



# NVTAG

Nederlandse Vereniging voor Technology Assessment in de Gezondheidszorg

Jaargang 20  
Nummer 4  
December 2015

## Inhoudsopgave

---

Van de bestuurstafel	1
Agenda 2016	2
Masterclass Jong-NVTAG	2
NVTAG Lustrumsymposium	3
Nieuwe slag NVTAG	8
HTA in Nederland	8
Samenvatting Proefschrift	9

## Van de bestuurstafel

---

### Van de bestuurstafel, NVTAG nieuws december 2105

De oorsprong van Kerstmis is jullie allen vast bekend. Sinds de 4<sup>de</sup> eeuw wordt Kerstmis gevierd op 25 december. In Egypte werd Ra, de zonnegod, vereerd, en Helios in Griekenland. In het late Romeinse Rijk was dit de zonnegod Sol Invictus (= de onoverwinnelijke zon). Ook in andere volken worden in deze tijd feesten gevierd. Bijvoorbeeld de Germanen vierden op 21 december de midwinter- of joelfeesten met als doel het boze te verjagen en het licht te begroeten. Jezus werd *het Licht van de Wereld* genoemd en men denkt dat dat de reden is dat geboorte van Christus op deze dag gevierd wordt. (bron: [www.wikipedia.org/kerstmis](http://www.wikipedia.org/kerstmis)). In deze periode nemen veel mensen vakantie en het is daardoor bij uitstek een periode om het afgelopen jaar eens rustig te bezien.

Als we naar de NVTAG kijken, is dat zeker de moeite waard en aangezien onze website geheel is vernieuwd was dat een fluitje van een cent (zie [www.nvtag.nl](http://www.nvtag.nl)). Op de nieuwe website hebben we bijvoorbeeld een kopje actueel en als je daarop klikt zie je gelijk dat de nieuwe farmaco-economische richtlijnen nu online op de website van het Zorginstituut staan. Verder kan je ook lezen over de activiteiten van jong-NVTAG. Zoals jullie weten is de jong-NVTAG speciaal voor de jongere leden van de NVTAG (tot 35 jaar). Met eigen thema's die relevant en interessant zijn voor deze doelgroep. Er zijn op dit moment ongeveer 50 jongeren bij betrokken afkomstig uit de academie, industrie, overheid en andere organisaties. Verderop in deze TA news kunt u meer hierover lezen. Verder is in 2015 de NVTAG prijs weer uitgereikt. Dit jaar ging de prijs naar Maria Gheorghe met haar paper 'Quality of life and time to death: have the health gains of preventive interventions been underestimated?'. Ook is er een zomersymposium gehouden, waarbij onze leden zelf de inbreng verzorgden. We wilden onze leden een platform bieden om hun voorgenomen, lopend of afgesloten onderzoek te presenteren aan collega's die met soortgelijk onderzoek bezig zijn. Dit symposium was de eerste activiteit van de recent opgerichte NVTAG werkgroep onderzoek en werd goed ontvangen.

Maar het toefje op de pudding van dit jaar was ons NVTAG Lustrumsymposium getiteld "Geen kwaliteitsverbetering zonder registraties" ter ere van ons 20 jarig bestaan. Op deze middag werd onder leiding van Tom van 't Hek de uitdagingen waar we voor staan op het gebied van patiëntenregistraties door diverse stakeholders vanuit hun eigen expertise en ervaring belicht. Er werd hier stevig gedebatteerd over de toekomst van patiëntenregistraties en kwaliteitsverbetering in de zorg. Er liggen hier veel kansen en uitdagingen.

Ik nodig jullie dan ook van harte uit onze website regelmatig te bezoeken. In het nieuwe jaar zullen we tal van nieuwe activiteiten ontplooiën en deze zullen via de website, mail en NVTAG nieuws tot jullie komen.

Rest mij jullie nog fijne kerstdagen en alle goeds voor 2016 toe te wensen,

Carin Uyl-de Groot,  
Voorzitter NVTAG

## Agenda 2016

---

7 apr	ZonMW Congres Goed Gebruik Geneesmiddelen, Amsterdam
10-14 mei	HTAi congres, Tokyo, Japan
26-27 mei	lolaHESG, VGE
29 okt -2 nov	ISPOR 19 <sup>e</sup> Europese congres, Wenen, Oostenrijk

## Masterclass Jong-NVTAG

---

### Jong NVTAG Masterclass: Real life data & HTA

Afgelopen donderdag 26 november vond niet alleen het lustrumsymposium van de NVTAG plaats, maar ook een masterclass georganiseerd door jong-NVTAG met als thema 'Real life data &HTA'.

Tijdens deze interactieve masterclass werden de 20 aanwezigen bewust gemaakt van de verschillen in kwaliteit van data, en uitgedaagd om studie data te beoordelen. Een inleiding op het thema werd gegeven door Amr Makady: hij is werkzaam bij het Zorginstituut en het IMI GetReal project. Tijdens zijn inleiding werd duidelijk dat er geen eenduidige definitie van Real life data is, wat het moeilijk maakt om hier beleid op te maken. Een ander aspect van Real life data is hoe je deze data het beste kunt verzamelen. Naast data die gegenereerd wordt in klinische studies, wordt er op dit moment volop gekeken naar hoe social media hiervoor gebruikt zou kunnen worden. Hoe men hierbij te werk gaat en wat dit precies zou betekenen voor het gebruik en verspreiden van data werd verteld door Rachel Kalf. Zij is eveneens werkzaam aan het IMI GetReal project. Tijdens een korte brainstorm werd duidelijk dat er erg veel mogelijkheden zijn bij het gebruik van social media, maar dat er ook voorzichtig moet worden omgegaan met de informatie die gevonden wordt.

Na een korte informele lunch sloot het merendeel van de deelnemers aan bij het lustrumsymposium.

## NVTAG Lustrumsymposium

### Verlag lustrumsymposium NVTAG 26 november 2015

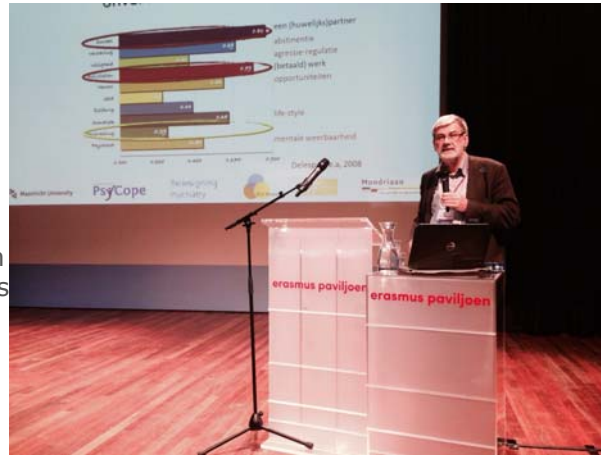


Op 26 november 2015 vond ter ere van het twintig jarig bestaan van de NVTAG het lustrumsymposium '**Geen kwaliteitsverbetering zonder registraties**' plaats. Dit onderwerp was gekozen, omdat 'real life data' veelal worden gezien als veelbelovend instrument voor kwaliteitsverbetering in de zorg. De vraag is echter of alle mogelijkheden al optimaal benut worden. Ook zien we ons geconfronteerd met nog veel logistieke en methodologische uitdagingen. Onder leiding van dagvoorzitter **Tom van 't Hek** ging een aantal sprekers hierover de discussie aan met de aanwezigen en elkaar.

**Carin Uyl-de Groot** (hoogleraar health technology assessment, Erasmus Universiteit Rotterdam) opende de sessie met een inhoudelijke uiteenzetting van de redenen dat we überhaupt over patiëntenregistraties spreken. In het begin van de opkomst van HTA, in de jaren '90 van de vorige eeuw, werden er alleen farmaco-economische modellen gebruikt. Het nadeel is dat deze alleen 'de ideale situatie' weergeven, aangezien ze veelal zijn gebaseerd op gegevens uit gerandomiseerd klinisch onderzoek in goed gecontroleerde settings. Inmiddels weten we uit registry's dat de dagelijkse behandelpraktijk er heel anders kan uitzien dan klinisch

onderzoek of richtlijnen doen voorstellen. Daaruit is een behoefte ontstaan aan informatie over gebruik van medische technologieën in de dagelijkse praktijk, inzicht in de doeltreffende behandeling, inzicht in de dynamiek van het klinisch handelen en de wens om inzicht te hebben in kosten en effecten in de dagelijkse praktijk. De afgelopen jaren zijn talloze registry's opgericht. Een groot nadeel is dat er nog teveel 'handwerk' in vele registry's zit. Dat betekent dat we heel veel tijd en daarmee geld stoppen in registry's waar we vervolgens eigenlijk nog te weinig informatie uit halen. Kortom, de registry's zelf kunnen ook nog een stuk efficiënter. Met IT-systemen zou een grote slag geslagen moeten kunnen worden, echter er zijn nog wel wat discussies te slechten, o.a. over privacy. Weerstand om aan registry's mee te werken bestaat in de praktijk ook nog altijd: deze is meestal gebaseerd op onbekendheid over wat er met de gegevens uit de registry's zal gebeuren.

**Philippe Delespaul** (hoogleraar innovaties in de geestelijke gezondheidszorg, Universiteit Maastricht) verzorgde vervolgens een prachtige schets over de evolutie van 'routine outcome monitoring' (ROM) in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In grote lijnen beschreef hij de evolutie van een instrument dat bedoeld was om op individuele basis zorg voor een specifieke patiënt te verbeteren (inmiddels al 15-20 jaar geleden), via een periode waarin ROM's naar Philippe's mening te rücksichtlos voor benchmarking werden gebruikt naar het heden, waarin de constatering is dat voor benchmarking nu eenmaal andere variabelen en doelen



gelden dan voor individuele patiëntmonitoring en er dan ook gewerkt zou moeten worden met separate ROM's voor elk van beide trajecten. Philippe's presentatie bevatte tal van waardevolle aanwijzingen voor registry's in de somatische zorg. Zo bleek uit de eerste ROM-analyses dat er veel zorgbehoeften zijn die niet door de zorg kunnen worden ingevuld (bijv. partner, huisvesting, activiteiten). Casemixcontrole is een term die ten aanzien van benchmarking te gemakkelijk gebezigd lijkt te worden: in de praktijk blijkt dit veelal ondoenlijk. De vraag wat outcome is, is in de GGZ – maar waarschijnlijk ook in de somatiek – niet zo 1-2-3 te beantwoorden: er is een ander soort outcomes dan klinische variabelen nodig wanneer veel doelen van de therapie ook maatschappelijk zijn. De ROM voor benchmarking zou korte generieke instrumenten moeten bevatten, met een voor- en een nameting en met beperkte logistiek. Gebruik maken van een sample (in tegenstelling tot de hele populatie) is mogelijk voldoende. De ROM voor klinisch gebruik kent veel meer domeinen, variatiesensitieve instrumenten, specifiek voor het individu, liefst met zelfmetingen, op zorgrelevante momenten en met 100% inclusie. Philippe schetste tenslotte het gebruik van de mobiele ROM (mROM) waarbij met gebruikmaking van mobiele technieken herhaalde metingen dagelijks op random momenten worden uitgevoerd. Het biedt de mogelijkheid om van alles wat ook maar relevant is te meten: angst, depressie, maar ook kwaliteit van leven en sociale netwerken. Het grote voordeel is dat een databank ontstaat van enerzijds geïndividualiseerde en anderzijds gecontextualiseerde data. Dit is van grote waarde bij functionele diagnostiek: in kaart brengen in welke omstandigheden welke problemen ontstaan. Dit biedt de mogelijkheid voor functionele behandeling en collaboratieve hulpverlening.

**Martin van der Graaff** (secretaris Wetenschappelijke Adviesraad, Zorginstituut Nederland) benaderde het onderwerp registry's vanuit het perspectief van de pakketbeheerder. Hij gaf aan dat we heel wat geleerd hebben op dit onderwerp de afgelopen jaren, waarbij we ook goed inzicht hebben gekregen in de nadelen van registry's. Belangrijk blijft het uitgangspunt dat registry's dokters moeten helpen in hun handelen en daarmee ook de betalende instanties. Een uitdaging is dat er veel wordt verzameld over hetgeen dokters relevant vinden. Echter, variabelen die



voor de pakketbeheerder relevant zijn, zitten er lang niet altijd in. Een duidelijk voorbeeld is kwaliteit van leven, terwijl dit vaak met een aantal simpele vragen in kaart kan worden gebracht. Daarnaast worden metingen vaak simpelweg niet gedaan, omdat er geen tijd in het consult van de patiënt met de arts beschikbaar is. Een aantal jaren ervaring heeft ons geleerd dat de registry's tot nu toe weinig informatie opleverden die in het kader van vergoedingsbeslissingen voor de pakketbeheerder bruikbaar zijn. Naar de toekomst toe zou het voor de pakketbeheerder een zegen zijn als er publieke toegang tot de data is. Vandaag de dag wordt publieke toegang veelal belemmerd door de gevestigde belangen van de betrokken partijen. De pakketbeheerder zou blij zijn met registry's met makkelijk meetbare uitkomsten die correleren aan patient outcome en die bijdraagt aan de discussie over acceptabele kosten per uitkomst. Het moet ook bijdragen aan de discussie of we de technologie in kwestie überhaupt wel willen hebben en aan onzekerheidsreductie omtrent de kosten/QALY ratio. Registry's zijn bruikbaar om erop toe te zien dat start-/stopcriteria in behandelingen daadwerkelijk worden toegepast, om bij te dragen aan 'rationeel gebruik' en wanneer we op korte termijn tot 'bruikbare bijsturing' leiden, zelfs als dat ten koste gaat van de soliditeit van de data. Dit zal op termijn leiden tot flexibeler pakketbeheer. Op die manier kan het Zorginstituut Nederland meer een makelaar worden dan salomonsoordelen vellen, wat vervolgens samenwerking tussen stakeholders faciliteert. Als dat allemaal lukt, is de 'nieuwe stijl' registry's de moeite waard!



**Hans Feenstra** (voorzitter Raad van Bestuur, Martini Ziekenhuis Groningen) opende met nog eens te benadrukken dat de Nederlandse zorg op het gebied van kosten en kwaliteit bij de beste van Europa behoort, met name als het gaat om ziekenhuiszorg. Hans gaf aan dat registry's in feite tot onderdeel van de marktwerking zijn gemaakt. Hierdoor bestaan er veel verschillende registratiesystemen en de vraag doet zich steeds meer voor of we niet naar één systeem toe zouden moeten. De manier waarop gemeten wordt, zouden we niet altijd aan de markt moeten overlaten. Het is van

belang te beseffen dat we registry's nooit volledig zullen kunnen automatiseren. Waarschijnlijk ten hoogste 60-70%, daarnaast zal altijd een stuk handwerk benodigd zijn. Hans benoemde als voorbeeld de farmadatabase uit de zes Santeon ziekenhuizen: een prachtige database over toepassing in de praktijk. Echter, je ziet niet zomaar aan de data 'wat goed en wat fout is'. Daarvoor zal altijd 'achter de data' gekeken moeten worden. Daarnaast speelt de privacydiscussie. In feite staan we op een tweesprong: we kunnen technisch heel veel, maar de vraag hoe we het organiseren is een andere. Het meten van effecten in de praktijk kan uiteindelijk een gevolg hebben voor zowel inkoop als verkoop van zorg. Het zou goed zijn als het initiatief voor verdere veranderingen in registry's en het gebruik daarvan ligt bij patiëntenorganisaties, ziekenhuizen en dokters: bij hen ligt het primaat in de zorg, aldus Hans.



**Robbert Huijsman** (senior manager Kwaliteit & Innovatie, Zilveren Kruis Achmea en hoogleraar Erasmus Universiteit Rotterdam) belichtte wat Zilveren Kruis Achmea de afgelopen vier jaar heeft gedaan op het gebied van uitkomsten. Er is een groot programma uitgerold, gegeven de ambitie om in 2016 van 40% van de zorg helder in kaart te hebben wat de uitkomst van die zorg is. Doel van uitkomststuring is uiteindelijk betere zorg. Dit lukt alleen als de meting zich beperkt tot een kleine set data, die een relatie heeft tot zowel proces als uitkomst van zorg. Robbert's boodschap was dat we ons moeten durven beperken



tot de meest relevante uitkomsten en procesparameters. Wetenschappelijke metingen (lang meten, grote groepen) moeten dichterbij individueel bruikbare metingen voor dokters worden gebracht. Robbert benadrukte dat hier ook nieuwe methoden voor zijn (bijv. zes afwijkingen van het gemiddelde op rij zegt ook iets – daar is geen grote studie voor nodig). Ten aanzien van de eenvoud benadrukte hij het voorbeeld van een meting met één vraag (over 'volhoudtijd') bij mantelzorgers van mensen met dementie, die op zichzelf niet eens over professionele standaarden gaat. Een belangrijk aandachtspunt ten aanzien van uitkomst is dat een gemiddelde score best oke kan lijken, maar dat er uiteindelijk toch nog teveel spreiding is. 'Shifting the curve up (minder spreiding) and to the right (hogere score)' is het nieuwe adagium. Net als voorgaande sprekers benadrukte Robbert het belang van inbedding van registry's in het primaire proces. We hebben inmiddels echter meer dan 150 registry's in Nederland, waarvan de kosten naar schatting tussen de 70 en 165 miljoen euro bedragen. De basis voor structurele financiering daarbij is zwak en een andere zwakte is dat de registry's teveel van elkaar verschillen. Zweden kent een nationale infrastructuur hiervoor. Het zou ideaal zijn als dat in Nederland ook kan. Dit zou buiten alle concurrentie om moeten, aldus Robbert, iets wat we van een van de voorgaande sprekers ook hoorden. Uiteindelijk gaat het er voor de zorgverzekeraar om dat de basis van de zorginkoop ligt in de waarde van de behandeling: gericht op verhogen van de kwaliteit en liefst met verlaging van kosten.



Als laatste spreker belichtte **Ruud Simons** het initiatief patiëntregisters.nl. Dit initiatief is een nationaal initiatief 'om de chaos op te lossen'. Informed consent is een uitdaging waar nagedacht moet worden over een oplossing. Middels een verwijzing naar een TED-talk filmpje benadrukte Ruud dat een van de problemen vandaag de dag is dat data die voor een specifieke registry zijn verzameld niet bruikbaar zijn voor evaluatie van andere ziektes of gezondheidsproblemen. De huidige constructie van informed consent belemmert in die zin de innovatie. Idealiter zou patiëntregisters.nl eraan moeten bijdragen dat alle initiatieven en verschillende registry's aan elkaar verbonden

worden. Duidelijk is dat al die registraties op dit moment namelijk te veel tijd en te veel geld kosten. Registry's kunnen op den duur ook een return on investment opleveren. Duurzame continuïteit van registry's is erg belangrijk. Patiëntregisters.nl beoogt een nationale organisatie te zijn waarin alle registry-organisaties (en betrokken stakeholders) zijn vertegenwoordigd. Het idee is om een framework te bouwen voor duurzame en uniforme registry's. Patiëntregisters.nl beoogt publieke en private partijen samen te brengen, vanuit de constatering dat alles wat nodig is op dit vlak niet door één partij kan worden gedaan. Patientregisters.nl is primair opgezet voor dokters en patiënten en secundair voor andere belanghebbenden of 'rapportage-behoefteigen'.

De middag werd afgesloten met een discussie tussen de sprekers. Naast discussies over de vraag wie nu de regie moest nemen, waren hoogtepunten daaruit dat er veel creativiteit in het veld is, dat nu moet worden omgezet in initiatieven. Belangrijke vraag daarbij is of initiatieven bij elkaar gevoegd kunnen worden 'om meters te maken'. Tevens is er, zoals ook al uit de presentaties bleek, meer standaardisering benodigd. De dagvoorzitter Tom van 't Hek sloot af met de uitdagende vraag wat de sprekers zouden doen als ze 1 dag minister Schippers waren. De antwoorden gaven een mooi beeld van het vele besprokene op deze middag: van een analyse van de gevestigde belangen en hoe deze om te zetten in gedeelde belangen tot de suggestie voor een eilandsessie met bij registry's betrokken clubs en het eiland niet af voordat er een handtekening is dat alle clubs zich committeren aan registry's. Daarnaast was de suggestie om patient-reported outcomes te benoemen tot hét systeem waarlangs we uitkomst gaan meten en zorgverzekeraars te vragen hun klanten één week te laten rondlopen met de mROM, zodat informatie over kwaliteit van leven van iedereen beschikbaar is. Last but not least werd gesuggereerd om na alle investeringen in registry's vooral meer met de data te gaan doen en daar een solide organisatie voor te hebben.



## Nieuwe slag NVTAG

---

2015 is in diverse opzichten een bijzonder jaar voor de NVTAG. Ten eerste bestaat de vereniging dit jaar twintig jaar. Ten tweede geldt dat Health Technology Assessment (HTA) misschien wel meer dan ooit in de belangstelling staat in Nederland. Daarom heeft het bestuur van de NVTAG gewerkt aan het 'toekomstklaar' maken van de vereniging. De NVTAG is oorspronkelijk een academisch georiënteerde vereniging. Gezien het toenemende belang van HTA is geuit dat we meer mogen doen aan de vertaalslag naar de praktijk.

De oprichting van jong-NVTAG is een belangrijk voorbeeld in dit kader. Maar ook de oprichting van een groep op LinkedIn en de metamorfose van de NVTAG website zijn onderdelen van deze vernieuwing. Een nieuw onderdeel van de website zal zijn 'HTA in Nederland'. HTA onderzoek uit Nederland staat internationaal zeer hoog aangeschreven. Om de uitwisseling van kennis en expertise verder te bevorderen en leden een beeld te geven van wat er in Nederland zoal speelt op HTA gebied, zal deze webpagina interessante HTA ontwikkelingen op Nederlandse bodem belichten.

## HTA in Nederland

---



Gestructureerd rapporteren van modelvalidatie.

Pepijn Vemer, Isaac Corro Ramos, George van Voorn, Maiwenn Al en Talitha Feenstra, en de AdViSHE study group hebben een tool ontwikkeld, waarmee modelbouwers kunnen rapporteren over modelvalidatie. AdViSHE bestaat uit 13 vragen, verdeeld over alle aspecten van modelvalidatie: het conceptuele model, de inputdata, de software en de uitkomsten.

Met een, door modelbouwers, ingevulde versie kunnen modelgebruikers zelf hun oordeel bepalen over de validatiestatus van het model. Dit is handig bij bijvoorbeeld vergoedingsdossiers, maar ook bij de disseminatie van een model, bijvoorbeeld in een paper of op congressen, eventueel in een verkorte, checklist vorm. Hij kan daarnaast gebruikt worden tijdens het bouwen van een model.

"AdViSHE: A validation-assessment tool of health-economic models for decision makers and model users" P. Vemer, I. Corro Ramos, G.A.K. van Voorn, M.J. Al, T.L. Feenstra, and the AdViSHE study group. Accepted for publication in *PharmacoEconomics*.



## Samenvatting Proefschrift

---

### Cost-effectiveness of disease management programs in COPD

Promovendus: Melinde Boland

Promotoren: Prof.dr. M.P.M.H. Rutten-van Mólken en Prof.dr. N.H. Chavannes

Met de invoering van de keten-DBC in 2010 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) besloten om disease management (DM) programma's op een brede schaal in Nederland te implementeren voor verschillende chronisch ziekten, inclusief chronische longaandoeningen (COPD). Het is voor beleidsmakers en financierders dus niet meer relevant om te onderzoeken of DM kosteneffectief is, maar welk DM programma meer effectief is ten opzichte van de gebruikelijke zorg. Melinde Boland deed jarenlang onderzoek naar de kosteneffectiviteit van DM programma's voor COPD.

Als eerste voerde zij in samenwerking met collega's een systematische review van 11 DM programma's voor COPD uit. Hieruit bleek dat DM mogelijk een besparing in zorgkosten oplevert van €898 per patiënt (exclusief programma kosten). Deze kostenbesparing is voornamelijk te danken aan een afname van ziekenhuiskosten van €1060 per patiënt. Naast de besparing op zorgkosten zagen we kleine maar positieve resultaten in gezondheidsuitkomsten. Maar uit de review blijkt ook dat er grote variatie is in de interventie-, studie-, en patiënten-kenmerken. De meeste studies zijn uitgevoerd met patiënten met een ernstigere vorm van COPD dan dat er gemiddeld in de huisartsenpraktijk worden behandeld.

Daarom hebben we vervolgens een grote cluster gerandomiseerde trial (RECODE trial) met een lange follow-up (24 maanden) uitgevoerd waaraan 40 huisartspraktijken en 1086 COPD patiënten meededen. In de helft van de praktijken kregen de huisartsen, praktijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten een tweedaagse training over DM. Vervolgens was het aan de hulpverleners zelf hoe ze hiermee aan de slag zouden gaan. Daarbij werden ze wel ondersteund door de onderzoekers.

Tegen de verwachtingen in bleek het RECODE programma niet kosteneffectief te zijn. De zorgkosten waren gemiddeld €584 duurder in de DM groep, terwijl er geen duidelijk verschil was in gezondheidsuitkomsten. Wel was de coördinatie en kwaliteit van COPD zorg verbeterd in de DM groep. De belangrijkste obstakel van het programma was de pragmatische opzet van de studie. Het programma resulteerde in een laag implementatie niveau en veel variëteit van implementatie tussen de verschillende huisartspraktijken. Dit was misschien een suboptimaal intensiteit van het programma, maar het geeft wel een realistisch beeld over de effecten van zo'n programma in de dagelijkse praktijk.

Melinde identificeerde ten slotte verschillende bevorderende en belemmerende factoren voor de kosteneffectiviteit van DM programma's voor COPD. Zoals de motivatie van de patiënt om hun leefstijl te veranderen, de proportie van COPD patiënten in een praktijk en de financiering van verschillende leefstijl interventies zoals stop-met-rook adviezen. Ondanks de identificatie van deze verschillende determinanten is de ideale DM programma voor COPD nog niet gevonden. Het is van belang dat er meer onderzoek wordt gedaan naar de ideale mix van DM interventies voor individuele patiënten en de ideale implementatie strategie van deze programma's.

Datum promotie: 12 november 2015, Erasmus Universiteit Rotterdam