



In dit nummer:

Van de bestuurstafel.....	1
Nieuwe voorzitter	2
NVTAG Lustrum Symposium "Back to the Future"	3
Parkeren/vervoer Forumzaal M-gebouw Erasmus Expo- en Congrescentrum.....	4
Actualisatie van de Handleiding voor kostenonderzoek:.....	5
LolaHESG 2011.....	7
HTA-methodologie projectleidersbijeenkomst ZonMw	8
Proefschrift Transparency of Transferability.....	9
Proefschrift Screening for developmental dysplasia of the hip	10
Proefschrift "Mind the Gap"	11

Van de bestuurstafel

Herinnert u zich nog het 2e lustrum? Ondertussen moeten we heel erg veel "fun" gehad hebben, want ik kan mij terugkijkend bijna niet voorstellen dat het alweer 5 jaar geleden is, dat we 10 jaar NVTAG vierden met een groots feest in Maastricht. Voor mij was dat om meerdere redenen een bijzonder moment. Bij die gelegenheid kreeg ik, na enkele jaren bestuurslid te zijn geweest de voorzittershamer overgedragen van Gerard Engel.

De vereniging heeft zich de afgelopen jaren goed kunnen profileren. Meerdere symposia en cursussen werden als "coproductie" opgezet, oa samen met ZonMw en CvZ. Dat is een succesformule gebleken. Met de onderwerpen die tijdens zulke evenementen aan de orde kwamen werd zo veel mogelijk ingespeeld op de actualiteit.

Zo kon de vereniging steeds een breed publiek interesseren en betrekken. Daarnaast is langs de weg van formele afvaardiging, of omdat individuele leden daartoe werden uitgenodigd, de NVTAG betrokken bij diverse Nationale ontwikkelingen op het terrein van onderzoek en beleid. Kortom onze stem en de resultaten van ons onderzoek zijn niet meer weg te denken uit de publieke discussie. Ik durf wel te stellen dat we een heel vitale club zijn, waar leden zich thuis voelen en waar zij zich in herkennen.

Het derde lustrum is het vieren meer dan waard! Alweer een mijlpaal, en voor mij na een periode van vijf jaar als voorzitter een mooie gelegenheid om zelf de voorzittershamer door te geven. Ik heb mij alle jaren in het bestuur met heel veel plezier ingezet voor de vereniging. Dat is uiteraard ook te danken aan de bijzonder fijne, zeg maar gerust kameraadschappelijke sfeer binnen het bestuur. In dat opzicht voelt het afscheid van het bestuur een beetje als een verlies. Anderzijds zullen er kansen en gelegenheden genoeg zijn voor reünie, en blijf ik uiteraard lid van de club. De hamer geef ik graag door aan Carin Uyl. Ik heb er nooit mee hoeven slaan om een orde probleem op te lossen, en ik ben er zeker van dat dat nooit nodig zal zijn. De vereniging bloeit en is met het zittende bestuur en haar nieuwe voorzitter in uitstekende handen. Voortaan kom ik als ontspannen bezoeker naar symposia en andere activiteiten.

Erik Buskens

Nieuwe voorzitter

Het lijkt haast een traditie bij lustra te wisselen van voorzitter. Waarschijnlijk is het toeval. Als nieuwe voorzitter van de NVTAG wil ik kort iets zeggen over de ambities van de NVTAG. Er is veel bereikt de afgelopen 15 jaar. De huidige activiteiten bestaan voornamelijk uit het organiseren van symposia en cursussen, regelmatig in samenwerking met andere organisaties, zoals ZonMw of CVZ. De animo van zowel leden als niet-leden hiervoor is groot. Het maximum aantal inschrijvingen wordt meestal spoedig bereikt. Het zijn dan ook niet de minste namen die bij ons geweest zijn, denk aan Claxton, Ryan, Guyatt, Abrams.

Wel denk ik dat het goed is te kijken of het wenselijk is en/of er behoefte is, aan het ontplooiën van eventuele andere activiteiten binnen onze vereniging. Hierbij kan gedacht worden aan een actieve(re) rol in maatschappelijke debatten of bij bijvoorbeeld richtlijnontwikkeling. Indien we inderdaad meer zouden willen doen, is een andere rol van onze leden wenselijk en noodzakelijk.

Een nog openstaand punt op de bestuursagenda blijkt te zijn het onderzoeken of er mogelijkheden zijn tot een opleiding tot HTA deskundige en aan welke voorwaarden dat zou moeten voldoen. In het verleden is hier een commissie mee bezig geweest, maar dit onderzoek is destijds niet afgerond. Als bestuur zullen we de komende tijd ook hier mee aan de slag gaan.

Op de volgende ledenvergadering zullen we deze punten bespreken. Hiervoor hebben we input van jullie allemaal nodig. Dit geldt trouwens ook voor het meedenken over onderwerpen voor cursussen en symposia, voor het organiseren ervan.

Vanuit deze plaats wil ik verder graag aandacht vragen voor het komend 15 jarig lustrumsymposium "Back to the future". Op het symposium geven diverse experts een terugblik en een blik op de toekomst van HTA. Vragen zoals wat heeft HTA ons gebracht en welke methodologische vooruitgang is geboekt komen aan bod. Verder buigen we ons verder over vragen zoals waar leidt dit alles toe, waar moeten we heen met ons vakgebied en wat zijn de uitdagingen en vraagstukken voor de toekomst. De dag wordt in subthema's opgedeeld, zoals methode, organisatie, projecten en besluitvorming rond HTA. Zowel leden als niet-leden zijn van harte welkom. We hopen op een inspirerende dag en een grote opkomst.

Carin Uyl - de Groot, voorzitter

NVTAG Lustrum Symposium “Back to the Future”

Een terugblik en een blik op de toekomst van HTA

Programma 7 april 2010

Forumzaal Erasmus Expo- & Congrescentrum Rotterdam

Dagvoorzitter Prof. Dr. Carin Uyl-de Groot (EUR)

9.30 - 10.00 Registratie en koffie

10.00 - 10.10 Afscheidswoord voormalig voorzitter NVTAG (Prof.dr. Erik Buskens, UMCG)

10.10 - 10.20 Welkom Prof.dr. Carin Uyl-de Groot, voorzitter NVTAG

10.20 - 10.50 Overzicht HTA: een terugblik en blik op toekomst (Prof.dr. Hans Severens, EUR)

10.50 - 11.20 Nieuwe perspectieven in HTA (Prof.dr. Werner Brouwer, EUR)

11.20 - 11.45 Presentaties door 3 genomineerden NVTAG prijs 2010

11.45 - 12.00 Intermezzo Joop Vos (15 min)

12.00 - 13.00 Lunch (inleveren stembiljetten NVTAG prijs)

Methodologie

13.00 - 13.20 Ontwikkelingen in kostenonderzoek (Dr. Leona Hakkaart-van Roijen, EUR)

13.20 - 13.40 Effectiviteitsmetingen in het bijzonder kwaliteit van leven (Prof.dr. Jan van Busschbach, ErasmusMC)

Casuïstiek

13.40 - 14.00 Organisatie HTA onderzoek binnen gynaecologie (Prof.dr. Ben Willem Mol, AMC)

14.00 - 14.20 Vroege HTA en diagnostiek (Prof.dr. Erik Buskens, UMCG)

14.20 - 14.40 HTA en (dure) geneesmiddelen (Dr. Gert Bergman, Mapi Values)

14.40 - 15.10 Pauze

Besluitvorming: HTA onderzoeksresultaten en daadwerkelijk gebruik

15.10 - 15.30 Appraisal door het CVZ (Dr. Bert Boer, CVZ)

15.30 - 15.50 Gebruik door behandelaars (Prof.dr. Wilco Peul, LUMC)

15.50 - 16.10 Mogelijkheden voor de Regieraad (Prof.dr. Pieter Vierhout, Regieraad)

16.10 - 16.15 Prijsuitreiking NVTAG 2010

16.15 - 16.30 Intermezzo en afronding

16.30 Borrel

Het aanmeldingsformulier kunt u downloaden vanaf de NVTAG site. [Downloaden.](#)



Parkeren/vervoer Forumzaal M-gebouw Erasmus Expo- en Congrescentrum

Het Erasmus Expo- en Congrescentrum (M-gebouw) ligt aan de Burgemeester Oudlaan 50 in Rotterdam-oost.

Openbaar vervoer

Ook met het openbaar vervoer is het Erasmus Expo- en Congrescentrum uitstekend bereikbaar. Tramlijn 7 is vanaf Rotterdam Centraal Station in ongeveer 15 minuten bij eindhalte Woudestein, vlakbij het Expo- en Congrescentrum.

Metrostation Kralingse Zoom ligt circa 5 minuten van het Expo- en Congrescentrum.

Vanaf Rotterdam Centraal Station naar de EUR:

- Met tram 21 richting De Esch. Uitstappen halte Woudestein.
- Met tram 7 richting Woudestein of Burg. Oudlaan. Uitstappen bij eindpunt.
- Met metro richting Spijkenisse / Slinge. Op station Beurs overstappen op metro richting Capelle a/d IJssel, Ommoord of Nesselande. Uitstappen halte Kralingse Zoom.

Vanaf station Rotterdam Alexander naar de EUR:

Stap op de metro richting Schiedam Centrum/Spijkenisse. Stap uit halte Kralingse Zoom.

Autoroute naar EUR Woudestein

Onze accommodatie is gemakkelijk bereikbaar per auto. Het congresgebouw ligt vlakbij de Van Brienoordbrug. Vanaf afrit 25 bent u binnen enkele minuten bij het Expo- en Congrescentrum van de Erasmus Universiteit, campus Woudestein. De campus heeft een betaald parkeerterrein en een parkeergarage.

Neem vanaf de A16 (vanaf beide richtingen) de afslag 25 'Centrum'. Volg op de rotonde de borden 'Centrum'. Ga na de rotonde bij de verkeerslichten rechts de Burg. Oudlaan op. Ga vervolgens de eerste weg rechts het terrein Campus Woudestein op.

Vanaf december 2010 is het parkeerterrein vóór het Expo- en Congrescentrum **(P1) vanwege bouwwerkzaamheden beperkt in gebruik**. Wij verzoeken u vriendelijk zoveel mogelijk gebruik te maken van parkeerterreinen P2 (bij het naastgelegen T-gebouw) of P4 (tegenover Hogeschool Rotterdam).



Actualisatie van de Handleiding voor kostenonderzoek:

methoden en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg

Siok Swan Tan
Rutten FFH

Bouwmans-Frijters CAM
Leona Hakkaart-van Roijen

Erasmus Universiteit Rotterdam, institute for Medical Technology Assessment, Rotterdam, the Netherlands

De 'Handleiding voor kostenonderzoek: methoden en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg' is een uitwerking van de Nederlandse richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek wat betreft de identificatie, volumemeting en waardering van eenheden. De kostenhandleiding is verschenen in het voorjaar van 2000, waarna een eerste geactualiseerde versie is uitgebracht in 2004. Sinds begin 2011 is de tweede geactualiseerde versie te vinden op de CVZ website onder zorgpakket/ CFH-agenda / Commissie Farmaceutische Hulp / Farmaco-economisch onderzoek.

Het doel van de kostenhandleiding is het verschaffen van een instrument dat onderzoekers en beleidsmakers faciliteert bij de uitvoering en beoordeling van kostenonderzoek in economische evaluaties, zoals die voor de beoordeling van nieuwe geneesmiddelen. Om aan deze doelstelling te blijven voldoen, is de kostenhandleiding 2010 op een aantal punten aangepast ten opzichte van de geactualiseerde versie 2004. Allereerst is de methodologie daar waar nodig aangepast aan de stand van de wetenschap, zoals tijdskosten van mantelzorgers en medische kosten in gewonnen levensjaren.

Daarnaast bevat de kostenhandleiding 2010 geactualiseerde referentieprijzen en een uitbreiding van de standaard rekenwaarden en referentieprijzen, zoals die voor standaard zorgeenheden in de paramedische zorg en geestelijke gezondheidszorg. Standaard rekenwaarden zijn vaste waarden die gebruikt kunnen worden in kostenonderzoek, zoals het aantal werkbare uren van een verpleegkundige per jaar of de kostprijs voor een medisch specialist per uur. Referentieprijzen zijn gemiddelde kostprijzen van medische verrichtingen, consulten of verpleegdagen die direct gebruikt kunnen worden voor de waardering van zorgeenheden in economische evaluaties. Voorbeelden hiervan zijn de kostprijs van een huisartsconsult en de kostprijs van een verpleegdag in een algemeen ziekenhuis.

Tenslotte is de beschrijving van de totstandkoming en opbouw van Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) in de kostenhandleiding 2010 verder uitgebreid. Het DBC Informatie Systeem bevat gedetailleerde volumegegevens van individuele zorgeenheden (www.dbcinformatiesysteem.nl). Momenteel zijn deze gedetailleerde gegevens echter niet publiekelijk beschikbaar. Wel zijn de nationale tarieven van DBCs en een aantal zorgeenheden openbaar gemaakt middels de NZa tariefapplicatie (<http://ctg.bit-ic.nl/Nzatarieven/top.do>). De NZa tariefapplicatie vervangt hiermee het Excel bestand uit de geactualiseerde versie 2004.

De kostenhandleiding gaat uit van de geldende theorieën over economische evaluaties en van actuele standaard rekenwaarden en referentieprijzen. Deze worden gepresenteerd aan de hand van het stappenplan voor kostenonderzoek, waarin het berekenen van kosten in economische evaluaties wordt gezien als een proces waarbij 7 stappen chronologisch doorlopen moeten worden:

- Stap 1: Bepaling reikwijdte van de economische evaluatie
- Stap 2: Keuze kostencategorieën
- Stap 3: Identificatie eenheden
- Stap 4: Volumemeting eenheden
- Stap 5: Waardering eenheden
- Stap 6: Omgaan met onzekerheid
- Stap 7: Rapportage van kosten

De kostenhandleiding beschrijft voor elke stap welke uitgangspunten gehanteerd moeten worden, welke methoden ter beschikking staan en welke criteria van belang zijn bij het kiezen tussen methoden. De keuzes worden gemaakt op basis van de doelstelling van de economische evaluatie, de ziekte of behandeling die onderwerp is van de economische evaluatie en de keuzes die in eerdere stappen gemaakt zijn.



In aansluiting op de richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek onderscheidt de kostenhandleiding vier kostencategorieën. De directe kosten binnen de gezondheidszorg zijn alle kosten die rechtstreeks verband houden met de preventie, diagnostiek, therapie, revalidatie en verzorging van de ziekte of behandeling. Directe kosten buiten de gezondheidszorg zijn bijvoorbeeld de tijd- en reiskosten van patiënten. Indirecte kosten buiten de gezondheidszorg ontstaan als secundair gevolg van de ziekte of behandeling en betreffen productieverliezen als gevolg van afwezigheid of inefficiëntie tijdens betaald en onbetaald werk, politie en justitie en kosten van speciaal onderwijs. Indirecte kosten binnen de gezondheidszorg omvatten de medische kosten in gewonnen levensjaren.

In de kostenhandleiding wordt per kostencategorie het stappenplan voor kostenonderzoek uitgewerkt en een overzicht van standaard rekenwaarden gepresenteerd. Met betrekking tot de directe kosten binnen de gezondheidszorg is tevens een lijst opgenomen met referentieprijzen voor standaard zorgeenheden, waaronder verpleegdagen, medische verrichtingen en geneesmiddelen. Tenslotte besteedt de kostenhandleiding aandacht aan speciale onderwerpen bij het stappenplan voor kostenonderzoek. Discontering van kosten is van belang indien de kosten in de toekomst optreden. Ook wordt onder meer aandacht geschonken aan discrepanties tussen lange en korte termijn kostenconsequenties, overdrachtsuitgaven en de invloed van patenten en octrooien.

Bij het samenstellen van de kostenhandleiding is een afweging gemaakt tussen de mate waarin een handleiding als deze voorschrijvend moet zijn ten behoeve van de standaardisatie en vergelijkbaarheid van economische evaluaties en de mate waarin voldoende vrijheid blijft bestaan om bij het kostenonderzoek recht te doen aan de specifieke situatie van de economische evaluatie. De keuze met betrekking tot de selectie van methoden voor het meten en waarderen van kosten wordt neergelegd bij de onderzoeker. Het is bijvoorbeeld van essentieel belang om een balans te vinden tussen standaardisatie enerzijds en de specifieke situatie van de economische evaluatie anderzijds. Daarom zijn economische evaluaties die een bijdrage te leveren aan de besluitvorming op nationaal niveau over het algemeen gebaat bij gestandaardiseerde methoden zoals referentieprijzen, terwijl economische evaluaties die een bijdrage leveren aan de besluitvorming op regionaal of organisatieniveau gebaat zijn bij eigen kostprijsonderzoek.

De kostenhandleiding sluit aan bij de uitgangspunten en de terminologie uit de Nederlandse richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek. De beschreven methoden verschillen echter niet wezenlijk van de methoden die gebruikt kunnen worden in andere soorten van onderzoek. Het gebruik van de kostenhandleiding voor kostenonderzoek in de gezondheidszorg in het algemeen bevordert de kwaliteit en vergelijkbaarheid van economische evaluaties.

LolaHESG 2011

In navolging op de 2 succesvolle LolaHESG bijeenkomsten in 2009 en 2010 wordt dit jaar op 26 en 27 mei een derde Low Lands Health Economics Study Group bijeenkomst gehouden. De organisatie is dit jaar in handen van het Julius Centrum (UMC Utrecht) en het RIVM te Bilthoven. De locatie is het sfeervolle, bosrijke conferentiecentrum Kontakt der Kontinenten in Soesterberg (www.kontaktderkontinenten.nl).

Waar ging het ook alweer om? LolaHESG stimuleert de ontwikkeling en uitwisseling van gezondheidseconomische ideeën door middel van discussie over een 30-tal concept artikelen. Ieder concept artikel op het programma wordt onder leiding van een gespreksleider gedurende een sessie van 45 minuten besproken, met als doel de auteurs op een constructieve manier te helpen bij de verdere uitwerking en afronding van hun artikel. Een discussiant, die geen auteur is van het artikel, bespreekt het concept artikel en presenteert een aantal discussiepunten, en speelt dus een cruciale rol in het tot stand brengen van de discussie. De rol van de auteur/indiener van het concept artikel is beperkt tot het toelichten van eventuele onduidelijkheden. Daarnaast krijgt zij/hij aan het einde van de sessie de gelegenheid om op de discussie te reageren. Het vakgebied gezondheidseconomie komt in zijn volle breedte aan bod.

Indienders van een artikel, gespreksleiders, discussianten en overige belangstellenden kunnen zich inschrijven. Kosten voor deelname aan deze 2-daagse all-inclusive (lunches, overnachting, avondmaaltijd) bijeenkomst zijn €200,00. Alle informatie is te vinden op de website www.gezondheidseconomie.org (onder LoLa).

HTA-methodologie projectleidersbijeenkomst ZonMw

Binnen de ZonMw programma's DoelmatigheidsOnderzoek en Dure Geneesmiddelen lopen inmiddels ruim 60 HTA-methodologie projecten. Een groot aantal projecten zit in de eindfase of is afgerond. Tijd om stil te staan bij de resultaten van deze projecten.

ZonMw organiseert een HTA-methodologie projectleidersbijeenkomst op maandag 12 september 2011 van 13.00 – 17.00 uur. U bent als lid van de NVTAG van harte welkom.

Tijdens deze middag staan actuele vragen centraal. Wat is de opbrengst van HTA-methodologie projecten? Hoe is de ontwikkelde methodologie in de praktijk te gebruiken? Wat zijn prioriteiten voor de toekomst?

Reserveert u maandagmiddag 12 september 2011 alvast in uw agenda? In juni staat het definitieve programma op de ZonMw website. U ontvangt dan ook de officiële uitnodiging met locatie en aanmeldmogelijkheid.

Proefschrift Transparency of Transferability

Diagnosing international aspects of economic evaluations of health care technologies

Promovenda: Saskia Knies

Promotor: Hans Severens (Erasmus Universiteit Rotterdam/Maastricht University)

Co-promotoren: André Ament en Silvia Evers (Maastricht University)

Datum verdediging: donderdag 27 januari 2011

Plaats promotie: Aula Minderbroedersberg 4-6, Maastricht University

In de laatste jaren wordt er steeds meer gebruik gemaakt van economische evaluaties in het besluitvormingsproces over nieuwe zorgtechnologieën. Door de groeiende vraag naar economische evaluaties en de schaarse middelen kunnen niet alle evaluaties zelf worden uitgevoerd. Hierdoor worden veel technologieën in een beperkt aantal jurisdicties geëvalueerd. Daardoor worden economische evaluaties gebruikt in andere jurisdicties dan waarin de studie is uitgevoerd. Voor het gebruik van de evaluaties moeten beleidsmakers beoordelen of deze buitenlandse economische evaluaties wel geschikt zijn voor hun eigen beslissingscontext. Dit vanwege verschillen tussen landen in zorgsystemen, kosten, demografie en epidemiologie. Het is belangrijk dat beleidsmakers bewust worden dat deze verschillen voor problemen kunnen zorgen.

Een van de methoden de transferabiliteit van studies te beoordelen is het model van Welte. Dit model is getest door buitenlandse studies te transfereren naar Nederland en die te vergelijken met een Nederlandse studie. Met de getransfereerde studies zijn twee voorspellingen gemaakt. Alle gevonden studies werden gebruikt in de 'alle studies voorspelling' en alleen de transfereerbare studies werden gebruikt in de 'Welte's model voorspelling'. De resultaten van de voorspellingen verschillen, waarbij de kosten beter werden voorspeld in 'Welte's model voorspelling'. Hieruit kan worden geconcludeerd dat het model werkt.

Daarnaast zijn de aanbevelingen over productiviteitsverliezen in economische evaluaties in verschillende nationale richtlijnen vergeleken. Deze aanbevelingen verschillen in grote mate; zo bevelen niet alle richtlijnen het maatschappelijk perspectief aan. Daarnaast wordt in de meeste richtlijnen aanbevolen om de kosten van verzuim mee te nemen, er is echter geen overeenstemming over de monetaire waardering van productiviteitsverliezen. Deze verschillende aanbevelingen bemoeilijken het transfereren van data naar andere jurisdicties. De verschillen tussen de richtlijnen zijn waarschijnlijk veroorzaakt door het gebrek aan consensus over productiviteitsverliezen in economische evaluaties.

Verder zijn productiviteitsverliezen in vier Europese landen op dezelfde manier en bij dezelfde patiëntengroep gemeten. Dit om te onderzoeken of er significante verschillen zijn tussen landen. Respondenten uit Nederland, Verenigd Koninkrijk, Frankrijk en Duitsland hebben via het internet een vragenlijst ingevuld met verschillende soorten vragen. Er zijn significante verschillen tussen landen gevonden, maar ook andere variabelen beïnvloeden de productiviteitsverliezen. Het is daarom niet raadzaam om data uit andere landen zomaar te gebruiken.

Het volgende onderzoek was gericht op de transfereerbaarheid van de utiliteiten van de EQ-5D. Deze tarieven zijn vergeleken door te kijken naar het relatieve belang van de domeinen en de absolute en marginale utiliteiten van twee gezondheidstoestanden. De invloed van de methodologische verschillen tussen de nationale tarieven. In alle delen zijn er verschillen gevonden tussen de tarieven en deze konden deels worden verklaard door de methodologische verschillen. De resultaten geven aan dat de verschillen tussen de tarieven en daardoor ook tussen de utiliteiten aanzienlijk zijn.

Het onderzoek beschreven in dit proefschrift heeft bijgedragen over meer kennis over de transferabiliteit van sommige aspecten van economische evaluaties. Daarnaast maken de resultaten duidelijk dat aan transferabiliteit gerelateerde problemen deels het gevolg zijn van methodologische verschillen en door verschillen in nationale richtlijnen. Deze verschillen kunnen worden verkleind door het ontwikkelen van een internationale richtlijn of referentiecassus. Meer standaardisatie zal het ook eenvoudiger maken om de transferabiliteit van economische evaluaties te beoordelen. Daarnaast is het belangrijk om economische evaluaties zo transparant mogelijk te rapporteren aangezien het zo makkelijker wordt om te beoordelen of data transfereerbaar is.

Proefschrift Screening for developmental dysplasia of the hip

Implementation by simulation

Promovenda: Sabrina Ramwadhoebe
Promotoren: E. Buskens, R.M. Castelein
Co-promotoren: R.J.B. Sakkers, F.J.A. Beek
Datum: 17 december 2010
Plaats: Academiegebouw Utrecht

Onderwerp promotieonderzoek:

Implementatie van echografische heupscreening in de Nederlandse Jeugdgezondheidszorg voor de opsporing van heupafwijkingen bij drie maanden oude baby's.

Belangrijke Conclusies:

Op basis van de implementatie-uitkomsten in twee regio's in Nederland kan echografische heupscreening op een verantwoorde manier op de leeftijd van drie maanden de huidige screening vervangen.

Belangrijkste Aanbeveling:

Voor succesvolle landelijke implementatie dient rekening gehouden te worden met de regionale kenmerken van Jeugdgezondheidszorg. Daarnaast dient de verantwoording van de kwaliteit van de screening landelijk bij 1 organisatie te worden gelegd.

Samenvatting:

Dysplastische heupontwikkeling (DHO) is een aandoening die vaak voorkomt bij kinderen. Het voortijdig ontdekken en behandelen van DHO kan de kans op gewrichtsafwijking en invaliditeit in de toekomst verlagen. Huidige screening in Nederland bestaat uit het doen van lichamelijk heuponderzoek en het identificeren van risicofactoren. In Nederland wordt deze screening georganiseerd door de Jeugdgezondheidszorg en vindt plaats op het consultatiebureau. Echter, eerder onderzoek heeft aangetoond dat de huidige screening op DHO niet valide is. Er worden veel kinderen onterecht doorverwezen. Daarom is er in Nederland, maar ook in andere landen, de validiteit van echografische heupscreening getoetst. De veel gebruikte methode van prof. R. Graf is daarbij het uitgangspunt. In 2007 is een implementatie studie gestart die de echografische heupscreening implementeert in de huidige werkzaamheden op het consultatiebureau. Dit proefschrift beschrijft de resultaten van de implementatie studie in twee regio's (landelijk en stedelijk). De resultaten van het proefschrift lieten zien dat echografische heupscreening op een verantwoorde manier kan ingevoerd worden op de Nederlandse consultatiebureaus. Niet alleen worden er minder kinderen doorverwezen, ook minder kinderen worden onterecht verwezen ten opzichte van de huidige screening. Bovendien worden er evenveel kinderen gemist. De (kosten-) effectiviteitsanalyse liet wel verschillen zien tussen de twee implementatieregio's. De kosten-effectiviteitsanalyse is uitgevoerd met een discrete-event simulation model waarin naast kosteneffectiviteit ook het effect van implementatiescenario op capaciteitsgebruik, wachttijd kon worden berekend en rekening kon worden gehouden met landelijke organisatorische verschillen.

Met behulp van discrete event simulation zijn verschillende implementatiescenario's geanalyseerd. Het voordeel hiervan is dat er niet daadwerkelijk hoefde te worden geïmplementeerd, maar wel analyses van de kosteneffectiviteit kon worden berekend.

Proefschrift “Mind the Gap”

Mind the Gap: Explanations for the differences in utilities between respondent groups

Promovenda: Yvette Peeters

Woensdag 11 mei om 15.00 zal Yvette Peeters haar proefschrift getiteld: “Mind the Gap: Explanations for the differences in utilities between respondent groups” verdedigen aan

de Universiteit Leiden.

Promotor: Prof. dr. A.M. Stiggelbout

Bij beslissingen over het al dan niet vergoeden of toepassen van behandelingen, wordt vaak gebruikt gemaakt van kosteneffectiviteitanalyses waarin de kosten worden afgezet tegen de baten. Voor een kosteneffectiviteitanalyse is het nodig om een waardering voor een bepaalde gezondheidstoestand te hebben. Een dergelijke waardering wordt vaak gegeven door de algemene bevolking op basis van een gezondheidsbeschrijving die vaak summier en negatief is. Daarom is gesuggereerd dat in de plaats van de algemene bevolking, juist patiënten de waardering moeten geven. Patiënten hebben ervaring met de gezondheidstoestand en daardoor een beter beeld van de situatie.

In de praktijk blijkt de algemene bevolking lagere utiliteiten toe te kennen aan hypothetische gezondheidstoestanden dan patiënten die ervaring hebben met die gezondheidstoestand. Het is daarom belangrijk inzicht te krijgen in hoe patiënten in vergelijking tot de algemene bevolking tot een oordeel komen over een bepaalde gezondheidstoestand. In mijn proefschrift getiteld “Mind the Gap: Examining the difference in utilities between respondent groups” hebben we gekeken naar welke aspecten ten grondslag liggen aan het verschil in waarden. Door hier inzicht in te krijgen hoopten we een onderbouwde suggestie te doen over wiens gezondheidswaarderingen zouden moeten worden gebruikt in kosteneffectiviteitanalyses.

Uit onze studies blijkt dat het verschil in deze waarden niet zo zeer beïnvloed wordt door de vaak beknopte gezondheidsbeschrijving maar grotendeels ontstaat door cognitive processen binnen beide respondent groepen. Enerzijds passen patiënten zich aan hun situatie aan terwijl mensen uit de algemene bevolking niet op deze aanpassing anticiperen bij het geven van een waardering. Anderzijds is de algemene bevolking gericht op de negatieve aspecten van de gezondheidstoestand. Dit zou komen omdat zij zich focussen op het verschil tussen hun huidige toestand, meestal perfecte gezondheid, en de gezondheidstoestand die ze moeten beoordelen. Omdat beide groepen worden beïnvloed door deze cognitive processen blijft het discutabel wiens gezondheidswaarderingen een beter weergave geeft van de ernst van een ziekte.

Het lijkt duidelijk dat wanneer de algemene bevolking zich te zeer richt op alle negatieve aspecten van een gezondheidstoestand hun waarden ook te negatief zullen zijn. Het is echter discutabel of waarden van patiënten te hoog worden door aanpassing. Ondanks dat de objectieve gezondheidstoestand niet verandert geven patiënten wel een hogere waardering na fysieke en psychische aanpassing. Moeten we in kosteneffectiviteitsanalyses waarden voor de objectieve gezondheidstoestand gebruiken, of mag de fysieke en psychische aanpassing worden meegenomen. Na aanpassing gaat immers de kwaliteit van leven van de patiënten wel omhoog. Fysieke revalidatie kan een patiënt met een dwarslaesie leren met een rolstoel om te gaan hierdoor is deze patiënt weer mobiel, en gaat zijn of haar kwaliteit van leven omhoog. Mag deze toename in kwaliteit van leven op een zelfde manier worden meegewogen als de toename in kwaliteit van leven van een patiënt met een hernia die na operatie weer mobiel is?

In een van onze studies hebben we ook gekeken naar waarden van partners van patiënten. Deze waarden liggen tussen die van patiënten en de algemene bevolking in. Mogelijk zijn ‘partnerwaarderingen’ een goed alternatief; partners hebben een beter beeld over het leven met een bepaalde gezondheidstoestand maar worden minder beïnvloed door de verschillende cognitive processen ten opzichte van patiënten.