



NVTAG

Nederlandse Vereniging voor Technology Assessment in de Gezondheidszorg

Jaargang 22
Nummer 2
September 2017

Inhoudsopgave

Van de bestuursstafel	1
Agenda 2017	2
Nieuw bestuurslid NVTAG	3
Jong-NVTAG event	3
NVTAG MTA-prijs 2016	4
Rapport 'Zonder context geen bewijs'	4
Verslag symposium Value Based HealthCare	5
Samenvatting Proefschrift Ellen G. Engelhardt	8

Van de bestuursstafel

Van de bestuursstafel, NVTAG nieuws september 2017

In een licht weemoedige bui zit ik vandaag achter mijn bureau. Het is alweer begin september en de meteorologische herfst is begonnen; de dagen worden in een rap tempo korter en de bladeren verliezen langzaam hun frisse groene kleur... Mijn mailbox loopt weer lekker vol en m'n agenda ook.... De meesten van jullie zullen inmiddels de vakantie wel achter de rug hebben. Anderen hebben gedurende de zomer door geploeterd, maken nu een lange neus naar de rest en vertrekken op een welverdiende vakantie.

Ook het NVTAG bestuur heeft het zomerreces weer achter de rug en maakt volop nieuwe plannen. Het eerste is de organisatie van het **NVTAG najaar symposium**, met als thema **HTA-methodologie dat op 30 november in Utrecht zal plaatsvinden**. Nederland neemt momenteel internationaal een goede positie in als het gaat om HTA-methodologie-ontwikkeling. Deze succesvolle positie is deels te danken aan het feit dat VWS jarenlang budget beschikbaar heeft gesteld ten behoeve van HTA-methodologisch onderzoek. Bijvoorbeeld via het programma HTA-methodologie binnen het programma Dure Geneesmiddelen van ZonMw. Naast het feit dat dit programma heeft geresulteerd in aanzienlijke wetenschappelijke output, heeft het ook geleid tot o.a. aanpassing van de Nederlandse richtlijnen voor economisch evaluatieonderzoek in de gezondheidszorg. Helaas wordt op dit moment dit type onderzoek niet tot nauwelijks nog gefinancierd uit publieke gelden. Structurele vervolgfianciering is echter noodzakelijk om als Nederland internationaal wetenschappelijk een vuist te kunnen blijven maken en om besluitvormers te kunnen blijven ondersteunen met informatie verkregen met up-to-date HTA methoden en technieken. Doel van het symposium, dat we samen met ZonMw organiseren, is om binnen de brede HTA gemeenschap en de gebruikers / praktijk te verkennen welke HTA-methodologie onderwerpen/vragen momenteel nog onbeantwoord zijn, wat de relevantie hiervan is voor HTA-gerelateerde besluitvorming, wat hiervoor nodig is, en hoe we deze thema's onder de aandacht kunnen brengen bij belangrijke (financierende) partijen zoals

ZIN en VWS. Tijdens deze dag zullen we tevens de **NVTAG MTA-prijs 2016** uitreiken. Meer over deze procedure leest u verder in dit TA nieuws.

In dit TA nieuws kunt u ook kennismaken met onze **nieuwe NVTAG bestuurslid, Stephan Nijhuis** van Pharmerit. Wij zijn er blij mee en hebben nu als bestuur een interessante mix van experts uit onderzoek, beleid en bedrijfsleven. Binnen het bestuur heeft verder een wissel van taken plaatsgevonden; Marloes van der Maas zal de functie van secretaris overnemen van Caroline van der Meijden, die voorzitter is geworden van de expertgroep Market Access van HollandBIO; ze blijft gelukkig wel aan als bestuurslid. Caroline en Marloes, beiden bedankt!

Ten slotte wijs ik u nog op de **Jong-NVTAG activiteit** die op **donderdag 5 oktober** zal plaatsvinden met als thema '**Alternatieven voor de RCT**'. In dit kader biedt het recente rapport '**Zonder context geen bewijs**' van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) dat al veel media aandacht heeft gekregen, een interessante kapstok voor deze avond. Tot nu toe heeft Jong-NVTAG al een interessante reeks aan thema's belicht, en ik zou de jonge leden vooral willen aansporen om hier naar toe te gaan! U doet zeker relevante kennis op, maar u leert ook weer nieuwe mensen kennen: goed voor uw netwerk!

Groet, Carmen Dirksen

Agenda 2017

5 okt	1 ^e ZIN Wetenschapsdag
5 okt	jong-NVTAG event 'Alternatieven voor RCT's'
4-8 nov	ISPOR 20 ^e Europese congres, Glasgow, Schotland
30 nov	NVTAG Symposium 'HTA methodologie'

Nieuw bestuurslid NVTAG

Nieuw bestuurslid: Stephan Nijhuis



Sinds juni 2016 is Stephan werkzaam als business development manager bij Pharmerit International te Rotterdam. Pharmerit is een internationale HEOR en market access consultancy in de medische sector. Onder meer doet Pharmerit veel projecten wereldwijd op het gebied van HTA. Hiervoor was Stephan meer dan twee jaar werkzaam als accountmanager en recruitment consultant bij REAL Life Sciences te Amsterdam. In deze functie heeft hij een groot aantal market access, HEOR en medical affairs professionals bemiddeld voor medische bedrijven in Nederland. Stephan heeft zijn MA in International Political Economy (IPE) behaald aan de University of Manchester in 2013.

Jong-NVTAG event

Jong-NVTAG activiteit – donderdag 5 oktober 2017

Ondanks dat er in de afgelopen periode geen jong-NVTAG activiteit heeft plaatsgevonden, hebben we als werkgroep niet stilgezeten. We hebben veel positieve reacties gekregen over het onderwerp 'Alternatieven voor RCT's', en op donderdagavond 5 oktober 2017 organiseren we dan ook onze volgende activiteit waarin dit onderwerp centraal zal staan.

Meer informatie en het inschrijfformulier volgt, maar als je je alvast wilt aanmelden voor de activiteit, stuur dan een e-mail naar jongnvtag@gmail.com.

Een hele fijne zomer gewenst, en hopelijk tot 5 oktober!

Groeten,
Jong-NVTAG
Marjolijn van Keep, Lyn Breebaart, en Marloes van der Maas

NVTAG MTA-prijs 2016

Tijdens het NVTAG-themasymposium HTA-methodologie dat op 30 november zal worden georganiseerd zal de jaarlijkse uitreiking van de MTA-prijs plaatsvinden. Heb je in 2016 een manuscript gepubliceerd gekregen waarvan jij vindt dat het baanbrekend is binnen het HTA vakgebied? Stuur het dan uiterlijk 29 september 2017 naar NVTAG voorzitter Carmen Dirksen (c.dirksen@mumc.nl) met een korte motivatie in het Engels waarom je dit manuscript indient en wie weet sta jij straks op het podium. Een vakkundige jury zal zich vervolgens over de ingezonden manuscripten buigen en een top33 samenstellen. Naast de eeuwige roem is er zoals altijd voor de winnaar een geldprijs aan verbonden. Je mag meedingen met de MTA-prijs en maximaal één artikel insturen als je in 2016 nog geen 36 jaar was en lid bent/was van de NVTAG. Als je wel ouder was dan 35 jaar dan geldt de regel dat je niet langer dan 5 jaar professioneel actief mag zijn op het HTA vakgebied, ter beoordeling door jury. De prijs zal bestaan uit een geldbedrag van €1000, - gesponsord door [Pharmerit](#).

Rapport 'Zonder context geen bewijs'

Onlangs (19 juni jl.) verscheen het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving 'Zonder context geen bewijs'. Dit rapport is voor de NVTAG leden zeker relevant, aangezien het vakgebied 'health technology assessment' wetenschappelijk bewijs als een belangrijke onderlegger beschouwd voor besluitvorming op allerlei niveaus binnen de gezondheidszorg.

Het rapport stelt de 'evidence-based' benadering als basis voor onze gezondheidszorg stevig aan de kaak en noemt het zoeken naar eenduidig bewijs een 'illusie' en 'onterechte simplificatie' van wat goede zorg is. Aan de andere kant stelt het rapport ook dat de zoektocht naar bewijs zeker moet worden voortgezet, maar dat dit 'bewijs in meervoud' moet zijn. De Raad stelt voor om van 'evidence-based practice' naar 'context-based practice' te bewegen, waarbij bewijs zeker een rol speelt, maar náást vele andere bronnen van informatie. De concrete context bepaalt dan hoe deze kennisbronnen met elkaar worden verbonden en hoe betekenis wordt gegeven aan bewijs. De Raad sluit het rapport af met een aantal concrete aanbevelingen o.a. op het gebied van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek.

Er is veel media aandacht geweest voor dit rapport, met uiteenlopende reacties. Aan de ene kant professionals die beamen dat dit gedachtengoed al lang wordt omarmd en toegepast, en anderen die stellen dat wetenschappelijk bewijs hét fundament is van de zorg dat niet kan worden losgelaten, zelfs beter moet worden gevolgd. De vraag is echter of de verschillende standpunten onverenigbaar zijn of dat we eigenlijk dezelfde mening zijn toegedaan. Veel van de aanbevelingen in het rapport sluiten inderdaad aan op wat er in de gezondheidszorg al enige tijd gaande is. Er is inmiddels een hele generatie opgestaan, op alle niveaus binnen de gezondheidszorg, die begrijpt dat wetenschappelijk bewijs vaak niet eenduidig is, en niet alleen, noch in alle omstandigheden volstaat. Het gedachtengoed dat in het rapport wordt neergezet wijkt feitelijk niet af van waar het 'evidence-based practice' paradigma voor staat. Evidence-based practice verenigt immers wetenschappelijk bewijs met de kennis en ervaring van de zorgverlener, en de wensen en omstandigheden van de individuele patiënt, de concrete context dus. Wel moet erkend worden dat de meningen over wat 'telt' als bewijs uiteenlopen, en daar waar we verder afstaan van de individuele patiënt is het geen eenvoudige taak om context

factoren naast het wetenschappelijke bewijs te bezien, op waarde te schatten en in besluitvorming te integreren.

Dus is hier echt sprake van conflicterende ideeën en heeft de Raad met dit rapport daadwerkelijk de knuppel in het hoenderhok gegooid? Of is vooral de wijze waarop een en ander is verwoord in het rapport de aanleiding tot deze discussies? De Raad neemt met 'context-based practice' immers de context als vertrekpunt, terwijl 'evidence-based practice' het bewijs als vertrekpunt neemt. Maar betekent dit concreet dat we dan ook ergens anders eindigen?

In dit verband geven Lottie Hooft (Cochrane Nederland) en Emma Bruns (AMC) in hun artikel in het NRC een treffende verwijzing naar het boek 'The Checklist Manifesto' van Atul Gawande, chirurg en medeoprichter van een gestandaardiseerde checklist voorafgaand aan een operatie. Hij stelt in zijn boek dat het automatiseren van de gebaande paden onze geest de ruimte geeft om na te denken over de uitzonderingen. Anders gesteld; wetenschappelijk bewijs geeft juist de ruimte om context toe te laten. En is dat eigenlijk niet precies wat de Raad wil?

Carmen Dirksen (namens NVTAG bestuur)

Referentie en Media

<https://www.raadrvs.nl/publicaties/item/zonder-context-geen-bewijs>

<https://www.volkskrant.nl/wetenschap/waarom-patienten-niet-altijd-gebaat-zijn-bij-statistiek-richtlijnen-en-protocollen~a4505214/>

<https://www.nrc.nl/nieuws/2017/06/19/arts-moet-minder-varen-op-richtlijnen-11166285-a1563640>

https://www.nrc.nl/nieuws/2017/07/03/zweer-de-wetenschap-niet-af-edith-11520081-a1565307?utm_source=NRC&utm_medium=related&utm_campaign=related2

https://www.nrc.nl/nieuws/2017/06/19/artsen-moeten-minder-strikt-volgens-richtlijnen-werken-11166233-a1563638?utm_source=NRC&utm_medium=related&utm_campaign=related2

<https://www.trouw.nl/home/dokter-kijk-eens-naar-de-mens-die-tegenover-u-zit~a1a051e1/>

Verslag Symposium Value Based HealthCare

Value-based healthcare en kosteneffectiviteit:
keerzijden van dezelfde euro?

Op 11 april 2017 organiseerden de VGE en NVTAG samen dit Value-based Healthcare (VBHC) symposium in het LUMC. De centrale vraag tijdens dit symposium was of VBHC en kosteneffectiviteit gezien kunnen worden als methoden die dezelfde doeleinden nastreven, of dat deze daadwerkelijk verschillen.



Vlnr: Prof. Job Kievit, Annemarie Haverhals, Steven Lugard, prof. Jan Hazelzet, prof. Patrick Jeurissen

De gedachte achter VBHC – waarom is er zoveel interesse voor? - Prof. Job Kievit, dagvoorzitter

De gedachte achter VBHC komt voort uit het feit dat de patiënt steeds meer centraal wordt gesteld in het zorgproces. Op dit moment wordt vooral gekeken naar de kosteneffectiviteit, waarin het effect op kosten het meest op de voorgrond staat. Kosteneffectiviteit komt echter niet per definitie overeen met wat de patiënt belangrijk vindt. Doordat de patiënt steeds meer centraal wordt gesteld, en de waarde van zorg voor de patiënt dus steeds meer prioriteit krijgt, wordt het interessanter om ons meer te verdiepen in VBHC en om ons niet alleen maar te richten op de kosteneffectiviteit.

Hoe is VBHC uit te werken en te gebruiken in een ziekenhuis? - Annemarie Haverhals (Santeon)

Data die wordt verzameld binnen ziekenhuizen wordt voornamelijk gebruikt om hypothesen voor verbetering te formuleren. Namelijk, door variatie in de data tussen ziekenhuizen te ontdekken zijn mogelijke problemen te identificeren. De vraag is vervolgens of deze variatie voort komt uit de data zelf, door variatie tussen patiëntengroepen of door de manier waarop behandelbesluiten worden genomen. Het opzetten van een dergelijke verbetercyclus bestaat uit drie stappen:

- 1) Data verzamelen en verschillen zoeken
- 2) Verschillen analyseren en verbeteringen identificeren
- 3) Verbeteringen implementeren

Deze gehele cyclus is reeds doorlopen voor vijf verschillende aandoeningen: borstkanker, prostaatcancer, longkanker, heupartrose en CVA. Door het terugkoppelen en bespreken van ziekenhuis specifieke resultaten kunnen verbeteringen in de zorg worden doorgevoerd, en wordt er waarde gecreëerd voor de patiënt en voor het ziekenhuis.

Het uitvoeren van kostprijsberekeningen als onderdeel van VBHC - Steven Lugard (Performance)

Een manier om kostprijsberekeningen uit te voeren is het gebruik van Time Driven Activity Based Costing (Time driven ABC). Bij deze manier van kostprijsberekeningen wordt een diagnose-behandel combinatie (DBC) geïdentificeerd aan de hand van de tijdstippen waarop de patiënt bepaalde handelingen ondergaat. Kosten van de verrichtingen op ieder tijdstip binnen de DBC worden doorberekend. Deze manier van kostprijsberekeningen wordt nog steeds gebruikt omdat:

- Dit vaak de beste evidence is die beschikbaar is
- Verrichtingen goed zijn geregistreerd en gestandaardiseerd
- Belangrijkste variatie tussen patiënten dan zit in de inzet van het personeel per verpleegdag

Wanneer we de kosten voor patiënten met chronische aandoeningen kunnen terugdringen is er veel winst te behalen. Een mogelijke verbetering ligt in het veranderen van het honorariumsysteem voor artsen. We zouden naar een vergoedingsmodel toe moeten werken dat niet betaalt op basis van het volume van geleverde zorg. In de chronische zorg leidt dat toe dat, wegens verkorte DBC cycli, patiënten nu vaker naar het ziekenhuis toe moeten, zodat het ziekenhuis voldoende omzet blijft draaien. Het is daarom aan te bevelen om de zorg in de gehele zorgketen te integreren, en daarbij de zorg te verbinden tussen de regio, de eerste lijn, de tweede lijn en alle andere betrokken zorginstanties.

Het definiëren van waarde als onderdeel van VBHC - Prof. Jan Hazelzet (Erasmus MC)

Kwaliteit moet gemeten worden om zorg te verbeteren, maar slechts het meten van de kwaliteit van zorg is niet voldoende. De patiënt moet daarin een stem hebben en mede daarom is het belangrijk om te kijken naar patiënt reported outcomes. Voor de ene patiënt zullen namelijk andere criteria van belang zijn dan voor de andere patiënt. In VBHC wordt rekening gehouden met uitkomsten die belangrijk zijn voor de patiënt, oftewel de waarde voor de patiënt, ten opzichte van de kosten die horen bij het creëren van die waarde. Voor VBHC moeten in samenwerking met de patiënt een set uitkomsten gedefinieerd worden waarop de beoogde verbetering betrekking heeft. Vervolgens dient de patiënt zelf ook betrokken te blijven bij de implementatie en evaluatie van deze verbetering. Om VBHC daadwerkelijk goed te implementeren in ziekenhuizen zal een transitieproces moeten plaatsvinden, namelijk van patient reported outcomes, naar patient reported outcome measures, naar patient reported outcomes performance measures.

Wat zijn de sterke en minder sterke kanten van VBHC? - Prof. Patrick Jeurissen (Radboud MC)

In de zorg kennen we een deel overuse en een deel underuse van alle mogelijk beschikbare bronnen. Dit is echter geen nieuw fenomeen. Eeuwen geleden werd al geconstateerd dat er 20% onnodig gebruik werd gemaakt van de zorg en dit percentage is enkel gestegen. Een minder sterke kant van VBHC is dat het pakketbeleid van de zorgverzekeraars op dit moment te kort schiet. Dit beleid werkt eigenlijk alleen echt goed voor een specifieke groep mensen als we kijken naar VBHC. Voor de ene patiënt heeft een bepaalde behandeling veel meer waarde dan voor de andere patiënt. Maar hoe lossen we dat op? Moeten er dan bepaalde dingen uit het pakket worden gehaald? Of is het beter om te sturen op bepaalde groepen die toegang zouden moeten krijgen tot deelpakketten?

Discussie met prof Job Kievit, Steven Lugard, prof. Jan Hazelzet, prof. Patrick Jeurissen

Gedurende de discussie werden er vragen gesteld met betrekking tot de volgende onderwerpen: Wat is de rol van de verzekeraar in VBHC? Hoe verhoudt diagnostiek zich tot VBHC? Zouden consequenties van behandelbeslissingen die buiten de gezondheidszorg vallen en relevant zijn voor de patiënt (bijv. in staat zijn om te werken) ook geen onderdeel moeten zijn van VBHC?

Sofie Berghuis & Michelle Kip – HTSR – Universiteit Twente



Samenvatting Proefschrift

A Difficult Balancing Act:

Informing breast cancer patients about adjuvant systemic therapy

Promovendus: Ellen G. Engelhardt

Promotors: prof. dr. A.M. Stiggelbout (LUMC) and prof. dr. E.M.A. Smets (AMC)

Co-promotor: dr. A.H. Pieterse

Patient participation in the treatment decision-making process is widely advocated and essential in the context of treatment decisions when there is no 'best' treatment option. A key requirement to achieve this goal is thorough and balanced information provision about the benefits and harms of the viable treatment options. There are many factors that can negatively influence information provision in clinical practice. Unfortunately, insights in information provision during real-time patient consultations involving preference-sensitive decisions is limited. The objective of the work presented in the thesis is to assess information provision about adjuvant systemic therapy during consultations between early-stage breast cancer patients and medical oncologists in general. In this era of personalized medicine, prediction tools (e.g., Adjuvant!) are becoming an integral part of information provision during patient consultations. However, evidence is lacking about a) the availability and the quality of prediction tools for the early-stage breast cancer setting, b) how prevalent the use of such tools is during patient consultations, and c) whether and how the use of such tools influences information provision.

In Part I, we investigate the availability and accuracy of risk prediction models for decision-making about adjuvant systemic therapy for early-stage breast cancer. An essential prerequisite for the use of such tools in clinical practice, is that their estimates have to be accurate. In this part, we present the results of a systematic review of published risk prediction models for adjuvant systemic therapy selection in early-stage breast cancer, that includes an assessment of the strengths and weaknesses of the identified models. Most prediction tools were developed to inform clinicians' decisions, yet they are also used to inform patients. Therefore, in the review we also assessed the required literacy level to comprehend the content of the output provided by the tools we identified. Next, we assessed the prognostic accuracy of the 10-year all-cause mortality estimates in breast cancer patients aged <50 years at diagnosis for two commonly used prediction models, namely Adjuvant! (currently offline) and PREDICT (http://www.predict.nhs.uk/predict_v2.0.html). We focused on young patients as previous validation studies had too few young patients and/or the follow-up time was too brief to draw conclusions about the accuracy of these tools in this younger patient population.

In Part II, we assessed oncologists' attitudes towards and self-reported use of tools to communicate the benefits of adjuvant systemic therapy for early-stage breast cancer. With a survey amongst oncologists, we assessed their perception of the minimal benefit that makes treatment worthwhile given the side-effects. Clinical guidelines indicate that 3-5% is the minimum benefit that makes treatment worth considering given its side-effects. We assessed whether oncologists' minimally required benefit to tip the scale in favor of treatment is in line with the guidelines. These insights are relevant as oncologists' preferences and beliefs can influence their information provision and treatment recommendations. In the same survey, we also examined oncologist

perceptions of and reasons for using prediction tools, and views on communicating the uncertainty associated with prognostic estimates from such tools, as little is known about this.

In Part III, we assessed information provision about the benefits and harms of adjuvant systemic therapy for early-stage breast cancer during real-time patient consultations. From the results of Part II, we learned that Adjuvant! was the most frequently used prediction tool, therefore in this part we focused on Adjuvant! use. We investigated the frequency and the influence of the use of Adjuvant! on information provision about the benefits and harms of adjuvant systemic therapy, and whether the use of this tool is associated with the likelihood of reaching a decision during the consultation. Next, we zoomed in on a controversial element of risk communication, namely the communication of the uncertainty associated with the prognostic estimates provided by prediction tools. There currently are no generally accepted guidelines on whether and how to communicate uncertainty, and evidence on whether uncertainty is communicated in clinical practice is also lacking. We assessed whether and which type of uncertainty was communicated during patient consultations and evaluated to what extent patients perceived the uncertainty associated with the prognostic estimates communicated during the consultation. Finally, we explored whether the presentation of information about adjuvant systemic therapy during the consultation contained implicitly persuasive elements. Such behaviors could inadvertently steer patients facing preference-sensitive decisions towards a particular choice that might not be in line with the patients' values and goals.

From the work contained in the thesis, seven key findings can be distilled, namely: Many prediction tools are available to aid adjuvant systemic treatment decision-making, however, they require either further calibration and/or broad validation. Medical oncologists set higher thresholds for considering adjuvant systemic treatment worthwhile compared to the thresholds used in clinical guidelines. Adjuvant! is regularly used by medical oncologists to inform patients about their prognosis and the potential treatment benefit. In spite of reservations about the robustness of Adjuvant!'s relapse estimates, medical oncologists usually only communicate the relapse probabilities to patients. The uncertainty associated with Adjuvant!'s estimates is not always communicated, and patients struggle with the concept of epistemic uncertainty. The suboptimal information provision about treatment side-effects during consultations, suggests that the potential treatment benefits mainly drive adjuvant systemic treatment decisions. In spite of the lack of a 'best' treatment option, medical oncologists use implicit persuasion to steer patients towards the treatment option they deem in their patients' best interest.

The thesis is available at:

https://issuu.com/ellenengelhardt/docs/proefschrift_ellen_engelhardt_digit. For a hardcopy, please e-mail Ellen at e.engelhardt@vumc.nl.

Datum promotie: 19 september 2017 15:00 uur, Academiegebouw Universiteit Leiden.