



In dit nummer:

Van de bestuurstafel.....	1
Aankondiging Symposium: "Richtlijnen richting effectieve en doelmatige zorg."	3
Voorlopig programma:	4
Oproep!.....	5
Stage onderzoek naar herprofilering van de Nederlandse Vereniging voor Technology Assessment in de Gezondheidszorg (NVTAG).	5
Verslag Symposium 'Outcomes Beyond the QALY'	7
Verslag Symposium Implementatie	8
Winnaar MTA prijs 2011	11
Samenvatting proefschriften	12
Proefschrift 1: "Economic evaluations of health technologies: insights into the measurement and valuation of benefits"	12
Proefschrift 2: Economic Evaluation of Prevention.....	13
Proefschrift 3: Productivity costs in economic evaluations	14
Proefschrift 4: Glaucoma management; Economic evaluations based on a patient level simulation model.	15

Van de bestuurstafel

Bezuinigen is een kunst op zich!

Bezuinigen. De broekriem aanhalen. Besparen. Efficiënt omgaan met middelen... Noem het hoe je het wilt, maar een ding is duidelijk, de tijden veranderen. De vraag is hoe het bezuinigen het beste gedaan kunnen worden, liefst met zo min mogelijk pijn. Groeien en krimpen, het zijn bewegingen die een grote invloed hebben, vooral op de toekomst. Maar elke verandering, zowel groei als krimp, biedt ook uitdagingen en mogelijkheden. Het scheidt immers ook mogelijkheden zwakke plekken te verwijderen en sterke plekken te stimuleren, mits hier goed over nagedacht wordt.

Dit geldt ook voor de gezondheidszorg. Minister Schippers van VWS heeft forse bezuinigingen aangekondigd. Van macroniveau tot persoonsgebonden budget, de bekostiging van de zorg zal de komende jaren (moeten) veranderen. Hoe heeft dit zo kunnen gebeuren?

Hierbij kan gedacht worden aan de parabel van de krekkel en de mier. De krekkel viert tijdens de economische voorspoed de hele zomer feest viert en geniet van het vele eten, de zon en het leven. De zwoegende hardwerkende mier gebruikt de zomer om voorraden aan te leggen voor de winter, zodat hij zich in de periode van economische neergang geen zorgen hoeft te maken. In de parabel ontfermt de mier zich in de winter over de verkleumde berouwvolle krekkel en helpt hem de winter te overleven. De parabel stopt op het moment dat de mier de krekkel in huis neemt. In de gezondheidszorg is het echter moeilijk de mieren te identificeren. Wil dat zeggen dat het allemaal krekels zijn? Hoe is in dit voorbeeld de rol van de zorgverzekeraar, de medisch professional, het ziekenhuis en vooral ook van de overheid? Een ding is duidelijk ook alle krekels moeten (samen) aan het werk.

Hoe zouden we dit moeten doen? Waar kan het snelst worden bezuinigd, moet het wel snel en wat zijn de gevolgen hiervan? Hoe moet zo iets aangepakt worden? Doelmatigheid is hierbij een sleutelwoord, alleen het moet niet ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg. Gezondheid is een hoog goed, hierop bezuinigen dat willen we eigenlijk niet, maar ook hier moeten keuzes gemaakt worden. De focus van doelmatigheidsonderzoek ligt al jaren op nieuwe, dure geneesmiddelen. Allerlei maatregelen, zoals substitutie, overheveling van 'dure' geneesmiddelen naar het ziekenhuis budget, uitkomstenonderzoek, pay for performance schema's, zijn en worden hiervoor ingezet. Met wisselend succes.

Met deze maatregelen komen we er echter niet, het probleem ligt veel breder. De minister heeft het veld gevraagd aan te geven waar er bezuinigd kan worden. Als het veld niet met plannen en mogelijkheden komt, dan doet zij het zelf. Een slimme zet van de minister! Immers de professionals in de gezondheidszorg moeten dus nu hun verantwoordelijkheid nemen in deze tijden van crisis. Is de overheid dan de mier geweest? Ook dat is niet het geval, ook de overheid is ook een krekel die aan het werk moet. Het Kwaliteitsinstituut i.o. gaat hier mee aan de slag. Het heeft de opdracht het bevorderen en stimuleren van de verdere verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland. HTA zal hierbij een belangrijke rol spelen.

De parabel leert dat eigenlijk er niet een financiële crisis nodig zou moeten zijn om kwaliteit en doelmatigheid na te streven.

Hoe staat de NVTAG hierin? Ook voor de NVTAG geldt dat wij niet een krekel moeten (willen) zijn. Ook wij moeten ijverig zijn, er voor zorgen dat onze resultaten gebruikt worden, dat men niet om ons heen kan en moeten samenwerken met andere stakeholders. Welke strategische keuzes we hiervoor moeten gaan volgen is nog niet duidelijk. Dit proces heeft vanwege allerlei redenen vertraging opgelopen. Deze vertraging wil niet zeggen dat we verder stil zitten, integendeel. Er zijn afgelopen tijd wederom symposia georganiseerd in samenwerking met ZonMw en op 28 juni a.s. organiseren we een symposium samen met de Richtlijnen Commissie van de Orde van Medisch Specialisten. Dit symposium gaat over de huidige en toekomstige rol van medische richtlijnen in het zorgbeleid en de rol van doelmatigheid daarin. Wat kan er op dit moment relevanter zijn?

Carin Uyl-de Groot



Aankondiging Symposium: “Richtlijnen richting effectieve en doelmatige zorg.”

Datum: vrijdagmiddag 28 juni 2013.

Locatie: “Domus Medicus” Utrecht

Inschrijving: is gratis via www.imta.nl

De Nederlandse Vereniging voor “Technology Assessment in de Gezondheidszorg (NVTAG) en de Richtlijnen Commissie van de Orde van medisch Specialisten organiseren een gecombineerd symposium over de huidige en toekomstige rol van medische richtlijnen in het zorgbeleid. Er zal specifiek aandacht zijn voor de rol van economische evaluatie/HTA, in het bijzonder kosteneffectiviteitsanalyse en budget impact analyse, bij de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen.

Medische richtlijnen kunnen meerdere doelen beogen. Ten eerste worden ze uiteraard ontwikkeld als referentie-instrument van “best clinical practice” voor en door medische professionals. Maar richtlijnen dienen ook in toenemende mate als referentie voor besluiten over verzekeringsclaims. Dat is een nieuwe rol, met andere implicaties.

Doelmatigheid in de vorm van Health Technology Assessment heeft nooit een structurele rol gehad in de ontwikkeling van richtlijnen in Nederland. Wel zijn er een tweetal grote pilotprojecten uitgevoerd, met voor verschillende richtlijnen zeer wisselend resultaat. Bijgevolg speelt doelmatigheid en kosteneffectiviteitsanalyse in sommige richtlijnen, bijvoorbeeld de richtlijnen voor cardiovasculair risico management, een zichtbare rol. Echter, dit zijn uitzonderingen die de regel bevestigen. Het merendeel van de richtlijnen bevat nauwelijks tot geen informatie over doelmatigheid. Een interessante vraag is of dit zou moeten veranderen en hoe? Bij de recente “Richtlijn voor richtlijnen” uitgebracht door de Regieraad, is een aparte rapportage uitgebracht over de rol van economische evaluatie. De conclusie daarin was dat economische evaluatie een duidelijker rol zou moeten krijgen in richtlijnontwikkeling.

Er zijn twee extreme visies te onderscheiden: Aan de ene kant dat richtlijnen een puur medisch doel hebben en de beste zorg moeten beschrijven, ongeacht kostenaspecten en overwegingen van doelmatigheid; Aan de andere kant dat kosteneffectiviteit/doelmatigheid het ultieme criterium om te bepalen wat “de beste” zorg is, gegeven de budgettaire beperkingen van ons zorgstelsel.

Hoe de balans te vinden tussen deze twee uitersten? Het symposium wil hier stof tot nadenken leveren in de vorm van lessen uit het buitenland, visies door vertegenwoordigers van diverse veldpartijen en een levendige discussie.

Sprekers: De middag wordt voorgezeten door Erik Buskens. Er is een buitenlandse gastspreker vanuit NICE (Bhash Naidoo). Daarnaast zijn er sprekers vanuit de klinische praktijk (w.o. Roel Verheul, Willem Mol, Rob van Marum), patiëntenvereniging (Anemone Bogels), CVZ (Gerry Ligtenberg, onder voorbehoud), zorgverzekeraars en HTA-deskundigen.

Publiek. In dit gecombineerde symposium verwachten we een breed samengesteld publiek bestaande uit klinici, richtlijnontwikkelaars, beleidsmakers en HTA-onderzoekers.

Voorlopig programma:

13.00 Inloop

13.30 Introductie door voorzitter Erik Buskens

13.40 Teus van Barneveld - ervaring, stand van zaken

14.00 Roel Verheul - rol van doelmatigheid in ggz-richtlijnen

14.30 Bhash Naidoo – Nice, ervaringen vanuit Engeland

15.10 Pauze

15.30 Visies (10 minuten) vanuit diverse perspectieven:

- Willem Mol, voorzitter richtlijnencommissie OMS
- Rob van Marum, geriater, voorzitter richtlijn polyfarmacie
- Annemone Bogels, directeur NFK
- Leona Hakkaart, HTA-deskundige
- Ziekenhuisperspectief
- Gerry Ligtenberg (onder voorbehoud)
- Zorgverzekeraars

16.30 Start paneldiscussie

17.00 Einde + borrel



Oproep!

Stage onderzoek naar herprofilering van de Nederlandse Vereniging voor Technology Assessment in de Gezondheidszorg (NVTAG).

Introductie

'De Nederlandse Vereniging voor Technology Assessment in de Gezondheidszorg (NVTAG) is sinds 1995 het platform voor iedereen met interesse in de evaluatie van technologie in de gezondheidszorg. De vereniging richt zich daarbij op alle belanghebbenden die bij het toepassen van evaluatieonderzoek betrokken zijn. De NVTAG stimuleert onderzoek en onderwijs op het gebied van het evalueren van medische, maatschappelijke en economische gevolgen van het gebruik van technologieën in de gezondheidszorg om daarmee het optimaal toepassen van deze technologieën te bevorderen. De vereniging draagt bij aan de kwaliteit en de implementatie van dergelijk onderzoek. Verder stelt de vereniging actuele onderwerpen aan de orde, zoals richtlijnen voor evaluatieonderzoek, subsidiëring van doelmatigheidsonderzoek en opleiding en registratie van onderzoekers. NVTAG realiseert deze doelstellingen door: wetenschappelijke symposia met presentaties van onderzoek en gedachtewisseling over actuele thema's, de nieuwsbrief 'TA-news' over nationale en internationale ontwikkelingen, de jaarlijkse 'MTA-prijs' voor jonge, veelbelovende onderzoekers, de jaarlijkse cursus methodologie door een prominente buitenlandse onderzoeker en een actieve rol in politieke discussies en bij overheidsbeleid met betrekking tot evaluatieonderzoek in de gezondheidszorg'.

Probleemschets

Bovenstaande tekst treft u aan op de website van de NVTAG (www.NVTAG.nl) en is zeer ambitieus geformuleerd. De NVTAG richt zich als vereniging in het bijzonder op de inhoud van Health Technology Assessment (HTA), met als kern economisch evaluatieonderzoek, en het besluitvormingsmodel daaromheen. De aandacht voor belangrijke deelgebieden van HTA, waaronder ethische en maatschappelijke vraagstukken, zou binnen de vereniging sterker ontwikkeld kunnen worden. De NVTAG mengt zich nog te weinig in maatschappelijke en/of politieke discussies, hoewel dit wel als kernactiviteit staat beschreven. Uit de praktijk blijkt verder dat de activiteiten van de NVTAG hoofdzakelijk bestaan uit het organiseren van cursussen en symposia, evenals het uitbrengen van TA nieuws en uitreiking van de MTA-prijs. De activiteiten worden doorgaans georganiseerd door de NVTAG bestuursleden zelf. Volle agenda's en tijdsdruk hebben effect op de planning en uitvoering van activiteiten, m.n. op de organisatie daarvan. Professionele ondersteuning hierbij is zeer zinvol gebleken bij organisatie van het NVTAG lustrumsymposium in 2011. Verder is de NVTAG website niet actueel, de laatste symposia en MTA prijswinnaars staan bijvoorbeeld niet goed gedocumenteerd. Het ledenbestand is zeer divers en bestaat uit ongeveer 280 leden uit de wetenschap, overheid, farmaceutische industrie en medische praktijk. De wetenschap is daarbij relatief sterk vertegenwoordigd onder de leden, evenals in het Bestuur. De opkomst van leden op de ledenvergaderingen is gering. Wel bestaat er veel interesse voor de cursussen en symposia.

Herprofilering NVTAG

Binnen het NVTAG bestuur bestaat al langer de gedachte dat de NVTAG zich duidelijker zou kunnen positioneren en dat de aanpak professioneler kan. Bijvoorbeeld, de NVTAG zou leden meer kunnen betrekken bij (het organiseren van) activiteiten, meer resultaat gericht te werk kunnen gaan, meer zichtbaar naar buiten kunnen treden en zich ook actiever kunnen mengen in actuele vraagstukken.

Doel van de stage

Onderzoek doen naar wenselijkheid, haalbaarheid en uitvoering van een herprofilering van de NVTAG en eventueel de daarbij behorende professionalisering.

Werkwijze

Uitvoeren van een peiling door middel van een stakeholders-analyse, d.m.v. interviews en mogelijk door middel van een enquête. De peiling dient breder te worden ingezet dan alleen onder de NVTAG leden. De methoden en analyse worden verder uitgewerkt tijdens de stage.

De resultaten van dit onderzoek zullen input zijn voor een symposium en een ledenvergadering. Uit de stage resulteren aanbevelingen aan het Bestuur van de NVTAG voor de mogelijkheid en haalbaarheid van een herprofilering en eventueel ook concrete voorstellen hiervoor.



Standplaats stage

In overleg

Aanvang stage

Zo spoedig mogelijk

Contact

Geïnteresseerden kunnen contact opnemen met Carmen Dirksen (MUMC), secretaris NVTAG (c.dirksen@mumc.nl).



Verslag Symposium 'Outcomes Beyond the QALY'

In besluitvoering binnen de gezondheidszorg vormen economische evaluaties van interventies een belangrijke bron van informatie. Doorgaans is de uitkomstmaat in deze economische evaluaties de 'QALY', een maat die duur met kwaliteit van leven combineert. Ondanks dat de QALY veel toegepast wordt in onderzoek, heeft de maat enkele belangrijke beperkingen, zoals dat de QALY enkel de (gezondheids)effecten van patiënten omvat. In de literatuur klinken daarom geluiden om ook uitkomsten die niet (goed) gemeten worden in de QALY, bijvoorbeeld welzijnseffecten, mee te nemen in economische evaluaties.

Op 16 november 2012 vond het symposium 'Outcomes Beyond the QALY' plaats onder leiding van dagvoorzitter Elly Stolk (EUR) georganiseerd door het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) in samenwerking met de NVTAG en gefinancierd door ZonMw. Tijdens dit symposium werd onderzoek gepresenteerd naar uitkomsten buiten de QALY. Tijdens dit symposium stond de vraag centraal hoe deze uitkomsten gemeten kunnen worden. Daarnaast werd er aandacht besteed aan de vraag hoe we deze uitkomsten mee kunnen nemen in economische evaluaties en de daarop volgende besluitvorming.

Professor Joanna Coast (University of Birmingham) besprak de kansen en beperkingen die het verbreden van onze blik naar andere uitkomsten dan QALYs in economische evaluaties biedt. Ze ging daarbij in op de rol van de ICECAP als uitkomstmaat in economische evaluaties. Professor Carmen Dirksen (Universiteit Maastricht) haakte in op deze discussie en behandelde de vraag of en hoe voorkeuren van patiënten geïntegreerd kunnen worden in besluitvorming. Suzanne Pietersma (Universiteit Leiden) ging in op instrumentontwikkeling voor uitkomsten die invloed hebben op het welzijn van een patiënt. De daaropvolgende presentatie door Marieke Krol (EUR) ging over de effecten van ziekte op de naasten van patiënten. Renske Hoefman (EUR) sprak over de belasting van mantelzorgers en methoden om dit mee te nemen in economische evaluaties. De dag werd afgesloten met een presentatie door Jacqueline Zwaap van het College voor zorgverzekeringen. Zij besprak welke criteria een rol spelen in huidige vergoedingsbeslissingen en het spanningsveld tussen verschillende belangen in de gezondheidszorg.

Marieke Krol en Renske Hoefman

Verslag Symposium Implementatie

'Implementatie moet egosparend zijn'

ZonMw en NVTAG, 29 november 2012, Spant!, Bussum

Welke implementatiestrategieën kunnen worden toegepast? Welke interessante ervaringen hebben onderzoekers over de implementatie van hun resultaten? Wat lukt wel of juist niet? Wat moet je doen om de implementatie te laten slagen?

Deze vragen stonden centraal op het symposium Implementatie dat de Nederlandse Vereniging voor Technology Assessment in de Gezondheidszorg (NVTAG) en ZonMw op 29 november 2012 samen organiseerden. Tijdens de dag kregen de deelnemers goed inzicht in de uitvoering en meerwaarde van (onderzoek naar) implementatieactiviteiten. Bovendien kreeg de dag een feestelijk tintje doordat de jaarlijkse MTA prijs voor jonge onderzoekers werd uitgereikt. Onder luid applaus overhandigde juryvoorzitter Silvia Evers de prijs aan Aukje van Gestel voor haar artikel 'The Role of the Expected Value of Individualized Care in Cost-Effectiveness Analyses and Decision Making', gepubliceerd in het tijdschrift Value in Health.

Kosteneffectiviteit van implementatie

De dag begon met discussies in kleine groepen, als goede opwarmer voor de plenaire presentaties die in de loop van de dag zouden volgen. Dagvoorzitter Rob de Wilde formuleerde twee 'kernvragen' voor de totaal negen tafels waaraan deze discussie plaatsvond. Wat zie ik goed gaan bij onderzoek en implementatie? Wat vind ik jammer?

Bij de terugrapportage bleek al snel dat de antwoorden van de verschillende groepen ('tafels') goed overeenkwamen. Een greep uit wat er goed gaat: het zorgproces verbetert al doordat er onderzoek naar wordt gedaan ('mensen gaan er immers over nadenken'); er worden steeds meer gegevens gemonitord; implementatieprocessen verlopen steeds beter; er is een groeiend besef dat implementatie niet vanzelf gaat; er wordt steeds beter onderscheid gemaakt tussen generieke strategieën en strategieën op maat.

Maar er valt ook nog veel te verbeteren: (te) veel informatie uit kosteneffectiviteitsstudies wordt nog niet gebruikt of niet goed begrepen; er wordt onvoldoende gerapporteerd over resultaten; resultaten in patiëntenbrochures worden te positief gebracht; implementatie is erg afhankelijk van de stakeholders; de praktijk wil vaak sneller dan de studie en er is onvoldoende ruimte om op vernieuwingen te reflecteren. Al deze punten kwamen in de diverse plenaire presentaties terug.

De eerste spreker, Ties Hoomans van het ErasmusMC, maakte in zijn bijdrage over de integratie van efficiency overwegingen in implementatieonderzoek op indrukwekkende wijze duidelijk hoe complex het is om de kosten van implementatie in beeld te brengen. Implementatieonderzoekers moeten zich volgens Hoomans goed realiseren dat de ontwikkeling en uitvoering van een implementatiestrategie geld kosten en het onderzoek daarnaar ook. "Dit geld zou ook in de directe patiëntenzorg kunnen worden geïnvesteerd", zei hij prikkelend. De kosten van een implementatiestrategie bestaan uit directe kosten, namelijk de kosten van implementatie en onderzoek, en indirecte kosten, namelijk de veranderingen in de zorg. Steeds opnieuw moet volgens Hoomans worden afgewogen of een implementatiestrategie als kosteneffectief kan worden beschouwd. Uiteindelijk draait het daarbij om de vraag of de kosten van implementatie kunnen opwegen tegen het effect van de strategie op de gedragsverandering én op de zorguitkomsten. Ook moet je kunnen bepalen of de kosteneffectiviteit van implementatie op een efficiënte wijze kan worden geanalyseerd. Daar heb je veel informatie voor nodig, legde Hoomans uit, waarna hij diverse rekenvoorbeelden liet zien.

Magere opbrengsten

Michel Wensing van het UMC St Radboud vertelde vervolgens over **Implementatiestrategieën en hun opbrengsten**. Eerst blikte hij terug op de 'groei' van de implementatiewetenschap, zowel in Nederland als in het buitenland. In deze wetenschap zijn er drie belangrijke uitgangspunten: 1) implementatie draagt bij aan evidence based practice, gericht op verbetering van uitkomsten; 2) gebundelde kennis is de eenheid van implementatie ('niet denken in losse projecten dus') en 3) implementatiestrategieën zijn altijd complex. Maar wat weten we tot nu toe van de opbrengsten van implementatie-activiteiten? Zijn antwoord daarop bleef de rest van de dag hangen: er treedt vijf tot tien



procent verbetering op in het professioneel handelen of in zorgverleningsprocessen. Deze opbrengst is nog mager, erkende Wensing, hoewel hij er wel bij aantekende dat er mogelijk een grote spreiding zit in deze percentages. Ook is het nog niet duidelijk of deze percentages omhoog gaan als je de activiteiten een of meer keren herhaalt. Anderzijds zijn de patiëntuitkomsten in deze studies vaak niet meegenomen. 'En bij het effect op patiëntniveau treedt meestal nog een verdunning op'. Hierna ging Wensing uitgebreid in op de vraag wat (implementatie-)onderzoek kan opleveren, waarbij hij steeds onderscheid maakte tussen conceptuele kennis, instrumentele kennis en strategische kennis en dit ook met voorbeelden illustreerde. Afsluitend concludeerde hij dat er uiteenlopende implementatiestrategieën zijn, met elk bescheiden en onvoorspelbare effecten. Op basis van de verworven inzichten wordt er nu steeds vaker gekozen voor een implementatiestrategie op maat, het zogeheten tailoring van de implementatie interventie. 'Maar we weten nog niet goed wat daarvoor de beste methode is'.

Geïnspireerd door deze beide presentaties discussieerden de deelnemers opnieuw in kleine groepen. Vooral het beperkte effect van implementatie (Michel Wensing) hield velen bezig. 'Waar doe je het dan voor?'. Tegelijkertijd vormt juist dit beperkte effect een stimulans voor iedereen die met implementatie bezig is. Het dwingt je immers om écht goed na te denken over een strategie op maat, om goed te onderscheiden op welke niveaus de strategie zich richt (patiënt, hulpverlener, organisatie), om goed alle mogelijke barrières in kaart te brengen en om de patiëntbetrokkenheid goed te regelen. En liet juist Ties Hoomans niet mooi zien dat je de kosteneffectiviteit van implementatie zo goed kan uitrekenen?

Meer aandacht voor deïmplementatie

Na de lunch vertelde Maureen Rutten van het Erasmus Universiteit Rotterdam over **Implementatie in het ZonMw-programma Doelmatigheidsonderzoek**. Zij sprak hier op persoonlijke titel, op basis van haar ervaringen als lid van de ZonMw-commissie Implementatie. Sinds 2003 zijn er binnen het deelprogramma Implementatie 76 projecten gestart, waarvan er 45 zijn afgerond. Als positieve gemeenschappelijke punten noemde Rutten dat het belang van implementatieonderzoek steeds meer wordt onderkend, dat de designs van de projecten sterk verbeterd zijn, dat de (groeijende stapel) implementatieliteratuur steeds beter zijn weg vindt naar de praktijk, dat er steeds meer actieve samenwerkingsverbanden zijn met toekomstige gebruikers, richtlijnontwikkelaars en beroepsgroepen en dat deïmplementatie meer aandacht krijgt. Als voorbeelden van dit laatste wees Rutten op het terugdringen van het grote aantal onnodige verwijzingen en operaties bij lage rugpijn en het onnodig grote gebruik van incontinentiemateriaal. Als meer patiënten bekkenbodemon- en/of blaastrainingen zouden volgen, kan er veel incontinentiemateriaal worden bespaard.

Ook te leren valt er nog veel: de complexiteit van veranderingsprocessen wordt nog onderschat, veel projecten zijn nog 'te medisch' en maken te weinig gebruik van expertise uit andere disciplines, het lukt nog niet goed om de richtlijnadherentie te verbeteren, de acceptatie van richtlijnen moet nog beter en er zijn (te) vaak knelpunten op het niveau van de organisatie. Al deze knelpunten zijn voor de symposiumdeelnemers herkenbaar: organisaties hebben te weinig geld, te weinig tijd, moeten fuseren of reorganiseren, beschikken over weinig data en er is vaak een te grote afstand tot de dagelijkse praktijk. Een manier om aan deze 'leerpunten' te werken is de benoeming van 10 implementatiefellows, die er met subsidie van ZonMw gekomen zijn. Aan acht academische en twee algemene ziekenhuizen doen deze fellows implementatieonderzoek en ze vervullen een interne en externe netwerkfunctie zodat de kennis over implementatie zich beter kan verspreiden. Helaas heeft ZonMw op aanwijzing van het ministerie van VWS het deelprogramma Implementatie moeten schrappen. Rutten betreurt dit zeer, omdat het niet realistisch is om te denken dat 'het veld dit zelf wel doet'. Wel schetste zij nog een aantal andere mogelijkheden die implementatie-aanvragers binnen ZonMw kunnen benutten. Zelf zal ZonMw bekijken of de implementatiekennis die zij in de loop der jaren op een aantal belangrijke thema's heeft verzameld gebundeld kan worden, bijvoorbeeld over doorbraakmethode, shared decision making, financiële incentives voor implementatie en elektronische beslissingsondersteuning.

Cognitieve dissonantie

Hierna gaven achtereenvolgens Marja Boermeester van het AMC, Geert Rutten van de Universiteit Maastricht en Floortje Vlemmix van het AMC korte presentaties over hun projecten binnen het ZonMw-programma Doelmatigheidsonderzoek. In haar bijdrage over de **diagnostiek van acute buikpijn** benoemde Boermeester een aantal knelpunten die later in de groepsdiscussies zeer herkenbaar bleken. Zo is het voor hulpverleners moeilijk om te veranderen omdat zij dan de gedachte

moeten toestaan dat de manier waarop zij altijd gewend waren te werken, minder goed was. Ook is er vaak sprake van cognitieve dissonantie: bewust of onbewust worden feiten door organisaties en hulpverleners geselecteerd en hulpverleners zijn geneigd relevant bewijs te wege op een gebiaste manier.

In zijn bijdrage over de ontwikkeling van een **implementatiestrategie voor fysiotherapeuten bij lage rugpijn** liet Geert Rutten goed zien hoe belangrijk het is om deze strategie op alle relevante niveaus te richten. Bij lage rugpijn gaat het dan om de fysiotherapeuten zelf, de kwaliteitsmanager praktijk, de patiënten, de inhoud van de richtlijn en de beroepsorganisatie. Zulke verschillende niveaus spelen ook een rol in **de landelijke implementatie studie 'uitwendige versie' van het Gynaecologisch Consortium** waar Floortje Vlemmix over vertelde. Vlemmix toonde overtuigend aan dat het voor hulpverleners vaak moeilijk is om bij een stuitligging van de baby eerst een uitwendige versie (het keren van de baby in de buik) te proberen alvorens tot een keizersnede te besluiten. Net als in Boermeesters studie, blijkt ook in dit onderzoek dat een deel van de betrokken hulpverleners en organisaties 'de probleemstelling niet herkent' en ervan uitgaat dat zij zelf al volgens de richtlijn handelen.

Voor de laatste groepsdiscussie leverden deze presentaties meer dan genoeg aanknopingspunten op om gezamenlijk de belangrijkste kritische succesfactoren voor implementatie te benoemen. De meeste lessen zijn al eerder in dit verslag genoemd, maar er kwamen toch nog een paar nieuwe bij, zoals 'Implementatie moet egosparend zijn', 'Je moet het verhaal zo framen dat het geen weerstand oproept' en 'Betrek bij je stakeholders ook of vooral juist de sceptici'.

Over stakeholders gesproken: in een gezamenlijke presentatie lieten Gera Welkers en Erik Buskens van het UMC Groningen zien hoe je een kennisnetwerk rond implementatie kunt opbouwen. Als implementatiefellow ervaart Gera Welkers dagelijks hoe belangrijk het is om zichzelf te profileren, goed samen te werken en aan allerlei platforms, commissies en programma's deel te nemen. Wel is het lastig daarin keuzes te maken ('je kunt niet alles') en een structurele verankering te zoeken. Dit laatste is nu extra moeilijk omdat het deelprogramma implementatie bij ZonMw wordt gestopt.

Met de presentatie **Implementeren zonder je te generen** sloot dagvoorzitter Rob de Wilde de dag af. Bij implementeren gaat het altijd om veranderen en dus om het ontregelen van een bestaand evenwicht, doceerde De Wilde. 'Er bestaat dan altijd een neiging tot herstel van het oude evenwicht en er is altijd weerstand, openlijk of bedekt.' De Wilde schreef diverse boeken over veranderingsprocessen en is – onder andere – docent Verandermanagement in Maastricht. Volgens hem zijn veranderingsprocessen niet te plannen en hebben alle veranderingen een eigen tempo. 'Realiseer je dat goed: je kunt gras niet laten groeien door eraan te trekken'. Een belangrijke reden waarom veranderingen vaak niet lukken, is dat de initiatiefnemers of managers (te) lineair denken. Zij focussen op oplossingen: het grote probleem wordt in stukjes geknipt en zo in onderdelen opgelost. Beter is het om circulair te denken: je kijkt niet naar de handeling an sich, maar naar de onderlinge relaties en de patronen die zich daarin voordoen. Bekijk bij elke verandering altijd eerst hoe het landschap eruit ziet en beschouw dit als een systeem', adviseerde De Wilde tot slot.

Winnaar MTA prijs 2011

Jonge onderzoekers en promovendi leveren via hun wetenschappelijke artikelen mooie bijdragen aan de ontwikkeling binnen HTA. Ieder jaar looft de NVTAG de MTA prijs uit aan een jonge onderzoeker met het beste artikel. De MTA prijs 2011 werd tijdens het ZonMw / NVTAG symposium Implementatie (d.d. 29/11/12) uitgereikt.

De jury, dit jaar bestaande uit emeritus hoogleraar Frans Rutten, de MTA-prijs winnares van 2010, dr. Ana Bobinac, en professor Silvia Evers, had het genoegen om de ingediende artikelen te beoordelen. Van de in totaal 6 ingediende artikelen werden er 3 genomineerd.

De genomineerde kandidaten waren Aukje van Gestel, Matthijs Versteegh, en Gijs van de Wetering. Volgend op de considerans door Silvia Evers kregen de genomineerde kandidaten elk de gelegenheid om in 5 minuten de belangrijkste bevindingen uit hun artikel te presenteren. Daarna volgde de publieksstemming m.b.v. stembriefjes. Op basis van een combinatie van jury stemming en publiekstemming, werd Aukje van Gestel uitgeroepen tot winnares van de MTA prijs 2011. Zij won met het artikel getiteld: 'The role of expected value of individualized care in cost-effectiveness analysis and decision making', gepubliceerd in het tijdschrift Value in Health.

Pharmerit was bereid om dit jaar de MTA prijs te sponsoren. De cheque ter waarde van €2.000 werd door Lex Tergau uitgereikt aan Aukje van Gestel. De NVTAG is Pharmerit zeer erkentelijk voor deze sponsoring!

Samenvatting proefschriften

Proefschrift 1: “Economic evaluations of health technologies: insights into the measurement and valuation of benefits”

Ana Bobinac

By providing information on cost-effectiveness of health technologies, economic evaluations aim to optimize resource allocation within healthcare systems. However, the role played by economic evaluations in the practice of healthcare decision-making remains limited, partly due to unresolved methodological issues. In this thesis, we focused on some of these issues, primarily related to the measurement and valuation of benefits in economic evaluations of health technologies. More precisely, in this dissertation we addressed four issues: (i) the scope of benefits encompassed in evaluations; (ii) the value of health and the lack of valid empirical estimates thereof; (iii) the relationship between the value of health and equity concerns; and, finally, (iv) the value of health of future generations in light of increasing life expectancy in the population. Our aim was to advance the understanding of these important topics and hence contribute both to the methodological development of economic evaluations and to their usefulness for healthcare decision-making.

In Chapters 2 and 3 of the dissertation, we addressed the scope of benefits encompassed in economic evaluations. The benefits of health technologies are currently confined to the benefits achieved in patients, although there are indications that patients' illness may affect the health and well-being of the people in their social environment, i.e., their 'significant others'. Our results support the claim that the spillover effects in significant others are relevant and should thus be systematically considered within economic evaluations. In Chapters 2 and 3, we showed that the spillover effects of patients' are not uniform but comprise two distinct effects: the caregiving effect and the family effect.

In Chapters 4 to 8 we addressed the monetary value of health and the validity of such estimates. This is an important issue in healthcare decision-making, because the monetary value of health, expressed as the maximum (societal) willingness to pay (WTP) for a health gain, can be used as the threshold value in judging cost-effectiveness ratios of healthcare interventions. In this thesis we addressed the question: how much is a health gain worth and how can this value be established, validly?

We explored this issue from different perspectives and under different assumptions, using the contingent valuation method. We designed a sequence of empirical studies, building up from individual value of a QALY reported in Chapter 4 to broader, social values of a QALY as reported in Chapter 8. The variations in the design of consecutive studies also enabled addressing some important methodological questions, such as the impact of probability weighting on estimates of the value of a QALY derived under risk and the relationship between the value of health and equity concerns.

In Chapter 9, we explored the effect of the (anticipated) growth in (healthy) life expectancy on social time preference for health. Our findings suggest that the life expectancy of future beneficiaries matters in empirical elicitations of social time preference, potentially for reasons of efficiency and equity. It seems appropriate to argue that the explicit mentioning of future life expectancy based on actual forecasts would lead to more reasonable and precise estimates of social time preference for health.

Proefschrift 2: Economic Evaluation of Prevention

From drawing board to real world practice

Paul van Gils, Vrije Universiteit, 8 oktober 2012

Promotor: Prof.dr.ir. Jantine Schuit
Copromotoren: dr. Ardine de Wit
dr. Matthijs van den Berg

Voor het uitvoeren van een economische evaluatie zijn er verschillende richtlijnen ontwikkeld. Deze zijn echter vooral gericht op curatieve zorg en niet op preventieve zorg.

Een belangrijk verschil tussen medische interventies en preventieve interventies is dat bij preventieve interventies het effect op de gezondheid vaak pas vele jaren later zichtbaar wordt. Op jonge leeftijd stoppen met roken voorkomt chronisch obstructieve longziekten (COPD) of longkanker op oudere leeftijd. Dit betekent dat de kosten en effecten van een interventie doorgerekend moeten worden over een lange tijd. Bij dergelijke berekeningen wordt gebruik gemaakt van modellering, waarbij naast het gebruik van primaire en secundaire data altijd ook een aantal aannames moet worden gemaakt. Vaak zijn deze aannames onzeker omdat (nog) niet bekend is hoe de interventie zal uitwerken in de dagelijkse praktijk. Zo is vaak niet bekend wat de deelnamebereidheid van een potentiële doelgroep van een interventie is, wat de lange-termijn effecten zijn en of er negatieve neveneffecten optreden. Toch moeten de aannames zoveel mogelijk aansluiten bij de uitvoering van de interventie in de dagelijkse praktijk om een zinnige bijdrage te kunnen leveren aan de discussie of een preventieve interventie nu wel of niet (landelijk of regionaal) moet worden uitgerold en/of vergoed.

Uit het onderzoek gepresenteerd in dit proefschrift blijkt dat er sprake is van irreële aannames over deelnamebereidheid (dikke darmkanker screening), het niet opnemen van negatieve effecten van screening (screenen op een aneurysma van de buikslagader) en het niet volledig weergeven van alle effecten van een interventie (interventies gericht op de preventie van alcoholmisbruik).

De resultaten uit dit proefschrift tonen dat beleidsmakers niet blind kunnen afgaan op de uitkomsten van economische evaluaties. Wanneer zij een economische evaluatie willen gebruiken om het beleid te ondersteunen moeten zij zich realiseren dat ICER's onzekerheden in zich hebben. Voor onderzoekers houdt dit in dat zij terughoudend zouden moeten zijn met het uitvoeren van een economische evaluatie zolang er géén reële data beschikbaar zijn. Dit verhoogt niet alleen de kwaliteit van een economische evaluatie, maar ook de waarde daarvan voor een beleidsmaker.

De conclusie van deze thesis is dat om een grotere mate van eenduidigheid en transparantie te verkrijgen richtlijnen ontwikkeld dienen te worden die specifiek gericht zijn op economische evaluaties van preventie. Het is van belang om voorafgaand aan de implementatie van een preventieve interventie betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de kosteneffectiviteit, zodat zich achteraf geen onaangename verrassingen voordoen. Kennis van de preferenties van deelnemers is daarbij onontbeerlijk en er moet dus meer gedragswetenschappelijk onderzoek gedaan worden om het inzicht in deze preferenties te vergroten. Nieuwe interventies kunnen dan beter ingericht worden naar de wensen en voorkeuren van een potentiële doelgroep. De uitvoering van een interventie in de praktijk moet ook na implementatie via evaluatieonderzoek (inclusief monitoring van kosteneffectiviteit) bijgehouden worden, zodat aanpassing van de interventie op een adequate manier mogelijk is.

Proefschrift 3: Productivity costs in economic evaluations

Marieke Krol

Economische evaluaties worden steeds vaker gebruikt om besluitvormers in de zorg te informeren over de kosten en effecten van medische technologie. Zulke kosteneffectiviteitsgegevens kunnen worden meegewogen bij pakketbeslissingen. Daarom is het belangrijk dat zulke evaluaties op een betrouwbare manier worden uitgevoerd. Daarover bestaat, ook in de wetenschappelijke literatuur, nog veel discussie. Een belangrijk onderwerp daarbij is hoe zogenaamde productiviteitskosten moeten worden meegenomen in die economische evaluaties. Productiviteitskosten zijn de kosten die samenhangen met het feit dat mensen die ziek zijn soms minder productief zijn dan andere mensen. Een succesvolle behandeling kan dan niet alleen de gezondheid van mensen verhogen, maar ook hun productiviteit. Juist omdat langer en gezonder doorwerken een belangrijk maatschappelijk thema is, is het belangrijk dat economische evaluaties deze winst goed weergeven. Productiviteitswinsten bij betaald en onbetaald werk zijn uiteindelijk immers goed voor de maatschappij.

Een belangrijke vraag is natuurlijk hoe die productiviteit kan worden gemeten en welke waarde een hogere productiviteit heeft. Vaak worden productiviteitskosten uitgedrukt in geld. Maar er is ook wel voorgesteld om ze uit te drukken in voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren, QALYs. In dit proefschrift is laten zien dat die laatste methode niet leidt tot betrouwbare waarderingen van productiviteit. Uitdrukken in geld is daarom beter.

Tevens bleek dat productiviteitskosten vaak helemaal niet worden meegenomen in economische evaluaties, waardoor echte maatschappelijke kosten en baten buiten beeld blijven. Meestal wordt niet uitgelegd waarom productiviteitskosten genegeerd worden. Dit is des te verontrustender omdat is gebleken dat productiviteitskosten een grote invloed hebben op de uitkomsten van een economische evaluatie wanneer ze wel werden meegenomen.

Er is ook gezien hoe verzuim van betaald werk wordt opgevangen. Verloren productie blijkt meestal te worden gecompenseerd in normale werkuren, door collega's of door de zieke zelf na het herstel. Over de kosten daarvan is weinig bekend. Verzuim kan ook leiden tot extra verliezen wanneer een team slechter presteert als een van de leden er niet is. Economische evaluaties houden daar nu geen rekening mee. Het onderzoek liet echter zien dat dit wel grote invloed kan hebben op de kostenschattingen.

Er zijn niet altijd directe gegevens over verzuim en productiviteit op het werk van patienten aanwezig. Daardoor nemen studies soms productiviteitskosten niet mee. Er is onderzocht of productiviteit kan worden geschat met behulp van gegevens over de gezondheid van patienten. Dit blijkt op een redelijk betrouwbare manier te kunnen. Het lijkt dan ook aan te bevelen om, wanneer goede gegevens over productiviteit ontbreken, gebruik te maken van geschatte productiviteit. Dat is beter dan deze kosten volledig te negeren.

Het proefschrift laat tenslotte ook zien dat er momenteel veel verschillende methoden worden gebruikt om productiviteitskosten te meten en waarderen. Dat komt de betrouwbaarheid en de vergelijkbaarheid van studies niet ten goede. Het is dan ook heel belangrijk om niet alleen productiviteitskosten vaker mee te nemen in economische evaluaties, maar ook om dit op een meer gestandaardiseerde manier te doen.

Proefschrift 4: Glaucoma management; Economic evaluations based on a patient level simulation model.

Aukje van Gestel
Defended on Friday October 5th 2012, Maastricht University

The aim of this thesis was to investigate whether the long-term consequences of intensive treatment for ocular hypertension (OHT) and primary open-angle glaucoma (POAG) are more favorable than those in current clinical practice in The Netherlands. For this purpose, we performed cost-effectiveness analyses with data generated with a computer simulation model that we specifically designed and built for this purpose. We used a lifetime horizon and a societal perspective.

The model had the structure of a patient-level discrete event simulation model, and was populated with evidence from scientific literature and expert opinion. In addition, we conducted an observational survey in Dutch patients to assess the impact of glaucoma on quality of life, and resource consumption related to visual impairment and blindness. We paid explicit attention to the validation of the model. Large heterogeneous cohorts of individual patients were simulated according to two different treatment strategies to generate stable average population outcomes and enable comparisons between the strategies.

In the analyses of patients with ocular hypertension, we found that direct initiation of treatment generated more health (0.27 quality adjusted life-years, QALY) and was cost-saving (-€ 649) compared to a situation in which no treatment was initiated until conversion to glaucoma had been observed. This result was also seen in most subgroup analyses, except in very low-risk patients. In the analyses of patients with glaucoma, we found that a treatment strategy according to current clinical practice generates more health (1.19 QALY) and leads to cost savings (-€ 18,000) compared to a situation without any treatment. Moreover, a strategy with a direct low target intra-ocular pressure was dominant over the more common approach to gradually lower the target pressure as the disease worsens.

With the data generated in the model we have explored the 'expected value of individualized care' framework, and found that it could be a useful tool to assess the potential value of a subgroup policy and give direction to more detailed subgroup analyses.