

Bijlagen



> Benut potentieel

Evaluatie programma

DoelmatigheidsOnderzoek 2006 - 2017

Utrecht, 15 juni 2018
dr. Steef Baeten
ir. Jolien de Haas
Myrte Tjoa, BSc.
ir. Saskia van der Erf

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Inhoud

1	Programma DO	2
1.1	Open rondes	2
1.2	Gerichte rondes	3
2	Onderzoeksaanpak	5
2.1	Bronnen	5
2.2	Analyse impact programma DO	16
3	Gezondheidswinst en monetaire opbrengsten	26
3.1	Behaalde geschatte opbrengsten	26
3.2	Onbenut potentieel	35
3.3	Geleerde lessen om implementatie te vergroten	37

I Programma DO

Het doelmatigheidsprogramma van ZonMw bestaat uit open en gerichte subsidierondes. In de open subsidierondes kunnen onderzoekers diverse voorstellen indienen voor onderzoek naar doelmatigheid. 70% van het beschikbare budget van het programma gaat naar deze rondes. De overige 30% gaat naar de gerichte rondes. In de gerichte rondes worden vragen uitgezet die zijn ingediend door beleidspartijen zoals het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en het Zorginstituut Nederland (ZIN) of vragen voortkomend uit zorgakkoorden. De rondes bestaan uit verschillende deelprogramma's. In deze bijlage lichten we de verschillende rondes en deelprogramma's toe.

1.1 Open rondes

Wij betrekken in onze evaluatie voornamelijk projecten uit de open rondes. Zij maken het overgrote deel uit van de projecten die zijn afgerond tijdens de evaluatieperiode van 2006 - 2017: 296 van de 308 projecten. De open rondes bestaan uit drie deelprogramma's:

- EEK: Effecten en Kosten
- VEMI: Vroege evaluatie van medische innovatie
- IMP: Implementatie

Daarnaast zijn er ook de VIMP (Verspreidings- en implementatie Impuls) projecten. Het betreft subsidie voor projecten die een vervolg zijn van een eerder project uit één van de deelprogramma's.

1.1.1 EEK (Effecten en Kosten)

Binnen het deelprogramma EEK staat wetenschappelijk onderzoek naar doelmatigheid van interventies centraal. Het is de kern van het DO-programma. Het deelprogramma EEK bevat dan ook de meeste projecten. Het doel van dit deelprogramma, zoals beschreven in het jaarplan van DO 03-06, is het leveren van informatie voor de onderbouwing van het beleid voor relevante doelmatigheidsproblemen in de gezondheidszorg. Dit gebeurt door wetenschappelijk onderzoek te subsidiëren. Maar ook door de voortgang van projecten in de gaten te houden, de onderzoeksresultaten te beoordelen, aanbevelingen te formuleren en implementatie te stimuleren¹.

1.1.2 VEMI (Vroege evaluatie van medische innovatie)

ZonMw subsidieert binnen het deelprogramma VEMI vooral onderzoek naar relevante (nieuwe) interventies (startjaar 2004). Het gaat om interventies waarvan een bijdrage aan de doelmatigheid van de gezondheidszorg wordt verwacht. Het doel van dit deelprogramma is om wetenschappelijke onderbouwing te verkrijgen over de effectiviteit van de nieuwe interventie en

¹ Jaarplan 2004 - DO2003-2006, ZonMw

om aan te geven hoe een mogelijk vervolgtraject verloopt voor verder onderzoek naar de doelmatigheid van deze interventie².

1.1.3 IMP (Implementatie)

Op verzoek van VWS is het deelprogramma IMP ontwikkeld (startjaar 2003) met het idee dat doelmatigheid alleen gerealiseerd kan worden als resultaten van onderzoeken ook geïmplementeerd worden. Het doel van het deelprogramma is om te onderzoeken hoe interventies die kosteneffectief zijn in te voeren. Daarnaast ook om kennis te verzamelen over implementatieprocessen van zorginnovatie. Het deelprogramma is in 2013 afgerond².

1.1.4 VIMP (Verspreidings- en implementatie Impuls)

Voor VIMP projecten is maximaal € 50.000,-. Op deze manier geeft ZonMw een impuls om de resultaten van onderzoek te verspreiden, te implementeren of verder te onderzoeken. Op uitnodiging van ZonMw kunnen projectleiders bij afronding van een project een verzoek indienen voor het doen van een VIMP-project.

1.2 Gerichte rondes

De overige 12 (van de 308) afgeronde projecten zijn gesubsidieerd uit de gerichte rondes van het programma DO. De onderwerpen waarop onderzoekers aanvragen in kunnen dienen bij de gerichte rondes worden top down bepaald.

De gerichte rondes bestaan uit Zorgevaluaties, Voorwaardelijke toelating projecten en overige projecten. Omdat de Zorgevaluaties en Voorwaardelijke toelating projecten nog niet zo lang geleden zijn gestart, zijn veel van deze projecten nog niet afgerond. Daarom zijn in de evaluatie slechts 12 projecten uit de gerichte rondes meegenomen: vier Voorwaardelijke toelating en acht 'overige projecten'. Hieronder volgt een korte toelichting van de verschillende programma's binnen de gerichte rondes.

1.2.1 Zorgevaluatie

Zorgevaluaties onderzoeken of bestaande behandelingen effectief en/of kosteneffectief zijn. Bij interventies waar meerdere behandelingen mogelijk zijn, wordt onderzocht naar welke behandeling de voorkeur uitgaat. In de periode die wij evalueren gaat het om twee programma's in de gerichte rondes die een relatie hebben met Zorgevaluaties³:

- Stimuleer Effectieve en Elimineer Niet-Effectieve Zorg (SEENEZ)
- 30 aandoeningen Kwaliteits- & Doelmatigheidsagenda (K&D agenda)

² Jaarverslag 2005, ZonMw

³ In de open rondes is eveneens ruimte voor Zorgevaluaties en wordt vanaf 2015 expliciet aandacht gevraagd voor Zorgevaluaties middels een geormerkt budget.

Stimuleer Effectieve en Elimineer Niet-Effectieve Zorg (SEENEZ)

SEENEZ is ontwikkeld om evaluatie in de medische specialistische zorg een impuls te geven. Zeven wetenschappelijke verenigingen hebben met patiënten en zorgverzekeraars een top-5 van kennishiaten opgesteld. De kennishiaten met de hoogste prioriteit zijn uitgewerkt tot een onderzoeksvraag. Voor deze onderzoeksvragen zijn zeven projectaanvragen ingediend bij ZonMw, waarvan er zes zijn toegekend door ZonMw. Er is nog geen van deze projecten afgerond.

30 aandoeeningen Kwaliteits- & Doelmatigheidsagenda (K&D agenda)

Ondertekenaars van het hoofdlijnakkoord medisch specialistische zorg hebben de K&D agenda ontwikkeld voor verbetering van de kwaliteit van zorg voor 30 aandoeeningen. De K&D agenda is in samenspraak met de verschillende partijen in de zorg samengesteld, patiënten, zorgaanbieders, verzekeraars en VWS. ZonMw subsidieert projecten die de kennislacunes uit de 30 aandoeeningen K&D agenda onderzoeken. Er zijn in 2017 en in 2018 beide negen K&D projecten toegekend. Er is nog geen van deze projecten afgerond.

1.2.2 Voorwaardelijke toelating

Zorg die als effectief wordt beschouwd, ofwel die voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk', kan de minister toelaten tot het basispakket. Toch kan zorg die niet voldoet aan dit criterium sinds 1 januari 2012 tijdelijk worden toegelaten. De voorwaarde hiervoor is dat er, in het tijdsbestek dat het is toegelaten, onderzoekgegevens worden verzameld over de (kosten)effectiviteit van de behandeling. Het betreft een procedure van ZIN.

Binnen het programma DO is budget beschikbaar gesteld voor dit soort onderzoeken. Na de tijdelijke toelatingsperiode wordt op basis van onderzoeksgegevens bepaald of de zorg vast onderdeel wordt van het basispakket. De commissie EEK van ZonMw beoordeelt de kwaliteit van de aanvragen voor Voorwaardelijke toelating projecten. De beoordeling van de relevantie van de aanvragen vindt plaats door de Wetenschappelijke Adviesraad van ZIN. Een succesvol voorbeeld is het Mr CLEAN onderzoek waarbij de IAT-behandeling voor patiënten met een herseninfarct na het onderzoek is toegelaten tot het basispakket.

1.2.3 Overig

Naast de Zorgevaluaties en de Voorwaardelijke toelating is er nog een aantal op zichzelf staande projecten dat tot de gerichte rondes behoort. Voorbeelden van dit soort projecten zijn een evaluatie van het deelprogramma IMP en een project waarin een gedragen leidraad wordt ontwikkeld door ParkinsonNet om netwerkzorg vorm te geven voor andere netwerken.

2 Onderzoeksaanpak

Inzichten uit interviews, een focusgroep, desk research en een online vragenlijst aan projectleiders vormen de basis van de evaluatie. We bespreken de verschillende bronnen in de eerste paragraaf van deze bijlage. Vervolgens zetten we de manier waarop we de impact van het programma in kaart hebben gebracht uiteen.

2.1 Bronnen

Een belangrijke bron voor de evaluatie betreft de inzichten van betrokkenen die we hebben opgehaald uit interviews en een focusgroep met stakeholders en projectleiders. Onze conclusies en aanbevelingen zijn daarnaast gebaseerd op desk research, verrijkt met de resultaten van een online vragenlijst onder alle projectleiders.

2.1.1 Interviews en focusgroep



We hebben voor de evaluatie in totaal ruim zestig experts, projectleiders en andere stakeholders van het programma geraadpleegd. Dit hebben we gedaan door interviews met hen te voeren en door een focusgroep te organiseren.





Interviews


Voor de evaluatie hebben we verschillende stakeholders geïnterviewd. Ook hebben we meerdere keren met leden van de externe evaluatiecommissie gesproken om onze aanpak en resultaten te toetsen. Voor het bepalen van de gezondheidswinst en besparingen hebben we 30 projectleiders geïnterviewd. Welke personen we per organisatie hebben gesproken staat in onderstaande tabellen weergegeven.

Stakeholders

Tabel 1 Geïnterviewde stakeholders per organisatie

Organisatie	Naam	Functie
 Patiëntenfederatie Nederland <small>samen de zorg beter maken</small>	Klaartje Spijkers	Senior-beleidsmedewerker
 Federatie Medisch Specialisten	Teus van Barneveld Dieuwke Leereveld	Directeur Kennisinstituut Adviseur Kennisinstituut
Leading the change	Sjoerd Repping Maya Kruijt	Projectleider Leading the Change Coördinator trialbureau

Organisatie	Naam	Functie
	Geertjan Mellema	Medisch adviseur
	Patrick Kruger	Beleidscoördinator, Directie GMT
	Mona Wets Marthein Gaasbeek Nicole Boluyt	Manager pakketadvies/kwaliteit gespecialiseerde zorg Expert medisch adviseur Medisch adviseur
	Sjaak Wijma Nicole Boluyt	lid RvB ZIN Medisch adviseur
	Hannie Bonink Mariëlle Snijders Marleen Bink Karen van Liere Stijn Tersmette	Directeur Programma's Programmacoördinator Programmasecretaris DO Programmasecretaris DO Programmasecretaris DO
	Dirk Ruwaard	(Voorzitter CDO)
	Commissie EEK	
	Commissie DO	
	Frank van den Biggelaar (projectleider)	Stafmedewerker Kwaliteit en Innovatie
	Suzanne Cannegieter (projectleider)	Hoogleraar Klinische Epidemiologie
	Jessika van Kammen	Manager Research Support
	Frank Hulstaert	Senior researcher

Organisatie	Naam	Functie
 National Institute for Health Research	Sarah Puddicombe	Assistent directeur

Leden van de externe evaluatiecommissie

Tabel 2 Geïnterviewde leden van de externe evaluatiecommissie per organisatie

Organisatie	Naam	Functie
	Joris van Eijck	Directeur Zorg
	Manuela Joore	Professor CAPHRI
	Frida van den Maagdenberg	RvB AMC

Projectleiders geselecteerde projecten

Tabel 3 Geïnterviewde projectleiders per affiliatie van projectleider

Toenmalige affiliatie projectleider	Naam
	Prof. dr. B.W.J. Mol
	J. Kraal
	Prof. dr. Y.B.W.E.M. Roos
	Prof. dr. W.A. van Gool
	J.M. Binnekade
	Prof. dr. J.A.M. van der Post

	Prof. dr. M.A. Boermeester ⁴
	N.F. Schirmbeck
	Dr. J.A.F. Huirne
	Prof. dr. G. Nijpels
	Prof. dr. ir. J.C. Seidell
	Drs. W.C. Peul
	Prof. dr. E.J. Kuipers MD
	Drs. P. Taimr
	S. Bierma-Zeinstra
	Dr. J.S.A.G. Schouten
	Drs. N. Shadid
	Prof. dr. R.M.M.A. Nuijts
	Dr. F. Vernooij
	Dr. H.J.J. Verhaar
	A.P. Nierich
	J.M. Poldervaart & J.B. Reitsma
	Prof. dr. A.G.M. Schilder
	Prof. dr. F.L.J. Visseren
	Prof. dr. G.E.H.M. Rutten







⁴ Alleen per mail gereageerd

Radboudumc	Prof. dr. M.W.G. Nijhuis-Van der Sanden
	M. Munneke
	Dr. M.G. van Pampus
	Dr. J.A. van Hilten
	D. Volker

Focusgroep

Naast de interviews hebben we een focusgroep gehouden op 14 februari 2018. De focusgroep was gericht op de programmeercyclus, de aanvraagprocedure en de aansturing van het programma. Deelnemers van de focusgroep waren projectleiders en stakeholders van het programma (zie Tabel 4).

Tabel 4 Deelnemers van de focusgroep per organisatie

Organisatie	Naam	Functie
	Anique ten Brinke Cathalijne van Doorne René Luigies	Junior beleidsmedewerker Lid patiëntenpanel Lid patiëntenpanel
	Dieuwke Leereveld	Adviseur Kwaliteitsinstituut
	Hans Paalvast Ilse Verstijnen	Programma-manager Zinnige Zorg Adviseur
	Brent Opmeer	Senior Research Fellow
	Brigitte Essers	Senior onderzoeker
Radboudumc	Marieke Zegers	Senior onderzoeker
	Marleen Jonker	Projectsecretaris DO

2.1.2 Desk research en online vragenlijst

We hebben gebruik gemaakt van verschillende bronnen voor het desk research. We hebben de bronnen verrijkt met de resultaten van een online vragenlijst uitgezet onder alle projectleiders van afgeronde projecten.

Verkregen documenten

Voor de evaluatie hebben we informatie gebruikt uit verschillende documenten die we veelal hebben verkregen via ZonMw:

- Eindverslagen van alle 308 afgeronde projecten
- Informatie uit ingevulde vragenlijst
- Informatie verkregen via interviews en focusgroep
- Informatie over multicenteraanvragen
- Projectfinanciering inclusief cofinanciering
- Contactgegevens van projectleiders
- Producten uit ProjectNet
- Goedkeuringsbrieven
- Jaardocumenten (jaarplannen, jaarverslagen en voortgangsrapportages)
- Programmavoorstellen
- Subsidieoproepen
- Richtlijndatabase FMS
- NHG-standaarden
- GGZ-richtlijnen

Eindverslagen

De database die we op basis van de 308 afgeronde projecten hebben gemaakt bestaat uit verschillende kenmerken per project. In Tabel 5 staan de verschillende kenmerken per project weergegeven. Een deel van de projecten heeft tot een vervolgsubsidie geleid. Voor deze vervolgsubsidies zijn dezelfde kenmerken genoteerd in de database.

Tabel 5 Kenmerken per project

Variabele	Omschrijving	Waardes
<u>Kenmerken van de subsidie</u>		
id	Unieke ZonMw-identificer voor project	
Projecttitel	Officiële titel van het project	
Projectleider	Naam van de projectleider	
Projectleider affiliatie	Affiliatie (werkgever) van de projectleider	
Type affiliatie	Wat is het type affiliatie van de projectleider	UMC, Ziekenhuis overig, Universiteit overig, UMC / Universiteit buitenland, (semi-)overheid, privaat
Start datum	Datum ingang subsidie	dd-mm-jjjj
Eind datum	Datum einde subsidie	dd-mm-jjjj

Variabele	Omschrijving	Waardes
Subsidieronde	Subsidieronde	
Subsidie type	Type project	EEK, VEMI, IMP, VIMP, GR
Subsidiebedrag	Zowel toegekend bedrag als gehonoreerd bedrag	
<u>Algemene kenmerken</u>		
Studie opzet	Hoe is de studie opgezet	RCT (enkel of dubbel blind), RCT overig, quasi-experimenteel, observationeel, beschrijvend, anders
Sector	Binnen welk deel van de zorg vindt de studie plaats	Huisartsenzorg, MSZ, GGZ, thuiszorg/wijkverpleging, intramurale ouderenzorg, fysiotherapie, overig
Sector overig	Indien sector overig, welke?	
Ziektegebied	Welk ziektegebied is het belangrijkste binnen het onderzoek	Allergologie, Anesthesiologie, Cardiologie, Dermatologie en Venereologie. Heelkunde, Interne Geneeskunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde, Kindergeneeskunde, Klinische Geriatrie, Klinische Genetica, Longziekten en Tuberculose, Maag, Darm en Lever, Medische Microbiologie, Neurochirurgie, Neurologie, Nucleaire Geneeskunde, Obstetrie en Gynaecologie, Oogheelkunde, Orthopedie, Pathologie, Plastische Chirurgie, Psychiatrie, Radiologie, Radiotherapie en Oncologie, Reumatologie, Revalidatiegeneeskunde, Thoraxchirurgie, Urologie, Traumachirurgie
Ziekte	Welke ziekte/aandoening betreft het	
Type interventie	Wat voor type interventie is onderzocht	Diagnostische interventie, ingreep/behandeling, medicijn, hulpmiddel, organisatorische interventie
Patiënten	Aantal potentiële patiënten in Nederland	
<u>Specifieke kenmerken</u>		
Arm interventie	Korte omschrijving welke interventie bekeken is	
Arm controle ⁵	Korte omschrijving van welke vergelijkingsbehandeling is gebruikt	
n_interventie	Aantal met interventie behandelde patiënten	
n_controle	Aantal met vergelijkingsbehandeling behandelde patiënten	
Tijdshorizon ⁶	Meetmoment van uitkomsten	
Kosten interventie	Schatting kosten interventie bij tijdshorizon	

⁵ Ook voor eventuele tweede en derde controlearm met bijbehorende kenmerken.

⁶ Eventueel ook tweede en derde tijdshorizon met bijbehorende kenmerken.

Variabele	Omschrijving	Waardes
Kosten controle	Schatting kosten controle arm bij tijdshorizon	
Kostenbesparing	Schatting kostenbesparing t.o.v. controle arm bij tijdshorizon	
Soort kosten	Bekend type kosten	Alleen betreffende sector, gehele gezondheidszorg, gehele maatschappij
Gezondheid eenheid	Ingevulde eenheid voor gezondheid indien beschikbaar. [Laagste optie van waarde selecteren]	QALY, kwaliteit van leven, levensjaren / percentage nog levend, anders
Gezondheid anders	Welke gezondheidsmaat is gebruikt als 'gezondheid eenheid' anders is	
Gezondheid interventie	Schatting gezondheid interventie bij tijdshorizon	
Gezondheid controle	Schatting gezondheid controle arm bij tijdshorizon	
Gezondheidswinst	Schatting gezondheidswinst t.o.v. controle arm bij tijdshorizon	
Kostenbesparing	Algemene conclusie studie over kostenbesparing	Niet kostenbesparend, wel kostenbesparend
Gezondheidswinst	Algemene conclusie studie over gezondheidseffect	Geen gezondheidswinst, wel gezondheidswinst

Online vragenlijst

We hebben een online vragenlijst gestuurd naar alle projectleiders van de 308 afgeronde projecten gedurende de evaluatieperiode. In deze vragenlijst hebben wij vragen gesteld over:

1. Nieuwe wetenschappelijke artikelen (t.o.v. wat er in het eindverslag staat)
2. Of de onderzoeksresultaten van het project in richtlijnen terecht zijn gekomen
3. Of het project tot vervolgonderzoek heeft geleid en tot welk soort vervolgonderzoek

We hebben alle projectleiders voor deze uitvraag onderstaande mail gestuurd. De vragenlijst hebben wij met behulp van Google Forms gemaakt. De vragen uit de vragenlijst staan in Tabel 6 weergegeven.

Gestuurde mail

Geachte heer/mevrouw,

Op verzoek van VWS, de opdrachtgever van het ZonMw programma DO, wordt het programma DO over de periode 2006-2017 geëvalueerd onder leiding van een externe evaluatiecommissie. De externe evaluatiecommissie heeft SiRM – Strategies in Regulated Markets – geselecteerd als onafhankelijk adviesbureau om de evaluatie uit te voeren.

We brengen in het kader van de evaluatie de wetenschappelijke en maatschappelijke opbrengsten in kaart om te bepalen of de investeringen in het programma DO leiden tot voldoende opbrengsten. We maken voor het in kaart brengen van de opbrengsten in eerste instantie gebruik van de eindverslagen. We realiseren ons dat er sinds het afronden van het project nieuwe opbrengsten kunnen zijn. Graag willen wij deze opbrengsten ook betrekken bij de evaluatie van de opbrengsten van het programma.

Voor project [projectnaam] (met projectnummer: [projectnummer]) is de volgende informatie al bij ons bekend:

De publicaties die in het eindverslag worden genoemd

- De wetenschappelijke artikelen die in ProjectNet staan vermeld, deze staan weergegeven in de bijlage
- Dat de resultaten van uw project in de richtlijnen terecht zijn gekomen/niet in een richtlijn zijn gekomen of dat het niet bij ons bekend is

Wij vragen u vriendelijk om dit overzicht, in deze link: [link vragenlijst] aan te vullen met de volgende informatie:

- Nieuwe wetenschappelijke artikelen naar aanleiding van het project
- Als dit nog niet bij ons bekend is: of de projectresultaten in een richtlijn terecht zijn gekomen
- Of er vervolgonderzoek heeft plaatsgevonden

De uitkomst van de evaluatie is bepalend voor de toekomst van het programma DO en daarmee voor het beschikbaar blijven van middelen voor dit type onderzoek. We stellen uw medewerking zeer op prijs. Als u geen aanvullingen heeft, zou u dit dan ook aan ons kunnen laten weten door deze mail te beantwoorden?

Daarnaast nog het vriendelijk verzoek van ZonMw om eventuele nieuwe producten ook in ProjectNet te uploaden (bij publicaties volstaat het invullen van de DOI-code).

Het kan zijn dat u deze mail eerder heeft ontvangen omdat u projectleider bent van meerdere projecten. Wij vragen u vriendelijk om per project op de link te klikken en de vragen in te vullen. Wij verwerken de informatie per project.

Voor vragen of opmerkingen kunt u mij mailen. Graag ontvangen wij uw reactie zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk 27 februari 2018. Mocht een ander lid van het projectteam beter in staat zijn om het formulier in te vullen, dan kunt u de mail doorsturen.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

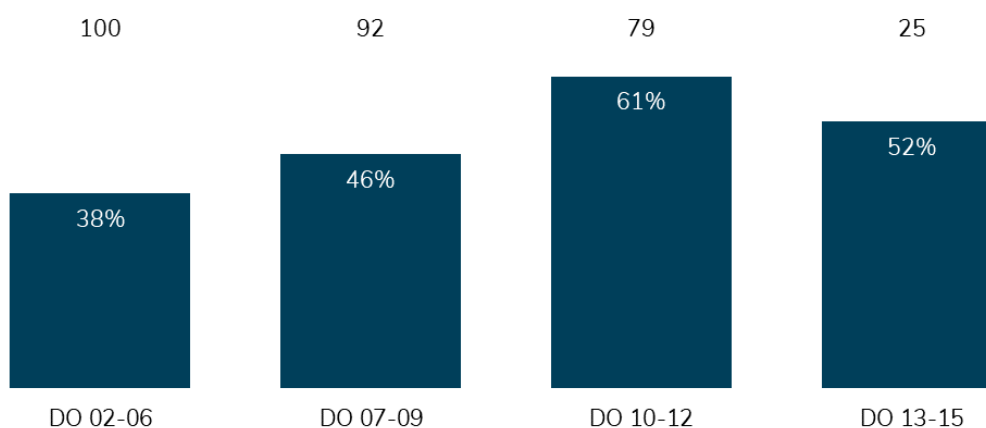
Tabel 6 Vragen uit de online vragenlijst

Vragen	Antwoordmogelijkheden
Wat is de titel van het project?	
Wat is het ZonMw projectnummer?	
Wie is de projectleider van het project?	
Zijn de projectresultaten in een richtlijn terecht gekomen?	<ol style="list-style-type: none"> 1 Ja 2 Nee 3 Niet van toepassing
Zo ja, in welke richtlijn(en)?	
Heeft het project tot (een) vervolgstudie(s) geleid?	<ol style="list-style-type: none"> 1 Ja 2 Nee
Zo ja, wat voor soort onderzoek? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)	<ol style="list-style-type: none"> 1 Andere/grotere studiepopulatie (bijvoorbeeld in Europees verband) 2 Ander studiedesign 3 Implementatieonderzoek 4 Verdiepend onderzoek naar kosten en effectiviteit 5 Anders...
Titel wetenschappelijk artikel 1	
Tijdschrift wetenschappelijk artikel 1	
Titel wetenschappelijk artikel 2	
Tijdschrift wetenschappelijk artikel 2	
...	
Titel wetenschappelijk artikel 10	
Tijdschrift wetenschappelijk artikel 10	
Heeft uw project meer dan 10 gepubliceerde wetenschappelijke artikelen opgeleverd? (naast de artikelen die staan vermeld in het eindverslag)	<ol style="list-style-type: none"> 1 Ja 2 Nee
Zo ja, hoeveel?	
Zo ja, graag hieronder voor het 11e, 12e etc. artikel de titel en het tijdschrift aangeven	

Respons vragenlijst

Van de 296 projecten van de open ronde heeft circa 50% gereageerd op de online vragenlijst (of per email). De respons van de projectleiders in DO 10-12 is het hoogste (zie Figuur 1). De respons is het hoogst binnen de sector huisartsen en fysiotherapie (zie Figuur 2). Binnen de specialismes is de respons meer dan 50% bij Orthopedie en Heelkunde (zie Figuur 3).

DO-projecten afgerond in 2006-2017 waarvan projectleider online vragenlijst heeft ingevuld naar DO-ronde [percentage van totaal aantal]



Figuur 1. Respons projectleiders op de online vragenlijst (of per email) per DO-ronde⁷
(Bron: Analyse SiRM o.b.v. online vragenlijst)

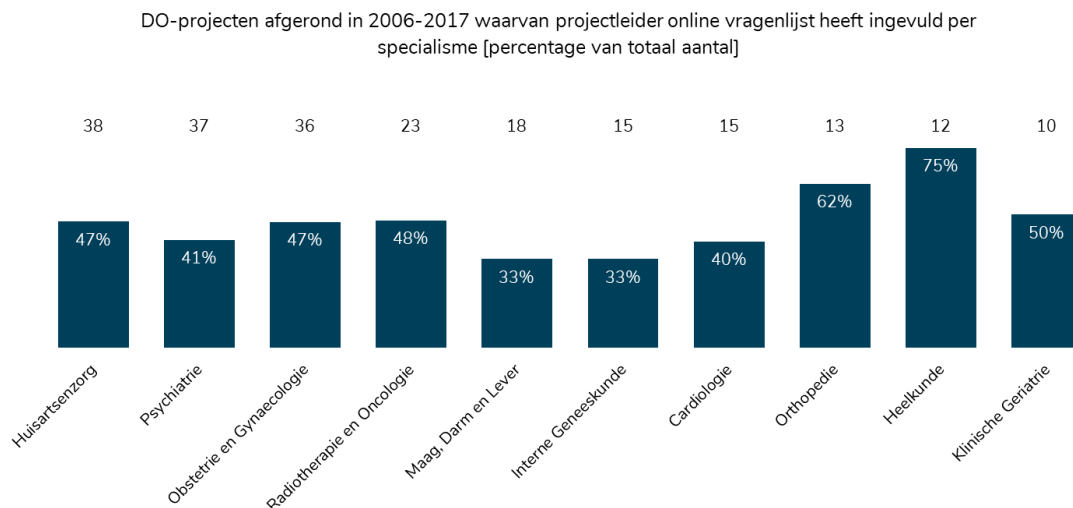
DO-projecten afgerond in 2006-2017 waarvan projectleider online vragenlijst heeft ingevuld per sector [percentage van totaal aantal]



Figuur 2. Respons projectleiders op de online vragenlijst (of per mail) per sector⁸
(Bron: Analyse SiRM o.b.v. online vragenlijst)

⁷ Binnen de gerichte ronde hebben vier van de 12 projectleiders gereageerd op de online vragenlijst.

⁸ De sector ouderenzorg is niet weergegeven, Zes van de negen projectleiders binnen deze sector hebben gereageerd.



Figuur 3. Respons projectleiders op de online vragenlijst (of per mail) per specialisme. Alleen de specialismes met negen projecten of meer zijn weergegeven. (Bron: Analyse SiRM o.b.v. online vragenlijst)

2.2 Analyse impact programma DO

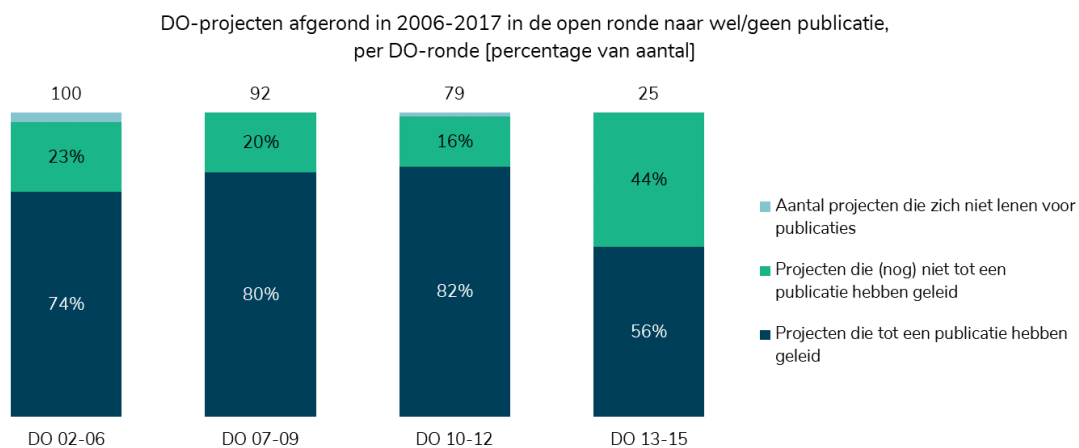
In deze paragraaf lichten we de onderzoeksaanpak van de wetenschappelijke opbrengsten, maatschappelijke opbrengsten, gezondheidswinst en besparingen en de geleerde lessen uit de praktijk uitgebreider toe dan in hoofdstuk 2 van het rapport.

2.2.1 Wetenschappelijke opbrengsten

In deze paragraaf gaan we gedetailleerder in op de analyse omtrent wetenschappelijke publicaties die zijn voortgevloeid uit de afgeronde projecten. We hebben voor deze analyse gebruik gemaakt van:

- Wetenschappelijke publicaties die in de eindverslagen zijn gerapporteerd.
- Wetenschappelijke publicaties uit ProjectNet.
- Wetenschappelijke publicaties uit de online vragenlijst.

We hebben de publicaties uit de eindverslagen geëxtraheerd met behulp van statistische programma R. Vervolgens hebben we handmatig de gegevens bruikbaar gemaakt voor analyse. Publicaties die in beide bronnen voorkwamen zijn ontdebeld. Daarnaast hebben we alleen de publicaties die zijn gepubliceerd én waarvan het tijdschrift is gespecificeerd meegenomen in de analyse. Uiteindelijk hebben we 1261 publicaties meegenomen in onze analyse en hebben 230 van de 308 projecten tot publicaties geleid (zie Figuur 4). Elf van de 308 projecten lenen zich niet voor publicatie en van de overige 67 projecten hebben we geen publicaties ontvangen. Dit wil niet zeggen dat deze projecten niet tot publicaties hebben geleid. De projectleiders van deze projecten hebben ten tijde van het eindverslag geen publicaties opgegeven en deze ook niet in ProjectNet verwerkt. Van projecten waarvan projectleiders ook niet op de online vragenlijst hebben gereageerd, weten we de status niet.



Figuur 4. Projecten die tot publicaties hebben geleid⁹

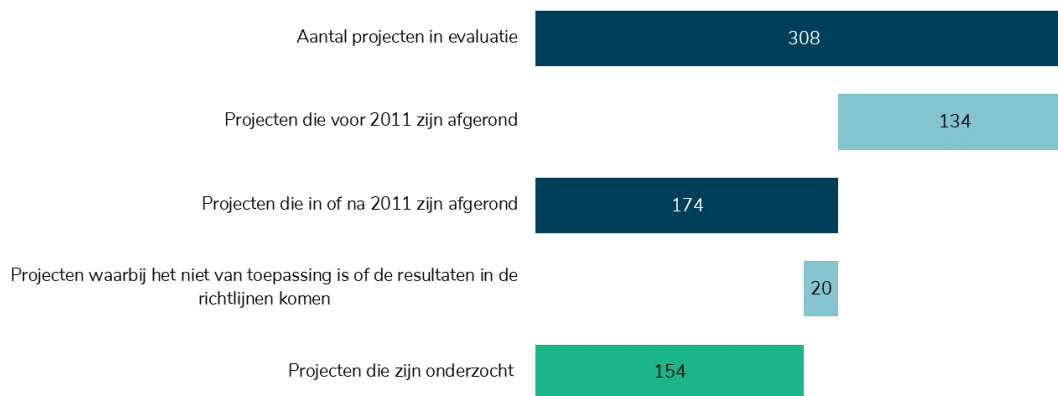
Voor het bepalen van de impactfactor van het tijdschrift waarin is gepubliceerd hebben we gebruik gemaakt van de Scientific Journal Ranking (SJR) uit 2016. Ieder tijdschrift is gekoppeld aan een impactfactor. Met behulp van Excel hebben we onze dataset gekoppeld aan de dataset van SJR. Een aantal tijdschriften was niet in deze SJR vermeld (ongeveer 10% van alle publicaties). De artikelen uit deze tijdschriften zijn niet meegenomen in de analyses over de impactfactor.

Daarnaast heeft SJR alle tijdschriften per categorie in kwantilen ingedeeld, waarbij het hoogste kwantiel de best scorende tijdschriften binnen hun vakgebied zijn. Deze kwantilen hebben wij overgenomen voor onze analyse, zodat we per DO-ronde iets over de kwaliteit van de tijdschriften kunnen zeggen.

2.2.2 Maatschappelijke opbrengsten

Voor de analyse van de maatschappelijke opbrengsten hebben we onderzocht of de onderzoeksresultaten van de afgeronde projecten in richtlijnen terecht zijn gekomen. Voor deze analyse bekeken we de 174 projecten (zie Figuur 5) die in of na 2011 zijn afgerond. We hebben voor dit tijdsbestek gekozen, omdat de meeste richtlijnen na 2010 opnieuw zijn geüpdatet en oudere onderzoeksresultaten waarschijnlijk niet meer terug te vinden zijn in de huidige richtlijnen. Bij 20 van de 174 projecten is opname van de resultaten in de richtlijnen niet van toepassing. Daarom hebben we onze analyse uiteindelijk voor 154 projecten uitgevoerd.

⁹ Zeven van de 12 afgeronde projecten gesubsidieerd vanuit de gerichte rondes lenen zich niet voor publicatie, drie van de overige vijf projecten hebben tot publicaties geleid.



Figuur 5. Projecten die zijn meegenomen in richtlijnenanalyse

Voor deze analyse is gebruik gemaakt van verschillende bronnen:

- De analyse die door het Kennisinstituut van de FMS en ZonMw is uitgevoerd. Zij hebben in kaart gebracht welke ZonMw projecten, afgerond in 2011-2015, in richtlijnen terecht zijn gekomen.
- De eindverslagen en de resultaten van de online vragenlijst.

Projecten die volgens het eindverslag of volgens de projectleider niet in de richtlijnen terecht zijn gekomen zijn niet verder onderzocht. Ook als het Kennisinstituut van de FMS een project niet heeft kunnen vinden in de richtlijnen en de betreffende richtlijn niet meer is geüpdatet na het onderzoek van de FMS, is deze niet verder onderzocht.

Voor de andere afgeronde projecten zijn we via verschillende bronnen nagegaan of de onderzoeksresultaten van het project in richtlijnen terecht zijn gekomen. We hebben gezocht in de Richtlijnen-database van de FMS, in NHG standaarden en de GGZ richtlijnen. Bij het zoeken naar de onderzoeksresultaten in richtlijnen zijn de bijlagen en voetnoten van de richtlijnen ook meegenomen. Zo is bijvoorbeeld bij de NHG standaarden in het gehele document gezocht en niet alleen in de beknopte informatie die op de webpagina staat weergegeven.

Het vinden van onderzoeksresultaten in de richtlijnen was geen eenvoudig proces, omdat het niet altijd duidelijk is of onderzoek en richtlijn over precies dezelfde toepassing gaan. Tevens zijn de richtlijnen voor medici geschreven, wat het interpreteren van de richtlijn soms lastig maakt.

Als het onderwerp van een project in de richtlijnen terug te vinden is, is het nog niet zeker of de onderzoeksresultaten van het ZonMw project zijn gebruikt voor de richtlijn. Daarom hebben wij gekeken of de projectleider met een artikel over het onderwerp van het ZonMw project in de referentielijst terug te vinden is. We hebben in eerste instantie de betreffende projectleider in de referentielijst van de richtlijn opgezocht. Als de projectleider in de referentielijst gevonden werd zijn we nagegaan of het een publicatie betrof over hetzelfde ontwerp en of deze publicatie ten tijde of na het ZonMw project gepubliceerd is.

2.2.3 Gezondheidswinst en monetaire opbrengsten

We gaan er bij het kwantificeren van de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten vanuit dat een selectie van high potential projecten voldoende opbrengt om de investeringskosten van het programma terug te verdienen.

Om deze reden hebben we van de 308 afgeronde projecten 27 high potential projecten geselecteerd. Voor deze projecten hebben wij de gezondheidswinst en de bruto opbrengsten berekend. Voor de andere 281 projecten hebben we dit niet gedaan.

Om de netto opbrengsten te berekenen hebben we de bruto opbrengsten vervolgens afgezet tegen de investeringen in het gehele programma gedurende de periode 2006-2017.

We hebben de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten berekend volgens de volgende stappen:

- Selecteren van high potential projecten met een mogelijk hoge gezondheidswinst en/of kostenbesparing.
- In kaart brengen van gebruik van de onderzochte interventie in de Nederlandse praktijk.
- Berekenen van de behaalde geschatte gezondheidswinsten en kostenbesparingen in de Nederlandse praktijk.
- In kaart brengen van investeringen in programma DO gedurende evaluatieperiode.

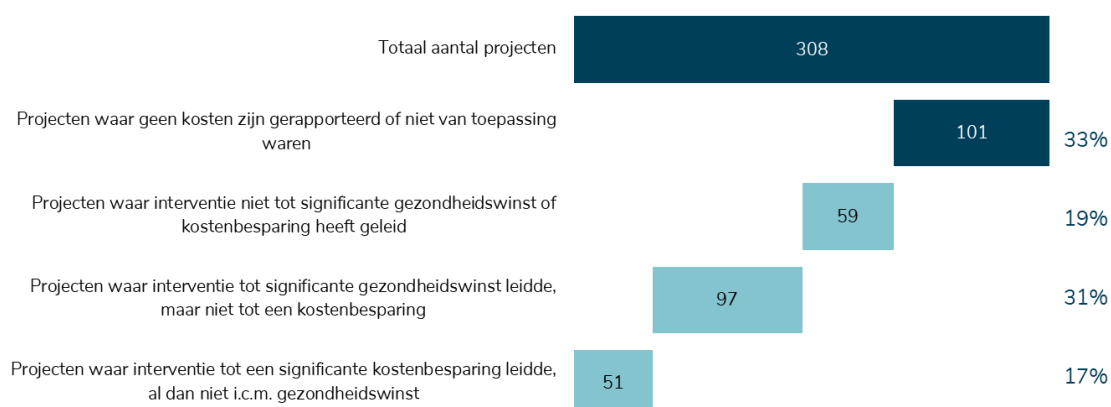
In deze bijlage beschrijven we de eerste drie stappen in meer detail dan in het hoofdrapport.

Selecteren high potential projecten kwantificering

Op basis van de eindverslagen en desk research hebben we 27 projecten geselecteerd die om verschillende redenen high potential zouden kunnen zijn. We onderscheiden daarbij drie soorten high potential projecten:

- Niet-effectieve interventies. Projecten die een nieuwe interventie onderzochten die vergeleken met bestaande zorg geen significante gezondheidswinst aantoonde, met gelijkblijvende of hogere kosten.
- Kostenbesparende interventies. Projecten die aantonen dat een (nieuwe) interventie significant goedkoper is dan de bestaande zorg, met gelijkblijvende of betere gezondheidsuitkomsten. Afwachtend beleid kan ook de interventie zijn.
- Kosteneffectieve interventies. Projecten die aantonen dat een (nieuwe) interventie significante gezondheidswinst oplevert – gemeten in Quality Adjusted Life Years (QALY's) – ten opzichte van de bestaande zorg. De gezondheidswinst gaat ofwel gepaard met besparingen, ofwel de investeringen wegen op tegen de QALY winst.

We hebben eerst de projecten die geen kosten rapporteren af laten vallen (Figuur 6). 101 projecten vergelijken geen kosten tussen een bestaande en een nieuwe interventie. Deze projecten komen niet in aanmerking als high potential project.



Figuur 6. Indeling projecten op basis van eindverslagen

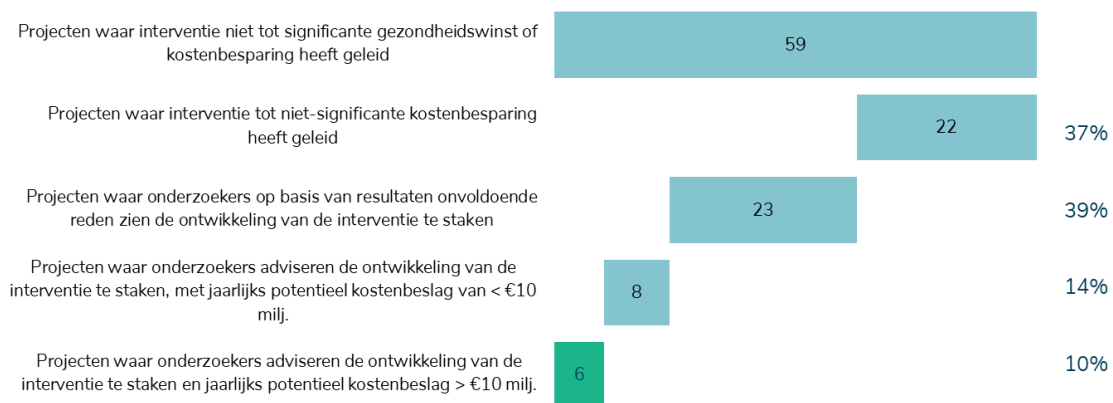
Voor de andere drie categorieën projecten maken we een sub-selectie van de projecten met de hoogste potentiële waarde. De potentiële waarde hangt af van de waarde per patiënt (in termen van gezondheidswinst of besparingen) en het aantal patiënten dat in aanmerking komt. Dit noemen we de PxQ-berekening.

Niet-effectieve interventies

In 59 projecten leidde de interventie niet tot significante gezondheidswinst of kostenbesparing. Het project heeft daarmee aangetoond dat het om een niet-effectieve interventie gaat, die niet geïmplementeerd zou moeten worden.

Om de potentiële waarde van het niet implementeren van deze niet-effectieve interventies te bepalen hebben we de PxQ bepaald. We hebben alleen een PxQ berekend als het project een (niet-) significante kostenstijging toonde én volgens de onderzoekers aanleiding was om van implementatie of doorontwikkeling af te zien (zie Figuur 7). Voor zes van de 14 niet-effectieve interventies met een PxQ berekening zijn de geschatte voorkomen kosten meer dan €10 miljoen per jaar.¹⁰ Deze zes high potential projecten met niet-effectieve interventies includeren we in de selectie van 27 projecten.

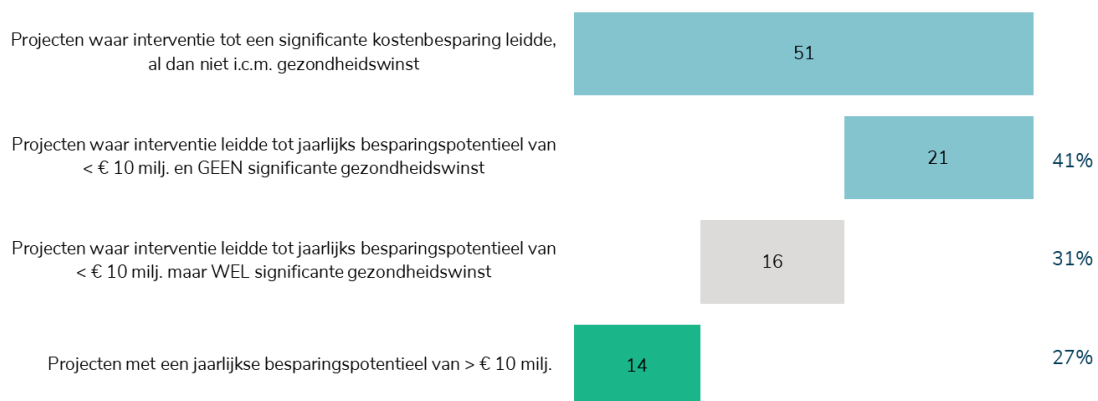
¹⁰ In de PxQ berekening gebruiken we de geschatte effecten uit het eindverslag als P en hebben we o.b.v. het eindverslag of een internetsearch het aantal potentiële patiënten bepaald. Voor de geselecteerde high potential projecten schatten we de Q later nauwkeuriger o.b.v. een interview met de projectleider.



Figuur 7. Selectie high potential niet-effectieve interventies

Kostenbesparende interventies

In aanvulling op de zes high potential niet-effectieve interventies includeren we ook 14 high potential kostenbesparende interventies in de selectie (Figuur 8). Dit zijn de 51 potentieel kostenbesparende projecten uit Figuur 6 minus de projecten waarvan de verwachte jaarlijkse besparing op basis van de PxQ berekening minder dan €10 miljoen is. 16 van de 37 afgevalen projecten komen nog wel in aanmerking om op basis van kosteneffectiviteit meegenomen te worden in de selectie (zie volgende paragraaf). Alhoewel de besparing van deze projecten onder de gestelde grenswaarde ligt, levert introductie van de interventie wel extra gezondheidswinst op.



Figuur 8. Selectie high potential projecten kostenbesparende interventie

Kosteneffectieve interventies

De laatste groep high potential projecten levert gezondheidswinst op tegen een aanvaardbare investering. Deze zeven kosteneffectieve interventies (Figuur 9) zijn geselecteerd uit de 97 mogelijk kosteneffectieve projecten (Figuur 6) en de 16 kostenbesparende (PxQ < €10 milj.) waarbij een gezondheidswinst is behaald (Figuur 8). De projecten waarbij de gezondheidswinst is behaald met een andere maat dan de QALY (98) komen niet in aanmerking als high potential kosteneffectieve projecten, omdat het niet mogelijk is om de in deze projecten behaalde

gezondheidswinst onderling vergelijkbaar te maken.¹¹ Voor de resterende 15 projecten vergelijken we de Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) uit het eindverslag met de willingness-to-pay-drempel (WTP-drempel) voor de ziektelast binnen de onderzochte patiëntengroep.¹² Hierdoor vallen nog acht projecten af die wel gezondheidswinst opleveren maar tegen een te hoge investering.



Figuur 9. Selectie high potential kosteneffectieve interventies

In kaart brengen gebruik onderzochte interventie in de Nederlandse praktijk

Voor de 27 high potential projecten hebben we contact gezocht met de projectleider om na te gaan wat het gebruik van de onderzochte interventie is in de Nederlandse praktijk. Met 25 van hen hebben wij een interview kunnen plannen en voor 24 hebben we de bruto besparingen berekend. De belangrijkste parameters die we tijdens deze interviews hebben achterhaald zijn:

- **Het aantal voor de interventie in aanmerking komende patiënten in Nederland:** De maximaal haalbare bruto opbrengsten per project hangen af van het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor de interventie. Deze hebben we indien beschikbaar uit de eindverslagen gehaald en anders aan de projectleider gevraagd. Wanneer de projectleider niet wist om hoeveel patiënten het ging, hebben we een schatting gemaakt aan de hand van openbare bronnen.
- **De implementatiegraad:** Voor de implementatiegraad zijn we niet alleen nagegaan welk deel van de in aanmerking komende patiënten nu de interventie krijgen, maar ook hoe hoog dit percentage lag in het verleden en of het aannemelijk is dat dit nog doorgroeit in de komende jaren.
- **De levensduur van technologie:** Ook de onderzochte interventies zullen ingehaald worden door nieuwere technologieën. We kunnen er daarom niet vanuit gaan dat we de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten oneindig lang door kunnen laten lopen. Daarom heb-

¹¹ We merken op dat onze benadering van gezondheidswinst economisch is. Dit betekent dat we kijken of de effecten van de onderzochte interventies tot meer utiliteit voor de patiënten leiden. We realiseren ons dat we hiermee andere gezondheidseffecten, zoals klinisch relevante verbeteringen of positieve gezondheid volgens Machteld Huber, buiten beschouwing laten. Voor het berekenen van bruto opbrengsten is het echter noodzakelijk gezondheidseffecten te kunnen vergelijken tussen ziektegebieden en de effecten te kunnen monetariseren. Hiervoor is gebruik van de QALY het meest geschikt.

¹² Zorginstituut Nederland. 2015. *Kosteneffectiviteit in de praktijk*

ben we gevraagd wat de verwachting van de projectleider voor de toekomst van de interventie was. We zijn in de berekeningen er nooit van uit gegaan dat de levensduur van de technologie langer dan 10 jaar is, zodat we in elk geval de bruto opbrengsten niet overschatten.

Berekenen behaalde geschatte gezondheidswinst en kostenbesparingen

Voor de berekening van de behaalde geschatte opbrengsten van de projecten berekenen we de bruto opbrengst per project. In het hoofdrapport staat de hiervoor gehanteerde methode op hoofdlijnen beschreven. In deze bijlage gaan we in op een aantal details van de berekening:

- Onzekerheid effecten. We hebben geen schatting gemaakt van de onzekerheid rondom de kosten- en gezondheidseffecten, omdat de gerapporteerde betrouwbaarheidsintervallen hoogstens een schijnzekerheid zouden tonen. De onzekerheid rondom andere inputwaarden, zoals de implementatiegraad, heeft namelijk meer invloed op de berekende bruto opbrengsten. Om toch zo min mogelijk onzekerheid rondom de geschatte netto opbrengsten te hebben, doen we daar waar nodig altijd een conservatieve schatting.
- Periodes implementatiegraad. In de doorrekening onderscheiden we per project maximaal drie perioden met verschillende implementatiegraden. Zo houden we rekening met de tijd die het heeft gekost om de huidige implementatiegraad te bereiken. We gaan er bovendien van uit dat de huidige implementatiegraad lineair tot stand is gekomen, tenzij de projectleider aangaf dat dit niet zo was.
- Implementatiegraad niet-effectieve interventies. De implementatiegraad van niet-effectieve interventies betreft een aanname. Aangezien deze interventies (terecht) niet geïntroduceerd zijn in de dagelijkse praktijk, moeten we schatten wat de implementatiegraad geweest zou zijn. Hierbij zijn we ervan uitgegaan dat belangrijkste bekende voorspellers voor de implementatiegraad het aantal behandelaars en behandelde patiënten is. We nemen aan dat als beide hoog zijn, de implementatiegraad niet hoger dan 25% zou zijn. In het geval slechts een van de twee hoog is nemen we aan dat de implementatiegraad 50% zou zijn. Zijn beide laag, dan gaan we uit van een 75% implementatiegraad.
- Bruto opbrengsten niet-effectieve interventies. De berekening van de bruto opbrengsten van niet-effectieve interventies verschilt ook van de andere projecten doordat we enkel de kosten van de interventie zelf meenemen en niet van behandelingen elders in de keten. We nemen hier dus noch een maatschappelijk, noch een gezondheidszorg perspectief. Op deze manier proberen we een conservatieve schatting te maken van de voorkomen kosten, omdat besparingen elders in de keten alleen plaats zouden vinden als er wel een gezondheidseffect zou zijn geweest.

2.2.4 Geleerde lessen uit de praktijk

We hebben 13 van de 24 geselecteerde projecten voor kwantificering ook als case study geselecteerd. We zijn voor de case studies dieper ingegaan op de maatschappelijke opbrengsten en de mate waarin en de manier waarop implementatie vorm heeft gekregen. De 13 case studies (Tabel 7) hebben we op basis van twee criteria geselecteerd:

- 1 High potential projecten die volgens ZonMw breed geïmplementeerd zijn (N=7)¹³
- 2 High potential projecten waarin tijdens het interview met de projectleider duidelijke lessen voor implementatie naar voren kwamen (N=6)

Tabel 7. Geselecteerde case studies

Project-nummer	Projecttitel	Subsidie-type	Sector	Type high potential project
High potential project dat volgens ZonMw breed geïmplementeerd is (N=7)				
94502035	A randomised cost-effectiveness study on the surgical versus conservative treatment of sciatica ¹⁴	EEK	MSZ	Kosteneffectiviteit
94504357	Efficiency of physiotherapeutic care in Parkinson's disease	EEK	Fysiotherapie	Besparing
94506257	FOAM-study. Cost minimization study comparing surgery versus duplex guided foam sclerotherapy of varicose veins: a randomized controlled study	EEK	MSZ	Besparing
94506553	Pregnancy-induced hypertension and pre-eclampsia after 36 weeks: induction of labour versus expectant monitoring. A comparison of maternal and neonatal outcome, maternal quality of life and costs?	EEK	MSZ	Besparing
170992904	Towards a more cost-effective diabetes control in primary care: six-monthly monitoring compared with three-monthly monitoring in type 2 diabetes mellitus.	EEK	Huisartsenzorg	Besparing
171001011	Toric intraocular lenses: a cost-effective treatment for astigmatism in cataract surgery?	VEMI	MSZ	Niet-effectief
171202015	More cost-effective management of chest pain patients presenting in the emergency room: application of a validated rule	EEK	MSZ	Kosteneffectiviteit
High potential projecten met duidelijke lessen voor implementatie (N=6)				
94506216	Is top-level care for ovarian cancer patients more cost-effective than regular care?	EEK	MSZ	Kosteneffectiviteit
94507901	Effectiveness of adenoidectomy in children with recurrent upper respiratory tract infections	EEK	MSZ	Besparing
94527009	Diagnostic value of an innovative non-invasive diagnostic to determine the grade of atherosclerosis before sternotomy in patients scheduled for cardiac surgery.	VEMI	MSZ	Kosteneffectiviteit

¹³ Met twee projectleiders is het niet gelukt om een telefonische afspraak te maken.

¹⁴ Project 94502035 was in eerste instantie geselecteerd als high potential project, maar op basis van het interview toch niet opgenomen in de doorrekening.

Project-nummer	Projecttitel	Subsidie-type	Sector	Type high potential project
170991010	The detection of focal liver lesions with contrast enhanced ultrasound	VEMI	MSZ	Besparing
171002403	Cost effectiveness of an E-health module on Return to Work embedded in collaborative occupational health care for depressive disorders	EEK	GGZ	Besparing
171201010	Coach2move: a problem-oriented patient-centered physiotherapy intervention focusing on self management and physical activity by alleviating mobility problems in community dwelling elderly.	VEMI	Fysiotherapie	Kosteneffectiviteit

Voor elke geselecteerde case study hebben we gesproken met de projectleider. In deze gesprekken hebben we gevraagd naar de verschillende maatschappelijke opbrengsten, zoals richtlijnen, standpunten van ZIN, gebruik door wetenschappelijk verenigingen of in samenwerkingsoverleggen. Daarnaast zijn we dieper ingegaan op de implementatie. We hebben onder andere besproken hoe vaak de interventie nu gebruikt wordt in de praktijk en ook waarom de interventie niet vaker of minder vaak wordt gebruikt.

3 Gezondheidswinst en monetaire opbrengsten

In dit hoofdstuk van de bijlage geven we uitgebreidere informatie over de gezondheidswinst en monetaire opbrengsten van de 24 geselecteerde projecten. We gaan eerst in op de behaalde geschatte opbrengsten van de projecten. Vervolgens bespreken we het onbenut potentieel van het programma DO en tenslotte geven we een korte beschrijving per case study.

3.1 Behaalde geschatte opbrengsten

In totaal leiden de 24 high potential projecten gezamenlijk tot behaalde geschatte bruto opbrengsten van €1.243 miljoen. In deze bijlage gaan we in op hoe en hoeveel elk van deze high potential projecten bij heeft gedragen aan dit totaal. De volgende onderdelen komen aan bod:

- De 24 high potential projecten in de drie categorieën – kostenbesparende interventies, kosteneffectieve interventies en niet-effectieve interventies – naar type project, sector en ziektegebied.
- Per project de effecten in termen van gezondheid en kosten per patiënt en de schatting van het aantal patiënten dat jaarlijks in aanmerking komt voor de interventie.
- De schatting van de maximaal behaalde implementatiegraad en de bruto besparing per project.

24 high potential projecten naar type project, sector en ziektegebied

In de onderzoeksaanpak beschrijven we dat we de high potential projecten om drie verschillende redenen geselecteerd hebben. De helft (12) van de 24 geselecteerde projecten betreffen kostenbesparende interventies. De selectie bevat zes kosteneffectieve en zes niet-effectieve interventies. De projecten zijn uitgevoerd in verschillende sectoren, zoals huisartsenzorg, fysiotherapie en MSZ (zie Tabel 8). Het valt op dat wij vooral EEK en VEMI projecten hebben geselecteerd. De selectie bevat geen IMP projecten. Eén van de 27 oorspronkelijk geselecteerde high potential projecten betrof een IMP project, maar het is niet gelukt om met de projectleider van dit project een interview te plannen.

Tabel 8. 24 high potential projecten waarvoor gezondheidswinst en monetaire besparingen zijn berekend

Projectnummer	Titel	Type	Sector	Ziektegebied
<u>Kostenbesparende interventies (N=12)</u> ¹⁵				
94504308	Optimization of diagnostic imaging use in patients with acute abdominal pain: cost-effectiveness analysis of imaging strategies (OPTIMA study)	EEK	MSZ	Interne Geneeskunde
94504357	Efficiency of physiotherapeutic care in Parkinson's disease	EEK	Fysiotherapie	Geriatric
94506214	Cost-effectiveness of care for patients with type 2 diabetes, an evaluation of an innovative shared diabetes care model	EEK	Huisartsenzorg	Interne Geneeskunde
94506257	FOAM-study. Cost minimization study comparing surgery versus duplex guided foam sclerotherapy of varicose veins: a randomized controlled study	EEK	MSZ	Plastische Chirurgie
94506553	Pregnancy-induced hypertension and pre-eclampsia after 36 weeks: induction of labour versus expectant monitoring. A comparison of maternal and neonatal outcome, maternal quality of life and costs?	EEK	MSZ	Obstetrie/ Gynaecologie
94507728	Nurse-endoscopy of the colon; a randomized trial on accuracy, patient experiences and costs	EEK	MSZ	Maag, Darm en Lever
94507901	Effectiveness of adenoidectomy in children with recurrent upper respiratory tract infections	EEK	MSZ	Longziekten
170991010	The detection of focal liver lesions with contrast enhanced ultrasound	VEMI	MSZ	Maag, Darm en Lever
170992302	Costs and effects of fibronectin as a triage in women with threatened preterm labour.	EEK	MSZ	Obstetrie/ Gynaecologie
170992402	Cost-effectiveness of exercise therapy added to general practitioner care for osteoarthritis of the hip	EEK	Fysiotherapie	Orthopedie

¹⁵ Er zijn twee kostenbesparende projecten afgefallen, één omdat we de projectleider niet hebben kunnen bereiken en de andere omdat de kosteneffecten uiteindelijk niet significant bleken. De projectleider van het project met een goedkopere interventie 'Introduction of a breast cancer care programme in ultra short stay (ambulatory/24 hour stay setting) in 4 early adopter centres: implementation and evaluation' (94514411) hebben we niet kunnen bereiken voor een interview. De besparende effecten die het project 'Towards a more cost-effective diabetes control in primary care: six-monthly monitoring compared with three-monthly monitoring in type 2 diabetes mellitus.' (170992904) aantoonde bleken op basis van het onderliggende proefschrift niet significant. Op basis van tabellen en grafieken in het proefschrift schat SiRM in dat de kans dat de interventie kosten bespaart ongeveer 70% is, in plaats van 95%..

Projectnummer	Titel	Type	Sector	Ziektegebied
171002403	Cost effectiveness of an E-health module on Return to Work embedded in collaborative occupational health care for depressive disorders	EEK	GGZ	Psychiatrie
171102015	The cost-effectiveness of a transmural peri-operative care program for gynaecology	EEK	MSZ	Revalidatie

Kosteneffectieve interventies (N=6)¹⁶

94506216	Is top-level care for ovarian cancer patients more cost-effective than regular care?	EEK	MSZ	Radiotherapie
94506351	Percutaneous vertebroplasty in the treatment of osteoporotic vertebral fractures	EEK	MSZ	Orthopedie
94527009	Diagnostic value of an innovative non-invasive diagnostic to determine the grade of atherosclerosis before sternotomy in patients scheduled for cardiac surgery.	VEMI	MSZ	Cardiologie
171201010	Coach2move: a problem-oriented patient-centered physiotherapy intervention focusing on self management and physical activity by alleviating mobility problems in community dwelling elderly.	VEMI	Fysiotherapie	Geriatric
171202015	More cost-effective management of chest pain patients presenting in the emergency room: application of a validated rule	EEK	MSZ	Cardiologie
837004005	Long term follow-up, cost effectiveness and budget impact analysis in patients randomised in a multicenter randomized clinical trial of endovascular treatment for acute ischemic stroke in The Netherlands – The Mr Clean study	Gericht	MSZ	Neurologie

Niet-effectieve interventies (N=6)

94502024	Evaluation of Vascular care in Alzheimer's disease (EVA)	EEK	MSZ	Geriatric
94504103	Costs and effects of strategies to prevent oversedation in Intensive Care patients	EEK	MSZ	Anesthesiologie
170882103	Is it cost-effective to treat all patients undergoing CABG surgery with fibrin sealant?	EEK	MSZ	Heelkunde
171001011	Toric intraocular lenses: a cost-effective treatment for astigmatism in cataract surgery?	VEMI	MSZ	Oogheelkunde

¹⁶ Er is één kosteneffectief project afgefallen. We hebben de projectleider van het project met een kosteneffectieve interventie genaamd 'LEG TEST. Multi centre testing of the Lively Legs program for promoting compliance with compression therapy and prescribed exercise in leg ulcer patients' (94504058) niet kunnen bereiken.

Projectnummer	Titel	Type	Sector	Ziektegebied
171102012	Hypertension and Preeclampsia Intervention Trial in the Almost Term Patient (HYPITAT-2 study)	EEK	MSZ	Obstetrie/ Gynaecologie
837001401	Cognitive Behavioural Therapy focussing on Social Activation in Patients with Recent Onset Schizophrenia.	VEMI	GGZ	Psychiatrie

Effecten op gezondheid en kosten per patiënt en aantal patiënten dat in aanmerking komt voor interventie

Op basis van de eindverslagen hebben we de effecten op gezondheid en kosten per patiënt voor elk high potential project geschat. Vervolgens zijn we in het eindverslag, bij de projectleider en via desk research nagegaan wat het aantal patiënten is dat jaarlijks voor de interventie in aanmerking komt (Tabel 9). Deze getallen vormden de basis voor de bruto opbrengsten berekening.

Tabel 9. Schatting van de effecten per patiënt en het totale aantal voor de behandeling in aanmerking komende patiënten per jaar voor de 24 high potential projecten

Projectnummer	Gebruikt kosteneffect per patiënt (alle gemeten kostensoorten)	Kosteneffect per patiënt (enkel kosten binnen gezondheidszorg) ¹⁷	Gebruikt QALY-effect per patiënt	Potentieel aantal patiënten (x1.000) per jaar	Toelichting aantal patiënten
<u>Kostenbesparende interventies (N=12)</u>					
94504308	-€ 94	-€ 94	0,000	153	Schatting projectleider dat elke SEH per jaar 3.000-10.000 van deze patiënten ziet. Er zijn 51 SEH's in Nederland: 3.000 x 51=153.000
94504357	-€ 727	-€ 718	0,000	50	Schatting projectleider tijdens interview
94506214	-€ 815	-€ 636	0,000	499	Op basis van www.volksgezondheidszorg.info 1.084.100 patiënten met diabetes, waarvan 91% met type 1. Effect behaald bij patiënten met langer dan vijf jaar diabetes. In studie betrof dit 128 van de 253 patiënten: 1.084.100 x 91% x (128/253) ≈ 499.000

¹⁷ In de analyse zijn de kosteneffecten voor de gezondheidszorg en de maatschappij (indien beschikbaar) meegenomen. Deze kolom geeft aan welk deel van het effect binnen de gezondheidszorg plaatsvindt. Projecten met gelijke kosteneffecten in beide kolommen rapporteren geen maatschappelijke kosteneffecten.

Projectnummer	Gebruikt kosteneffect per patiënt (alle gemeten kostensoorten)	Kosteneffect per patiënt (enkel kosten binnen gezondheidszorg) ¹⁷	Gebruikt QALY-effect per patiënt	Potentieel aantal patiënten (x1.000) per jaar	Toelichting aantal patiënten
94506257	-€ 1.081	-€ 1.081	0,000	16	Volgens CBS ¹⁸ waren er in 2012 20.032 ziekenhuisopnamen voor varices, volgens projectleider betreft 70% stamvarices: 20.032 x 70% ≈ 16.000
94506553	-€ 831	-€ 861 ¹⁹	0,000	10	Volgens CBS ²⁰ waren er 172.520 levendgeborenen in 2016. Op basis van eindverslag komt 6-8% van de zwangerschappen in aanmerking voor inleiding vanwege zwangerschapshypertentie: 172.520 x 6% ≈ 10.000. We negeren hier babysterfte en meerlingen.
94507728	-€ 24	-€ 24	0,000	99	Jaarlijks worden volgens projectleider 2,2 miljoen mensen uitgenodigd voor bevolkingsprogramma darmkanker. 75% neemt deel en 6% daarvan heeft een positieve uitslag en moet een colonoscopie ondergaan: 2.200.000 x 75% x 6% = 99.000
94507901	-€ 542	-€ 649 ¹⁹	0,000	7	Schatting ZonMw bij berekening potentiële kostenbesparing o.b.v. 12.450 adenotomieën waarvan 40% ook bij afwachtend beleid alsnog geopereerd wordt: 12,450 x 60% ≈ 7.000
170991010	-€ 452	-€ 452	0,000	5	Grove schatting op basis uitspraak projectleider dat het duizenden per jaar betrof. Projectleider durfde geen hardere uitspraak te doen.
170992302	-€ 800	-€ 800	0,000	5	Schatting projectleider

¹⁸ <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/71860ned/table?dl=A4F4>.

¹⁹ De besparingen op de zorgkosten zijn hoger dan het netto kosteneffect omdat het implementeren van de interventie een investering met maatschappelijke kosten vergt.

²⁰ <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37259ned&D1=1&D2=0&D3=0&D4=50-56&HDR=G3,G1&STB=G2,T&VW=T>.

Projectnummer	Gebruikt kosteneffect per patiënt (alle gemeten kostensoorten)	Kosteneffect per patiënt (enkel kosten binnen gezondheidszorg) ¹⁷	Gebruikt QALY-effect per patiënt	Potentieel aantal patiënten (x1.000) per jaar	Toelichting aantal patiënten
170992402	-€ 607	-€ 98	0,000	297	Prevalentie heupartrose volgens www.volksgezondheidenzorg.info ²¹ 396.000 waarvan volgens projectleider 25% een heupprothese heeft en niet in aanmerking komt: 396.000 x 75% = 297.000
171002403	-€ 4.210	€ 234 ²²	0,000	80	Uit publicatie 'Rendeert zorgonderzoek in de ggz' met daarin een beschrijving van dit project: "Volgens het CBS telde de Nederlandse beroepsbevolking 6.694.000 personen in 2013, waarvan 47,7% verzuimden (3.193.000), waarvan 7% langer dan zeven werkdagen achtereen verzuimden (223.500), waarvan 35,8% verzuimden vanwege psychische redenen (80.000 personen).
171102015	-€ 1.440	-€ 286	0,000	20	Uit eindverslag
<u>Kosteneffectieve interventies (N=6)</u>					
94506216	€ 899	€ 899	0,130*	0.7	Uit eindverslag met correctie voor aandeel patiënten dat al in gespecialiseerd ziekenhuis behandeld werd (40%). 1.100 x (100% - 40%) ≈ 700
94506351	€ 2.450	€ 2.450	0,108**	16	Uit eindverslag
94527009	€ 0	€ 0	0,040**	12	Volgens projectleider komt 70% van de 17.000 hartoperaties per jaar in aanmerking: 17.000 x 70% ≈ 12.000
171201010	-€ 849 ²³	-€ 849	0,020**	450	Volgens projectleider

²¹ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/artrose/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-en-aantal-nieuwe-gevallen-van-artrose>.

²² Het implementeren van deze interventie vraagt een investering in zorgkosten om besparingen te realiseren op maatschappelijke kosten.

²³ Het Coach2move project is geselecteerd op basis van de kosteneffectiviteit, maar toonde ook een significante kostenbesparing. Deze is daarom ook meegenomen.

Projectnummer	Gebruikt kosteneffect per patiënt (alle gemeten kostensoorten)	Kosteneffect per patiënt (enkel kosten binnen gezondheidszorg) ¹⁷	Gebruikt QALY-effect per patiënt	Potentieel aantal patiënten (x1.000) per jaar	Toelichting aantal patiënten
171202015	€ 0	€ 0	0,007*	200	Uit eindverslag
837004005	€ 0	€ 0	0,198**	2	Volgens projectleider komen nu jaarlijks 2.000 patiënten per jaar in aanmerking
Inschatting ziektelast: *Laag, WTP = €20.000/QALY, **Gemiddeld, WTP = €50.000/QALY					
<u>Niet-effectieve interventies (N=6)</u>					
94502024	-€ 758	N.v.t. voor niet-effectieve interventies zijn enkel de kosten meegenomen van de behandeling zelf. Deze vallen dus in geheel al binnen de gezondheidszorg.	0,000	80	Uit call met projectleider
94504103	-€ 80		0,000	69	Volgens NICE zijn er in Nederland jaarlijks 80.000 IC-opnamen. Daarvan wordt volgens projectleider 80% gesedeerd: 80.000 x 80% = 69.000
170882103	-€ 822		0,000	9.000	Volgens de projectleider vinden in Nederland 9.000 tot 10.000 CABG-operaties plaats
171001011	-€ 1.007		0,000	15	Volgens projectleider vinden er in Nederland jaarlijks 150.000 staaroperaties plaats. Daarvan heeft 70% een cilinderafwijking en krijgt nu alsnog 0,84% een torische lens om medische redenen: 150.000 x 70% x 99,16% ≈ 15.000
171102012	-€ 272		0,000	10	Zelfde patiëntenpopulatie als HYPITAT-I studie (94506553).
837001401	-€ 1.580		0,000	36	Uit eindverslag

Maximale implementatiegraad en bruto opbrengsten per project

De bruto opbrengsten per project hangen af van de implementatiegraad van de onderzochte interventie. Per project hebben we op basis van gesprekken met de projectleiders een inschatting gemaakt van de implementatiegraad van de interventie. Op basis van deze implementatiegraad hebben we de behaalde geschatte bruto opbrengsten berekend (Tabel 10).

Tabel 10. Maximaal behaalde implementatie en bruto besparingen per high potential project

Projectnummer	Max. implementatie	Bijdrage aan bruto opbrengsten (x €1.000.000)	Toelichting
<u>Kostenbesparende interventies (N=12)</u>			
94504308	80%	€ 51	Volgens projectleider. Implementatie is pas op gang gekomen sinds in 2013 publicatie van de richtlijn 'diagnostiek van acute buikpijn' verscheen (NVvH/NVR/NIV).
94504357	50%	€ 128	Volgens projectleider is momenteel 5% van de Nederlandse fysiotherapeuten aangesloten bij ParkinsonNet en behandelen zij samen 50% van de patiënten met Parkinson.
94506214	1%	€ 48	Volgens het eigen 'Maatschappelijk Jaarverslag 2016' behandelde Keten zorg West-Friesland, de enige zorggroep waar diabetespatiënten volgens dit model behandeld worden, 8.572 patiënten. Dit is 0,9% van alle diabetespatiënten in Nederland.
94506257	0%	€ 0	Stamvarices werden direct na afronding van deze studie al behandeld met laser en niet met het onderzochte FOAM. De onderzochte behandeling is nooit opgenomen in de richtlijn als standard of care.
94506553	9%	€ 9	Op basis van publicatie HYPITAT-I studie ²⁴ steeg de inleiding van deze groep zwangere vrouwen van 58,3% van vóór de studie naar 67,1% ná de studie.
94507728	19%	€ 3	Volgens de laatste gegevens bekend bij de projectleider worden colonoscopieën in 15 ziekenhuizen door getrainde verpleegkundigen uitgevoerd. Volgens www.volksgezondheidszorg.info ²⁵ zijn er 79 ziekenhuizen in Nederland 15/79 = 19%.
94507901	49%	€ 16	Op basis van Oratie Prof.dr. P.P.G. van Benthem in 2014 een 39% reductie. Sindsdien o.b.v. NZa werden er in 2017 (80% vulling OpenDis database) 12.501 adenotomieën uitgevoerd t.o.v. 18.848 in 2014. $39\% + (18.848 / (12.501/80\%))/18.848 = 49\%$.
170991010	5%	€ 1	Globale inschatting van projectleider.
170992302	51%	€ 14	Volgens de projectleider blijkt uit een vragenlijst die is verstuurd naar alle klinieken in Nederland dat 29 klinieken (34%) de fibronectinetest gebruiken. Nog 15 klinieken (17%) zijn bezig met implementatie. $34\%+17\%=51\%$
170992402	12%	€ 160	Volgens projectleider tonen verschillende studies verschillende implementatiegraden. O.b.v. huisartsenregistraties ontvangt 20% van de patiënten met heupartrose fysiotherapie, terwijl Bartens (2015) zegt dat het 4% betreft. Vanaf 2018 valt de fysiotherapie behandeling in het basispakket. De projectleider verwacht dat dit tot een verdubbeling van het aantal patiënten zal leiden. We nemen aan dat de helft van de verdubbeling in

²⁴ Van der Tuuk, K., et al. "Impact of the HYPITAT trial on doctors' behaviour and prevalence of eclampsia in the Netherlands." *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 118.13 (2011): 1658-1660.

²⁵ <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/ziekenhuiszorg/cijfers-context/aanbod#node-aantal-instellingen-voor-medisch-specialistische-zorg>

Projectnummer	Max. implementatie	Bijdrage aan bruto opbrengsten (x €1.000.000)	Toelichting
			gerealiseerd kan worden binnen drie jaar (horizon model). $(20\%+4\%)/2 * 2 = 12\%$
171002403	0%	€ 0	De ontwikkeling van Return@work is gestaakt direct na afloop van het onderzoek. Wordt niet in de praktijk meegenomen.
171102015	80%	€ 69	Volgens de projectleider wordt het werkhervattingsprogramma momenteel doorontwikkeld met voorbereiding naar andere type operaties dan gynaecologische ingrepen. Daardoor is het nog niet aangeboden aan ziekenhuizen, maar er is wel al veel interesse. Verwachting is dat bij beschikbaar stellen van het programma 80-90% van de ziekenhuizen participeert.
<u>Kosteneffectieve interventies (N=6)</u>			
94506216	71%	€ 10	Op basis van publicatie over registratiedata van behandeling van ovariumkanker in Nederland ²⁶ . 71,1% van de patiënten gediagnosticeerd in een niet specialistisch ziekenhuis werd verwezen voor debulking in een gespecialiseerd ziekenhuis.
94506351	0%	€ 0	In 2010 heeft het zorginstituut een negatief advies gegeven (standpunt) en wordt het inspuiten van cement bij Osteoporose niet vergoed. De behandeling is dan ook niet beschikbaar voor patiënten.
94527009	3%	€ 9	Volgens de projectleider gebruikt slechts één ziekenhuis in Nederland de A-View® methode. Dit ziekenhuis behandelt 300 van de 11.900 patiënten in Nederland. $300/1.100 = 2,52\%$
171201010	0%	€ 17	Verwachting op basis van het eindverslag was dat na drie jaar 20% van de geriatriefysiotherapeuten getraind zouden zijn in Coach2move. Daarnaast verwachtte men op basis van een procesanalyse dat zij in 77% van de patiënten zich aan de voorschriften van Coach2move zouden houden. Momenteel vergoed alleen DSW de behandeling met Coach2move. Het marktaandeel van DSW is 3% ²⁷ . $20\% \times 77\% \times 3\% = 0,46\%$.
171202015	29%	€ 65	Door stepped wedge design gebruikten aan eind van het onderzoek al 10 ziekenhuizen de HEART-score. Sindsdien zijn daar 25 ziekenhuizen bij gekomen. $35/79 = 29\%$
837004005	80%	€ 161	Verwachting van projectleider is dat komend jaar 1,400 patiënten met IAT behandeld worden ($1,400/2.000 = 70\%$). Het afgelopen jaar waren dat er nog 1.200. De verwachting is dat het aantal behandelde patiënten daarna nog iets doorgroeit. Aanname dat dat naar 80% is.

²⁶ Timmermans, Maite, et al. "Centralization of ovarian cancer in the Netherlands: Hospital of diagnosis no longer determines patients' probability of undergoing surgery." *Gynecologic oncology* 148.1 (2018): 56-61.

²⁷ Vektis. Zorgthermometer. Verzekerden in beeld 2017.

Niet-effectieve interventies (N=6)

94502024	25%	€ 213	Voor de niet-effectieve interventies hebben we eigen aannames gedaan voor de implementatiegraad die behaald zou zijn als het onderzoek niet was uitgevoerd en de interventie wel in de praktijk was geïmplementeerd. Voor deze aannames keken we naar het aantal patiënten en het aantal behandelaren. In de gevallen dat beide hoog waren, namen we aan dat een implementatie van 25% maximaal was geweest. Als slechts een van de twee hoog was, gingen we uit van 50%. In geval van een klein aantal patiënten en een klein aantal behandelaren kozen we voor 75%. Deze laatste combinatie kwam niet voor.
94504103	50%	€ 38	
170882103	25%	€ 7	
171001011	50%	€ 97	
171102012	25%	€ 8	
837001401	25%	€ 146	

3.2 Onbenut potentieel

We hebben eveneens berekend wat de bruto opbrengsten bij ambitieus realistische implementatiegraden. We hebben voor ieder project afzonderlijk een inschatting gemaakt van een ambitieus realistische implementatiegraad (zie Tabel 11).

Tabel 11. Schatting van het onbenutte potentieel per project

Projectnummer	Aanname ambitieus realistische implementatiegraad	Toelichting
<u>Kostenbesparende interventies (N=12)</u>		
94504308	80%	De huidige implementatie is dusdanig hoog, dat een hogere implementatie onwaarschijnlijk is.
94504357	60%	De implementatie van ParkinsonNet is al hoog. Een hogere implementatie was wellicht mogelijk geweest, maar we nemen een beperkt potentie voor verbetering aan, omdat gegeven het grote aantal patiënten en behandelaren de maximaal haalbare implementatie waarschijnlijk beduidend lager dan 100% is.
94506214	10%	De interventie schrijft een strikt 'Stalinistisch' behandeling van Diabetespatiënten in de huisartsenpraktijk voor. We schatten daarom dat het niet reëel is dat veel patiënten en huisartsen zouden kiezen voor dit zorgprogramma.
94506257	0%	Doordat er een beter alternatief voor handen is voor de behandeling van stamvarices, is het terecht dat de FOAM-behandeling niet verder is geïmplementeerd.
94506553	20%	Doordat al meer dan 50% van deze vrouwen de interventie voor de studie al kregen, is de ruime voor verbetering beperkt. We gaan uit dat een twee keer zo hoge implementatie mogelijk was geweest.
94507728	50%	Colonoscopieën laten uitvoeren door verpleegkundigen is een taakverschuiving binnen het ziekenhuis. Doordat de studie ook toonde dat zij vaker hulp van een specialist nodig hadden, is

Projectnummer	Aanname ambitieus realistische implementatiegraad	Toelichting
		het waarschijnlijk dat een substantieel deel van de ziekenhuizen niet zou kiezen voor deze taakverschuiving. We schatten daarom in dat 50% haalbaar was geweest.
94507901	90%	Doordat het aantal in aanmerking komende patiënten al rekening houdt met de patiënten die alsnog een adenotomie nodig hebben, was een veel sterker reductie mogelijk geweest.
170991010	50%	Alhoewel de projectleider de huidige implementatie moeilijk in te schatten vond, gaf hij aan dat het merendeel van de CT- en MRI-scans vervangen had kunnen worden door CEUS.
170992302	75%	Momenteel wordt interventie door 34% van de instellingen al gebruikt en gaat 15% dat nog doen. We nemen aan dat beide 50% hoger had kunnen zijn.
170992402	25%	We schatten in dat de huidige implementatie 12% is. De projectleider verwacht dat de implementatie verdubbelt nu de fysiotherapie bij heupartrose vergoed wordt sinds 2018. Bij eerdere aanpassing van de bekostiging was 25% dus haalbaar geweest.
171002403	10%	We verwachten dat het gebruik van een E-health interventie als Return@work altijd relatief laag zal zijn, omdat deze over werkhervatting gaat en een nieuw type zorg betreft. We schatten daarom dat 10% haalbaar was geweest als de interventie was doorontwikkeld.
171102015	80%	De in het model gebruikte 80% is een schatting voor de toekomst op basis van de verwachting van de projectleider. Bij deze verwachting is nog geen rekening gehouden met eventuele barrières bij de implementatie. We schatten daarom dat 80% ook een maximum is.

Kosteneffectieve interventies (N=6)

94506216	100%	Op basis van strengere (handhaving) van volumennormen hadden niet gespecialiseerde ziekenhuizen geen ovariumkanker patiënten meer moeten behandelen.
94506351	50%	Indien ZIN geen negatief standpunt over het gebruik van cement bij de behandeling van osteoporose had uitgebracht, schatten we dat door het relatief kleine aantal behandelaren een aanzienlijk implementatie mogelijk was geweest. We denken daarom dat de implementatie 50% had kunnen zijn.
94527009	75%	De A-view® methode voorkomt sterfte en wordt toegepast bij hartoperaties. De impact is dus mogelijk groot en het aantal behandelaren klein. We denken daarom dat het mogelijk was geweest om deze diagnostiek sterk verkankerd te krijgen in de richtlijnen.
171201010	15%	Coach2move wordt nu alleen vergoed door DSW. Het marktaandeel van DSW is 3%. We verwachten daarom dat een 33 keer zo hoge implementatie mogelijk was geweest. Doordat de onderzoekers zelf aangeven dat ze niet verwachten dat meer dan 20% van de fysiotherapeuten op korte termijn getraind zal zijn in de methoden en de gemiddelde adherentie 77% was, schatten we het maximum op 15%

Projectnummer	Aanname ambitieus realistische implementatiegraad	Toelichting
171202015	50%	Door de impact van de HEART-score op de professionele autonomie van de arts verwachten we dat de maximaal haalbare implementatie niet hoog zal zijn. Toch is er verbetering mogelijk in het aantal ziekenhuizen dat de score gebruikt en het volgen van de beslisregels o.b.v. de HEART-score. We schatten dat 50% implementatie haalbaar was geweest.
837004005	100%	Momenteel worden in Nederland nog aanpassingen gedaan in regionale spoedketens om te zorgen dat alle patiënten op tijd bij een ziekenhuis zijn om IAT te ontvangen. We gaan ervan uit dat met deze afspraken alle patiënten behandeld zouden worden.
<u>Niet-effectieve interventies (N=6)</u>		
94502024	25%	Aangezien de implementatie van de niet-effectieve projecten een schatting was gebaseerd op het aantal patiënten en behandelaren, hebben we ervoor gekozen geen alternatief maximum te definiëren.
94504103	50%	
170882103	25%	
171001011	50%	
171102012	25%	
837001401	25%	

3.3 Geleerde lessen om implementatie te vergroten

Uit de 13 case studies komt een aantal implementatie bevorderende en beperkende factoren naar voren. Deze staan beschreven in het hoofdrapport. Deze paragraaf bevat een nadere beschrijving van de 13 case studies. Elke beschrijving bestaat uit een deel algemene gegevens, het gebruik van de onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid, de implementatie van de onderzoeksresultaten in de praktijk en de lessen voor implementatie.

A randomised cost-effectiveness study on the surgical versus conservative treatment of sciatica

Projectnummer	EEK – 94502035
Naam geïnterviewde	Prof. dr. W.C. Peul
Affiliatie	Leids Universitair Medisch Centrum
Toegekende subsidiebedrag	€998.318
Specialisme	Neurochirurgie
Sector	Medisch specialistische zorg
Studie opzet	RCT

Achtergrond: Begin deze eeuw was er veel praktijkvariatie bij de behandeling van hernia met uitstraling naar de benen. Zo was het beleid in Nederland om snel te opereren, terwijl in het Verenigd Koninkrijk zes maanden afgewacht werd. Uit het onderzoek bleek dat langer (12 weken) wachten dan gebruikelijk was in Nederland niet tot slechtere gezondheidsuitkomsten leidde. Door de reductie in het aantal operaties, concludeerden de onderzoekers dat een afwachtend beleid de voorkeur heeft. Wel was er een gezondheidseconomisch voordeel van vroege operatie door snellere werkhervatting (maatschappelijke kosten) en gezondheidseffecten op de EQ-5D die niet zichtbaar waren op de primaire uitkomstmaat (Roland Disability Questionnaire)

Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid: In de richtlijn Lumbosacraal radiculair syndroom is opgenomen dat 18 weken afwachten de voorkeur verdient boven direct opereren. Samen met de NPCF en ZonMw is een keuzehulp ontwikkeld om de vertaalslag van medische terminologie naar het publiek te maken. Mede dankzij deze keuzehulp is eenvoudiger aan patiënten uit te leggen dat niet opereren de beste optie kan zijn, ook al zien zij een operatie vaak als een oplossing voor hun probleem.

Gebruik in de praktijk: Ondanks dat de onderzoeksresultaten opgenomen zijn in de richtlijn, resteert er binnen Nederland nog veel praktijkvariatie. Dit heeft te maken met verschillen in opvattingen tussen artsen, maar ook met de houding van patiënten. Artsen werkzaam in ZBC's hebben vaker de neiging om wel te opereren. Patiënten kiezen ook vaak voor behandeling in Duitsland of België waar vroeg opereren nog wel de standaard is.

Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk: De opname in de richtlijn was onder andere mogelijk doordat er meer (internationaal) onderzoek was dat een afwachtend beleid ondersteunde. Daarnaast heeft de ontwikkeling van de keuzehulp bijgedragen aan de acceptatie van patiënten. Dit bleek effectiever dan een eerdere poging de implementatie te verhogen door middel van audits.

Efficiency of physiotherapeutic care in Parkinson's disease

Projectnummer	EEK – 94504357
Naam geïnterviewde	dr. M. Munneke
Affiliatie	Radboudumc
Toegekende subsidiebedrag	€ 476.911
Specialisme	Cardiologie
Sector	Medisch specialistische zorg
Studie opzet	Cluster Randomized Trial

- **Achtergrond:** ParkinsonNet levert netwerkzorg aan patiënten met de ziekte van Parkinson. In Nederland hebben 50.000 patiënten die aan deze ziekte lijden baat bij fysiotherapie. Van de 20.000 fysiotherapeuten werkzaam in Nederland zijn er 1.000 bij ParkinsonNet aangesloten. De doelstellingen van ParkinsonNet zijn: (1) Het leveren van steun op zowel individueel-, zorgverleners-, als regio-niveau; (2) Verbetering van de samenwerking van betrokken partijen binnen de regio; (3) Monitoren van kwaliteit van zorg (4) In kaart brengen van kwaliteit van zorg en bij eventuele ondermaatse prestatie, verwijdering van participatie in het netwerk; en (5) Het coördineren van verbetering van het niveau van zorg.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** De resultaten van ParkinsonNet zijn zowel opgenomen in richtlijnen als gebruikt door ZIN. De multidisciplinaire richtlijn Parkinson heeft ParkinsonNet een jaar na afronding van het project, als aanbeveling opgenomen (ter vergroting van de kwaliteit van zorg). Ook andere beroepsspecifieke richtlijnen benoemen ParkinsonNet als aanbeveling. ZIN noemt ParkinsonNet in het pakketadvies 2012, vier jaar na afronding van het project. Daarnaast past ParkinsonNet binnen het programma Zinnige Zorg van ZIN.
- **Gebruik in de praktijk:** Door heel Nederland wordt circa 50% van alle patiënten met de ziekte van Parkinson momenteel behandeld door een bij ParkinsonNet aangesloten fysiotherapeut. De implementatie is stapsgewijs verlopen sinds afronding van het project in 2018. Dus ongeveer 5%-punt hogere implementatie per jaar
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** ParkinsonNet heeft baat gehad bij de implementatie ondersteunende activiteiten van ZonMw. Het aanwijzen als parel-project vereenvoudigde financiering door andere partijen en de VIMP's droegen bij aan implementatie. Zorgverzekeraars hebben ook een positieve rol gespeeld bij de implementatie. Door financiering uit onder andere innovatiebudgetten is bredere implementatie mogelijk geweest. Nog altijd stimuleren meerdere verzekeraars het gebruik van bij ParkinsonNet aangesloten fysiotherapeuten. ParkinsonNet ontwikkelt de inhoud van zorg voortdurend door. Hierdoor blijft de animo onder fysiotherapeuten hoog. De grootste barrière voor structurele implementatie is de manier waarop de zorg bekostigd wordt. Doordat ParkinsonNet zelf geen zorg levert, kan ze niet betaald worden per geleverde behandeling. Financiering bestaat daardoor tot nog toe uit losse projectbudgetten. ZIN en de verzekeraars erkennen dat de huidige bekostiging onvoldoende handvatten biedt om coördinatie van zorg te bekostigen.

Is top-level care for ovarian cancer patients more cost-effective than regular care?

Projectnummer	EEK - 94506216
Naam geïnterviewde	dr. F. Vernooij
Affiliatie	Universitair Medisch Centrum Utrecht
Toegekende subsidiebedrag	€314.337,-
Specialisme	Obstetrie en Gynaecologie
Sector	Medisch specialistische zorg
Studie opzet	Retrospectieve cohortstudie

- **Achtergrond:** De behandeling door gynaecologisch oncologen van patiënten met een ovariumcarcinoom verbetert als deze plaatsvindt in (semi-) gespecialiseerde ziekenhuizen. Dit effect van specialisatie is onderzocht bij alle patiënten gediagnosticeerd van 1996-2003 met een ovariumcarcinoom in Nederland. Uit de resultaten bleek dat de overleving van ovariumcarcinoom-patiënten slechter is in algemene ziekenhuizen dan in (semi-) gespecialiseerde ziekenhuizen. De effectiviteit van de behandeling neemt toe met het specialisatie-niveau van het behandelend ziekenhuis.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** In de eerste update van de richtlijn na afronding van het project werd geadviseerd om patiënten in gespecialiseerde ziekenhuizen te opereren, maar behandeling in algemene ziekenhuizen kon nog plaatsvinden, omdat er geen concrete getallen in de richtlijn stonden. In 2012 werden volume- en andere normen opgesteld door de werkgroep oncologische gynaecologie. Deze zijn in de loop der jaren steeds scherper gesteld.
- **Gebruik in de praktijk:** De onderzoeksresultaten zijn inmiddels breed geïmplementeerd. De operatie wordt alleen nog uitgevoerd in UMC's en grote (vooral STZ) ziekenhuizen. Doordat er ook volumennormen opgesteld zijn, is het voor basisziekenhuizen niet langer haalbaar deze operatie uit te voeren. Er vindt steeds verdere centralisatie plaats, door nieuwe complexere behandelingen.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** Een belangrijke reden voor de succesvolle concentratie van zorg is dat er tussen regionale kankercentra afspraken gemaakt zijn over de organisatie van zorg in de regio. Hierdoor werd het mogelijk om de strenge normen te stellen en na te komen. Daarnaast was het van belang dat de uitkomsten erg duidelijk waren op een harde uitkomstmaat als sterfte. Ten slotte maakte het relatief kleine aantal patiënten concentratie in enkele centra mogelijk.

FOAM-study. Cost minimization study comparing surgery versus duplex guided foam sclerotherapy of varicose veins: a randomized controlled study

Projectnummer	EEK – 94506257
Naam geïnterviewde	dr. N. Shadid
Affiliatie	Haaglanden Medisch Centrum (voorheen: MUMC+)
Toegekende subsidiebedrag	€398.100,-
Specialisme	Dermatologie
Sector	Medisch specialistische zorg
Studie opzet	RCT

- **Achtergrond:** Spataderen zijn een veel voorkomend probleem en kunnen klachten veroorzaken. Ten tijde van het onderzoek konden stamvarices behandeld worden door middel van chirurgie of schuimsclerotherapie onder echogeleide (ESCT). De FOAM-studie onderzocht welke methode kosten-effectiever is. ESCT bleek goedkoper dan chirurgie bij gelijke behandelresultaten. Echter, in dezelfde periode kwam ook lasertherapie (EVLA) beschikbaar dat wel tot betere gezondheidsuitkomsten leidt.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** De onderzoeksresultaten zijn opgenomen in de richtlijn, maar niet als gouden standaard. ESCT behoort nog wel tot de behandel mogelijkheden.
- **Gebruik in de praktijk:** Door de komst van EVLA is de rol van ESCT in de behandeling van stamvarices beperkt. De behandeling wordt slechts gebruikt bij contra-indicaties voor lasertherapie.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** Bij de behandeling van de onderzoeksaanvraag in de commissie EEK was reeds bekend dat er een veelbelovend alternatief beschikbaar kwam. Een horizonscan had vooraf duidelijk kunnen maken dat het onderzoeken van ESCT ten opzichte van chirurgie niet zo nuttig zou zijn.

Pregnancy-induced hypertension and pre-eclampsia after 36 weeks: induction of labour versus expectant monitoring. A comparison of maternal and neonatal outcome, maternal quality of life and costs?

Projectnummer	EEK – 94506553
Naam geïnterviewde	dr. M.G. van Pampus
Affiliatie	OLVG (Voorheen: Universitair Medisch Centrum Groningen)
Toegekende subsidiebedrag	€292.896,-
Specialisme	Obstetrie en Gynaecologie
Sector	Medisch specialistische zorg
Studie opzet	RCT

- **Achtergrond:** Zwangerschapshypertensie (PIH) en pre-eclampsie (PE) zijn veelvoorkomende zwangerschapscomplicaties. De maternale uitkomst na inleiding van de baring is bij meer dan 36 weken zwangere vrouwen met PIH en PE in de a terme periode, vergeleken met een afwachtend beleid. Inleiding van de baring bleek kostenbesparend in vergelijking met een afwachtend beleid, zonder dat het risico op een sectio caesarea wordt verhoogd.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** De onderzoeksresultaten zijn niet in gynaecologie richtlijnen terecht gekomen. De onderzoeksresultaten zijn wel vrijwel overal in de ziekenhuis protocollen terecht gekomen.
- **Gebruik in de praktijk:** Het inleiden van de baring bij deze groep vrouwen is breed geïmplementeerd in Nederland. Voorafgaand aan het onderzoek was er meer praktijkvariatie: in een aantal ziekenhuizen werden deze vrouwen al ingeleid, terwijl anderen pas later dit beleid zijn gaan volgen.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** De succesvolle implementatie van inleiding van de baring bij PIH en PE na 36 weken heeft twee belangrijke oorzaken. Allereerst sloot het nieuwe beleid aan bij wat internationaal al gebeurde. In Nederland werd de interventie in sommige ziekenhuizen ook al uitgevoerd. Daarnaast bevorderde het NVOG consortium een snelle verspreiding van de onderzoeksresultaten.

Effectiveness of adenoidectomy in children with recurrent upper respiratory tract infections

Projectnummer	EEK - 94507901
Naam geïnterviewde	Prof. dr. A.G.M. Schilder
Affiliatie	University College London (Voorheen: UMCU)
Toegekende subsidiebedrag	€400.000,-
Specialisme	Keel- Neus- en Oorheelkunde
Sector	Medisch specialistische zorg
Studie opzet	RCT

- **Achtergrond:** Traditioneel worden bij kinderen met recidiverende of chronische bovenste luchtweginfecties de amandelen geknipt (adenotomie). Een afwachtend beleid blijkt gelijke gezondheidsuitkomsten te hebben als een ingreep. Dit betekent dat er een mogelijk grote besparing mogelijk is.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** De onderzoeksresultaten zijn opgenomen in de richtlijn Ziekten van Adenoïd en Tonsillen. Deze schrijft een afwachtend beleid bij recidiverende bovenste luchtweginfecties voor.
- **Gebruik in de praktijk:** Adenotomie komt in de Nederlandse praktijk nog vaker voor bij kinderen dan op basis van de onderzoeksresultaten verwacht zou mogen worden. Er is wel een daling zichtbaar in het aantal uitgevoerde ingrepen.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** In de ogen van de projectleider zijn er twee hoofdredenen waarom de implementatie van de onderzoeksresultaten suboptimaal is: culturele factoren en weinig sturing op implementatie van onderzoeksresultaten door ZonMw. Cultureel spelen enerzijds verwachtingen van ouders van kinderen een rol. Ook verwijzen huisartsen patiënten nog vaak door, omdat niet opereren tot extra behandeling in de eerste lijn leidt. Volgens de projectleider had, met name ZonMw daarnaast bij de start van het onderzoek meer aandacht moeten besteden aan de implementatie van onderzoeksresultaten. De projectleider gaf aan dat zij geholpen zou zijn geweest door bij de start van het project een betrouwbare methodologie en strategie voor implementatie van onderzoeksresultaten te ontvangen van ZonMw. Dit zou kunnen bestaan uit: het betrekken van patiënten, identificeren van obstakels en maken van een implementatieplan. Dit zijn onderdelen die ontbraken bij de start van dit onderzoek in 2008, maar die ZonMw inmiddels wel aanbiedt.

Diagnostic value of an innovative non-invasive diagnostic to determine the grade of atherosclerosis before sternotomy in patients scheduled for cardiac surgery.

Projectnummer	VEMI- 94527009
Naam geïnterviewde	Dr. A. Nierich
Affiliatie	Isala
Toegekende subsidiebedrag	€123.522,-
Specialisme	Anesthesiologie
Sector	MSZ
Studie opzet	Dwarsdoorsnede diagnostisch onderzoek

- **Achtergrond:** De A-View® methode voorkomt postoperatieve herseninfarcten na hartchirurgie door mogelijke embolieën te detecteren voor sternotomie m.b.v. een met water gevulde ballonkatheter. De uitkomsten van het onderzoek tonen dat deze extra diagnostiek tot minder sterfte leidt. De resultaten zijn bevestigd in een vervolg cohortstudie onder 8.500 patiënten.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** De resultaten zijn volgens de projectleider niet in een richtlijn terecht gekomen. Wel is de A-View® methode onderdeel van de Isala Safety Check, dat onderdeel is van Meetbaar Beter van IGJ.
- **Gebruik in de praktijk:** Momenteel wordt alleen in het Isala de A-View® methode gebruikt.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** De projectleider geeft aan dat de implementatie van de methode erg beperkt is vanwege financiële belemmeringen en de houding van anesthesiologen tegenover de nieuwe diagnostiek. De bespaarde kosten door het voorkomen van een embolie komen volgens de projectleider ergens anders in de zorgketen terecht, niet op de plek waar de kosten voor de interventie gemaakt worden. Daarnaast komen algemeen anesthesiologen relatief minder vaak in aanraking met openhartchirurgie, waardoor ze de problematiek minder goed herkennen. Zij zijn volgens de projectleider onvoldoende overtuigd door de onderzoeksresultaten.

The detection of focal liver lesions with contrast enhanced ultrasound

Projectnummer	VEMI - 170991010
Naam geïnterviewde	drs. P. Taimr
Affiliatie	Institut klinické a experimentální medicíny (voorheen: Erasmus MC)
Toegekende subsidiebedrag	€122.985,-
Specialisme	Maag- Darm- en Leverziekten
Sector	Medisch specialistische zorg
Studie opzet	Prospectieve studie

- **Achtergrond:** Leverafwijkingen kunnen eenvoudiger in beeld gebracht worden door gebruik te maken van contrast enhanced ultrasounds (CEUS). Dit onderzoek toonde aan dat de diagnostische betrouwbaarheid van CEUS hoog is en dat de kosten beduidend lager zijn dan als er gebruik wordt gemaakt van een CT- of MRI-scan. Leverafwijkingen komen veel voor in de bevolking, maar zijn vaak niet kwaadaardig. De potentiële besparingen door het gebruik van CEUS zijn dan ook hoog.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** CEUS is nog niet opgenomen in de richtlijn, maar dat gebeurt mogelijk nog wel.
- **Gebruik in de praktijk:** Tot op heden is CEUS een weinig gangbare afbeeldingstechniek bij leverafwijkingen. Nog veel MDL-artsen zijn onervaren met deze techniek en vallen terug op CT- en MRI-scans. Mogelijk verbetert dit in de toekomst als meer artsen de techniek tijdens hun opleiding geleerd hebben.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** De implementatie van CEUS is met name nog laag vanwege menselijke factoren, de inrichting van de opleiding voor MDL-artsen en de bekostiging van zorg. De projectleider geeft aan dat veel artsen geneigd zijn om de meer geavanceerde technieken, zoals MRI, in te zetten, ook al zijn deze niet altijd nodig en wel duurder. Doordat de opleiding van artsen gecentreerd is in academische centra verspreidt de kennis over nieuwe technieken niet snel naar MDL-artsen in andere ziekenhuizen. Mede doordat MDL nog een relatief nieuw specialisme is, vinden nieuwe inzichten uit onderzoek nog minder snel hun weg naar de opleiding en nascholing van MDL-artsen. Ten slotte, heeft het lang geduurd voordat de interventie vergoed werd. Hierdoor was het voor het ziekenhuis goedkoper om een dure MRI uit te voeren dan om een CEUS te gebruiken.

Towards a more cost-effective diabetes control in primary care: six-monthly monitoring compared with three-monthly monitoring in type 2 diabetes mellitus

Projectnummer	EEK - 170992904
Naam geïnterviewde	Prof. dr. G.E.H.M. Rutten
Affiliatie	Universitair Medisch Centrum Utrecht
Toegekende subsidiebedrag	€397.976,-
Specialisme	Interne Geneeskunde
Sector	Huisartsenzorg
Studie opzet	Gerandomiseerde equivalentie trial met patient preference study

- **Achtergrond:** In dit onderzoek is een driemaandelijkse diabetescontrole vergeleken met een zesmaandelijkse controle bij patiënten die goed ingesteld zijn op hun medicatie, gedurende 18 maanden. Uit de resultaten blijkt, dat een zesmaandelijkse controle in plaats van een driemaandelijkse controle leidt tot een minder zorggebruik en betere patiëntervaringen, zonder negatieve gezondheidseffecten.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** Ongeveer een jaar na afloop van het project, is de NHG-standaard diabetes geüpdatet en zijn de onderzoeksresultaten opgenomen in de standaard. De snelle verwerking in de richtlijn was mogelijk doordat de projectleider voorzitter was van de NHG-richtlijnencommissie Diabetes.
- **Gebruik in de praktijk:** Net als in het onderzoeksdesign hebben diabetespatiënten nu de mogelijkheid om zelf een voorkeur aan te geven voor de controlefrequentie. Mede door het project kiest nu ongeveer 75% van de goed ingestelde diabetespatiënten voor een halfjaarlijkse controle. De trend naar minder periodieke controles zet ondertussen door. Er zijn inmiddels studies onderweg naar het effect van jaarlijkse controles.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** Een goede aansluiting bij een richtlijnencommissie bevordert de implementatie. Daarnaast hield het onderzoek – en nu de praktijk – sterk rekening met de behandelvoorkeuren van patiënten. Hierdoor sluiten onderzoek en praktijk goed op elkaar aan. Ten slotte, hebben huisartsen belang bij het implementeren van deze onderzoeksresultaten: het vermindert hun werkdruk zonder dat zij er financiële consequenties van ondervinden doordat er sprake is van populatiebekostiging in de huisartsenzorg.

Toric intraocular lenses: a cost-effective treatment for astigmatism in cataract surgery

Projectnummer	VEMI - 171001011
Naam geïnterviewde	dr. R. Nuijts
Affiliatie	Maastrichts Universitair Centrum +
Toegekende subsidiebedrag	€124.897,-
Specialisme	Oogheekunde
Sector	Medisch Specialistische sector
Studie opzet	RCT

- **Achtergrond:** Het onderzoek naar het gebruik van torische lenzen bij cataractoperaties toonde aan dat de 'kwaliteit van zien' en tevredenheid met de behandeling niet verbeterden door het gebruik van deze lenzen. De gezondheidseffecten van de interventie wogen dan ook niet op tegen de meerkosten van de lens ten opzichte van het gebruik van een bril. Dit was wereldwijd het eerste kosteneffectiviteitsonderzoek naar dit onderwerp.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** De laatste update van de richtlijn Cataract was in 2013. Hierin zijn de gezondheidseffecten van de torische lens opgenomen. In de volgende update zal tevens de kosteneffectiviteit opgenomen worden. Daarnaast heeft ZIN een standpunt uitgebracht over het gebruik van torische lenzen bij cataractoperaties. Hierin stelt ZIN dat torische lenzen alleen tot vergoede zorg behoren voor patiënten met cornea astigmatisme of keratoconus, een kleine subgroep van alle patiënten.
- **Gebruik in de praktijk:** Door het standpunt van ZIN ontvangen alleen patiënten met cornea astigmatisme, keratoconus of patiënten die bereid zijn bij te betalen een torische lens.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** Aangezien dit een niet-effectieve interventie betreft, is een lage implementatiegraad het doel. Het project laat zien dat een standpunt van ZIN grote impact kan hebben op de behandelpraktijk.

Cost effectiveness of an E-health module on Return to Work embedded in collaborative occupational health care for depressive disorders

Projectnummer	EEK - 171002403
Naam geïnterviewde	dr. D. Volker
Affiliatie	Trimbos Instituut
Toegekende subsidiebedrag	€501.130,-
Specialisme	Psychiatrie
Sector	Geestelijke Gezondheidszorg
Studie opzet	RCT

- **Achtergrond:** Return@work is een internettoolcursus voor werknemers met geestelijke problemen. De methode richt zich op werkhervatting met beslisondersteuning per email voor de bedrijfsarts. Per werknemer is een investering nodig, maar deze leidde tot een 33% snellere werkhervatting. Waardoor de kosten voor de werkgever een stuk lager uitvielen.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** De resultaten zijn niet opgenomen in een richtlijn.
- **Gebruik in de praktijk: Return@work bestaat niet meer.** Na de onderzoeksperiode wordt de methode niet meer aangeboden aan bedrijven of werknemers. Er zijn wel nog pilots uitgevoerd, maar de doorontwikkeling stakte nog voor de methode in de dagelijkse praktijk ingebed kon worden.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** De belangrijkste les op basis van Return@work is dat het kwetsbaar blijkt te zijn als het onderzoek te afhankelijk is van enkele personen. Na afronding van dit project wisselden verschillende betrokkenen (projectleider, promovendus en contactpersoon bij verzekeraar) van baan. De noodzakelijke aspecten voor opschaling van het programma (borging privacy en training bedrijfsartsen) werden daardoor door niemand opgepakt.

Coach2move: a problem-oriented patient-centered physiotherapy intervention focusing on self management and physical activity by alleviating mobility problems in community dwelling elderly.

Projectnummer	VEMI - 171201010
Namen geïnterviewden	Prof. dr. M.W.G. Nijhuis-van der Sanden en dr. T.J. Hoogeboom
Affiliatie	Radboudumc
Toegekende subsidiebedrag	€120.711,-
Specialisme	Klinische geriatrie
Sector	Ouderenzorg
Studie opzet	RCT

- **Achtergrond:** Dit project onderzoekt fysiotherapie voor kwetsbare ouderen. Coach2move richt zich op het stellen van heldere doelen tijdens langere intake en shared decision making. De resultaten van het onderzoek tonen aan dat ouderen die op deze manier behandeld worden minder gezondheidsproblemen hebben en ook minder kosten elders in de keten maken.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** ZIN adviseerde negatief over dit project, omdat het fysiotherapie betreft en dus geen onderdeel van het basispakket is. De gerealiseerde besparingen komen wel terecht bij disciplines die vanuit de Zvw vergoed worden. Er is een facultatieve prestatie gedefinieerd door de NZa om deze zorg te bekostigen. De resultaten zijn nog niet opgenomen in een richtlijn.
- **Gebruik in de praktijk:** Momenteel worden maar weinig patiënten buiten de onderzoeksetting behandeld volgens Coach2move. Binnen het programma DO heeft het onderzoek wel een vervolg gekregen om verdere implementatie te stimuleren.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** De implementatie van deze behandeling is beperkt. De (bereidheid tot) implementatie bij behandelaren is er wel. Veel fysiotherapeuten willen werken met deze methode, omdat deze goed aansluit op de praktijk maar wel ontworpen is vanuit de theorie. De grootste barrière is de bekostiging. Doordat de methode een initieel consult bij de fysiotherapeut van een heel in plaats van een half uur vraagt, is extra financiering nodig. Deze is mogelijk via de facultatieve prestaties, maar wordt nog niet gecontracteerd door zorgverzekeraars.

More cost-effective management of chest pain patients presenting in the emergency room: application of a validated rule

Projectnummer	EEK – 171202015
Namen geïnterviewden	dr. J. Poldervaart en dr. H. Reitsma
Affiliatie	Universitair Medisch Centrum Utrecht
Toegekende subsidiebedrag	€ 595.081
Specialisme	Cardiologie
Sector	Medisch specialistische zorg
Studie opzet	Stepped-wedge design

- **Achtergrond:** In de HEART-studie is de introductie van een vragenlijst op de SEH onderzocht voor patiënten met pijn op de borst. De HEART-score geeft een indicatie of deze patiënten een dreigend hartinfarct hebben. Zonder deze beslisondersteuning worden patiënten vaker onnodig opgenomen. De resultaten tonen dat het gebruik van de HEART-score veilig is, doordat er weinig fout negatieve scores zijn. Deze laag-risico patiënten zouden zonder verder aanvullend onderzoek of ziekenhuisopname naar huis kunnen. Het effect op kosten bleek nog klein, doordat artsen nog terughoudend waren in het daadwerkelijk naar huis laten gaan van laag-risico patiënten. De onderzoekers verwachten dat meer ervaring met de HEART-score wel zal leiden tot een reductie in kosten.
- **Opname onderzoeksresultaten in richtlijnen en/of beleid:** De resultaten zijn niet opgenomen in een richtlijn. De onderzoekers geven aan dat dit niet de belangrijkste reden is dat de HEART-score nog niet breder gebruikt wordt. Belangrijker is dat het voor artsen moeilijk is om op een vragenlijst te vertrouwen dan op hun eigen ervaring.
- **Gebruik in de praktijk:** De HEART-score wordt inmiddels in 35 ziekenhuizen gebruikt. Bij de start van het project waren dit er al tien. Er is dus duidelijk interesse in de HEART-score door artsen in deze maar ook in andere ziekenhuizen. Toch nemen artsen vaak nog geen behandelbesluit op basis van de HEART-score. Een belangrijke reden is dat er geen consensus is over hoe laag het risico op een hartinfarct moet zijn om een patiënt naar huis te kunnen sturen.
- **Lessen voor implementatie onderzoeksresultaten in de praktijk:** De HEART-studie toont tegelijkertijd bevorderende en beperkende factoren voor implementatie. De HEART-score werd, mede doordat de studieopzet een stepped-wedge design betrof, aan het einde van het onderzoek in alle participerende ziekenhuizen gebruikt. Beperkende factoren voor de implementatie zijn dat het gebruik van de score de autonomie van de arts beïnvloedt – de score bepaalt mede welke besluiten genomen worden – en dat het implementeren negatieve financiële consequenties kan hebben voor het ziekenhuis. Als patiënten op basis van de HEART-score naar huis mogen, kan het ziekenhuis voor deze patiënten geen opname dag in rekening brengen.