen. De prevalentie van multimorbiditeit is tot twee keer hoger in die groepen. Daarbij is de prevalentie van multimorbiditeit al op 10-30 jaar jongere leeftijd op het niveau van vóórkomen in een gemiddelde groep Nederlandse ouderen⁴.

Deze relatief hoge ziektelast onder groepen van niet-Nederlandse herkomst is belangrijk vanuit volksgezondheidsperspectief, niet in de laatste plaats vanwege

de omvang van deze groepen. In Nederland wonen circa 4 miljoen inwoners van niet-Nederlandse herkomst, van wie circa 2,2 miljoen afkomstig uit laag en midden inkomenslanden. De groepen met de grootste omvang zijn oorspronkelijk afkomstig uit Turkije (404 duizend), Suriname (352 duizend), Marokko (397 duizend) en de Nederlandse Antillen en Aruba (157 duizend; bron: <http://statline.cbs.nl/statweb>). Het aandeel van deze bevolkingsgroepen is met name hoog in de vier grote steden. Zo is in Amsterdam en Rotterdam ongeveer de helft van de bevolking van niet-Nederlandse herkomst.

HOE ONTSTAAN ETNISCHE VERSCHILLEN IN GEZONDHEID?

Hoe ontstaan etnische verschillen in het vóórkomen van ziekten? Veel lezers zullen allereerst aan genetische verschillen denken. Een bekend voorbeeld van genetische verschillen zijn hemoglobopathieën, zoals sikkelcelanemie, die vaker vóórkomen bij Antillianen en creoolse Surinamers, en thalassemie, dat vaker

vóórkomt bij migranten uit landen rond de Middellandse Zee. Mogelijk is ook de verhoogde prevalentie van diabetes mellitus onder Hindoestaanse Surinamers en hypertensie onder Surinamers en Antillianen van Afrikaanse herkomst deels genetisch bepaald. Voor diabetes is hiervoor echter nog weinig wetenschappelijk bewijs gevonden.

Behalve genetische verschillen spelen nog veel meer factoren een rol, zoals culturele. Die kunnen bijvoorbeeld verklaren waarom in bepaalde etnische groepen voedsel met meer vet bereid wordt dan in andere. Culturele verschillen zijn niet statisch, maar veranderen voortdurend, deels onder invloed van de cultuur van het gastland. Dit zogenoemde acculturatieproces kan verschillende uitkomsten hebben: assimilatie, integratie, separatie, marginalisatie, en de uitkomst kan bovendien verschillen naar levensdomein (bijvoorbeeld assimilatie op het terrein van sport, separatie op het gebied van relativorming). Vergelijking van sterfte-

en ziektepatronen onder migranten in het gastland met het land van herkomst laat zien dat, onder invloed van deze acculturatieprocessen de gezondheid van migranten steeds meer op die van de bevolking in het gastland gaat lijken. Dit kan zowel een verbetering als een verslechtering betekenen. Zo komen veel migrantengroepen hier met een lage incidentie van kanker, maar het is aanmerkelijk dat dit voordeel op termijn zal afnemen. Maar, samenhangend met het feit dat acculturatieprocessen verschillende vormen kan aannemen (integratie, maar ook separatie bijvoorbeeld), is dit patroon van convergentie geen wetmatigheid. Zo geldt voor mannelijke Turkse migranten in Nederland, bijvoorbeeld, dat de prevalentie van overgewicht in de tweede generatie nog sterker verhoogd is ten opzichte van autochtone Nederlanders dan die in de eerste generatie.

Ook de context waarin migranten in het gastland terechtkomen, kan meespelen bij de verklaring van etnische variaties in

gezondheid. Hierbij zijn in elk geval sociaaleconomische positie en discriminatie belangrijk. Etnische minderheidsgroepen hebben gemiddeld een relatief lage sociaaleconomische status. Omdat deze factor negatief samenhangt met gezondheid, berust een deel van de verschillen in gezondheid op verschillen in sociaaleconomische positie. Maar, ook wanneer in statistische analyses rekening wordt gehouden met deze sociaaleconomische verschillen blijven etnische verschillen in gezondheid bestaan.

Een ander relevant aspect van de context is ervaren discriminatie. Het is een belangrijke bron van psychosociale stress. Zowel Nederlands als Amerikaans onderzoek heeft aangetoond dat ervaren discriminatie nadelige gezondheidseffecten heeft, zoals hoge bloeddruk, metabole ontregeling en slechtere mentale gezondheid. Onderzoek in de eerder genoemde HELIUS-studie liet zien dat ongeveer 30% van de bevolkingsgroepen van niet-westerse afkomst discriminatie

ervaart, tegen 2% van de autochtone bevolking. Het verhoogde risico op depressieve symptomen bleek voor 13% (Ghanese groep) tot 28% (Surinaamse groep) samen te hangen met ervaren discriminatie².

Hoe kunnen we hoogrisicogroepen op basis van etnische herkomst identificeren?

Bovenstaande cijfers laten zien dat etnische herkomst relevant is in de context van de volksgezondheid en gezondheidszorg. In tegenstelling tot wat velen denken, is die herkomst lang niet altijd betrouwbaar vast te stellen op uiterlijke, zichtbare kenmerken ('op het oog'). Ook taalbeheersing is hiervoor geen geschikt criterium. Om dit betrouwbaar te kunnen doen, gebruiken we in Nederland geboortelandcriteria als standaard. Iemand behoort tot een etnische minderheidsgroep als hij of zij zelf in het buitenland is geboren én tenminste één ouder heeft die in het buitenland geboren

is (eerste generatie), of als iemand die zelf in Nederland geboren is tenminste één ouder heeft die in het buitenland geboren is (tweede generatie). Etnische herkomst volgens geboorteland is objectief vast te stellen, eenvoudig en betrouwbaar te registreren, en het gegeven is onveranderlijk. Het kent echter ook zijn beperkingen, zoals dat men met het geboorteland-criterium geen onderscheid kan maken tussen verschillende bevolkingsgroepen met dezelfde geografische herkomst, bijvoorbeeld tussen creoolse en Hindoestaanse Surinamers. Het geboortelandcriterium zal, voor een goede registratie, daarom aangevuld moeten worden met bijvoorbeeld zelfgeïdentificeerde etnische herkomst. Voor een uitgebreide discussie daarvan biedt deze bijdrage geen ruimte. We verwijzen hiervoor bijvoorbeeld naar Essink-Bot & Stronks⁵.

IMPLICATIES VOOR ZORGVERLENING

Omdat bevolkingsgroepen van niet-

westerse herkomst zijn ondervertegenwoordigd in medisch onderzoek, zijn richtlijnen voor medisch handelen vrijwel zonder uitzondering gebaseerd op wetenschappelijke bewijs voor groepen van Europese herkomst. De hierboven beschreven etnische verschillen in de epidemiologie van ziekten maken aanmerkelijk dat etnisch-specifieke richtlijnen voor de vroege opsporing van bepaalde aandoeningen gerechtvaardigd zijn. Soms wordt dit onderscheid ook al gemaakt. Dit geldt bijvoorbeeld voor de NHG standaard Cardiovasculair Risicomanagement, die stelt dat een arts bij een patiënt van Hindoestaanse afkomst op een jongere leeftijd bedacht moet zijn op het optreden van diabetes mellitus. Ook kan mogelijk een ander behandeladvies gelden, omdat iemands etnische herkomst van invloed kan zijn op de effectiviteit van een behandeling. Zo zijn er aanwijzingen dat bepaalde geneesmiddelen, zoals antihypertensiva, pijnstillers en psychofarmaca, anders uitwerken in verschillende etnische groepen. Om die

ETNISCHE HERKOMST DOET ERTOE, WANNEER HET AANKOMT OP ONDERSCHIEDEN VAN HOOGRISICOGROEPEN

reden wordt bijvoorbeeld aangeraden hypertensie bij patiënten van oorspronkelijk Afrikaanse herkomst, onder wie een deel van de Surinamers, niet te behandelen met β -blokkers en ACE-remmers omdat deze minder effectief zijn bij deze patiënten.

Hoewel differentiatie van richtlijnen de zorg voor patiënten van niet-Nederlandse herkomst kan verbeteren, lijkt de belangrijkste opgave de hoge ziektelast in etnische minderheidsgroepen te voorkómen. De hoge prevalenties van bijvoorbeeld cardiovasculaire risicofactoren laten zien dat we hier in Nederland nog niet erg goed in zijn. Er zijn veel meer en andere inspanningen vereist om hier winst te boeken. Het voorbeeld van diabetes mellitus kan dat verduidelijken. Onderzoek uit onder meer Finland en de VS heeft laten zien dat deze ziekte voorkómen kan worden door mensen met een verhoogd risico op het ontwikkelen ervan (prediabetes) intensief te begeleiden in het veranderen van hun voeding- en beweeg-

gedrag. Een recente meta-analyse van onderzoek onder Zuid Oost Aziaten die in Europa wonen, waaronder Hindoestanen in Nederland, alsook inwoners van India, laat zien dat een dergelijke strategie ook onder niet-Europese groepen kan werken om diabetes te voorkómen⁶. Dit vereist wel dat we de interventie aanpassen aan bijvoorbeeld culturele kenmerken, bijvoorbeeld wat betreft richtlijnen voor gezonde voeding. Dergelijke cultureel aangepaste interventies bieden we in Nederland echter nauwelijks aan.

CONCLUSIE

Samenvattend kunnen we stellen dat er grote verschillen zijn in voorkómen van gezondheidsproblemen tussen etnische groepen, en dat een breed scala van factoren hierop van invloed is. Voor een adequate opsporing, behandeling en preventie van ziekte is het belangrijk onderscheid te maken naar etnische herkomst. Juist omdat de ziektelast in etnische minderheidsgroepen voor een breed scala aan aandoeningen zo hoog

is, wordt het tijd dat we daar in Nederland werk van gaan maken.

Karien Stronks is hoogleraar Public Health op de afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam UMC, locatie AMC. Irene van Valkengoed is universitair docent op de afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam UMC, locatie AMC.

Referenties

1. Snijder MB, K Stronks, RJ Peters, JK Ujic-Voortman, IGM van Valkengoed. Case finding and medical treatment of type 2 diabetes among different ethnic minority groups: The HELIUS study. *J Diab Research* 2017; 9896849
2. Ikram UZ, MB Snijder, TJL Fassaert, AH Schene, AE Kunst, K Stronks. The contribution of perceived ethnic discrimination to the prevalence of depression. *Eur J Public Health* 2015;25:243-8
3. Ikram UZ, MB Snijder, MAS de Wit, AH Schene, K Stronks, AE Kunst. Perceived ethnic discrimination and depressive symptoms: the buffering effects of ethnic

identity, religion, and social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016;51:679-88.

4. Verest W, H Galenkamp, B Spek, MB Snijder, K Stronks, IGM v Valkengoed. Do ethnic inequalities in multimorbidity reflect ethnic differences in socioeconomic status? The HELIUS study. *Eur J Publ Health* 2019 [Epub ahead of print].
5. Essink-Bot ML, Stronks K. Verantwoorde zorg vereist registratie van etnische herkomst. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153:A337P
6. Jenum AK, Brekke I, Mdala I et al. Effects of dietary and physical activity interventions on the risk of type 2 diabetes in South Asians: individual participant data meta-analysis of randomised controlled trials. *Forthcoming*

IS ONS GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM VOORBEREID OP DE VERANDERENDE ZORGVRAAG?

Aldien Poll en Jennifer van den Broeke

Turkse en Marokkaanse arbeidsmigranten, Surinamers die naar Nederland migreerden en ook andere migranten en mensen met een vluchtelingenachtergrond, bereiken de komende jaren de leeftijd van 65 en ouder. Naar schatting zo'n 445.000 mensen in 2025. Oudere migranten hebben vaak een minder goede lichamelijke en psychische gezondheid en ook hun levensverwachting ligt lager. Dit betekent een verandering in de zorgvraag. Is ons gezondheidszorgsysteem goed ingericht op deze specifieke groepen ouderen?

De Zorgverzekeringswet, gebaseerd op het solidariteitsprincipe, bepaalt dat iedereen in Nederland verplicht verzekerd moet zijn tegen zorgkosten en dat de zorgverzekeraar iedereen verplicht moet accepteren. Bovendien betalen alle verzekerden bij dezelfde verzekeraar een zelfde premie voor de basisverzekering, of je nu ziek bent of niet. Naast onvoorspelbare zorgkosten, hebben mensen

ook voorspelbare zorgkosten. Zo hebben vrouwen hogere zorgkosten dan mannen, ouderen hogere kosten dan jongeren, mensen met een lage sociaal economische status hogere kosten dan iemand met een hoge sociaal economische status en heeft iemand met diabetes hogere zorgkosten dan iemand zonder diabetes.

VOORSPELBARE ZORGCOSTEN

Deze voorspelbare zorgkosten worden tussen de zorgverzekeraars verevend. Een verzekeraar met veel verzekerden met voorspelbare hoge zorgkosten ontvangt gelden van verzekeraars met veel voorspelbare lage zorgkosten. Het premiegeld van een student bij verzekeraar A zou dus best wel gebruikt kunnen worden voor de zorgkosten van een oudere buurman die bij verzekeraar B verzekerd is. Het vereveningsstelsel maakt een solidair zorgstelsel mogelijk waar iedereen verzekerd is van goede zorg. Het vereveningsstelsel maakt gebruik van vele indicatoren die



IS ONS GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM VOORBEREID OP DE VERANDERENDE ZORGVRAAG?

jaarlijks onderhouden en soms verbeterd worden. Zo'n 90 á 95 % van de voorspelbare kosten wordt hiermee verevend. Het is een goed systeem waarmee Nederland voorop loopt.

ACHTERLIGGENDE FACTOREN ZIEKTE

Toch zijn er mensen die voorspelbare zorgkosten maken die niet in de verevening worden meegenomen. Dat komt omdat deze kosten diffuus zijn en de oorzaken van die zorgkosten nog onvoldoende traceerbaar zijn. Het gaat

om oorzaken die bestaan uit een combinatie van eigenschappen van een individu en achterliggende factoren. Zo spelen beperkte gezondheidsvaardigheden, armoede, stress en langdurige migratie een rol bij ziekte en gezondheid en dus bij voorspelbare zorgkosten. Maar ook de wijze waarop de zorgaanbieders hun zorg aanbieden speelt een rol: past deze wel voldoende bij de vraag van de patiënt? Begrijpt de patiënt de zorg en de zorgaanbieder wel? Stuur de verzekeraar hier voldoende op met de zorginkoop? De vraag die we ons kunnen stellen is op

welke wijze de achterliggende oorzaken een rol kunnen spelen in de risicoverevening en in de zorginkoop door verzekeraars. Dit geldt natuurlijk niet alleen voor de risicoverevening en de zorginkoop tussen en door verzekeraars, het geldt in gelijke mate ook voor de verdeelmodellen en de zorginkoop tussen en door de gemeenten. Bijvoorbeeld bij de verdeelmodellen in het sociaal domein en de inkoop van maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg of langdurige zorg.

MOOIE UITDAGING

Hoe krijg je een gezondheidszorgsysteem waar achterliggende factoren van gezondheid en ongezondheid meegenomen kunnen worden? Hoe kunnen gemeenten en verzekeraars daarin samen optrekken en wat betekent dat voor de risicoverevening tussen verzekeraars en voor de verdeelmodellen tussen gemeenten? Pharos is samen met externe experts in gesprek met VWS en BZK om elkaars expertise te delen en informatie uit te wisselen over gezondheidsachter-

standen en op welke wijze prikkels uit de risicoverevening, verdeelmodellen en zorginkoop een bijdrage leveren aan het verminderen van die achterstanden. En last but not least; wat zou dat kunnen betekenen voor de sociale minima met een gemeentepolis. Een mooie uitdaging voor toekomstige en huidige zorggeconomen om daar over mee te denken!

Aldien Poll en Jennifer van den Broeke zijn werkzaam bij Pharos, het landelijk expertisecentrum gezondheidsverschillen.

Referenties

1. El Fakiri & Bouwman-Noteboom, 2015, Gezondheid van oudere migranten in de vier grote steden
2. Stoeldraijer, L, Duin C. van, Huisman C. Bevolkingsprognose 2017-2060: 18.4 miljoen inwoners in 2060. Technical Report December, CBS Centraal Bureau voor de Statistiek, 2017.
3. Campen, C. van (red.) (2011). Kwetsbare ouderen. Den Haag: SCP (publicatie 2011/10).



OUDERE MIGRANTEN IN NEDERLAND - GEKLEURDE VERGRIJZING

EÉN OP DRIE 65+ERS IS STRAKS MIGRANT

Arbeidsmigranten die in de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw naar Nederland werden gehaald uit Turkije en Marokko en mensen die rondom die periode uit Suriname naar Nederland zijn gemigreerd, worden nu oud. Daarnaast zijn er Chinese, Molukse en Indische en mensen met andere nationaliteiten die naar Nederland migreerden. Al deze mensen bereiken de komende jaren de leeftijd van 65 en ouder. Naar schatting zo'n 445.000 mensen in 2025. Hierdoor zal in 2030 bijvoorbeeld één op de drie ouderen in de grote steden een niet-Westerse achtergrond hebben¹.

ARMOEDE EN GEBRUIK VAN VOORZIENINGEN LAAG

De inkomenspositie van oudere migranten is slecht, mede vanwege gekorte AOW-uitkeringen². Slechts 2% van de Turks-Nederlandse en Marokkaans-Nederlandse ouderen woont in aange-

paste woningen, 12% van de Surinaams/Antilliaans-Nederlandse ouderen; tegenover 22% van de autochtonen. Minder migranten maken gebruik van thuiszorg; 1% gaat naar een verpleeghuiszorg als er sprake is van dementie waar dit bij autochtonen 30% is.

GEZONDHEIDSVerschillen

Oudere migranten hebben vaak een minder goede lichamelijke en psychische gezondheid dan anderen en ook hun levensverwachting ligt lager. In Nederland leven migranten net als veel andere mensen met een lager opleidingsniveau (basisonderwijs + vmbo) 5 jaar korter en zelfs 14 jaar in minder goed ervaren gezondheid dan mensen met een hoger opleidingsniveau (HBO of universitaire opleiding). Het verschil in levensverwachting en gezonde levensverwachting tussen de rijkste 20% en de armste 20% van de bevolking, waar de meeste oudere migranten bij horen, is respectievelijk 6 en 15 jaar.

MIGRATIESTRESS EN VAKER ZIEK

De omstandigheden waarin mensen geboren worden, opgroeien, wonen en werken hebben invloed op gezondheid. Bij migranten en vluchtelingen komt daar ook vaak nog migratie- en integratiestress bij: het verlies van familie en vertrouwde omgeving en het moeten aanpassen aan andere gewoontes en taal. Onverwerkte trauma's zullen vaker voor problemen zorgen voor migranten met dementie (denk met name aan Indische en Molukse ouderen en ouderen die ooit als vluchteling naar Nederland kwamen). Migranten hebben drie keer zo vaak hart- en vaatziekten. Diabetes komt voor bij 28% van de Turks-Nederlandse ouderen, 31% van de Marokkaans-Nederlandse ouderen en 10% van de autochtone ouderen. Dementie komt drie tot vier keer vaker voor. Eenzaamheid lijkt vaker voor te komen onder oudere migranten (maar meer onderzoek is nodig).

MANTELZORGOVERBELASTING GROOT

Voor wonen, zorg en ondersteuning vormen oudere migranten een nieuwe groep. Huidig aanbod en de gezondheidsbehoeften van oudere migranten en hun mantelzorgers sluiten niet op elkaar aan. We zien bij oudere migranten en hun mantelzorgers dat er van alles misgaat: uitleg over ziekten, over het zorg-, woon- en welzijnsaanbod, en de weg naar de zorg en ondersteuning zijn ingewikkeld, erg talig, ontoegankelijk en sluiten niet aan bij het leven van oudere migranten. De ouderen zelf ontvangen hierdoor niet de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben. Veel mantelzorgers van oudere migranten zijn hierdoor zwaar overbelast. Ze voelen zich eenzaam, onbegrepen door zorgprofessionals en de eigen omgeving die nog vaak verwacht dat je onvoorwaardelijk zorgt³.

SOCIAALECONOMISCHE GEZONDHEIDSVERSCHILLEN

Jochen O. Mierau

Hoewel de gezondheidssituatie in Nederland voor alle groepen verbetert, lijkt die van relatief lagere sociaaleconomische groepen minder hard te verbeteren waardoor gezondheidsverschillen blijven bestaan en ogenschijnlijk zelfs groter worden. Zo is het verschil in levensverwachting tussen mannen met hoge en een lage opleiding 6.5 jaar en het verschil in gezonde levensverwachting zelfs 11.1 jaar. Op hoger aggregatieniveau zien we dat er in wijken met een relatief lage sociaaleconomische status gemiddeld genomen meer mensen een chronische aandoening wonen dan in wijken met een hogere sociaaleconomische status. Eenzelfde fenomeen merken we ook op bij indicatoren van leefstijl. Hierbij zien we bijvoorbeeld dat er in buurten met een lage sociaaleconomische status meer overgewicht voorkomt als in buurten met hoge sociaaleconomische status.¹

Inmiddels kennen we in Nederland een rijke traditie van onderzoek naar de oorzaak van sociaaleconomische gezond-

heidsverschillen en beleid gericht op het terugdringen van de verschillen. In 1987 (!) vond een van de eerste beleidsgerichte conferenties plaats waarin werd vastgesteld dat sociaaleconomische gezondheidsverschillen ook in Nederland bestaan, dat de oorzaak van de verschillen complex is en dat er nog maar weinig over bekend is. De conferentie gaf aanleiding tot een vervolgconferentie in 1991 met als centrale vraag hoe de verschillen beleidsmatig beïnvloed zouden kunnen worden.²

Voor routes ter verlaging van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen werd gewezen naar verschillen in leefstijl tussen sociaaleconomische groepen. Preventie gericht op deze leefstijlfactoren (o.a., roken, alcohol, overgewicht) werd gezien als een probaat middel ter verlaging van de verschillen. Preventie werd in die tijd sowieso als belangrijk middel omarmt. Niettemin omdat preventie in de in 1986 verschenen Nota 2000 werd gezien als hét middel om de alsmaar groeiende

gezondheidsuitgaven te beteugelen. In die zin zou preventie het zwaard worden dat aan twee kanten snijdt – verminderen van de gezondheidsverschillen aan de ene kant en de zorgkosten aan de andere kant.

Met enige regelmatig verschijnen er sindsdien rapporten over sociaaleconomische gezondheidsverschillen.³ Zo is er ook met het verschijnen van het WRR-rapport "Van Verschil naar Potentieel" ⁴ afgelopen zomer weer volop aandacht voor gezondheidsverschillen in Nederland. Waar eerdere rapporten voor het verschil tussen (sociaaleconomische) groepen centraal hebben gesteld, gaat het nieuwe rapport met name in op het potentieel dat mensen hebben om gezond te zijn. Dit potentieel is er in principe bij heel veel groepen, maar met name bij groepen met een relatief lage sociaaleconomische status lijkt de meeste gezondheidswinst te behalen te zijn. Ten einde gezondheid in het algemeen te verhogen en wellicht ook gezondheids-

verschillen aan te spreken is het dus zaak het gezondheidspotentieel van individuen beter aan te spreken. Ook nu wordt weer gekeken naar preventie als het wenselijke middel om potentieel te realiseren.

Het terugdringen van gezondheidsverschillen, maar ook het realiseren van gezondheidspotentieel bij relatief lage sociaaleconomische groepen, is een complex probleem omdat de samenhang tussen sociaaleconomische status en gezondheid om een drietal redenen alerminst een gemakkelijke relatie is.

Ten eerste, is de oorzakelijkheid van de relatie tussen de sociaaleconomische status en de gezondheidsuitkomsten alerminst duidelijk. Hoewel een snelle lezing van de mediaberichten doet geloven dat, bijvoorbeeld, een laag opleidingsniveau of inkomen ten grondslag ligt aan tal van gezondheidsproblemen zou de samenhang net zo goed andersom kunnen zijn. Een slechte gezondheidssituatie kan heel wel leiden tot een lager opleidingsniveau

en verminderde verdien capaciteit. Ook is het niet uit te sluiten dat een derde factor zoals, wellicht zelfs een genetische, leidt tot zowel betere gezondheid als meer inkomen zonder dat de twee onderling een verband hebben.

Een natuurlijk probleem voor het bepalen van oorzakelijkheid bij sociaaleconomische gezondheidsproblemen is dat er geen experimenten uitgevoerd kunnen worden. Daarom moet de samenhang uit observationele gegevens opgemaakt worden. Dit heeft geleid tot tal van studies die met innovatieve methoden de oorzakelijkheid nader hebben belicht met als conclusie dat alle drie de bovenstaande mechanismen een rol spelen.

Ten tweede, zelfs als de oorzakelijkheid tussen gezondheid en sociaaleconomische status helder is, blijft de vraag wat het mechanisme dan is dat deze grootheden aan elkaar verbindt. Meerdere studies hebben, bijvoorbeeld, aangetoond dat macro-economische fluctuaties rond de



SOCIAALECONOMISCHE GEZONDHEIDSVerschillen

geboorte leiden tot tal van gezondheidsproblemen later in het leven.^{5,6} We weten echter veel minder over de mechanismen waar deze fenomenen uit ontstaan. Maar als we tot beleid willen komen, moeten we een idee vormen van de potentiële bronnen waar we in kunnen interveniëren om gezondheidsverschillen te reduceren. Ten derde, gezondheid is geen eendimensionaal concept. Waar de samenhang tussen sociaaleconomische status en tal van somatische aandoening op de verwachte wijze samenhangen – hogere sociaaleconomische status hangt samen met betere gezondheidsuitkomsten – lijkt de samenhang tussen sociaaleconomische status en mentale aandoeningen minder recht toe recht aan. Zo laat recent onderzoek bijvoorbeeld zien dat individuen met een relatief lage sociaaleconomische status een verhoogde kans hebben op depressies maar dat deze verhoogde kans nagenoeg weg is bij de vergelijking tussen mensen met een gemiddelde en een hoge sociaaleconomische status.⁷ De oorzakelijkheid, mechanismen

en dimensies van het verband tussen gezondheid en sociaaleconomische status zijn niet alleen een wetenschappelijk probleem. Waar de wetenschapper doorgaans geïnteresseerd is in het blootleggen van de samenhang tussen twee grootheden, is het voor de beleidsmaker van belang met welk beleidsinstrument een bepaalde grootheid beïnvloed kan worden. In die zin, zijn wetenschap en beleid gewoon twee kanten van dezelfde munt. Hier ontstaat dan ook een natuurlijke symbiose tussen wetenschap en beleid. Gebruikmakend van de onzekerheid van de relatie tussen gezondheid en sociaaleconomische status zou elk beleid gericht op de reductie van gezondheidsverschillen zo geïmplementeerd moeten worden dat na enige tijd een gefundeerde uitspraak gedaan kan worden over oorzakelijkheid en mechanismen.

Samengevat, sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn een centraal begrip voor onderzoek en beleid. We zien de verschillen terug op tal van niveaus

en de reductie van sociaaleconomische gezondheidsverschillen heeft de potentie om gezondheidswinst op te leveren. Echter wordt onze mogelijkheid om de gezondheidsverschillen te verkleinen belemmerd door onvoldoende begrip van het oorzakelijke verband tussen sociaaleconomische status en gezondheid, door vooralsnog een beperkt zicht op de mechanismen die onder het verband liggen en door de heterogeniteit van de relatie tussen sociaaleconomische status en verschillende type gezondheidsuitkomsten. In de toekomst zullen wetenschap en beleid op dit terrein gezamenlijk moeten optrekken teneinde meer gezonde jaren te realiseren voor iedereen.

Jochen Mierau is universitair hoofddocent aan de Rijksuniversiteit Groningen en wetenschappelijk directeur van de Aletta Jacobs School of Public Health

1. Cijfers uit <https://www.volksgezondheidzorg.info>
2. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid

- en Cultuur, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (1991). Sociaal-economische gezondheidsverschillen en beleid: preadviezen. SDU uitgeverij, 's-Gravenhage
3. Droomers et al. (2003). Het terugdringen van sociaal-economische verschillen in gezondheid tussen 2000 en 2020. Inhoud en organisatie van de SEGV monitor. RIVM rapport 260201001/2003.
 4. Broeders et al. (2018) Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen, WRR-Policy Brief 7, Den Haag: WRR.
 5. Alessie et al. (2018). Economic downturns and infant health. *Economics & Human Biology*, 30, 162-171.
 6. Alessie et al. (2019). Economic conditions at birth and cardiovascular disease risk in adulthood: Evidence from post-1950 cohorts. *Social Science & Medicine*.
 7. Angeliniet al. (2018). Childhood socioeconomic status and late-adulthood mental health: Results from the Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(1), 95-104.

eHEALTH VOOR KWETSBAARE GROEPEN: EEN WERELD TE WINNEN!

Constance Drossaert en Christina Bode

Tegenwoordig is internet niet meer uit onze maatschappij weg te denken. Recente cijfers van het CBS laten zien dat in 2018 nagenoeg alle Nederlanders (97%) toegang hadden tot internet¹, en de meeste mensen het internet dagelijks gebruiken voor diverse doeleinden. Internet heeft ook een belangrijke invloed gehad op de gezondheidszorg. Via het 'World Wide Web' heeft de burger en patiënt tegenwoordig toegang tot een schier oneindige hoeveelheid gezondheidsinformatie en -tools, hetgeen zijn/haar positie in de gezondheidszorg kan versterken. Daarnaast ziet de overheid eHealth-applicaties als één van de manieren om de zorg efficiënter te maken en zo de toenemende zorgkosten als gevolg van de vergrijzing in de hand te kunnen houden.

eHEALTH

De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving definieert eHealth als: 'het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologieën, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.'². Uit deze definitie blijkt dat eHealth een zeer brede en veelomvattende term is. eHealth omvat uiteenlopende technologieën (bv internet, mobiele technologieën, GPS, sensoren, robotica, wearables) en beslaat verschillende domeinen (zie Tabel 1)

eHealth domein	voorbeelden
toepassingen gericht op preventie	apps die helpen bij het kiezen van gezonde voeding, bij het stoppen met roken, of 'fit-bits' om beweging te monitoren
bevordering van gezamenlijke besluitvorming over behandelingen en zelfmanagement	online keuzehulpen, patiëntportalen of apparatuur/ applicaties om vanuit huis de ziekte te kunnen monitoren
bevordering van het mentaal welbevinden van de bevolking of van patiënten	zelfhulpprogramma voor mensen met licht depressieve klachten, een 'vermoeidheids-app' voor mensen met kanker
toepassingen die het zorgproces efficiënter, transparanter of veiliger maken	het elektronisch patiëntendossier, e-consult of behandelingen-op-afstand
slimme ICT aanpassingen aan de woning (domotica), zodat mensen langer thuis kunnen blijven wonen	valdetectie of bewegingsdetectie

Tabel 1 Voorbeelden van eHealth

eHEALTH VOOR KWETSBARE GROEPEN: EEN WERELD TE WINNEN!

eHealth heeft een aantal grote voordelen, zoals continue beschikbaarheid en toegankelijkheid zonder geografische barrières, het is duurzaam en relatief goedkoop. Juist voor kwetsbare groepen, zoals laagopgeleiden, biedt eHealth nieuwe kansen, omdat de informatie gepersonaliseerd en gedoseerd kan worden, en omdat gebruik kan worden gemaakt van meerdere kanalen om informatie over te brengen: niet alleen tekst, maar ook audio, beeld en video. Aan de andere kant wordt juist gevreesd dat door de toenemende digitalisering van de gezondheidszorg voor bepaalde groepen (ouderen, laagopgeleiden) de toegang tot de zorg bemoeilijkt wordt, waardoor de gezondheidsverschillen alleen maar groter worden. Dit wordt de "digitale kloof" genoemd.

DIGITALE KLOOF

Een digitale kloof kan ontstaan als er ongelijkheid is in toegang, gebruik of effectiviteit van eHealth tools. In Nederland zien we dat het Internet aanvankelijk iets was voor hoogopgeleiden en jongeren, maar tegenwoordig hebben ook de meeste ouderen, mensen met lage inkomens en mensen met lage opleiding toegang tot internet (zie tabel 2). We kunnen dus stellen dat er op het gebied van toegang tot internet een duidelijke inhaalslag gaande is, hoewel de verschillen nog niet helemaal zijn verdwenen, zo blijkt uit tabel 2. Wanneer we kijken naar het daadwerkelijk gebruik van eHealth, laten de cijfers zien dat ouderen en lager opgeleiden beduidend minder zoeken op het internet naar gezondheidsinformatie (zie tabel 2) en minder gebruik maken van eHealth applicaties, zoals patiënt-portalen of telemonitoring services³⁻⁵. Ook haken zij vaker af bij dit soort interventies⁶. Het lagere gebruik en de hogere uitval kan worden veroorzaakt doordat de doelgroep niet voldoende wordt bereikt, óf omdat interventies te moeilijk of niet aantrekkelijk zijn voor deze doelgroepen. Wanneer we, tenslotte, kijken naar effectiviteit van eHealth-interventies, valt op dat er maar weinig evaluatiestudies hebben onderzocht of hun eHealth interventie beter of slechter werkt voor

kwetsbare groepen (mogelijk omdat deze groepen ondervertegenwoordigd waren). De studies die dat wel hebben gedaan geven geen eenduidig beeld. Zo vonden sommige studies geen verschillen in effectiviteit tussen ouderen en jongeren of hoger en lager opgeleiden⁷; werd bij andere studies gevonden dat de effecten sterker optraden bij hoger opgeleiden^{8,9}, en bij andere bleek juist dat de effecten sterker waren bij lager opgeleiden¹⁰. Toekomstig onderzoek naar 'wat werkt voor wie' met focus op verschillen in sociaal-economische status is dringend nodig.

Tabel 2 Toegang tot internet, gebruik van internet en gebruik voor gezondheidsdoeleinden in 2018, voor de totale bevolking en voor kwetsbare groepen (Bron CBS)

	Totale bevolking	Leeftijd 65+	Leeftijd 75+	Laag opgeleid	Laag inkomen	Niet westerse afkomst
Toegang tot internet	97%	86%	74%	93%	96%	98%
Gebruikt internet dagelijks	86%	62%	45%	75%	81%	83%
Nog nooit internet gebruikt	6%	19%	32%	13%	11%	11%
Gebruikt internet voor gezondheid	67%	53%	39%	49%	64%	67%

Samenvattend kunnen we stellen dat in Nederland tegenwoordig bijna iedereen toegang heeft tot internet, maar dat een digitale kloof nog steeds aanwezig lijkt vanwege geringer gebruik van eHealth en mogelijk ook lagere effectiviteit van bepaalde tools bij de kwetsbare groepen.

DIGITALE GEZONDHEIDSVAAARDIGHEDEN

Om goed te kunnen profiteren van eHealth en om de juiste keuzes te kunnen maken uit het bestaande online aanbod aan gezondheidsinformatie en -tools, zijn bepaalde vaardigheden nodig. Het betreft hier naast algemene gezondheidsvaardigheden en geletterdheid, 'digitale gezondheidsvaardigheden' op uiteenlopende vlakken¹¹. Allereerst moet een persoon in staat zijn om een computer, smartphone of tablet te bedienen. Ten tweede moet de persoon een browser kunnen bedienen en enig begrip hebben van hoe het internet in elkaar zit, om niet te 'verdwalen' en te weten hoe hij moet terugkomen bij eerder gevonden informatie. Ten derde moet een persoon in staat zijn om relevante zoektermen te formuleren om de benodigde informatie te kunnen vinden. De vierde digitale gezondheidsvaardigheid betreft het kunnen beoordelen van de relevantie en betrouwbaarheid van de gevonden informatie en tools. De vijfde en zesde vaardigheid hebben te maken met het zelf produceren van inhoud voor op het web. Het betreft de vaardigheid om zich goed uit te drukken en kunnen verwoorden van problemen en vragen (bijvoorbeeld wanneer men een vraag wil stellen aan een dokter of verpleegkundige of aan lotgenoten), en het bewaken van de eigen en andermans privacy, bijvoorbeeld bij het delen van berichten op sociale media.

Inzicht hebben in de digitale vaardigheden is belangrijk juist bij kwetsbare groepen, echter deze worden vaak niet meegenomen in onderzoek: zo bleek uit een systematische review naar eHealth tools voor kwetsbare groepen dat niet één van de 18 geïncludeerde studies had gekeken naar de digitale gezondheidsvaardigheden¹². Uit de onlangs verschenen 'eHealth Monitor'¹³ blijkt dat in Nederland veel mensen nog niet beschikken over voldoende vaardigheden: zo vindt bijvoorbeeld 63% van de ondervraagden het moeilijk om de betrouwbaarheid van gezondheidsinformatie op het internet te bepalen. Bovendien blijkt uit ons eigen onderzoek, waarin we een aantal

reumapatiënten observeerden, terwijl we hen vroegen om uiteenlopende eHealth opdrachten uit te voeren, dat de inschatting van de eigen digitale gezondheidsvaardigheden niet altijd goed overeenstemden met hun daadwerkelijke vaardigheden¹⁴.

KUNNEN WE DE DIGITALE GEZONDHEIDSKLOOF DICHTEN?

Het is essentieel dat we ervoor waken dat eHealth niet alleen de positie versterkt van jonge mensen en hoogopgeleiden, maar dat óók laagopgeleiden en ouderen kunnen profiteren van de kansen die eHealth biedt. Temeer omdat chronische ziekten (en multimorbiditeit) juist bij deze groepen vaker voorkomen. Er zijn verschillende manieren waarop we kunnen proberen de digitale kloof te overbruggen.

Ten eerste kunnen we mensen proberen om digitale vaardigheden bij te brengen. Er zijn inmiddels initiatieven voor training van mensen in digitale gezondheidsvaardigheden, zoals het zoeken en beoordelen van gezondheidsinformatie op het web, die veelbelovende resultaten laten zien¹⁵. Uiteraard is een goede training van patiënten en zorgverleners ook essentieel voor elke afzonderlijke eHealth tool¹⁶. De review van Parker¹² laat echter zien dat bij veel studies naar eHealth tools voor kwetsbare groepen geen melding werd gemaakt van training.

Een tweede manier is om overheids-'keurmerken' uit te delen voor betrouwbare digitale interventies. Dergelijke keurmerken, zoals 'zegelgezond' (voor websites met gezondheidsinformatie) of 'online hulpstempel' (voor GGZ interventies) kunnen patiënten en zorgverleners helpen om makkelijker het kaf van het koren te scheiden, en toegang te bieden tot betrouwbare informatie.

Een derde optie is het eenvoudiger en aantrekkelijker maken van interventies. Dit kan door de teksten kort en simpel te houden (op B1-niveau) en door gebruik van meerdere informatiekanalen: visualisaties, audio, video's, en stem-besturing, interventies

toegankelijker te maken voor laaggeletterden. De technologie biedt mogelijkheden om informatie te personaliseren en te doseren (bv starten met eenvoudige, simpele informatie en aan hen die dat wensen toegang geven tot uitgebreidere of complexere informatie). Ook het gebruik van ‘persuasieve technologieën’, zoals het toevoegen van spelelementen (gamification), kan het aanhoudend gebruik van de interventie bevorderen¹⁷.

Een vierde belangrijke factor is de ‘human touch’. Onderzoek heeft laten zien dat eHealth interventies beter worden gebruikt als zij worden aangeboden door hun zorgverlener¹⁸, dat de uitval bij ‘begeleide’ interventies beduidend minder is dan bij stand-alone interventies^{12,19}, en dat zelf-management interventies en patiëntportalen beter gebruikt worden, wanneer de zorgverlener ook daadwerkelijk iets doet met de door de patiënt ingevulde informatie^{19,20}. De ‘human touch’ kan overigens ook afkomstig zijn van lotgenoten. Vooral bij kwetsbare groepen lijkt het belang van de ‘human touch’ groot¹².

Tenslotte, en misschien het meest essentieel, moeten eHealth initiatieven worden ontwikkeld in co-creatie met mensen uit de doelgroep. Alleen door de beoogde gebruikers nauw te betrekken bij de ontwikkeling van tools bewerkstellig je dat deze daadwerkelijk aansluiten bij hun wensen en mogelijkheden.

CONCLUSIE

De digitale gezondheidskloof lijkt nog steeds te bestaan in Nederland. Niet iedereen beschikt over de digitale vaardigheden die nodig zijn om goed gebruik te kunnen maken van eHealth. Om te voorkomen dat mensen buiten de boot vallen is het essentieel dat we bewaken dat eHealth toegankelijk en potentieel effectief is voor iedereen. Hiervoor zijn vijf manieren besproken: trainingen, keurmerken, aantrekkelijker maken van

interventies, ‘human touch’ en wellicht de allerbelangrijkste: interventies ontwikkelen in co-creatie met de doelgroep. Het is belangrijk om in toekomstig onderzoek na te gaan of deze maatregelen daadwerkelijk helpen. Om deze reden bevelen wij aan dat in toekomstig onderzoek expliciet aandacht wordt besteed aan het bereik, waardering en effectiviteit van eHealth interventies bij kwetsbare groepen.

Constance Drossaert & Christina Bode zijn werkzaam als universitair hoofddocent bij de afdeling Psychologie, Gezondheid en Technologie (faculteit BMS), van de Universiteit Twente

Referenties

- 1 CBS, Centraal Bureau voor de statistiek (2019) . Internet; toegang, gebruik en faciliteiten. Tabel gemaakt met Statline, <https://statline.cbs.nl/> , dd 27 februari 2019.
- 2 Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2015). Consumenten-eHealth. Advies uitgebracht door de RVS aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: RVS.
- 3 Kontos, E., Blake, K.D., Chou, W.-Y.S., Prestin, A. Predictors of ehealth usage: Insights on the digital divide from the health information national trends survey 2012 (2014) *Journal of Medical Internet Research*, 16 (7), DOI: 10.2196/jmir.3117
- 4 Van der Vaart R, Drossaert CHC, Taal E, Vonkeman HE, Drossaers-Bakker WK, van de Laar MA (2014). Impact of patient-accessible Electronic Medical Records in rheumatology: use, satisfaction and effects on empowerment among patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15:102
- 5 Crutzen, R., Van der Vaart, R., Evers, A., & Bode, C. (2018). Public health, behavioural medicine, and eHealth technology. In J.E.W.C. van Gemert-Pijnen, S.M. Kelders, Kipp, H., Sanderman, R. eHealth research, theory and development. (pp111-127). London, New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- 6 Castro A, López-del-Hoyo Y, Peake C, Mayoral F, Botella C, García-Campayo J, Baños RM,

Nogueira-Arjona R, Roca M & Gili M (2018) Adherence predictors in an Internet-based Intervention program for depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47:3, 246-261, DOI: 10.1080/16506073.2017.

- 6 Schotanus-Dijkstra M, Drossaert CHC, Pieterse ME, Boon B, Walburg JA & Bohlmeijer ET. (2017) An early intervention to promote well-being and flourishing and reduce anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 9, p15–24. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.04.002>
- 8 Vugts, M.A.P., Joosen, M.C.W., van der Geer, J.E., Zedlitz, A.M.E.E., Vrijhoef, H.J.M. The effectiveness of various computer-based interventions for patients with chronic pain or functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis (2018) *PLoS ONE*, 13 (5), art. no. e0196467 DOI: 10.1371/journal.pone.0196467
- 9 Riper H, Kramer J, Keuken M, Smit F, Schippers G, Cuijpers P. Predicting successful treatment outcome of web-based self-help for problem drinkers: secondary analysis from a randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2008;10(4):e46. Epub 2008/11/27. pmid:19033150
- 10 Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Boumparis, N., Mira, A., Andersson, G., Berman, A.H., Bertholet, N., Bischof, G., Blankers, M., Boon, B., Boß, L., Brendryen, H., Cunningham, J., Ebert, D., Hansen, A., Hester, R., Khadjesari, Z., Kramer, J., Murray, E., Postel, M., Schulz, D., Sinadinovic, K., Suffoletto, B., Sundström, C., de Vries, H., Wallace, P., Wiers, R.W., Smit, J.H. (2018) Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLoS Medicine*, 15 (12), art. no. e1002714. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002714
- 11 Van der Vaart, R., Drossaert, C. (2017) Development of the digital health literacy instrument: Measuring a broad spectrum of health 1.0 and health 2.0 skills *Journal of Medical Internet Research*, 19 (1), art. no. e27. DOI: 10.2196/jmir.6709
- 12 Parker, S., Prince, A., Thomas, L., Song, H., Milosevic, D., Harris, M.F. (2018). Electronic, mobile and telehealth tools for vulnerable patients with chronic disease: A systematic review and

realist synthesis. *BMJ Open*, 8 (8), art. no. e019192. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-019192

- 13 Wouters, M., Swinkels, I., Van Lettow, B. van, Sinnige, J., Brabers, A., Friele, R., Van Gennip, L. (2018). E-health in verschillende snelheden. *E-health-monitor 2018*. Den Haag / Utrecht: Nictiz en Nivel.
- 14 Van der Vaart R, Drossaert CHC, de Heus M, Taal E, van de Laar MA. (2013). Measuring Actual eHealth Literacy Among Patients With Rheumatic Diseases: a Qualitative Analysis of Problems Encountered Using Health 1.0 and Health 2.0 Applications. *J Med Internet Res* 2013;15(2):e27.
- 15 Watkins I, Xie B. eHealth literacy interventions for older adults: a systematic review of the literature. *J Med Internet Res*. 2014;16(11):e225. doi:10.2196/jmir.3318.
- 16 Gee, P.M., Greenwood, D.A., Paterniti, D.A., Ward, D., Miller, L.M.S. (2015) The eHealth enhanced chronic care model: A theory derivation approach. *Journal of Medical Internet Research*, 17 (4), p. e86. DOI: 10.2196/jmir.4067
- 17 Kelders, S.M., Kok, R.N., Ossebaard, H.C., Van Gemert-Pijnen, J.E. (2012). Persuasive system design does matter: a systematic review of adherence to web-based interventions. *Journal of Medical Internet Research* 14 (6):e152.
- 18 Bolier, L, Smeets O, Haverman M & van der Poel (2017). Positieve psychologie online. *Directieve therapie* jaargang 37 nummer 2
- 19 Schubart JR, Stuckey HL, Ganeshamoorthy A, Sciamanna CN. Chronic health conditions and internet behavioral interventions: a review of factors to enhance user engagement. *Comput Inform Nurs* 2011 Feb;29(2 Suppl):TC9–T20. [doi: 10.1097/NCN.0b013e3182155274]
- 20 Mohr DC, Cuijpers P, Lehman K. Supportive accountability: a model for providing human support to enhance adherence to eHealth interventions. *J Med Internet Res* 2011;13(1):e30 [doi: 10.2196/jmir.1602]

ONDERCOMPENSATIE VOOR GGZ-CLIËNTEN MET ZEER HOGE KOSTEN: WAT IS HET PROBLEEM? WAT IS EEN (TIJDELIJKE) OPLOSSING?

Suzanne van Veen en Emma Brocken

AANLEIDING EN DOEL

De risicoverevening is een essentieel financieringssysteem binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw): het borgt een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars, reduceert financiële prikkels tot risicoselectie en stimuleert doelmatigheid van zorg. Zorgverzekeraars ontvangen een bijdrage van het risicovereveningssysteem (i.e., via het ex ante risicovereveningsmodel), om verschillen in de verwachte zorgkosten tussen verzekerden te compenseren. Hoe beter het ex ante model de zorgkosten voorspelt, hoe beter de bijdrage die zorgverzekeraars ontvangen aansluit bij de verwachte zorgkosten, wat zorgt voor het reduceren van prikkels tot risicoselectie en bijdraagt aan een gelijk speelveld. In de optimale situatie zijn er geen grote onder- of overcompensaties voor specifieke cliëntgroepen.

Een groep waarvoor het lastig is de zorgkosten adequaat te voorspellen, is de groep cliënten met zeer hoge kosten voor de langdurige en geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het huidige ex ante GGZ-model leidt tot een substantiële ondercompensatie voor deze cliëntgroep.

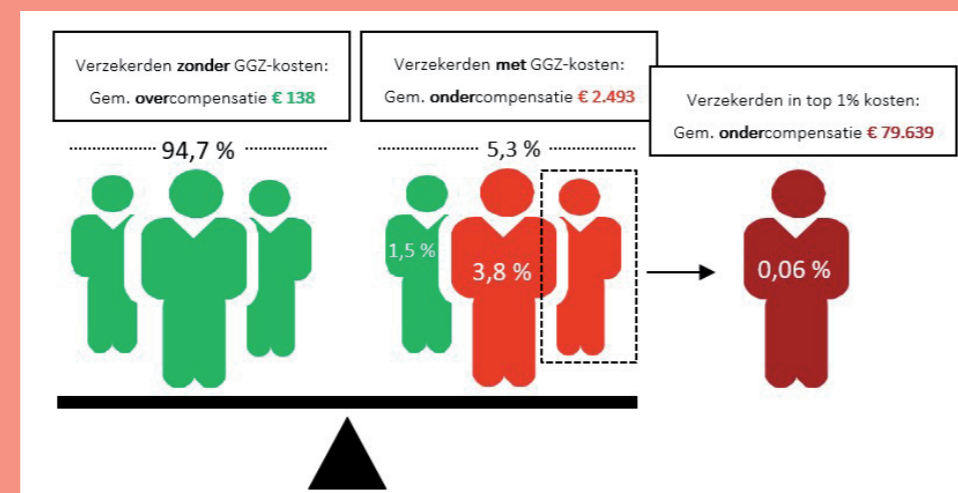
Dit artikel geeft inzicht in:

- hoe hoog is ondercompensatie voor GGZ-cliënten met zeer hoge kosten?
- wie zijn deze GGZ-cliënten (kenmerken en zorggebruik)?
- waarom is het belangrijk de compensatie voor deze GGZ-cliënten te verbeteren?
- op basis van deze probleemschets, wat is een (tijdelijke) oplossing voor het verbeteren van de compensatie voor deze GGZ-cliënten?

GGZ-KOSTEN SCHEEF VERDEELD OVER DE ZVW-BEVOLKING VAN 18 JAAR EN OUDER

Het ex ante GGZ-model bepaalt de bijdrage aan zorgverzekeraars voor de totale Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder (18+). De GGZ-kosten zijn erg scheef verdeeld

over de Zvw-bevolking 18+. Zo heeft het overgrote deel van de Zvw-bevolking 18+ geen GGZ-kosten: 94,7%. Deze verzekerden worden overgecompenseerd met gemiddeld €138 per verzekerde op basis van het huidige GGZ-model in 2019. Een klein deel van de Zvw-bevolking 18+



figuur 1.

maakt GGZ-kosten: 5,3%. Deze GGZ-cliënten worden in 2019 ondergecompenseerd met gemiddeld €2.493 per verzekerde. Binnen de groep GGZ-cliënten met kosten zijn er grote verschillen in de meerkosten (i.e., onder/overcompensatie) en kosten. In totaal wordt 3,8% van Zvw-bevolking 18+ ondergecompenseerd. Voor GGZ-cliënten in de top 1% van de kosten is de ondercompensatie substantieel: €79.639 per verzekerde. Voor de top 0,5% is dit zelfs €100.799. Zie ter illustratie ook figuur 1.

Een andere manier om weer te geven dat de GGZ-kosten scheef verdeeld zijn, is Figuur 2. Figuur 2 illustreert welk deel van de Zvw-bevolking 18+ verantwoordelijk is voor welk deel van de kosten en meerkosten. De top 1% verzekerden met de hoogste kosten zijn verantwoordelijk voor circa 20% van de totale kosten, waarbij de top 0,5% nog verantwoordelijk is voor circa 12%; hetzelfde geldt voor de meerkosten. In statistische termen: de kostenverdeling heeft een erg lange staart. Een reden waarom de ondercompensatie

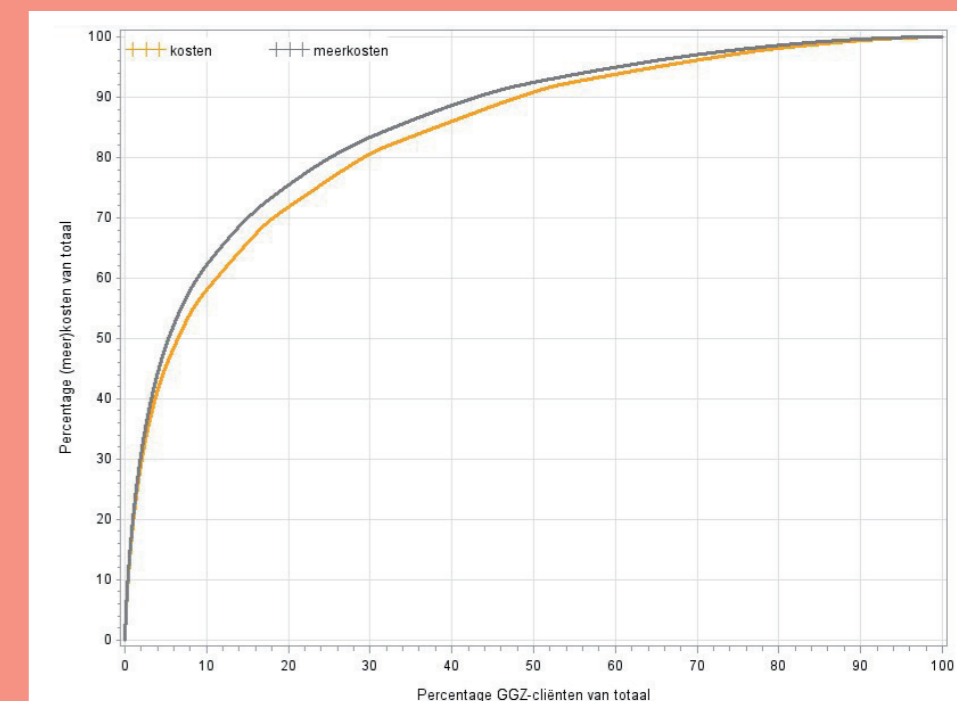
voor de GGZ-cliënten in deze staart substantieel is, is omdat de kosten van deze GGZ-cliënten zo hoog zijn, dat ze buiten het bereik van het huidige ex ante GGZ-model liggen. Ofwel, met de huidige vereveningskenmerken en uitgangspunten is het GGZ-model niet in staat deze GGZ-cliënten in voldoende mate te compenseren. De maximale bijdrage voor 2019 is €101.621. Er waren 2.903 GGZ-cliënten (0,02%) met kosten boven deze maximale grens. Het aantal GGZ-cliënten met kosten gelijk aan, of groter dan, twee keer de maximale bijdrage is beperkt: <100 verzekerden. De maximale kosten in 2019 zijn €325.451. Deze extreme verschillen in de GGZ-kosten komen ook voor in voorgaande jaren (geanalyseerde periode: 2016 t/m 2019); de ondercompensatie voor deze GGZ-cliënten is dan ook niet incidenteel.

KOSTEN VAN GGZ-CLIËNTEN FLUCTUEREN STERK OVER DE JAREN

Voor een groot deel van de GGZ-cliënten

fluctueert de hoogte van de kosten over de jaren. Zo behoort slechts 14% van de GGZ-cliënten in de top 0,5% van de kosten in 2016 nog steeds tot de top 0,5% in 2017, dit is nog maar 3,3% in 2018 en 0,8% in 2019. Voor de meerkosten is het

zelfde patroon zichtbaar: slechts 0,1% van de GGZ-cliënten in de top 0,5% van de meerkosten in 2016, behoort nog steeds tot deze groep in 2019. De GGZ-cliënten met zeer hoge kosten hebben zeer waarschijnlijk te maken met terugkerende



figuur 2.

ONDERCOMPENSATIE VOOR GGZ-CLIËNTEN MET ZEER HOGE KOSTEN: WAT IS HET PROBLEEM? WAT IS EEN (TIJDELIJKE) OPLOSSING?

gezondheidsproblematiek, met afwisselend intramuraal verblijf en ambulante zorg, waardoor zij in afwisselende jaren (en dus niet structureel over de jaren) hoge kosten hebben.

GGZ-CLIËNTEN MET ZEER HOGE KOSTEN: GEEN ONDERSCHIEDEND CLIËNTPROFIEL, VAAK GEPAARD MET (VOORTGEZET) INTRAMURAAL VERBLIJF

Om meer inzicht te krijgen in de GGZ-cliënten met zeer hoge kosten, zijn de kenmerken en het zorggebruik onderzocht. Hieruit volgt dat er geen sterk onderscheidend cliëntprofiel is op te stellen voor deze GGZ-cliënten op basis van de huidige vereveningskenmerken (en combinaties hiervan). Kleine verschillen doen zich voor in enkele morbiditeits-, demografische en sociaaleconomische kenmerken, waaronder relatief vaak specifiek medicijngebruik in het voorgaande jaar (o.b.v. farmaciekostengroepen) en opname in een GGZ-instelling (o.b.v. diagnosekostengroepen). Daarnaast is

onder deze GGZ-cliënten een relatief hoog aandeel WAO-ers en zeer lage sociaaleconomische status en juist een relatief laag aandeel zelfstandigen en hoge sociaaleconomische status. Daarbij blijkt het veelal te gaan om verslaving, schizofrenie, of psychische aandoeningen zoals angst, depressie of delirium. Echter, deze kenmerken zijn niet onderscheidend van GGZ-cliënten met lage kosten/ weinig zorggebruik. Dit is een van de redenen dat het lastig is om de GGZ-cliënten met zeer hoge kosten te identificeren en de kosten in voldoende mate te voorspellen.

VERBETEREN VAN DE COMPENSATIE VOOR GGZ-CLIËNTEN MET ZEER HOGE KOSTEN VAN BELANG

Het is van belang de compensatie voor GGZ-cliënten met zeer hoge kosten te verbeteren zodat financiële prikkels tot risicoselectie worden gereduceerd, en daarmee de nadelige gevolgen voor de kwaliteit van zorg, betaalbaarheid en solidariteit weg te nemen. Bovendien zijn de kosten van GGZ-cliënten onevenredig

verdeeld over zorgverzekeraars, waardoor verbetering van de compensatie bijdraagt aan een gelijk speelveld.

MOGELIJKE OPLOSSING: (TIJDELIJKE) INZET VAN EEN EX POST COMPENSATIEMECHANISME

Om de compensatie voor GGZ-cliënten met zeer hoge kosten te verbeteren, kan (tijdelijk) een ex post compensatiemechanisme worden ingezet. Twee ex post compensatiemechanismen zijn: Hoge Kosten Compensatie (HKC) en Hoge Meerkosten Verevening (HMV). Bij beide mechanismen dragen zorgverzekeraars gezamenlijk het financieel risico over de (meer)kosten (=onderlinge herverdeling).

- Hoge kosten compensatie
HKC is gebaseerd op zorgkosten. Zorgverzekeraars worden achteraf voor een deel van de kosten van GGZ-cliënten met kosten boven een vastgestelde drempelwaarde gecompenseerd. Deze compensaties worden gefinancierd door een evenredige inbreng van alle

zorgverzekeraars (=percentage van de bijdrage).

- Hoge meerkosten verevening
HMV is gebaseerd op meerkosten (McGuire et al. 2018). Zorgverzekeraars worden achteraf gecompenseerd voor een deel van de kosten van GGZ-cliënten met zeer hoge meerkosten. Deze compensaties worden gefinancierd door verzekerden met een overcompensatie. Het voordeel van een HMV (t.o.v. een HKC) is dat zorgverzekeraars een ex post compensatie ontvangen voor GGZ-cliënten waarvoor het ex ante model tekortschiet, gefinancierd door verzekerden waarvoor het ex ante model juist overcompenseert.

HKC en HMV kunnen de compensatie voor GGZ-cliënten met zeer hoge kosten, met name op verzekerden- en subgroepniveau, (substantieel) verbeteren. Inzet van HKC of HMV is een beleidskeuze, waarbij een lastige afweging moet worden gemaakt tussen afname van financiële prikkels tot risicoselectie en bijdrage

aan gelijk speelveld enerzijds, en (mogelijke) afname van prikkels tot kostenbeheersing anderzijds.

HOE NU VERDER?

GGZ-cliënten met zeer hoge kosten worden substantieel ondergecompenseerd, waardoor verbetering van de compensatie voor deze groep een aandachtspunt binnen de risicoverevening is. Idealiter wordt een oplossing gevonden binnen het ex ante model. Hiervoor is nader onderzoek nodig naar verbetering van het ex ante GGZ-model, waaronder ook de modelspecificatie.

Totdat verbetering van het ex ante GGZ-model is gerealiseerd, is inzet van een HKC een geschikte tijdelijke oplossing, welke uitvoerbaar is per 2020. Of het daadwerkelijk wordt ingevoerd is echter een keuze voor de beleidsmakers, met een lastige afweging van de beleidsdoelen. Bij HMV zijn problemen geconstateerd met betrekking tot de praktische uitvoerbaarheid, waardoor inzet van dit

mechanisme op korte termijn niet haalbaar is. Hiertoe dient eerst nader onderzoek te worden gedaan naar een HMV en toepassing daarvan in de praktijk.

Suzanne van Veen werkt als manager bij PwC met als focus het toepassen van Data Analytics binnen de gezondheidszorg, Emma Brocken werkt als senior consultant bij PwC o.a. op het gebied van de risicoverevening.

Referenties

1. McGuire, T.G., Schillo, S., van Kleef, R.C. (2018) Reinsurance, repayments, and risk adjustment in individual health insurance: Germany, the Netherlands and the U.S. Marketplaces. NBER working paper series, no. 25374.
2. PricewaterhouseCoopers, WOR 958, 2019. Onderzoek Verbetering compensatie GGZ-cliënten met zeer hoge kosten GGZ. Onderzoek naar mogelijkheden voor inzet van een Hoge Kosten Compensatie (HKC) en Hoge Meerkosten Verevening (HMV). PricewaterhouseCoopers, Amsterdam.

Dit artikel is gebaseerd op WOR 958, met dank aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor hun toestemming voor publicatie van dit artikel. Ook dank aan Thu Vu, Marvin Oeben, Esma Türkeli, Renate Huiting en Marc Bout bij de uitvoering van dit onderzoek.

PATIËNTEN MET HOGE ZORGKOSTEN EN MOGELIJKHEDEN OM ONNODIGE UITGAVEN TE VERMINDEREN

Joost Wammes

Al lang is bekend zorgkosten scheef zijn verdeeld over de (verzekerde) populatie. De top-1% patiënten of verzekerden met hoogste zorgkosten is verantwoordelijk voor ongeveer 25% van de totale zorgkosten, de top-5% voor ongeveer 50%. Hiermee is duidelijk dat kostenbeheersingbeleid, wil het enigszins budgetim-pact hebben, betrekking moet hebben op de verzekerden met hoogste zorgkosten.

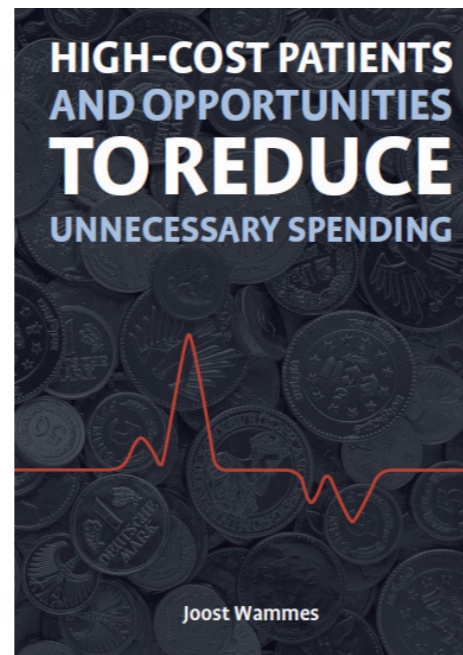
Wij verrichtten een systematisch literatuuronderzoek naar de karakteristieken en zorggebruik van patiënten met hoge zorgkosten. Wij maakten hierin een vergelijking tussen verschillende landen en zorgsystemen. Onze resultaten laten zien dat in alle onderzochte zorgstelsels en landen een hoge prevalentie van meerdere (chronische) aandoeningen consistent hoge zorgkosten verklaarde. Bovendien vonden we een hoge prevalentie van

psychische aandoeningen in veel studies. We ontdekten dat verschillende kenmerken van het gezondheidssysteem kunnen bijdragen aan hoge kosten; hoe groter het aanbod hoe meer zorg. Maximaal tien procent van de uitgaven waren 'vermijdbaar'. Hoge kosten waren geassocieerd met hogere inkomens in de VS, maar juist met lagere inkomens in overige landen. Tenslotte was overlijden een belangrijke determinant van hoge zorgkosten. Echter, niet meer dan 30% van de patiënten met hoge zorgkosten was in hun laatste levensjaar.

Onze Nederlandse cross-sectionele studie naar de karakteristieken en zorggebruik van patiënten met hoge zorgkosten liet zien dat dure behandelingen, de meest kostbare aandoening en leeftijd informatieve variabelen zijn voor het bestuderen van deze heterogene po-

pulatie. Dure zorgvoorzieningen (dure geneesmiddelen, ICU-behandeling, dialyse, transplantatiezorg, DRG > € 30.000) droegen bij aan hoge kosten bij een derde van de top 1% patiënten en bij minder dan 10% van de top 2-5% patiënten. Patiënten met hoge zorgkosten werden voornamelijk behandeld voor cardiovasculaire aandoeningen, nieuwvormingen en psychische- en gedragsstoornissen. Meer dan 50% van de patiënten met hoge zorgkosten was 65 jaar of jonger en de gemiddelde kosten daalden scherp met een hogere leeftijd binnen de top 1% groep.

Het laatste hoofdstuk in het proefschrift betrof een longitudinale studie naar patiënten met hartfalen en hoge zorgkosten. We ontdekten dat meer dan 90% van de patiënten met hartfalen minstens één top 5% jaar had en dat 32% minstens één top



1% jaar had. Bovendien vonden wij dat top 1% gebruik overwegend incidenteel plaatsvindt, terwijl meer dan de helft van

de patiënten met hartfalen meerdere top 5% jaren ervaart. Patiënten met hartfalen en hoge zorgkosten verschilden van andere patiënten met hartfalen op tal van kenmerken, waaronder het aantal chronische aandoeningen, multimorbiditeit en het percentage met overmatige polyfarmacie, ziekenhuisopnames en hartgerelateerde operaties. Bovendien kende de top 1% groep een opmerkelijke stijging van GGZ-kosten.

Op basis van de bevindingen van dit proefschrift hebben wij een reeks aanbevelingen opgesteld voor beleid en praktijk. Verbeterde informatievoorziening is nodig, zodat behandelaars een volledig inzicht kunnen krijgen in de medische dossiers en het zorggebruik van hun patiënten. Op nationaal niveau is meer aandacht nodig voor het thema multimorbiditeit. Er is behoefte aan meer generalisten en meer aandacht voor multimorbiditeit in medische richtlijnen. Binnen het ziekenhuis is behoefte aan een poortwachter. Daarnaast kunnen

huisartsen hun patiënten intensiever begeleiden als gezaghebbend adviseur bij ingewikkelde behandelbeslissingen.

JOB MARKET VOOR PROMOVENDI GEZONDHEIDS-ECONOMIE

Roel Freriks

LOOPBAANPERSPECTIEF PROMOVENDI IN CIJFERS

Recent onderzoek – De zin van promoveren - Loopbanen en arbeidsmarkt perspectieven van gepromoveerden¹ – van het Rathenau Instituut en het Promovendi Netwerk Nederland, heeft aangetoond dat meer dan de helft van de promovendi een academische carrière ambieert, maar dat het aantal banen binnen de academische sector niet meegroeit met het aantal promoties. Circa 30 procent gaat na promotie verder bij een universiteit of universitair ziekenhuis. De overige 70 procent gaat doorgaans door als onderzoeker of adviseur bij een toegepast bureau binnen de sector van het promotieonderzoek.

Bovenstaande cijfers zijn landelijke gemiddeldes voor alle wetenschapsgebieden. Uit het rapport bleek dat er grote verschillen zijn over de verdeling van de zes afzonderlijke wetenschapsgebieden (Natuurwetenschappen, Technische we-

tenschappen, Landbouwwetenschappen, Gezondheidswetenschappen, Gedrags- en Maatschappijwetenschappen en Taal en Cultuur). Waar promovendi in Technische wetenschappen relatief eenvoudig doorstromen in de academische sector, is dit beeld compleet anders voor promovendi in Taal en Cultuur. Binnen dit artikel leggen we de focus op het loopbaanperspectief van de promovendi in Gezondheidseconomie, aangezien de cijfers uit het rapport geen houvast geven voor ‘onze’ interdisciplinaire richting.

Wij spraken met promovendi en kwamen tot een aantal belangrijke inzichten die hieronder kort worden samengevat. Hieruit is het idee ontstaan om een job market te organiseren voor promovendi in Gezondheidseconomie. Hieronder verwoorden de promovendi zelf hoe een dergelijke job market bij kan dragen aan hun loopbaanperspectief.



PROMOVENDI AAN HET WOORD WEG MET HOBBELS

Het academische doorstroompercentage ligt voor promovendi in Gezondheidseconomie nog lager dan het landelijk gemiddelde, wat betekent dat er jaarlijks tientallen afgestudeerde promovendi klaarstaan voor een functie buiten de academische sector. Om deze reden zou een geijkte weg worden verwacht tussen promovendi en het bedrijfsleven, maar niets is minder waar. De weg blijkt grotendeels hobbelig, onzeker en zonder directe verbinding.

“Voor veel promovendi is er geen duidelijk overzicht van de mogelijkheden na hun promotie in het binnenland, wat kan zorgen voor een verschuiving richting het buitenland.” (Koen Degeling, Universiteit Twente)

“Er zijn heel veel partijen die zich bezighouden met de gezondheidszorg, maar de meerwaarde van een promovendus ten opzichte van een afgestudeerde mas-

terstudent is vaak onduidelijk.” (Wouter van der Schors, Erasmus Universiteit Rotterdam)

Koen (Twente) en Wouter vatten de kern van het probleem goed samen. Voor promovendi is het toekomstperspectief onduidelijk, terwijl vanuit het perspectief van het bedrijfsleven de meerwaarde van promovendi ten opzichte van afgestudeerde masterstudenten verduidelijkt moet worden. Sander Steenhuis (VU Amsterdam) vult hierop aan: “Het betrekken van partijen die niet direct in het zorglandschap zitten, maar die op de achtergrond wel belangrijk zijn en functies kunnen hebben die interessant zijn voor promovendi is essentieel”. Dit bleek ook uit het rapport van het Rathenau Instituut, promovendi stromen doorgaans door in een toegepaste onderzoeksfunctie bij een adviesbureau in de richting van hun onderzoek. Dit geldt ook voor de promovendi Gezondheidseconomie, er is een duidelijke verbinding met diverse onderzoeksbureaus (zoals het Centraal

Planbureau). Kortom, er is dus nog veel winst te behalen door te oriënteren op bedrijven die indirect betrokken zijn bij het zorglandschap.

PROFILERING

“Een promotietraject is niet alleen het schrijven van een proefschrift, maar ook de kans jezelf te profileren en ontwikkelen.” (Dennis Cornelissen, Universiteit Maastricht)

“Tijdens en na een periode van eenzame opsluiting (de laatste fase van je promotie) is het soms wat moeilijk om een goed beeld te krijgen van de baankansen. Het is mooi als je daar een beetje mee geholpen wordt via een job market.” (Koen van der Swaluw, RIVM)

Dennis en Koen (RIVM) gaan in op een belangrijk discussiepunt. Zijn promovendi zelf verantwoordelijk voor hun profilering gedurende het promotietraject? Moeten ze niet zelf rekening houden met de onzekerheid na promotie en hierop inspelen

gedurende het promotietraject? Uiteraard valt hierover te twisten, maar zoals Koen (RIVM) terecht verwoordt neemt het schrijven van een goed proefschrift voor de meeste promovendi al veel tijd in beslag. Tenslotte streven we naar een zo hoog mogelijk onderzoekskwaliteit en dit kost simpelweg tijd. Ondanks dat elke universiteit steeds meer aandacht besteedt aan het loopbaanperspectief van promovendi, leert de praktijk dat promovendi richting het einde van het promotietraject hun vizier voornamelijk richten op de afronding van het proefschrift.

JOB MARKET

Om de doorstroom voor promovendi te ondersteunen willen wij als Vereniging voor Gezondheidseconomie bijdrage aan het jaarlijks organiseren van een Job Market Gezondheidseconomie. Tezamen met alle Nederlandse ISPOR Student Chapters hebben we de handen ineen geslagen en zijn we gestart met de organisatie van de eerste editie in het voorjaar van 2020 (nadere informatie volgt). Bij de

JOB MARKET VOOR PROMOVENDI GEZONDHEIDSECONOMIE

promovendi die wij spraken valt dit idee in goede aarde:

"Aangezien ik na mijn promotietraject niet van plan ben om mijn loopbaan te vervolgen in de academische sector, is een job market voor promovendi in Gezondheidseconomie een mooi platform om me te oriënteren op een vervolg elders. Een job market zou dus zeer nuttig zijn voor zowel het oriënteren op de mogelijkheden als het vinden van een toekomstige werkgever." (Steeff Konings, UMC Groningen)

"Er is behoefte aan een job market voor promovendi Gezondheidseconomie waar niet alleen de nadruk ligt op de farmaceutische industrie." (Giske Lagerweij, UMC Utrecht)

In lijn met de opmerkingen van Steeff en Giske is de job market gericht op alle disciplines binnen het wetenschapsgebied gezondheidseconomie. De focus ligt niet alleen op promovendi in HTA, maar

is juist ook bedoeld voor promovendi in de gedrags-, bedrijfs- en sociale wetenschappen (zoals psychologie, bedrijfskunde en econometrie) met een focus op gezondheid.

"Juist de grotere bedrijven zijn in beeld, maar de kleinere kantoren (dataverwerkers, consultancy) blijven achter." (Sander Steenhuis, VU Amsterdam)

"Bij de job market moeten ook bedrijven worden betrokken die niet alleen matchen met de richting van het onderzoek, maar ook met de opgedane kennis van promovendi (denk aan analytisch vermogen en zelfstandig werken)." (Wouter van der Schors, Erasmus Universiteit Rotterdam)

Daarnaast ligt de nadruk op zowel het loopbaanperspectief binnen als buiten de academische sector. Hierbij attendeerden Sander en Wouter terecht dat er aandacht moet worden besteed aan het betrekken van een breed scala aan bedrijven.

TOT SLOT

Er zijn al diverse (overheids)instellingen die aandacht besteden aan de doorstroom van promovendi, maar alsnog is het voor specifiek de promovendi in Gezondheidseconomie lastig om een beeld te vormen bij de mogelijkheden na promotie. Deels zal dit komen door het gebrek aan eigen initiatief en profilering, maar ook doordat er geen duidelijke afgebakende 'market' is. Daarom gaan wij aan de slag met de organisatie van een job market specifiek voor deze groep. De eerste editie zal plaatsvinden in het voorjaar van 2020 en dient als pilot. Schroom dus niet om ons te mailen met opmerkingen en suggesties. De organisatie bestaat uit een jonge groep, grotendeels promovendi, dus ervaringen van oud-promovendi kunnen zeer leerzaam zijn bij de ontwikkeling. Kortom, middels de job market hopen wij meer zekerheid te creëren voor onze promovendi, zodat we de weg na promotie kunnen 'onthoelen'!

Roel Freriks is promovendus bij de Rijksuniversiteit Groningen (Economics, Economics & Finance) en bestuurslid van de VGE

1. Koier E, Jonge J de (2018). De zin van promoveren- Loopbanen en arbeidsmarktperspectieven van gepromoveerden. Den Haag: Rathenau Instituut.

VGE CONGRES

'HERVORMING OUDERENZORG: NAAR KWALITEIT EN DOELMATIGHEID'

Oemar van der Woerd

Op donderdag 28 november 2018 vond het VGE congres 'Hervorming ouderenzorg: naar kwaliteit en doelmatigheid' plaats op de Erasmus Universiteit Rotterdam. De vraag naar de zorg voor ouderen neemt in hoog tempo toe en stelt onze samenleving voor een enorme uitdaging. De behoefte aan kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering is groter dan ooit. Wat is de weg naar betere kwaliteit en meer doelmatigheid? Tijdens het VGE-congres 2018 is deze vraag vanuit verschillende invalshoeken belicht.

WAARDE VAN ZORG

Professor David Grabowski van Harvard Medical School gaat in zijn presentatie – Encourage High-Value Nursing Home Care: Lessons for the Netherlands – in op de 'waarde' van langdurige zorg. Wat krijgen 'wij' terug voor de uitgegeven dollars of euro's in verpleeghuizen? "In Amerika zijn er ongeveer 16.500 verpleeghuizen, waarin 1,6 miljoen Amerikanen woonachtig zijn. Dat zijn meer verpleeghuizen dan het aantal vestigingen van Starbucks", aldus Grabowski. Hij maakt het globale onderscheid in type populaties tussen chronisch zieken met een lange verblijfsduur, gefinancierd door Medicaid of private 'out-of-pocket' betalingen, en anderzijds een post-acute groep met een korte verblijfsduur, voornamelijk gefinancierd door Medicare. "Het scheve is dat verpleeghuizen voor de laatste groep een hogere vergoeding ontvangen en het derhalve een lucratievere groep is."

Het Amerikaanse stelsel wordt omschreven als een 'verpleeghuis gedreven' systeem en het Nederlandse stelsel als een 'thuiszorg gedreven' systeem. Het huidige economische model van kwaliteitsconcurrentie is niet accuraat, zo betoogt Grabowski. "Toetreding van nieuwe aanbieders is lastig, er zijn vaste prijzen, aanbodbeperkingen, incomplete informatievoorzieningen voor cliënten en er is sprake van sterke systeemfragmentatie." Bovendien zijn er meerdere betalingsmechanismen, waarbij onderzoek laat zien dat een integrale bekostigingsmethodiek kwaliteit stimuleert. "In Amerika is de gezondheidszorg – na de nucleaire sector – de meest geregelde sector." Professionals werkzaam in verpleeghuizen klagen hierom over de regeldruk.

'HERVORMING OUDERENZORG: NAAR KWALITEIT EN DOELMATIGHEID'



Grabowski behandelt een aantal marktgeoriënteerde bekostigingsmethodieken, waarbij hij ingaat op (on)bewuste consequenties, voor- en nadelen en de uitkomsten van uitgevoerd onderzoek in de Amerikaanse verpleeghuiszorg. Zo levert het pay-for-performance (P4P) gedachtegoed een beloning voor betere uitkomsten, maar worden ziekere bewoners vermeden en kan er een te sterke focus op de gemeten en gewaardeerde scores ontstaan. Hierom is in de context van verpleeghuiszorg verevening van risicoverschillen tussen patiënten van groot belang.

Voorts gaat Grabowski in op de toepassing van 'report cards'. Een report card is

een soort verpleeghuisrapport gebaseerd op het idee dat een gebrek aan informatie kan leiden tot suboptimale uitkomsten. "Deze openbare rapporten zijn best goed interpreteerbaar en geven een betrouwbare weerspiegeling van de kwaliteit binnen verpleeghuizen." Momenteel worden verpleeghuizen beoordeeld op basis van een vijf sterren schaal en wel of niet gelabeld als een Skilled Nursing Facility (SNF).

Resumerend passeert een aantal opgedane lessen de revue. "De kwaliteit binnen verpleeghuizen blijft een continue beleidsuitdaging. Hierin is verdere regulatie niet het antwoord", zo benadrukt Grabowski. Het is van belang om de huidige regulering effectief te gebruiken

en te focussen op de tekortkomingen in het systeem, zoals incomplete informatievoorziening en niet optimaal functionerende betalingsmechanismen. Het ontwerp van dergelijke initiatieven, zoals de uiteengezette P4P systematiek of verpleeghuisrapporten doet er toe, maar het bewijs hiervoor is nog niet eenduidig. Grabowski omschrijft initiatieven om de versnippering van de bekostiging van verpleeghuizen integraal met elkaar te combineren als een belangrijke en complexe uitdaging voor de (nabije) toekomst.

EXTRA UITGAVEN

Pieter Bakx staat in zijn voordracht – 'Who Benefits from Additional Spending on Elderly Care?' – stil bij de toenemende uitgaven aan ouderenzorg. Wat krijgen wij terug voor gedane zorguitgaven? Er zijn veel zorgen over de kwaliteit in de zorg voor ouderen, maar zijn extra uitgaven de oplossing en wat leveren deze extra uitgaven ons daadwerkelijk op? Kostenbeheersing is immers een veelgehoorde term in het debat om de zorg betaalbaar

te houden, waarbij in de afgelopen twintig jaar twee grote verschuivingen in de zorgverlening op te merken zijn, van verpleeghuiszorg naar thuiszorg en van professionele naar informele zorg(verlening), in de context van de participatie maatschappij. Bakx focust zich in een heldere presentatie op de eerste verschuiving en is op zoek "naar een eerlijke vergelijking tussen verpleeghuiszorg en het zelfstandig thuis wonen".

Bakx staat kritisch stil bij de assumptie dat verpleeghuiszorg meer kosten met zich meebrengt dan het stimuleren om zelfstandig thuis te wonen en zorg te ontvangen. "Opname in het verpleeghuis kan immers ziekenhuisopnames preventief voorkomen." Per verpleeghuis verschilt het aantal ziekenhuisopnames en sterftecijfers. Bakx benoemt als uitkomst van uitgevoerd onderzoek dat tegenover de lagere kosten van mensen die thuis woonachtig bleven hogere extra medische kosten ontstonden door bijvoorbeeld een onverwachts ziekenhuisbezoek of medicatiegebruik.

GEZOND(ER) OUDER WORDEN

In de middagsessie 'Gezond ouder worden' benoemen professor Sytse Zuidema (hoogleraar Ouderengeneeskunde en dementie aan de Rijksuniversiteit Groningen) en professor Erik Buskens (hoogleraar Health Technology Assessment aan de Rijksuniversiteit Groningen) dat er een gat op te merken is tussen enerzijds de individuele, sociale en politieke wens om thuis langer en onafhankelijk te verblijven en anderzijds de feitelijke biologische veroudering. Kan 'gezond ouder worden' dat gat overbruggen? "De vraag naar vormen van zorg zal gezien de vergrijzing niet afnemen en de gezonde zelfredzame thuiswonende oudere is niet plots een feit", aldus het duo. De vraag overstijgt het aanbod, wat noodgedwongen wordt opgevangen via de spoedeisende hulp en de 'tweede lijn'. Een specialist ouderengeneeskunde gaat steeds vaker het ziekenhuis uit, zogenaamde anderhalvelijnszorg. Het curatieve zorgsysteem wordt overspoeld met care vraagstukken, waardoor financiële besparingen mini-

maal lijken te zijn. Vanuit de zaal wordt opgemerkt dat "je biologische leeftijd van belang is, niet alleen het daadwerkelijke getal". Is maximaal helpen altijd wenselijk? "Door het stellen van grenzen aan de zorgverlening gaat er mogelijk druk van de professionals af", zo wordt geopperd. Het betrekken van ouderen is van belang in de zorg voor ouderen zelf, maar een spiegel houden evenzeer. Als pleidooi benoemen Buskens en Zuidema het belang om eenzaamheid te voorkomen, waardoor ouderen niet onnodig het medische pad hoeven te bewandelen.

GRENZELOZE ZORG VOOR OUDEREN

In de middagsessie 'Kijk eens vooruit – Grenzeloze zorg voor ouderen' gaan dr. Rudi Holzhauser (project 'Kijk eens vooruit'), Ron de Graaf (Seijgraaf Consultancy) en Anna Boekel in op de drempels die Nederlandse ouderen ervaren bij het gebruik van zorg buiten Nederland. Op basis van een aantal prikkelende stellingen gaan zij met het publiek in discussie

over hun idee om het gebruik van ouderenzorg in het buitenland makkelijker te maken en te bevorderen. Hierbij kan worden gedacht aan het opzetten van seniorenresidenties in Zuid Europa, voor wonen, verzorging en verpleging. Volgens de sprekers zou dit een win-win-win situatie kunnen creëren voor ouderen zelf (o.a. betere levensloopregie), de Nederlandse overheid (o.a. mogelijkheden voor doelmatigheid) en de samenleving als geheel (o.a. ruimte op de woningmarkt).

TOENEMENDE GEZONDHEIDSVERSCHILLEN

In de middagsessie 'Gezondheidsverschillen tussen ouderen' gaat dr. Jennifer van den Broeke (Pharos, het landelijk expertisecentrum voor gezondheidsverschillen) in op de toenemende gezondheidsverschillen in Nederland, waarin er 2,5 miljoen laaggeletterden en 4,5 miljoen mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zijn. Bij deze laatste groep lukt het 'begrijpen', maar is het toepassen van de informatie lastig.

Kortom: er zijn sterke sociaal economische gezondheidsverschillen bij ouderen. Van den Broeke omschrijft deze groep als "ouderen die in kwetsbare omstandigheden leven, zoals je hele leven niet goed kunnen lezen en schrijven, je weg niet vinden in de ingewikkelde bureaucratie, opeenstapeling van medische- en sociaal-maatschappelijke problemen en weinig vertrouwen hebben in professionals." De belangrijke vraag die hierbij ontstaat: hoe is de kwaliteit van zorg en doelmatigheid voor ouderen met sociaal economische gezondheidsachterstanden te verbeteren?

ZELFSTANDIG THUIS WONEN

In de middagsessie 'Langer thuis' gaat dr. Peter Alders (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) in op de inhoud en doelstellingen van het Pact voor de Ouderenzorg. "Zo wordt er getracht om eenzaamheid tegen te gaan, zorg en ondersteuning thuis te organiseren en de kwaliteit binnen de verpleeghuiszorg te verbeteren", benoemt Alders. Immers, in

'HERVORMING OUDERENZORG: NAAR KWALITEIT EN DOELMATIGHEID'

de afgelopen jaren zijn er ongeveer 180 verzorgingstehuizen gesloten. Het uitgangspunt is om zelfstandig wonen voor ouderen te stimuleren, met ondersteuning, zorg en een woning die aansluit bij de persoonlijke behoeften. Gedurende de sessie wordt er in de zaal een vergelijking gemaakt met Duitsland, waarbij kinderen financieel verantwoordelijk zijn voor hun ouders en 'generatiehuizen' gestalte krijgen. Het belang om het woningaanbod levensloopbestendiger te maken in Nederland wordt meermaals benoemd. Vanuit de zaal wordt ingegaan op het besparend effect van de 'Langer thuis' programma lijn. In hoeverre wordt de betaalbaarheid van de zorg voor ouderen voor de volgende generatie gewaarborgd?

NAAR PERSOONSVOLGENDE FINANCIERING

De middagsessie 'Persoonsvolgende financiering' van professor Jeroen Trybou (professor Gezondheidseconomie aan de Universiteit Gent) en Eva Pattyn

(onderzoeker bij de Universiteit Gent) gaat in op het concept persoonsvolgende financiering en de uitdagingen die hiermee gepaard gaan, onder andere vanuit de Vlaamse context. Persoonsvolgende financiering is een tussenvorm van enerzijds een persoonsgebonden budget en anderzijds de levering van langdurige zorg in natura. Via het basisbudget ter ondersteuning, de eerste trap, is rechtstreeks toegankelijke hulp mogelijk. Als tweede trap is het mogelijk om een aanvraag te doen met een bijbehorend ondersteuningsplan op maat. Knelpunten aangaande de methodiek worden eveneens gedeeld, zoals de asymmetrie van kennis en de draagkracht van mantelzorgers versus respijtzorg. Contextueel is in Vlaanderen de zorg voor ouderen sterk in verandering. Zo zijn er 'eerstelijnszones', waarbij meerdere disciplines dienen samen te werken en er sprake is van lokale afstemming op regionaal niveau. Dergelijke 'grijze zones', waarbij onderdelen van het zorgsysteem als schakels bij elkaar komen, worden als interes-

sant omschreven. "De ziekenhuiszorg is eveneens in transformatie, waarbij het samenwerken in een netwerkstructuur nagenoeg verplicht is om het aanbod op elkaar af te stemmen", aldus het duo. In de GGZ wordt er – vergelijkbaar met de Nederlandse context – beleid gevormd van instelling naar vermaatschappelijking. Met andere woorden: een kanteling van instelling naar buurtzorg(en) met ambulantly aanbod.

DANKWOORD

Dagvoorzitter dr. Richard van Kleef kijkt terug op een geslaagde dag en dankt de sprekers en aanwezigen voor hun inbreng. Verdere verbeteringen in de kwaliteit en doelmatigheid van ouderenzorg vragen om een sterke verbinding tussen onderzoek en beleid. Het congres heeft laten zien dat hier een belangrijke taak ligt voor gezondheidseconomen, aldus Van Kleef.

Oemar van der Woerd werkt als promovendus 'Shared governance in de zorg' bij de sectie Health Care Governance en het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur van Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM).

SPONSOREN



Erasmus School of Health Policy & Management



rijksuniversiteit
 groningen

Radboud Universiteit



umcg

Radboudumc

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

COLOFON

REDACTIE

Elske van den Akker-van Marle
Erik Koffijberg
Kayleigh van Winssen
Redactieadres: 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)!

