

VU Research Portal

Programmatische ondersteuning zorgprofessionals bij implementatie zorgevaluaties versterking leercultuur en vermindering drempels voor implementatie

van der Hijden, Eric; Singotani, R.G. ; de Weerdt, Vera; Hofstra, Geeske; De Bekker, Piet; Koolman, Xander

2022

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

document license

Unspecified

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

van der Hijden, E., Singotani, R. G., de Weerdt, V., Hofstra, G., De Bekker, P., & Koolman, X. (2022). *Programmatische ondersteuning zorgprofessionals bij implementatie zorgevaluaties versterking leercultuur en vermindering drempels voor implementatie: Eindverslag 2019-2021*. Vrije Universiteit, Talma instituut.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

**Programmatische ondersteuning zorgprofessionals bij implementatie zorgevaluaties;
versterking leercultuur en vermindering drempels voor implementatie**

Eindverslag 2019-2021



Talma Instituut – Vrije Universiteit Amsterdam

In opdracht van



maart 2022

dr. Eric van der Hijden
Richelle Singotani, MSc
Vera de Weerd, MSc BA
drs. Geeske Hofstra
drs. Piet de Bekker
dr. Xander Koolman

Auteurs voor elk hoofdstuk in deze eindrapportage en citeerwijze:

- Vera de Weerd, Geeske Hofstra, Eric van der Hijden (2022) Spiegelinformatie voor het monitoren van de voortgang van implementatie zorgevaluaties. Samenvatting ten behoeve van eindverslag werkzaamheden Talma voor Leading the Change. Talma Instituut, Vrije Universiteit Amsterdam
- Richelle Singotani, Eric van der Hijden (2022) Impactanalyse implementatie zorgevaluaties. Samenvatting ten behoeve van eindverslag werkzaamheden Talma voor Leading the Change. Talma Instituut, Vrije Universiteit Amsterdam
- Piet de Bekker, Eric van der Hijden (2022) Escalatiemaatregelen bij tegen vallende implementatie uitkomsten zorgevaluaties. Samenvatting ten behoeve van eindverslag werkzaamheden Talma voor Leading the Change. Talma Instituut, Vrije Universiteit Amsterdam

Inhoud

Voorwoord	4
1. Inleiding	6
1.1. Achtergrond project.....	6
1.2. “Proof of concept” aanpak	6
2. Spiegelinformatie voor het monitoren van de voortgang van implementatie zorgevaluaties.....	7
2.1. Doel.....	7
2.2. Aanpak	7
2.3. Resultaten	8
2.4. Reflectie op ontwikkeling spiegelinformatie voor zorgevaluaties.....	10
2.5. Toepassingsmogelijkheden	11
2.6. Aanbevelingen.....	11
3. Impactanalyse implementatie zorgevaluaties.....	13
3.1. Doel.....	13
3.2. Aanpak	13
3.3. Resultaten	14
3.3.1. Literatuuronderzoek	14
3.3.2. Kwalitatief onderzoek onder patiënten	14
3.3.3. Ontwikkeling van het instrument en testrondes onder zorgprofessionals.....	16
3.3.4. Voorbeeld resultaten, gebaseerd op een test met de CAPP-studie:.....	16
3.3.5. Interpretatie uitkomst instrument en mogelijke scenario’s	19
3.3.6. Uitwerking financiële impact	19
3.4. Toepassingsmogelijkheden en aggregatie van resultaten.....	20
4. Escalatiemaatregelen bij tegenvallende implementatie zorgevaluaties	22
4.1. Doel.....	22
4.2. Open systeem van aanspraken in de Zvw	23
4.3. Aanpak	24
4.4. Resultaten	25
4.4.1. Taken en bevoegdheden actoren	25
4.4.2. Knelpunten	26
4.4.3. Uiteenlopende perspectieven.....	29
4.5. Welke aanvullende maatregelen of bevoegdheden zijn wenselijk om implementatie te versnellen?.....	31
4.6. Toepassingsmogelijkheden	33
Bijlage: Lijst met aspecten instrument impact en vragen bij het toepassen ervan.....	35

Voorwoord

In 2016 is de stichting Zorgevaluatie opgericht met de werkgroep Leading the Change (verder te noemen als LtC). LtC is gestart met een vijfjarenplan om zorgevaluatie en het verspreiden en toepassen van nieuwe kennis uit zorgevaluaties onderdeel te laten worden van de dagelijkse praktijk. LtC financiert en begeleidt zorgevaluaties die door verschillende wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten worden uitgevoerd. Tegelijk werkt LtC samen met artsen, patiënten, wetenschappers, verzekeraars en overheid om kennis uit zorgevaluaties te verspreiden, opdat deze kennis ook echt in de praktijk wordt gebracht zodat patiënten er baat bij hebben. LtC wordt volledig gefinancierd door Zorgverzekeraars Nederland en in de werkgroep die het project stuurt zijn de Federatie Medisch Specialisten, Zorgverzekeraars Nederland en Patiëntenfederatie Nederland vertegenwoordigd.

In 2018 heeft Leading the Change het Talma Instituut verzocht een programmatische aanpak te ontwikkelen om zorgprofessionals te faciliteren bij de implementatie van zorgevaluaties op basis van een vooronderzoek.¹ Uitgangspunten daarbij waren het versterken van de leercultuur en het verminderen van drempels voor implementatie. Op basis van een vooronderzoek omvat de voorgestelde aanpak versnelling implementatie door:

- Ontwikkelen van spiegelinformatie op basis van bestaande, landelijke datasets (EPD en declaratie data), zodat zorgprofessionals inzichtelijk krijgen hoe ze zich gedragen ten opzichte van anderen, een prikkel krijgen om hun gedrag waar nodig aan te passen, en voortgang van implementatie kunnen inzien;
- Systematische analyse van (financiële) impact door verandering van gangbare behandeling voor patiënt, professional en zorgverlener, zodat eventuele drempels voor implementatie transparant worden en kunnen worden geadresseerd;
- Formuleren van escalatiemogelijkheden die bijdragen aan de implementatie van zorgevaluaties, met aangrijpingspunten in de verschillende fasen vanaf het opstellen van een kennisagenda voor nader onderzoek tot en met een aanpassing van de vergoeding van zorg.

Voor u ligt de samenvatting van het onderzoek dat verricht is door Talma en voorstellen van Talma voor de toepassing van de drie onderdelen. In deze rapportage is per onderdeel in detail doel, aanpak, resultaten en toepassingsmogelijkheden uitgewerkt. De rapportage bevat verwijzingen naar deelrapportages die gedurende het project zijn opgesteld.

Het bestuur van het Talma Instituut is LtC erkentelijk voor het werk dat verricht is en gaat samen met de betrokken partijen binnen LtC in gesprek om te kijken welke delen geschikt zijn voor versnellen van implementatie van zorgevaluaties. De inhoud van de samenvatting en de onderliggende rapporten is opgesteld onder verantwoordelijkheid van de auteurs en is vertegenwoordigd niet noodzakelijkerwijs ook de visie van Leading the Change.

Namens LtC wensen wij u vooral veel leesplezier en inspiratie bij het vraagstuk hoe we de implementatie van zorgevaluaties kunnen versnellen.

Hanna Willems
Bestuurder stichting Zorgevaluatie
Voorzitter werkgroep Leading the Change

Veronique van Dooren
Bestuurder stichting Zorgevaluatie

¹ Eric J.E. van der Hijden, Maarten D.H. Vink, Xander Koolman. Vertaling van zorgevaluaties naar de praktijk Een voorstel vanuit de intrinsieke verbeterdrang van zorgprofessionals Ned Tijdschr Geneeskd. 2019;163:D4175

Programmatische ondersteuning zorgprofessionals bij implementatie zorgevaluaties; Versterking leercultuur en vermindering drempels voor implementatie: Eindverslag 2019-2021

1. Inleiding

1.1. Achtergrond project

Zorgevaluaties worden uitgevoerd om de kennis over (kosten)effectiviteit van behandelingen te vergroten. Het implementeren van de resultaten uit zorgevaluaties draagt bij aan maatschappelijke opbrengsten in verbetering van kwaliteit van zorg en doelmatiger besteding van beperkt beschikbare arbeidskrachten en zorggelden. De implementatie van zorgevaluatie-uitkomsten verloopt soms langzamer dan gewenst of blijft zelfs geheel uit. Leading the Change (een samenwerkingsprogramma van Patiëntenfederatie Nederland, Federatie Medisch Specialisten en Zorgverzekeraars Nederland) is gericht op het uitvoeren en implementeren van zorgevaluaties in Nederland.

Leading the Change heeft het Talma Instituut de opdracht gegeven om een systematische aanpak ter ondersteuning van implementatie van zorgevaluatie-uitkomsten te ontwikkelen. Doel is om de leercultuur te versterken en implementatie te versnellen en stimuleren. Als implementatie toch achterblijft, zijn additionele maatregelen nodig. Vanuit dat perspectief omvat de systematische aanpak vier onderdelen:

- a) een stappenplan voor het ontwikkelen van spiegelinformatie voor het monitoren van de voortgang van implementatie van zorgevaluatie-uitkomsten;
- b) een instrument voor het systematisch in kaart brengen van de verwachte impact van implementatie van zorgevaluatie-uitkomsten, zodat mogelijke drempels in kaart kunnen worden gebracht en hiervoor oplossingen kunnen worden gevonden;
- c) een overzicht van de (financiële) impact van implementatie van zorgevaluatie-uitkomsten (op instellingsniveau), zodat afhankelijk van de lokale omstandigheden aanvullende afspraken kunnen worden gemaakt;
- d) een overzicht van escalatiemaatregelen die mogelijk zijn om implementatie te versnellen als spiegelen en aanvullende maatregelen om de impact te verminderen niet voldoende blijken.

1.2. “Proof of concept” aanpak

Er is voor gekozen onderdeel a t/m c te ontwikkelen voor lopende zorgevaluaties. Met de “proof of concept” aanpak wordt beoogd te toetsen of het mogelijk is de instrumenten in de praktijk te ontwikkelen. Er is een set van zes verschillende zorgevaluaties gekozen om de “proof of concept” voor te ontwikkelen:

- CAPP (behandeling complexe appendicitis bij patiënten ≤ 18 jaar)
- DART (operatie of gips voor polsfractuur bij patiënten ≥ 65 jaar)
- PROCLION (behandeling kritieke ischemie van het been)
- MIRA2 (behandeling hevig menstrueel bloedverlies bij patiënten 25-60 jaar)
- Groeihormoon (behandeling idiopathische groeihormoondeficiëntie)
- STONE (behandeling obstructief niersteenlijden)

Tevens is contact geweest met projectleiders van twee andere zorgevaluaties. Gedurende het proces is besloten deze niet mee te nemen in de “proof of concept” wegens zorgen van de projectleider voor beïnvloeding van patiëntinclusie respectievelijk wegens sterk achterblijvende patiëntinclusie voor de studie.

- FRAIL-HIP (wel of niet opereren bij kwetsbare ouderen ≥ 70 jaar met heupfractuur)
- LEAK (behandeling wondlekage na totale heup- of knieprothese operatie bij patiënten ≥ 18 jaar)

Bij elk van de studies is voorafgaand overleg geweest met de betrokken projectleider en wetenschappelijke vereniging en is een samenwerkingscontract opgesteld waarin zaken als geheimhouding en gebruik van resultaten zijn afgesproken.

2. Spiegelinformatie voor het monitoren van de voortgang van implementatie zorgevaluaties

2.1. Doel

Indien de resultaten van een zorgevaluatie aanleiding geven voor verandering van een richtlijn, is het doel deze resultaten te implementeren in de klinische praktijk, zodat de bewezen meet effectieve zorg wordt geïmplementeerd in de klinische praktijk. Spiegelinformatie aanbieden is een interventie die gebruikt kan worden om zorgprofessionals feedback te geven of zij zorgevaluatie-uitkomsten in hun ziekenhuis al hebben geïmplementeerd, waardoor zij gericht kunnen leren en verbeteren. Hiervoor is spiegelinformatie nodig die per zorginstelling het volume van beide behandelingen inzichtelijk maakt. Daarnaast geven spiegelinformatie inzicht in de mate waarin zorgevaluatie-uitkomsten worden geïmplementeerd.

Uitgangspunt is dat deze spiegelinformatie wordt ontwikkeld op basis van routinematig verzamelde data, zodat extra administratieve lasten voor zorgprofessionals worden voorkomen. Voorwaarde is daarnaast dat zorgprofessionals de spiegel als valide zien. Ervaring leert dat als de spiegel de klinische praktijk onvolledig of onjuist weergeeft, dat deze dan minder gebruikt wordt.

Naast het gebruik voor leren en verbetering en monitoring van implementatie, kan spiegelinformatie ook worden gebruikt voor patiëntinclusie tijdens een zorgevaluatie. Met de spiegelinformatie kan in kaart worden gebracht hoeveel patiënten, die onderwerp zijn van een zorgevaluatie, er per ziekenhuis worden behandeld. Dit wordt ook wel een nulmeting genoemd. Deze nulmeting kan worden gebruikt om een keuze te maken voor welke ziekenhuizen worden uitgenodigd als deelnemend centrum aan een zorgevaluatie om te includeren. Hiertoe kunnen bijvoorbeeld de ziekenhuizen met de grootste patiëntaantallen worden gekozen. Daarnaast kan de spiegelinformatie tijdens de inclusiefase worden gebruikt om te evalueren of inclusieaantallen in een centrum kunnen worden verhoogd.

2.2. Aanpak

Er is een stappenplan ontwikkeld om in dialoog met de projectleider van een zorgevaluatie en verschillende dataverwerkers (Vektis, DHD, Logex en Performance) de zorgevaluatie te vertalen naar volume indicatoren voor de verschillende behandelvarianten van de zorgevaluatie. Het stappenplan bestaat uit de volgende stappen:

1. Definiëring van de doelpopulatie. Dit is de populatie gespecificeerd met patiëntkenmerken, diagnose en de behandelingen die relevant zijn voor de zorgevaluatie en worden onderzocht in de betreffende zorgevaluatie. Bijvoorbeeld in geval van de CAPP: kinderen met een complexe appendicitis.
2. Identificeren welke coderingen beschikbaar zijn in declaratiedata en/of ICD-data om de doelpopulatie in kaart te brengen. Dit is gedaan door samen met het projectteam en dataverwerkers de coderingen te selecteren. In het geval niet exact de juiste coderingen beschikbaar waren, zijn die coderingen geselecteerd die de doel patiëntpopulatie het beste kon benaderen met de minste over- of onderschatting van het patiëntaantal.
3. Definiëren van de uiteindelijke spiegel. Dit is gedaan door dataverwerkers volumes van patiënten uit te laten draaien over het jaar 2017 en het projectteam te laten controleren of de resultaten 'face valide' werden bevonden. Hiermee wordt bedoeld dat de patiëntaantallen zoals weergegeven in de spiegel op landelijk niveau ongeveer overeen komen met de verwachting van het projectteam, gebaseerd op kennis uit de literatuur en klinische ervaring. Wanneer dit niet het geval was werden stap 2 en 3 herhaald tot resultaten 'face valid' werden bevonden. De uiteindelijke spiegel is gedefinieerd als die coderingen die de doelpopulatie het beste benaderen met de minste over- of onderschatting van het patiëntaantal.

Aanvullende activiteiten²

4. Toets op verschillen uitkomsten spiegels tussen dataverwerkers. Er worden verschillende patiëntaantallen gevonden voor de spiegels van dezelfde zorgevaluatie bij verschillende dataverwerkers. Dit wordt mogelijk veroorzaakt doordat elke dataverwerker een andere selectie van ziekenhuizen in de dataset

² Deze activiteiten zijn nog niet afgerond en lopen door in het kader van de academische werkplaats ZiNL-NFU.

heeft. Dit is echter niet controleerbaar, doordat spiegels wegens AVG-wetgeving op anoniem niveau zijn aangeleverd. Talma probeert toestemming van ziekenhuizen te verkrijgen om zorgevaluatie resultaten op naam te vergelijken, zodat duidelijk is of spiegels voor hetzelfde ziekenhuis bij verschillende dataverwerkers hetzelfde patiëntaantal geeft. Indien dit niet het geval is, kan er discussie ontstaan over de juistheid van de spiegelinformatie, wat acceptatie van spiegels en het gebruik van spiegels belemmert. Voor de realisatie van dit onderdeel is Talma afhankelijk van de medewerking van ziekenhuizen. Op dit moment hebben er nog geen ziekenhuizen toestemming verleend.

5. Toetsing van de algemene methodiek die Talma heeft gehanteerd voor de ontwikkeling van spiegels, bij grotere groepen van zorgprofessionals als beoogde gebruiker van spiegelinformatie. Dit wordt gedaan d.m.v. focusgroepen met als doel de methodiek en spiegels te toetsen bij gebruikers dit niet betrokken zijn geweest bij de spiegelinformatie.

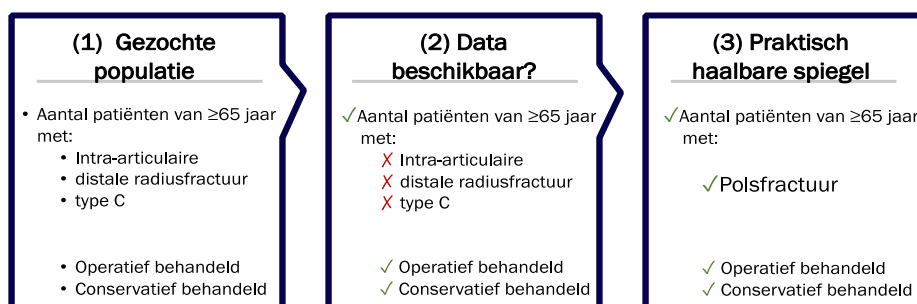
2.3. Resultaten

Voor geen van de zes zorgevaluaties is het gelukt exact de doel patiëntpopulaties weer te geven op basis van declaratiedata/LBZ-data. Voor 4/6 zorgevaluaties (MIRA2, CAPP, Proclion, STONE) is het op basis van declaratiedata wel gelukt een spiegel te ontwikkelen die de doel patiëntpopulaties benadert met een minimale over- of onderschatting. Daarmee lijkt het mogelijk om een spiegel te ontwikkelen op basis van declaratiedata die kan bijdragen aan het bevorderen van een leercultuur, ondanks het feit dat deze de populatie en verschillende behandelingen van de zorgevaluatie niet volledig juist weergeeft.

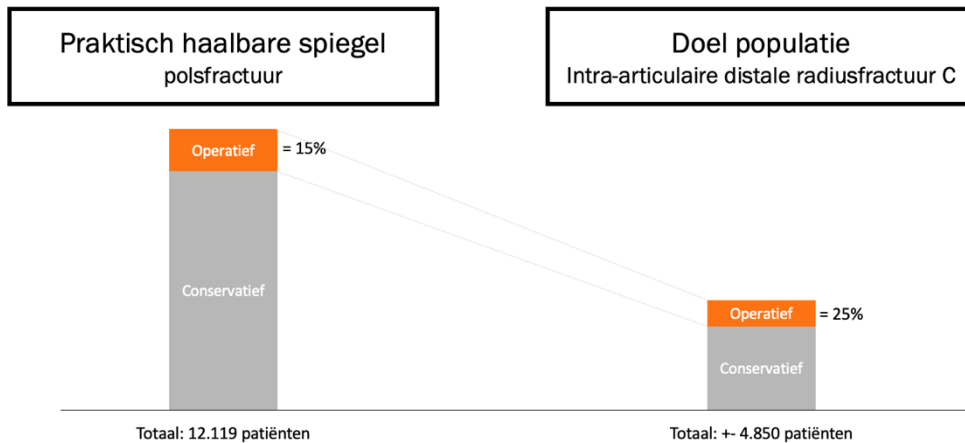
Hieronder presenteren wij één zorgevaluatie (DART) waarvoor het niet is gelukt spiegelinformatie te maken die bij kan dragen aan het doel leren en verbeteren en één zorgevaluatie (MIRA2) waarvoor het wel is gelukt spiegelinformatie te maken die bij kan dragen aan het doel leren en verbeteren.

Binnen de DART studie wordt onderzocht of het effectiever is in termen van functioneren van de hand/arm en kosten om patiënten van ≥ 65 jaar met een specifieke polsfractuur, de intra-articulaire distale radiusfractuur type C, te behandelen d.m.v. een operatie of conservatief met gips. Het is echter niet mogelijk deze specifieke polsfractuur in declaratiedata in beeld te brengen. Het is alleen mogelijk om het aantal patiënten met een polsfractuur in kaart te brengen. Het aantal patiënten met een polsfractuur is veel groter dan het aantal patiënten met een intra-articulaire distale radiusfractuur type C. Of er dus bij deze polsfractuur gegipt wordt of geopereerd, valt weg in het totaal van behandelingen van patiënten met een polsfractuur. De uiteindelijke spiegel geeft daarmee geen representatief beeld van de implementatiegraad van de DART studie. Door de grote onnauwkeurigheid in de spiegel verwachten de projectleider en de wetenschappelijke vereniging dat de spiegel niet bijdraagt aan het doel om de DART resultaten te implementeren.

Casus DART Wat is de meest effectieve behandeling voor pt. ≥ 65 jr met een intra-articulaire distale radiusfractuur type C?

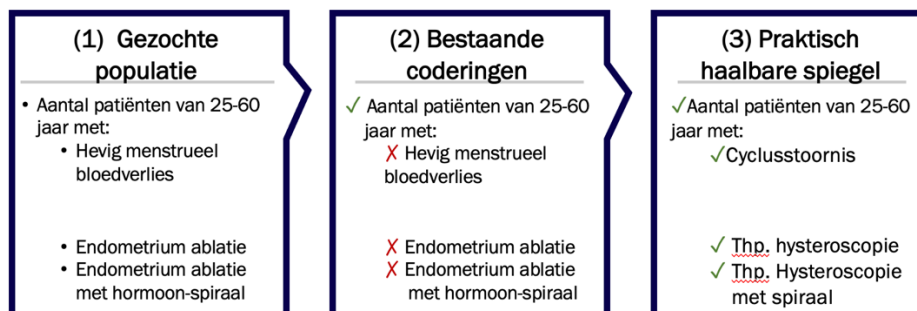


Figuur 1 DART zorgevaluatie, gevolgde stappen voor ontwikkeling spiegelinformatie

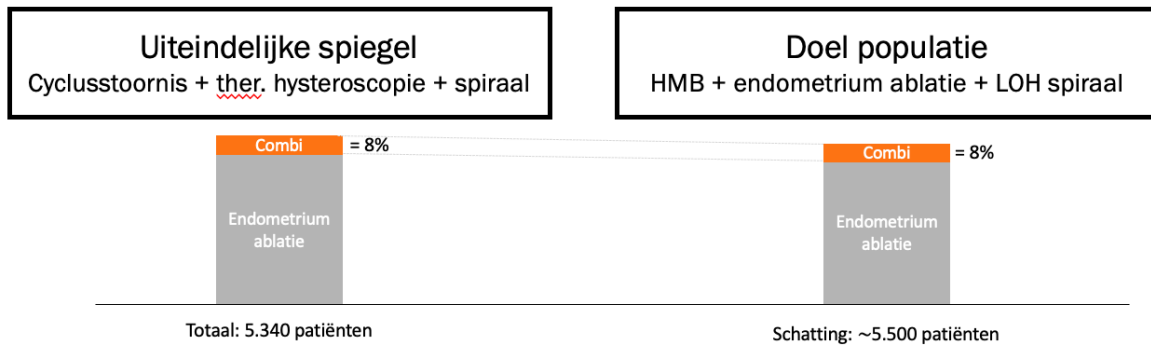


Figuur 2 DART zorgevaluatie, patiëntaantal uiteindelijke spiegel vs. geschatte patiëntaantal o.b.v. literatuur

De MIRA2 studie onderzoekt of het effectiever is om patiënten van 25-60 jaar met hevig menstrueel bloedverlies te behandelen met een endometrium ablatie of met een combinatie behandeling van een endometrium ablatie met een hormoonspiraal. In de declaratiedata/LBZ-data bestaan geen specifieke coderingen voor de diagnose hevig menstrueel bloedverlies, voor de behandeling endometrium ablatie of voor het hormoonspiraal. Echter, door de diagnose cyclusstoornis te koppelen met de behandeling therapeutische hysteroscopie en plaatsing van een spiraal, kan de populatie en behandelingen van de MIRA2 redelijk in kaart worden gebracht. De volumes geven niet exact de MIRA2 patiëntpopulatie weer, maar geven wel een indicatie van de implementatiestatus van de MIRA2. Deze resultaten kunnen volgens het projectteam en de wetenschappelijke vereniging gebruikt worden om de MIRA2 zorgevaluatie-uitkomsten te implementeren. Dit wordt mede bepaald doordat de huidige implementatiegraad van de verwachte voorkeursbehandeling zeer laag is (10%), wat betekent dat er een groot veranderpotentieel is. Omdat het veranderpotentieel groot is, is een onnauwkeurigheid in de spiegel minder relevant dan wanneer dit niet het geval is.



Figuur 3 MIRA2 zorgevaluatie, gevolgde stappen voor ontwikkeling spiegelinformatie



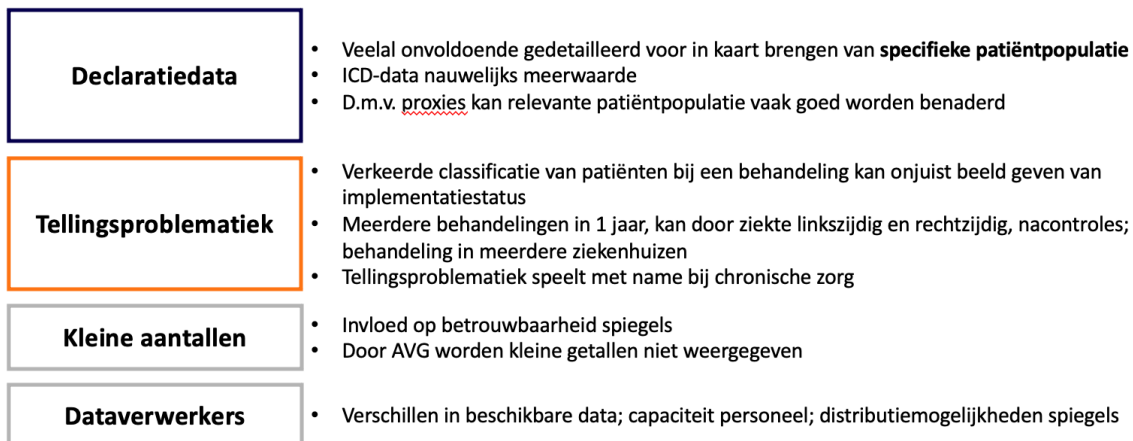
Figuur 4 MIRA2 zorgevaluatie, patiëntaantal uiteindelijke spiegel vs. geschatte patiëntaantal o.b.v. literatuur

2.4. Reflectie op ontwikkeling spiegelinformatie voor zorgevaluaties

Het doel van dit “proof of concept” was om te onderzoeken:

- 1) of spiegelinformatie voor zorgevaluaties ontwikkeld kan worden op basis van declaratiedata/LBZ-data die zorgprofessionals accepteren;
- 2) hoe spiegelinformatie voor zorgevaluaties ontwikkeld kan worden op basis van declaratiedata/LBZ-data.

Knelpunten



Figuur 5 Knelpunten

Ten aanzien van het eerste doel hebben wij gevonden dat het voor 4/6 zorgevaluaties mogelijk was spiegels te ontwikkelen op basis van declaratiedata die projectleiders van zorgevaluaties accepteren. Bij onze selectie van zorgevaluaties vonden wij dat de LBZ-data, met de ICD-coderingen geen meerwaarde had voor de ontwikkeling van spiegelinformatie. In theorie geven de ICD-coderingen gedetailleerdere informatie over de diagnose van een patiënt dan de declaratiediagnose, echter doordat veelal algemene ICD-coderingen worden gebruikt en voor veel patiënten geen ICD-diagnose wordt geregistreerd bevat de ICD-codering nauwelijks meerwaarde ten opzichte van de declaratiedata. Verder was het voor geen van de zes zorgevaluaties mogelijk een spiegel te ontwikkelen die exact de doel patiëntpopulatie weergeeft op basis van declaratiedata. Daarnaast gaven alle zorgprofessionals aan dat er nog veel registratieproblematiek voorkomt in de declaratiedata. Idealiter zou in de toekomst spiegelinformatie ontwikkeld kunnen worden op basis van de elektronische patiëntendossiers, die veel gedetailleerdere patiëntinformatie bevat en waar zorgvuldig in wordt geregistreerd. Belangrijk is dan wel dat de data uit deze EPD's breed beschikbaar worden gesteld (zodat meerdere partijen spiegels kunnen maken) of er op andere manieren gegarandeerd wordt dat de spiegels op

instellingsniveau toegankelijk zijn. In de tussentijd is declaratiedata een mogelijke bron voor spiegelinformatie, waardoor administratieve lasten kunnen worden voorkomen en die een breed scala aan medische onderwerpen bevat.

Ten aanzien van het tweede doel hebben wij samengewerkt met projectleiders van zorgevaluaties en verschillende dataverwerkers. Wij hebben ondervonden dat het voor de kwaliteit van de spiegel zeer waardevol is dat de medisch specialist van het betreffende specialisme betrokken is bij de ontwikkeling van een spiegel. In onze aanpak was de onderzoeker de verbindende schakel tussen dataverwerkers en de projectleider. Het proces van ontwikkeling van een spiegel kan vergemakkelijkt worden door de dataverwerker en de betrokken medisch specialist in direct contact met elkaar te brengen om te reflecteren op de spiegel. Daarnaast hebben wij gemerkt dat er grote verschillen zitten in het kennisniveau van medisch specialisten omtrent de declaratiestructuur en spiegelinformatie. Voor de ontwikkeling van deze spiegelinformatie hebben wij geen case-mix correcties toegepast. Indien case-mix correcties wel toegepast dienen te worden om vergelijkingen tussen instellingen mogelijk te maken, is het wenselijk dat iemand met ervaring op het gebied van case-mix correcties wordt betrokken.

2.5. Toepassingsmogelijkheden

Het onderstaande stappenplan (voor verdere toelichting zie rapportage spiegelinformatie) kan worden gebruikt bij de ontwikkeling van nieuwe spiegelinformatie voor zorgevaluaties of andere onderwerpen van gepast gebruik. Idealiter zijn dataverwerker en medisch specialist in direct contact met elkaar bij het toepassen van het stappenplan, zonder tussenkomst van een derde persoon.

Stappenplan spiegelinformatie

1. Contact betrokken stakeholders: projectleiders, wetenschappelijke vereniging, dataverwerkers
2. Specificaties per zorgevaluatie bepalen in samenwerking met projectleiders & dataverwerkers
3. Bepaal weergave spiegel
4. Afweging kosteneffectiviteit
5. Verificatie van ontwikkelde spiegel
6. Levering en monitoring van spiegel

2.6. Aanbevelingen

- (1) Declaratiedata kan in bepaalde gevallen gebruikt worden voor spiegelinformatie, dit hangt van de doel populatie, de interventie (behandeling/diagnostiek), de grootte van de patiëntpopulatie en de geschiktheid van andere databronnen. Met betrekking tot de doelpopulatie en de interventie wordt dit bepaald door het bestaan van een geschikte codering in de declaratiedata of een geschikte proxy. Met betrekking tot de grootte van de patiëntpopulatie is de betrouwbaarheid van een spiegel lager wanneer het gaat om kleine patiëntaantallen, zeker wanneer de spiegel niet exact de doelpopulatie weergeeft zijn kleine patiëntaantallen een onbetrouwbare weergave van de implementatiestatus van een zorgevaluatie. Met betrekking tot de geschiktheid van andere databronnen, kunnen kwaliteitsregistraties nauwkeuriger zijn en gedetailleerde informatie bevatten dan declaratiedata. Indien kwaliteitsregistraties voor een onderwerp beschikbaar zijn, kan dit meerwaarde hebben boven declaratiedata.
- (2) De kwaliteit van de spiegel wordt verhoogd door medisch specialist en dataverwerkers samen te laten werken. Idealiter zijn medisch specialist en dataverwerker in direct contact met elkaar. Om te kunnen corrigeren voor eventuele registratiefouten dient de dataverwerker onderzoek te doen naar de codeverbanden die in de declaratiedata bestaan en deze met de medisch specialist te bespreken om de beste in- en exclusiecriteria te kunnen bepalen. Hoe meer inzicht de medisch specialist krijgt

over de verbanden tussen declaratiecoderingen die in de data worden gezien, hoe beter de medisch specialist keuzes kan maken met betrekking tot inclusie en exclusiecriteria voor coderingen in de spiegel. Hiertoe dienen dataverwerkers de data voor te bereiden, zodat de medisch specialist de beste keuze kan maken.

- (3) Daarnaast kan de kwaliteit van declaratiedata vergroot worden door (1) te werken aan gelijke registratie over alle ziekenhuizen in Nederland, hier zijn reeds projecten op in de vorm van bijvoorbeeld registratie aan de bon. (2) Het ontwikkelen van nieuwe declaratiecodes met de NZa, om patiëntpopulatie en/of interventies inzichtelijk te maken in declaratiedata. Nadelen van nieuwe declaratiecodes ontwikkelen is dat dit zorgt voor additionele registratielasten, dit proces 2-3 jaar duurt voordat codes ontwikkeld zijn, data niet meer vergelijkbaar is met het verleden en goede registratie veelal afhankelijk is van of er aparte vergoedingen voor nieuwe codes gelden.
- (4) Voor de keuze van een dataverwerker voor spiegelinformatie kan gebruik worden gemaakt van de kennis die Talma heeft opgedaan over de verschillende dataverwerkers, zoals beschreven in de rapportage spiegelinformatie. De dataverwerkers in Nederland verschillen qua data beschikbaarheid in de actualiteit van de data, de dekking van data over zorginstellingen in Nederland en het type data dat zij beschikbaar hebben, b.v. declaratiedata, ICD-coderingen, EPD-data of kwaliteitsregistraties. Daarnaast verschillen dataverwerkers in hun rol en verdienmodel, de wijze van aanlevering van spiegelinformatie, de ondersteunende en/of toezichthoudende rol die de partij kan leveren en de kosten voor spiegels.
- (5) Spiegelinformatie heeft meerwaarde in het inclusieproces voor zorgevaluaties. Spiegelinformatie geeft namelijk weer hoeveel patiënten er in een centrum behandeld worden met een ziekte, waardoor projectteams van zorgevaluaties een gerichte keuze kunnen maken voor deelnemende centra die zullen includeren. Echter, volgens AVG-wetgeving dienen ziekenhuizen bij elke dataverwerker specifiek toestemming te geven om spiegels voor dit doeleinde in te zetten. Een algemene toestemming om spiegelinformatie, op naam, voor dit doel te gebruiken is waardevol in de toekomst.
- (6) Declaratiedata is door het beperkte klinische detailniveau en registratieproblematiek geen ideale bron voor spiegelinformatie. In de toekomst kan gewerkt worden aan de technische verbetering van Elektronische Patiëntendossiers waardoor de ontwikkeling van spiegelinformatie wordt vergemakkelijkt. Hiertoe dient aangesloten te worden bij lopende programma's op dit onderwerp.

Meer informatie:

Juliëtte van Munster, Vera de Weerd, Geeske Hofstra, (2021) '[Gebruik Routinematig Verzamelde data als bron voor onderzoek](#)' Medisch Contact

Vera de Weerd, Geeske Hofstra, Eric van der Hijden (2021) [Implementatie van zorgevaluatie-uitkomsten: Rapportage spiegelinformatie](#), Talma Instituut, Vrije Universiteit Amsterdam

3. Impactanalyse implementatie zorgevaluaties

3.1. Doel

Een vaak geuite verklaring voor trage implementatie van zorgevaluatie-uitkomsten is dat de verandering van de zorgpraktijk veel gevolgen kan hebben voor de patiënt, zorgprofessional of organisatie. Deze gevolgen kunnen positief zijn, maar ook negatief van aard en per actor verschillen. Het geheel van gevolgen is samen te vatten met het begrip “impact”. Verandering in gangbare behandeling heeft impact op patiënten, professionals en organisaties, en die impact kan voor elke partij anders zijn. Bijvoorbeeld bij het eerder stoppen met groeihormoon injecties is de impact voor de patiënt dat deze niet meer dagelijks hoeft te injecteren. Stoppen met groeihormoon injecties betekent voor de professional dat deze niet zeker weet of de beoogde eindlengte wordt bereikt. Voor een organisatie kan stoppen met injecties betekenen dat er personeelscapaciteit vrijkomt voor andere behandelingen.

Als de impact groot is, kan dat ertoe leiden dat de inclusie tijdens de zorgevaluatie en de implementatie na afloop van het onderzoek traag verlopen. Door onderzoek te doen naar de aard van verandering in behandelstrategie kan blijken waarom de ene zorgevaluatie relatief sneller geïmplementeerd kan worden dan de andere. Het geeft ook inzicht in de belemmeringen voor de inclusie van patiënten.

Impact wordt als begrip vaak gebruikt, maar is als factor van invloed bij inclusie en implementatie nog onvoldoende geoperationaliseerd en onderzocht. Alhoewel er verschillen van mening kunnen zijn over hoe zwaar impact voor de patiënt bijvoorbeeld weegt ten opzichte van impact voor de zorgprofessional, organisatie en financiële impact; ze zijn alle vier relevant. Om te kunnen anticiperen en te sturen op implementatie van zorgevaluaties en inclusie van patiënten, is een systematische analyse van de impact van verandering in behandelstrategie gewenst. In het algemeen is het uitgangspunt dat zorgprofessionals de belangrijkste rol hebben bij het includeren van patiënten voor onderzoek en bij het implementeren van zorgevaluatie-uitkomsten, maar het kan zijn dat de impact groot is voor bijvoorbeeld patiënten en buiten hun invloedssfeer ligt. Als dat zo is, vraagt die impact aandacht in de inclusie en implementatie aanpak.

Doel van dit deelproject is om een eenvoudig te gebruiken instrument te ontwikkelen dat de te verwachten impact van verandering van behandeling voor patiënt, professional, organisatie en omzet in kaart kan brengen door middel van een assessment. Dit assessment kan in verschillende fasen van de zorgevaluatie worden uitgevoerd. De financiële impact van een verandering van behandelstrategie in termen van effect op omzet van de zorgaanbieder kan worden bepaald met een aanvulling op de ontwikkelde spiegelinformatie bij onderdeel A. De financiële impact is relevant omdat het een drempel kan zijn voor zowel implementatie als inclusie zodra een verandering van behandelstrategie leidt tot omzetverlies.

3.2. Aanpak

Het instrument is in een aantal stappen ontwikkeld.

1. Literatuuronderzoek
 - a. Voor het bepalen van de definitie van impact
 - b. Voor het bepalen van de operationalisatie van impact van verandering van behandelstrategie
2. Kwalitatief onderzoek met patiënten
 - a. Om te beoordelen of impact volgens geïnterviewden overeenkomt met de operationalisatie van impact
 - b. Om inzicht te krijgen welke aspecten van behandeling relevant zijn voor het bepalen van impact voor patiënten
3. Ontwikkeling van het instrument en testrondes onder zorgprofessionals
 - a. Bouw van het instrument in Excel
 - b. Bruikbaarheid van het instrument testen met zorgprofessionals door impact voor alle actoren te bepalen van lopende zorgevaluaties
 - c. Om inzicht te krijgen in welke aspecten van behandeling relevant zijn voor het bepalen van impact
4. Uitwerking financiële impact
 - a. Uitwerking aanpak financiële impact op omzet

- b. Berekening financiële impact op omzet op basis van declaratiedata

3.3. Resultaten

3.3.1. Literatuuronderzoek

Uit literatuuronderzoek blijkt dat de definitie van impact context-specifiek is en dat er vooralsnog geen definitie van impact voor zorgevaluaties bestaat. Voor zorgevaluaties hebben wij impact daarom gedefinieerd als: alle (financiële en non-financiële) effecten voor de patiënt, de zorgprofessional en de organisatie als gevolg van een verandering in behandelstrategie binnen een zorginstelling.

De operationalisatie van de impact van een verandering van behandelstrategie omvat een aantal stappen: het begint met het beschrijven van de verschillen tussen de beide behandelstrategieën in de zorgevaluatie. Vervolgens worden de gevolgen van die verschillen per actor in kaart gebracht en gewaardeerd als een voordeel of juist een nadeel voor die actor. Daarna wordt het belang van alle voor- en nadelen gewogen. Zo wordt inzichtelijk welke impact de alternatieve behandelstrategie ten opzichte van de voorkeursbehandeling heeft. Daarmee ontstaat een overzicht van mogelijke drempels die ontstaan als de behandelstrategie verandert. Zie figuur 6.

Doelstellingen te ontwikkelen instrument:

1. Geeft op een systematische manier inzicht in de verwachte impact van de gangbare versus de alternatieve onderzochte behandelstrategie voor de patiënt, zorgverlener en organisatie;
2. Voorspelt welke behandelstrategie de voorkeur geniet per actor (gangbare behandelstrategie of alternatieve onderzochte behandelstrategie)
3. Geeft zicht op belemmeringen die verholpen moeten worden om implementatie succesvol te laten zijn.

3.3.2. Kwalitatief onderzoek onder patiënten

We hebben patiënten geïnterviewd voor vier zorgevaluaties (CAPP, Proclion, MIRA2 en Stone). In totaal hebben we 33 patiënten gesproken. Het interview bestond uit twee delen: 1) de ervaring van de patiënt met de aandoening en de ontvangen behandeling, en 2) de percepties van de patiënt over de alternatieve behandeling zoals die onderzocht wordt in de zorgevaluatie. Aan het einde van het interview werd gevraagd naar welke behandeling de voorkeur van de patiënt uitging en waarom.

Het eerste doel van de interviews was om te toetsen of de conceptualisatie en operationalisatie van impact voor patiënten overeenkwamen met de manier waarop patiënten over impact praten. De conceptualisatie en operationalisatie van impact kwamen terug in het verhaal van patiënten. Wanneer de patiënt de voorkeursbehandeling toelichtte, kwamen de verschillen tussen de behandelstrategieën aan bod en werd er stilgestaan bij de voor- en nadelen. De voor- en nadelen verschilden in gewicht en bepaalden de uiteindelijke voorkeursbehandeling van de patiënt. Bijvoorbeeld bij MIRA2 was voor een groot deel van de patiënten de aanwezigheid van hormonen een groot nadeel. Daarom had die behandeling dan ook niet de voorkeur. De patiënten baseerden hun definitieve keuze op eigen ervaringen in het verleden en ervaringen van anderen in hun sociale omgeving.

Het tweede doel was gericht op het in kaart brengen van relevante items die impact hebben op de patiënt. Deze extra analyse was uitgevoerd ter aanvulling op de PREMS en PROMS. De meeste PREMS en PROMS kwamen terug in de interviews. In de interviews kwamen ook nieuwe items aan bod en die items hebben we toegevoegd aan het instrument. Voorbeelden van aanvullende items zijn: of de behandeling belastend was om te ondergaan, fysieke bijwerkingen van de behandelstrategie, invloed van de behandelstrategie op herstel van klachten (zie bijlage voor de lijst met de aspecten gebaseerd op de PREMS en PROMS), en de nieuwe items op basis van het onderzoek onder patiënten en als gevolg van het testen met professionals. In tabel 1 is de operationalisatie samengevat.

Tabel 1 Operationalisatie van impact en de manier waarop dat vertaald is naar een instrument

Onderdeel	Toelichting	Actie van de gebruiker	Instrument
1 Beschrijving van de verschillen tussen beide behandelstrategieën uit de zorgevaluatie	Dit onderdeel is gericht op het in kaart brengen van de verschillen tussen behandelstrategie A en B. Dit zijn verschillen tussen de feitelijk waarneembare kenmerken van de behandelstrategieën die onderzocht worden.	De gebruiker beschrijft feitelijke verschillen tussen de behandelstrategieën. Bijvoorbeeld narcose versus lokale verdoving.	Het instrument toont een open tekstveld voor het invullen van de feitelijk waarneembare kenmerken van de behandeling
2 In kaart brengen relevante aspecten van elke behandelstrategie	Dit onderdeel is gericht op het in kaart brengen van relevante aspecten, die van invloed kunnen zijn op de voorkeur van de ene behandeling ten opzichte van de andere behandeling voor patiënt (P), zorgprofessional (Z) of organisatie (O). Verder wordt in dit onderdeel ook de uiting van de relevante aspecten beschreven.	De gebruiker selecteert relevante aspecten per behandelstrategie en per actor (P, Z, O) en geeft de uiting van het aspect aan. Bijvoorbeeld bij behandelstrategie B is pijn relevant, want de patiënt ervaart meer pijn. Bij A is coördinatie relevant, want er is minder coördinatie nodig.	Het instrument toont een lijst van relevante aspecten per actor waaruit de gebruiker kan selecteren. De initiële lijst voor de patiënt is gebaseerd op de PROMS en PREMS. 3 Voor de professional en organisatie is dit gebaseerd op Fleuren. 4 Deze lijsten zijn aangevuld bij het onderzoek onder patiënten en bij het testen van het instrument met zorgprofessionals
3 In kaart brengen voor- en nadelen van elke behandelstrategie	In dit onderdeel wordt aangegeven of de uiting van de relevante aspecten een voordeel of een nadeel is voor de patiënt, professional of organisatie.	De gebruiker waardeert elk aspect als voordeel of nadeel. Bijvoorbeeld pijn is een nadeel en minder coördinatie een voordeel.	Het instrument toont drie opties: voordeel, nadeel, onbekend
4 Waardering van elk voor- en nadeel	Aan de voor- en nadelen uit het vorige deel wordt een gewicht toegekend	De gebruiker geeft per voor- en nadeel het gewicht aan. Bijvoorbeeld pijn is een erg groot nadeel van behandelstrategie B. Dit nadeel krijgt een 3. Dat de coördinatie van de behandeling niet noodzakelijk is voor de uitvoering is een duidelijk voordeel van behandelstrategie A. Dit voordeel krijgt een 2.	Het instrument toont de voor- en nadelen met daarnaast een schaal van 1-3 waaruit de gebruiker kan selecteren. 1 = niet belangrijk, 2 = belangrijk en 3 = heel belangrijk.
5 Samenvatting en weging voor- en nadelen per behandelstrategie	Per behandelstrategie wordt een overzicht gegenereerd van de voor- en nadelen	n.v.t.	Het instrument genereert een samenvatting van de voor- en nadelen en een overzicht van de behandeling die de voorkeur geniet per actor
6 Voorspelling van de behandeling die de voorkeur geniet per actor op basis weging voor- en nadelen	De behandeling die de voorkeur geniet wordt voorspeld o.b.v. de balans van de voor- en nadelen per actor.	Het instrument voorspelt o.b.v. van de ingevulde waarden de waarschijnlijk voorkeursbehandeling per actor.	Het instrument toont de verwachte voorkeursbehandeling per actor op basis van voor- en nadelen en de gewichten die daaraan gegeven zijn.

³ De items voor het perspectief van de patiënt zijn gebaseerd op Patient-Reported Outcome Measures (PROMS). Het Linnean Initiatief heeft een 'menu' ontwikkeld met generieke PROMS. Het doel van dit menu was om het gebruik van PROMS in de spreekkamer te ondersteunen en uitkomstmetingen te standaardiseren. Het 'menu' bevat een lijst met uitkomsten die voor veel verschillende patiënten met uiteenlopende aandoeningen relevant zijn. Deze lijst met uitkomsten werd als startpunt voor de database van de items voor de patiënt gebruikt. Zie [Het menu van generieke PROMS](#).

⁴ De items voor het perspectief van de zorgprofessional en de organisatie zijn gebaseerd op het framework van Fleuren. Het framework van Fleuren bevat determinanten die implementatie van innovaties beïnvloeden. Het framework bevatte oorspronkelijk 60 determinanten en de definitieve versie 29 determinanten. Deze determinanten kunnen ook van toepassing zijn op een verandering in de behandelstrategie. De determinanten zijn daartoe her geformuleerd naar verandering van behandelstrategie (zie bijlage 1). De omgebouwde determinanten werden gebruikt als startpunt voor de database van items voor de zorgprofessional en organisatie. (Margot A.H. Fleuren, Theo G.W.M. Paulussen, Paula Van Dommelen, Stef Van Buuren, Towards a measurement instrument for determinants of innovations, International Journal for Quality in Health Care, Volume 26, Issue 5, October 2014, Pages 501–510) en <https://www.tno.nl/media/1870/midivragenlijst.pdf>

3.3.3. Ontwikkeling van het instrument en testrondes onder zorgprofessionals

We hebben de eerste versie van het instrument ontwikkeld aan de hand van het literatuuronderzoek en aanvuld met items uit de interviews met patiënten. We hebben het instrument getoetst op bruikbaarheid en volledigheid van de items die impact bepalen voor professionals, door het instrument in te vullen met artsen en onderzoekers van zorgevaluaties. Deze artsen en onderzoekers⁵ hebben wij benaderd via het Trialbureau van Leading the Change. In totaal is het instrument bij elf lopende studies getest bij steeds twee personen met kennis van de zorgevaluatie. Het ging om projectleiders en arts-onderzoekers van de zorgevaluaties en zij zijn geïnterviewd door onderzoekers van de VU.

We zochten van tevoren geen extra informatie op over de inclusie bij de zorgevaluatie en gingen open de testronde in, zonder kennis van eventuele problemen bij de opzet van de studie en de inclusie van patiënten. Aan het einde van de test was er per studie een overzicht van de items die impact hebben op de patiënt, zorgprofessional en organisatie. Vervolgens stonden we met de arts/onderzoeker stil bij de vraag of het overzicht de belemmeringen die een rol hebben gespeeld bij de inclusie of aanpassing van de onderzoeksdesign goed weergeven en of de uitslag van de impactanalyse overeenkwam met het feitelijke verloop van de inclusie.

Tabel 2 Studies waarbij het instrument is getest op bruikbaarheid

	<u>Apostel 8</u>	<u>Oasis</u>	<u>Super-studie</u>	<u>Myomex-2</u>	<u>Patio</u>	<u>Apollo</u>	<u>Holland studie</u>	<u>CAPP</u>	<u>DART</u>	<u>MIRA-2</u>	<u>Groei-hormoon</u>
<u>Eerste ronde</u>	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
<u>Tweede ronde</u>	√	√	√	√	√	√	√	√	Volgt	Volgt	√

3.3.4. Voorbeeld resultaten, gebaseerd op een test met de CAPP-studie:

In deze paragraaf zijn de resultaten van gebruik van het instrument zichtbaar. Het zijn de resultaten van 1 interview.

Figuur 6 overzicht van de relevante verschillen tussen de onderzochte behandelstrategieën.

Project CAPP	
Kenmerken Antibiotica	Kenmerken Operatief
Opname Via infuus antibiotica Indien abces, drainage (5-7 dagen ligdagen)	Opname Via infuus antibiotica Kijkoperatie of open operatie Narcose Indien abces, drainage (minimaal 5-7 dagen ligdagen)

Vervolgens is per actor in kaart gebracht welke aspecten van de behandeling relevant zijn voor het overwegen ervan en of dat een voordeel of nadeel is en hoe relevant die zijn.

⁵ Voor 7 andere studies hebben we het instrument ingevuld:

1. Apostel 8: onderzoek naar de effectiviteit en veiligheid van weëen remming
2. Oasis: onderzoek naar drie technieken voor het aanleggen van vaattoegang voor een dialyse bij patiënten van 70 jaar en ouder.
3. Superstudie: onderzoek naar de stimulatie van de eierstokken bij intra uteriene inseminatie
4. Myomex-2: onderzoekt naar langdurig (15 tot 18 maanden) gebruik van ulipristal versus chirurgische behandelingen van myomen
5. Patio: onderzoek naar geoptimaliseerde, individuele fysiotherapie-strategie versus huidige fysiotherapeutische zorg voor totale knieprothese en totale heupprothese patiënten
6. Apollo: onderzoek naar de plaatsing van een kophalsprothese via de achterwaartse versus zijwaartse benadering bij patiënten met een gebroken heup
7. Holland studie: onderzoek naar de beste behandeling van patiënten met symptomatische aambeien graad III: hemorrhoidectomie (operatief verwijderen van aambeien) versus rubber band ligatie (behandeling met elastiekjes).

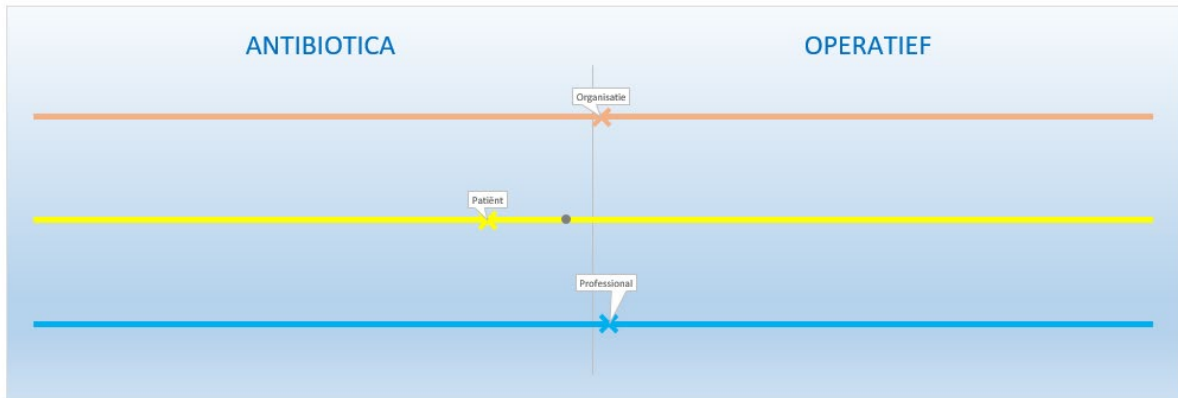
Figuur 7 overzicht resultaten impact analyse van één respondent

Actor	ANTIBIOTICA				OPERATIEF			
	Aspect	Meer of minder?	Waardering A	G. A	Aspect	Meer of minder?	Waardering B	G. B
Organisatie	Benodigde ervaren medewerkers	Interventie radioloog nodig	Nadeel	3	Benodigde ervaren medewerkers	Chirurg en anesthesist nodig	Nadeel	3
Organisatie	Personeelsbezetting (op de afdeling of in de organisatie)	Indien geen kinder-anesthesist aanwezig buiten kantooruren	Nadeel	3	Personeelsbezetting (op de afdeling of in de organisatie)	Indien geen interventie radioloog aanwezig buiten kantooruren	Nadeel	3
Organisatie					Budget	Opereren leidt tot meer omzet	Voordeel	3
Organisatie	Beschikbaarheid noodzakelijke coördinatie bij uitvoering behandelstrategie	Antibiotica vraagt niet om coördinatie, tenzij drain noodzakelijk is	Voordeel	1				
Organisatie	Invloed van andere veranderingen binnen de zorginstelling op gebruik behandelstrategie	Antibiotica indien ziekenhuis kiest om geen kinderen te opereren	Voordeel	1				
Patiënt	Pijn	Minder pijn	Voordeel	3				
Patiënt					Mobiliteit	Kinderen zijn minder mobiel na operatie	Nadeel	1
Patiënt					Vermoeidheid	Kinderen zijn vermoeider na narcose	Nadeel	1
Patiënt	Angst	Angst dat klachten weer terug komen	Nadeel	3	Angst	Angst voor opereren	Nadeel	3
Patiënt	Uitvoeren van dagelijkse activiteiten	Patiënten zijn na antibiotica sneller in staat om dagelijkse activiteiten uit te voeren	Voordeel	2				
Patiënt	Zelfzorg	Patiënten zijn beter in staat om zelfzorg uit te voeren	Voordeel	1				
Patiënt	Uitvoeren van sociale activiteiten	Patiënten kunnen na deze behandeling sneller sociale activiteiten hervatten	Voordeel	2				
Patiënt					Belasting van de behandeling	Een operatie is veeleer om te ondergaan	Nadeel	3
Professional	Vertrouwen onderbouwing behandelstrategie	Meer twijfel aan effectiviteit	Nadeel	3				
Professional					Complexiteit van de behandelstrategie	Indien abces, operatie is complex om uit te voeren	Nadeel	2
Professional					Verwachting van belangrijke collega's op gebruik behandelstrategie	Als lokaal een dominante voorkeur is, dan bepaalt het de voorkeur voor opereren	Voordeel	3
Professional	Bekwaamheid om behandelstrategie uit te voeren	Zolang geen drain nodig is, dan kan de behandeling uitgevoerd worden zonder specifieke ervaring	Voordeel	1	Bekwaamheid om behandelstrategie uit te voeren	Indien kind te jong is, dan wordt het kind eerder overgeplaatst naar een academisch ziekenhuis	Nadeel	1

De voorkeuren voor de behandelstrategie worden voorspeld o.b.v. de voor- en nadelen en de gewichten hiervan. Dat werkt globaal als volgt: alle voordelen van medicamenteuze behandeling worden op basis van hun gewicht opgeteld en daar worden de nadelen van afgetrokken. Dat gebeurt ook voor de operatieve behandeling. Het netto-effect is in dit geval dat de patiënt een voorkeur heeft voor de medicamenteuze behandeling. De professional en de organisatie hebben daarentegen een lichte voorkeur voor de operatieve behandeling. Dit resultaat is in lijn met de ervaring van de geïnterviewde personen en komt overeen met de vraagstukken die de onderzoekers momenteel ervaren bij inclusie voor de zorgevaluatie.

Het overzicht en de uitslag van de impactanalyse kunnen gebruikt worden om de inclusie en de implementatie van de zorgevaluatie-uitkomsten bespreekbaar te maken en eventueel bij te stellen.

Figuur 8: weging verwachte voorkeuren op basis input van een respondent impact analyse



In de testrondes is ook in kaart gebracht of het instrument als bruikbaar wordt ervaren.

- Het instrument wordt als relevant gezien door de projectleiders en arts-onderzoekers met wie we het getest hebben. De reacties zijn positief. Zij waren van mening dat het instrument bijdraagt aan een beter begrip van impact van verandering in behandelstrategie en de verschillende perspectieven op impact.
- De uitkomst van de impactanalyse was vaak in lijn met de feitelijke gang van zaken tijdens de inclusie. Het instrument brengt dezelfde aspecten in kaart die een rol hebben gespeeld tijdens de inclusie.
- De lijst met items was herkenbaar voor de projectleiders en arts-onderzoekers, maar vroeg om verdere aanscherping. Op basis van de reacties uit de testrondes hebben we de items verder aangescherpt.
- Het instrument werkt goed bij het in kaart brengen van de relevante aspecten die impact bepalen.
- Het instrument werkt wisselend bij het voorspellen van de voorkeursbehandeling per actor als er (1) een sterk lokale voorkeursbehandeling is en/of (2) een behandeling vooral gedaan wordt door de patiënt (bijvoorbeeld zelf groeihormoon injecties toedienen)
- Bij sommige casussen bepalen de lokale afspraken de norm. Die informatie is relevant voor het interpreteren van de uitkomsten.
- De resultaten geven de visie weer van één respondent. Voor een betrouwbaar beeld van de impact zijn meerdere respondenten nodig, die verschillen in hun achtergrond. Het optimale aantal respondenten is nog niet helder, dat zal in de praktijk moeten blijken. Idealiter gaat het interviewen van respondenten door tot er geen nieuwe informatie meer boven tafel komt (inhoudelijke verzadiging oftewel saturatie).

Tijdens de testrondes is ook het instrument zelf verder ontwikkeld en vereenvoudigd. Het uiteindelijke instrument bestaat uit een gespreksleidraad voor een interviewer⁶ en een instrument in Excel waarin de antwoorden worden ingevuld.

Het instrument is open van opzet en er kunnen relatief eenvoudig tijdens het gebruik ervan nieuwe aspecten toegevoegd worden. Zo ontstaat een database van relevante aspecten om de impact van verandering van zorgevaluaties voor patiënten, zorgprofessionals en organisaties in kaart te brengen.

Idealiter wordt het deel over de impact op patiënten afgenomen bij patiënten zelf. Echter, waar professionals ervaringen kunnen hebben met beide behandelvarianten, is dat bij patiënten zelden het geval. Ons advies is om bij elke zorgevaluatie de relevante patiëntenvereniging te betrekken en via hen of via de projectleiders van de zorgevaluaties te kijken of het lukt een groep patiënten te betrekken.

⁶ Een self-assessment voor een projectleider van een zorgevaluatie of een direct betrokkene van de zorgevaluatie, bleek uiteindelijk niet wenselijk, want het dwingt de invuller niet om kritisch te kijken naar de zorgevaluatie. Door een onafhankelijke interviewer het instrument te laten gebruiken aan de hand van een gespreksleidraad wordt er verder doorgevraagd naar mogelijke impact. Daarnaast is het wenselijk om meerdere respondenten het instrument te laten invullen. Op die manier is het mogelijk om een voldoende volledig beeld van impact te krijgen.

3.3.5. Interpretatie uitkomst instrument en mogelijke scenario's

In figuur 8 is het eindresultaat te zien van een impactanalyse van één respondent. Op basis van de geselecteerde aspecten en de waardering ervan als een voordeel of een nadeel, wordt op basis van het toegekende gewicht een score berekend. Hoe verder de score naar rechts of naar links gaat, hoe uitgesprokener de respondent is dat deze behandeling de voorkeur of afkeur heeft van patiënt, professional of organisatie. Globaal werkt het als volgt: een aspect van opereren (behandeling rechts in figuur 10) dat als voordeel wordt gezien, met gewicht van drie punten zorgt dat het kruisje op de as naar rechts gaat. Zijn er alleen maar voordelen, dat staat het kruisje helemaal rechts. Hoe ver precies en ook ten opzichte van de andere actoren hangt af van het aantal punten. Als alle voordelen voor patiënt bijvoorbeeld allemaal gewicht 3 krijgen en die voor organisatie bijvoorbeeld alleen gewicht 1, dan staat het kruisje bij patiënt verder naar rechts. Als opereren ook nadelen heeft, dan gaat het kruisje op de as meer naar links (antibiotica, de behandeling links in figuur 10). Op deze wijze worden ook de voor- en nadelen van antibiotica meegenomen. Een voordeel van antibiotica schuift het kruisje op de as weer naar links, (richting antibiotica), een nadeel naar rechts (richting opereren). De nadelen voor de linker behandeling (antibiotica), wegen als voordelen voor de rechter behandeling (opereren). De nadelen voor de rechter behandeling, wegen als voordelen voor de linker behandeling.

Wat betekent een score vlak bij het midden?

Dat willen zeggen dat de balans tussen voor- en nadelen neutraal is: er is geen duidelijke voorkeur aan te geven in algemene zin. In dat geval zal de specifieke voorkeur van een patiënt doorslaggevend zijn of in het geval van de professional: de lokale werkwijze.

Deze interpretatie werd ook herkend tijdens de gesprekken met de respondenten. Hoe dichter het kruisje bij het midden staat, hoe belangrijker lokale voorkeuren zijn. Is de score daarentegen uitgesproken, dan wil dat zeggen dat de respondent van mening is dat de voorkeur algemener van aard is.

Hoe moeten verschillende voorkeuren van actoren geïnterpreteerd worden?

Er zijn meerdere scenario's denkbaar. Stel dat alle actoren een sterke voorkeur hebben voor bijvoorbeeld de optie opereren, dan is het zeer aannemelijk dat de inclusie bij antibiotica moeizaam zal verlopen. Stel dat bijvoorbeeld de zorgprofessional en de organisatie eenzelfde sterke voorkeur hebben en de patiënt neutraal is, dan is denkbaar dat deze daarmee ook de patiënt beïnvloeden.

Het instrument geeft daarmee handvatten voor een discussie over waar mogelijk knelpunten te verwachten zijn en welke maatregelen dan nodig zijn. Wie daartoe het instrument gebruikt en in welke fase komt aan de orde in paragraaf 3.4.

3.3.6. Uitwerking financiële impact

Verandering van voorkeursbehandeling kan ook financiële gevolgen hebben voor zorginstellingen.⁷ Deze gevolgen bestaan uit het verschil in gedeclareerde omzet tussen de onderzochte behandelingen, maar ook in het verschil in declaraties van vervolgbehandelingen in het eerste jaar na de behandeling. Het kan namelijk zo zijn dat er geen verschil is in de aard van de gedeclareerde behandeling, omdat het afleidt naar een andere DOT, maar dat er wel verschil is bijvoorbeeld in de hoeveelheid vervolgbehandelingen in het jaar erop volgend.

Voor het bepalen van de impact voor een instelling is het daarnaast van belang om in kaart te brengen hoe de huidige verhouding van omzet is tussen beide behandelingen in een instelling.

Ter illustratie een voorbeeld: in de instelling krijgen nu 120 patiënten behandeling A en 40 behandeling B. In totaal wordt voor deze patiënten respectievelijk 3900 en 2900 euro aan zorgkosten gedeclareerd. Wordt behandeling A de voorkeursvariant (scenario 1), dan stijgt de omzet met 24.000 euro. Wordt behandeling B de voorkeursvariant, dan daalt de omzet met 104.000 euro (scenario 2). In onderstaande voorbeeld is het uitgangspunt dat de voorkeursvariant bij 90% van de patiënten toegepast wordt.

⁷ Naast deze financiële impact is er ook impact op maatschappelijk niveau denkbaar door verandering van behandeling. Dat valt de scope van dit project omdat het in de onderzoeksvoorstellen van zorgevaluaties in het algemeen aan de orde komt.

huidige situatie in een instelling				vervolgkosten in jaar na behandeling omzet voor zorgaanbieder						totale omzet
	# patienten	kosten	totale omzet					totaal	per patiënt	
behandeling a	120	€ 3.400	€ 408.000	120	€ 500,00	€ 60.000		€ 468.000	€ 3.900	€ 584.000
	b	40	€ 1.000	€ 40.000	40	€ 1.900,00	€ 76.000	€ 116.000	€ 2.900	
	160									
scenario 1 A is voorkeursbehandeling (90%)										
	A	144	€ 3.900	€ 561.600						€ 608.000
	B	16	€ 2.900	€ 46.400						
								impact A dominant		€ 24.000
scenario 1 B is voorkeursbehandeling (90%)										
	A	16	€ 3.900	€ 62.400						€ 480.000
	B	144	€ 2.900	€ 417.600						
								impact B dominant		€ (104.000)

Deze berekeningen zijn te maken door de patiëntvolumes op basis van de spiegels van onderdeel A aan te vullen met de gedeclareerde kosten daarvoor per instelling. Omdat de spiegels van onderdeel A pas recent zijn afgerond en alleen aantallen van patiënten betreffen, was een aanvullende mandaataanvraag nodig van de financiële omzet per behandeling per zorgaanbieder. De mandaataanvraag voor deze financiële impact loopt nog bij Vektis. Zodra die is goedgekeurd en de data is geleverd kan dit onderdeel snel afgerond worden. Dan zal geanonimiseerd op instellingsniveau de financiële impact bepaald worden gebaseerd op patiënten-volumes in het peiljaar van de spiegels en bij die instellingen gedeclareerde zorgkosten.

3.4. Toepassingsmogelijkheden en aggregatie van resultaten

Het instrument kan op verschillende momenten worden toegepast. In tabel 3 geven we daar een overzicht van. Het is zelfs denkbaar dat het instrument bij herhaald toepassen tot andere resultaten leidt. Stel dat door het ontwerp van de studie bepaalde knelpunten naar voren komen en daar maatregelen voor ontwikkeld worden, dan kan dat aspect bijvoorbeeld lager scoren bij een tweede toepassing tijdens de inclusie fase. Mogelijk komen dan juist andere, nieuwe aspecten naar voren.

Het instrument voor impactanalyse is voor zover we nu kunnen overzien redelijk uniek. Het kan worden gebruikt bij verschillende studies maar ook bij een studie op verschillende momenten. Door de resultaten te verzamelen en te aggregeren ontstaat inzicht in welke aspecten impactvol zijn en is het ook mogelijk om patronen te ontdekken welke vraagstukken bij welk soort studies spelen. Ook kunnen knelpunten aan het licht komen die meer op systeemniveau spelen en die moeilijk oplosbaar zijn door bijvoorbeeld projectleiders van een zorgevaluatie. Denk bijvoorbeeld aan drempels als eigen bijdragen of (ontbrekende) vergoeding vanuit de aanvullende verzekering. Daartoe is in het instrument een optie ingebouwd waardoor de resultaten van een toepassing geanonimiseerd via mail gedeeld kunnen worden. Door deze resultaten centraal te verzamelen zijn genoemde analyses mogelijk. Ook wordt dan inzichtelijk of er nieuwe aspecten zijn toegevoegd of bepaalde aspecten juist nooit gebruikt te worden in de praktijk. Op basis hiervan kan periodiek een update van het instrument gemaakt worden.

Tabel 3 momenten voor gebruik instrument en de wie het kan toepassen

Wanneer?	Gebruiker	Geeft antwoord op
Bij het ontwerp van de zorgevaluatie studie	Implementatiespecialist/Trialbureau/PO ZE&GG	Zijn er problemen te verwachten bij de inclusie omdat de alternatieve behandelstrategie veel impact zal hebben op patiënt, hulpverlener en organisatie? Welke maatregelen kunnen op voorhand genomen worden?
Bij beoordelen van de subsidie aanvraag	Medewerker ZonMw en andere fondsen	Zijn er problemen in de inclusie te verwachten en zijn die zodanig dat het gevolgen heeft voor de onderzoeksopzet?
Tijdens de inclusiefase	Implementatiespecialist/Trialbureau/PO ZE&GG	Waarom verloopt de inclusie traag? Welke aanvullende maatregelen kunnen genomen worden?
Bij verwerken van de resultaten van de zorgevaluatie in de richtlijn	Herzieningscommissie wetenschappelijke vereniging	Welke maatregelen zijn wenselijk om de gewijzigde richtlijn te implementeren?
Bij lokale implementatie van de gewijzigde richtlijn op bijvoorbeeld ziekenhuis niveau	Lokale projectleider, zorgverleners en managers	Zijn er belemmeringen te verwachten bij de implementatie van de voorkeursbehandeling? Welke maatregelen kunnen op voorhand genomen worden?
Het instrument kan ook retrospectief worden toegepast bij afgeronde studies die moeizaam of niet geïmplementeerd zijn en studies die niet zijn afgerond vanwege de belemmeringen	Projectleider of onderzoekers	Welke belemmeringen speelden een rol bij de uitvoering van de zorgevaluatie of bij de implementatie? Welke maatregelen waren denkbaar om de uitvoering te bevorderen of de implementatie te versnellen?
Het instrument kan ook retrospectief worden toegepast bij afgeronde studies die inmiddels geïmplementeerd zijn en waarvan via spiegelinformatie duidelijk is hoe snel dat verloopt.	Projectleider of onderzoekers	Is het instrument voorspellend voor implementatie? Dat wel zeggen: klopt de hypothese dat beperkte negatieve impact of juist positieve impact van verandering de praktische implementatie beter mogelijk maakt?

Meer informatie

Richelle Singotani, Marianne Donker, Sierk Ybema en Eric van der Hijden (2020) Impact van verandering in gangbare zorg. Deelrapportage 1: definitie, operationalisatie en framework voor dataverzameling Talma instituut – Vrije Universiteit Amsterdam

Richelle Singotani, Eric van der Hijden (2021) Impact van verandering in gangbare zorg. Deelrapportage 2: ontwikkeling en validatie van een instrument voor impact bepaling van een implementatie van een zorg-evaluatie Talma instituut – Vrije Universiteit Amsterdam

Richelle Singotani, Eric van der Hijden (2021) Handleiding impactanalyse. Gespreksleidraad en toelichting stappen instrument voor interviewer Talma instituut – Vrije Universiteit Amsterdam

Richelle Singotani, Eric van der Hijden (2021) Instrument voor impact analyse versie 1.0 (Excel bestand) Talma instituut – Vrije Universiteit Amsterdam

4. Escalatiemaatregelen bij tegen vallende implementatie zorgevaluaties

4.1. Doel

Uitgangspunt bij implementatie van resultaten van zorgevaluaties moet de intrinsieke motivatie van zorgprofessionals zijn. Niet voor niets staat in het Visiedocument Medisch Specialist 2025 (FMS, 2017, p.11) dat bij de geformuleerde ambitie “niet het zorgsysteem leidend is, maar de behoefte van de patiënt en de intrinsieke motivatie van de professionals die in de zorg werken.” Tegelijkertijd is de realiteit dat implementatie soms langer duurt dan wenselijk is. Vraag is dan wie welke maatregelen kan nemen om de implementatie van de uitkomsten van zorgevaluaties na duiding ervan alsnog te realiseren om zo bij te dragen aan de bewezen beste zorg.

In ons open systeem van verzekerde zorg op basis van de Zorgverzekeringswet, hebben allerlei partijen een rol om te bevorderen dat alleen die zorg wordt verleend die voldoet aan de criteria van verzekerde zorg. Het gaat om individuele zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, Zorginstituut Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten en het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.⁸ Zorgevaluaties worden uitgevoerd om een relevant kennishiaat op te lossen, namelijk te weten welke zorg, voor welke patiënt op welk moment het meest (kosten)effectief is. Zorg die bewezen (kosten)effectief is moet worden geïmplementeerd en zorg die niet voldoende (kosten)effectief is, moet worden afgebouwd, hetgeen neerkomt op de-implementatie. Als dat onvoldoende (snel) gebeurt nadat de uitkomsten van een zorgevaluatie bekend zijn en geduid, zijn mogelijk aanvullende maatregelen nodig. Het is daarbij gewenst stapsgewijs zwaardere maatregelen in te zetten en dat vraagt om een systematisch overzicht van escalatiemogelijkheden. We focussen bij het opstellen van een overzicht op zorg die vergoed wordt uit de Zorgverzekeringswet en nemen daarom als kader de wettelijke afbakening van verzekerde zorg.⁹

Hoofdvraag van het onderzoek is: Welke partij kan welke maatregelen nemen om implementatie van de uitkomsten van zorgevaluaties daadwerkelijk te realiseren.

De hoofdvraag valt uiteen in de volgende subvragen:

- 1) Wat zijn de taken, bevoegdheden en wettelijke kaders van stakeholders en hun toezichthouders om vanuit hun rol bij te dragen aan implementatie van uitkomsten van zorgevaluaties?
- 2) Zijn er knelpunten die belemmeren dat stakeholders hun bevoegdheden gebruiken?
- 3) Zijn er onderwerpen in de wet- en regelgeving waarop verschillen in perspectieven zijn, die uitvoering of acceptatie van taken en rollen van stakeholders belemmeren?
- 4) Welke aanvullende maatregelen of bevoegdheden zijn wenselijk om implementatie te versnellen?
- 5) In welke volgorde neemt de mate van afdwingbaarheid van die maatregelen toe?

Voor het onderzoek is een framework ontwikkeld dat alle stappen op een rij zet van het in kaart brengen van een kennishiaat als aanleiding voor een uitvoeren van zorgevaluatie tot en met de feitelijke beoordeling van een individuele nota van een verzekerde of de zorg ook daadwerkelijk in lijn is met de uitkomst van de zorgevaluatie die volgde op het kennishiaat. We kiezen er bewust voor om ook de fase van in kaart brengen en prioriteren van kennishiaten te betrekken in het onderzoek, omdat in deze fase er al keuzes gemaakt kunnen worden die de mogelijkheden tot implementatie van uitkomsten na afloop en duiding van de zorgevaluatie kunnen beïnvloeden.¹⁰

Om inzicht te krijgen in de interpretatie die stakeholders hebben van hun eigen bevoegdheid en rol, en om de percepties te achterhalen hoe andere stakeholders hun taak uitoefenen, hebben we interviews uitgevoerd met vertegenwoordigers op bestuurlijk of verantwoordelijk uitvoerend niveau van zorgverzekeraars, ziekenhuizen, ZN, NZa, Zorginstituut Nederland, IGJ, Kennisinstituut en VWS. Daarbij is het wettelijk kader besproken, alsmede de beoogde en feitelijke rol/taakuitoefening. Hoe kijken partijen naar de vraag wie

⁸ Er zijn meer actoren zoals ZonMw en de NVZ en NFU, maar deze hebben we buiten beschouwing gelaten. Niet omdat ze geen rol (kunnen) spelen, maar ter afgrenzing van het onderzoek.

⁹ Zorgverzekeraars vergoeden ook zorg via de aanvullende verzekering. De enige relevante kaders daarvoor in deze context is dat daarover afspraken gemaakt worden met zowel de verzekerde (via de polisvoorwaarden) als de zorgaanbieder (via inkoopafspraken).

¹⁰ Denk bijvoorbeeld aan criteria voor prioritering van kennishiaten. Een criterium kan zijn bijvoorbeeld dat alleen die kennishiaten worden geprioriteerd waarvan duidelijk is dat deze te monitoren zijn door middel van routinematig verzamelde data zoals declaratiedata. Als dat zo is, zijn de mogelijkheden tot afdwingen van implementatie na afronding van de zorgevaluatie veel groter omdat er namelijk spiegelinformatie verstrekt kan worden.

welke maatregelen kan nemen om implementatie van de uitkomsten van zorgevaluaties te realiseren? Een belangrijke vraag daarbij is hoe partijen kijken naar zorg waarvan onvoldoende duidelijk is of deze effectief is volgens de criteria van de Zorgverzekeringswet.

4.2. Open systeem van aanspraken in de Zvw

Nederland heeft een open systeem van aanspraken en de kern is dat daardoor zorg die voldoet aan een aantal voorwaarden “automatisch” verzekerde zorg is op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw):¹¹

- Het moet gaan om zorg die onderdeel is van het verzekerde pakket. Sommige zorg is daar expliciet van uitgesloten op basis van pakketcriteria. Bijvoorbeeld besnijdenis is sinds 2005 geen verzekerde zorg meer en zorgverzekeraars kunnen er voor kiezen dat via een aanvullende verzekering te vergoeden.
- Het moet gaan om een vorm van zorg die zorgverleners plegen te bieden (een neurochirurg verricht bijvoorbeeld een hersenoperatie, een internist niet) (art. 2.4 Besluit Zorgverzekeringswet (BZ));
- Die vorm van zorg behoort tot de stand van wetenschap en praktijk (SW&P) (artikel 2.1 lid 2, Besluit Zorgverzekering);
- De verzekerde is redelijkerwijs aangewezen op die vorm van zorg (artikel 2.1 lid 3, Besluit Zorgverzekering).

Voor een goed begrip van het woord automatisch in deze context, is met name het begrip “stand van wetenschap en praktijk” relevant. Heel kort samengevat komt het er op neer dat als zorg bewezen effectief is, dan is het onderdeel van het verzekerde pakket. Dat werkt twee kanten op:

“Het kan zich voordoen dat zorg onder de dekking is gaan vallen (omdat is vastgesteld dat de zorg voldoet aan ‘de stand van de wetenschap en praktijk’), terwijl een zorgverzekeraar die naturapolissen aanbiedt, de zorg niet heeft ingekocht. De zorgverzekeraar zal daar dan alsnog in moeten voorzien. Ditzelfde geldt voor zorgverzekeraars die restitutiepolissen aanbieden met gecontracteerde zorgaanbieders. Overigens is het zo dat zorgverzekeraars niet verplicht zijn om met alle zorgaanbieders die de betreffende zorgvorm leveren, contracten te sluiten. Zorgverzekeraars hebben contracteervrijheid.

Als een standpunt¹² duidelijk maakt dat bepaalde zorg niet (meer) behoort tot het basispakket, houdt dit niet in dat deze zorg niet (meer) verleend zou mogen worden door zorgaanbieders. Een standpunt geeft slechts aan of de betreffende zorg al dan niet tot de basisverzekering behoort en of de zorg al dan niet laste van de basisverzekering vergoed mag worden.

Het feit dat een behandeling niet langer voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering, kan er wel toe leiden dat de verzekerde en zijn behandelaar in nauw overleg besluiten de behandeling te beëindigen dan wel af te bouwen. Uiteraard zal dat dan op zorgvuldige en medisch verantwoorde wijze moeten gebeuren. Ook zorgverzekeraars hebben er belang bij dat het proces van beëindiging of afbouw als gevolg van het staken van de vergoeding voor hun verzekerden zorgvuldig verloopt. Het ligt dan ook in de rede dat zij in voorkomend geval bij deze besluitvorming betrokken zijn.”¹³

Bij een open systeem is instroom van zorg vrijwel “automatisch” mogelijk als het voldoet aan de voorwaarden van effectiviteit¹⁴. Uitstroom van zorg die niet aan de voorwaarden van effectiviteit voldoet is niet vanzelfsprekend zo laat huidige praktijk zien. In het Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022 is afgesproken dat partijen een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor het systematisch

¹¹ Het basispakket is voor het grootste deel (90 procent) een open pakket. Dat wil zeggen dat zorg die voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk en die zorgprofessionals plegen te bieden automatisch verzekerde zorg is (Zorginstituut, 2015). Ongeveer 10 procent van het basispakket is een gesloten pakket. Extramuraal geneesmiddelen, een aantal (dure) intramuraal geneesmiddelen (sluigeneesmiddelen) en bijvoorbeeld fysiotherapie worden eerst door Zorginstituut Nederland beoordeeld op effectiviteit en kosteneffectiviteit voordat ze instromen in het basispakket.

¹² Verderop zal nog duidelijk worden dat een belangrijk knelpunt voor effectieve implementatie de misvatting onder stakeholders is dat alleen het Zorginstituut dergelijke standpunten mag en moet innemen. Dat is niet juist.

¹³ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2015/01/15/beoordeling-stand-van-de-wetenschap-en-praktijk> (p.55/56)

¹⁴ Andere pakketcriteria zijn de noodzakelijkheid, uitvoerbaarheid en kosteneffectiviteit, met andere woorden: is de verhouding tussen wat een behandeling kost en wat deze oplevert acceptabel? Dit onderzoek legt de focus vooral op vraagstukken rond effectiviteit.

evalueren van zorg zodat deze beter wetenschappelijk is onderbouwd. Daartoe worden zorgevaluaties opgezet als er een kennishiaat is: bijvoorbeeld welke van twee behandelvarianten het meest (kosten)effectief is.¹⁵ Naar aanleiding van de resultaten van een zorgevaluatie kan er aanleiding zijn om de richtlijnen aan te passen, wat vervolgens duidelijkheid geeft over de gewenste behandelstrategie. Dat kan afwijken van hetgeen eerder gangbaar was en dan start een proces van implementatie van de aangepaste richtlijn. Afhankelijk van de lokaal gangbare praktijk is dat implementatie of de-implementatie. Zorg die niet voldoende (kosten)effectief blijkt op basis van een zorgevaluatie ten opzichte van een andere behandeling of ten opzichte van afwachtend beleid, is strikt genomen geen verzekerde zorg en mag dan – gemotiveerde uitzonderingen daargelaten – niet meer vergoed worden vanuit de basisverzekering.

Voor de afbakening gaan we uit van de volgende actoren en hun beoogde rol op hoofdlijnen waar het gaat om implementatie van zorgevaluaties in de context van vergoeding van zorg door de Zvw¹⁶:

- Wetenschappelijke verenigingen: opstellen kennisagenda, duiden onderzoek en aanpassing richtlijn.
- Zorgaanbieders: zorg leveren die voldoet de kwaliteitsstandaarden en de criteria voor verzekerde zorg (SW&P, zoals zorgverleners die plegen te bieden en is geïndiceerd).
- Zorgverzekeraars: inkopen, monitoren en vergoeden van zorg die voldoet aan de voorwaarden van verzekerde zorg om ten laste van de risicoverevening gebracht te worden, stimuleren kwaliteit door bijvoorbeeld spiegelinformatie en toetsen rechtmatigheid en doelmatigheid individuele nota's.¹⁷
- Zorgverzekeraars Nederland: organiseren van zorgadviestrajecten en een centrale lijst van machtigingen;
- Zorginstituut: systematische pakketdoorlichting, opstellen van duidingen, en bij twijfel uitspraken doen over het verzekerde pakket.
- NZa: randvoorwaarden creëren voor inkoop van verzekerde zorg door het vaststellen van betaaltitels voor declaraties en toezien op uitvoering door zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
- IGJ: Staatstoezicht op de kwaliteit en veiligheid van (goede) zorg met belangrijke bevoegdheden voor het toezicht op de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening.
- Minister van Volksgezondheid: verantwoordelijk voor het beleid van het totale zorgsysteem en specifieke besluiten.

4.3. Aanpak

Onderstaand kader geeft het proces weer dat een zorgevaluatie doorloopt, vanaf het identificeren waar in de dagelijkse praktijkvoering de wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt (kennishiaat), tot uiteindelijk de toets of bij een patiënt verleende zorg daadwerkelijk onderdeel is geweest van de verzekerde zorg. Als gevolg van de zorgevaluatie wordt idealiter namelijk duidelijk welke variant tot verzekerde zorg gerekend mag worden en welke niet. Volledigheidshalve moet aangetekend worden dat niet alle stappen nodig zijn of altijd worden gezet.

A	Kennisontwikkeling
A1	Kennishiaten identificeren
A2	Kennishiaten prioriteren
A3	Onderzoek, publicatie en weging van bewijslast
B	Verwerken in richtlijn
B4	Richtlijn ontwikkeling en/of herziening
B5	Voorlichting en communicatie
B6	Aanpassen lokale protocollen
C	Afspraken bij zorginkoop
C7	Zorginkoopbeleid
C8	Afspraken contract gepaste zorg
C9	Polisvoorwaarden die bijdragen aan gepaste zorg
D	Zorgverlening en declaratie
D10	Zorgverlening aan patiënt door zorgaanbieder
D11	Rechtmatigheids- en doelmatigheidscontrole nota
D12	Monitoring contractafspraken
E	Afbakening verzekerde zorg
E13	Duiding open aanspraak door zorgverzekeraars
E14	Signalelementen
E15	Standpunten en duiding

¹⁵ <https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=ee769edf-f773-4a90-b5a7-c88e5c1b8260&title=Hoofdpijnenakkoord%20medisch-specialistische%20zorg%202019-2022.pdf>

¹⁶ Deze toevoeging is van belang om daarmee het onderzoek af te bakenen. Het gaat dus nadrukkelijk niet om escalatiemaatregelen vanuit de context van kwaliteit van zorg. Het is namelijk denkbaar dat door de uitkomsten van een zorgevaluatie de kwaliteitsstandaard voor een bepaald type zorg verandert. De implementatie daarvan en de escalatiemogelijkheden daarbij, vallen buiten de scope van dit onderzoek.

¹⁷ Deze eis geldt bijvoorbeeld niet bij zorg die vergoed wordt vanuit de aanvullende verzekering.

In dit proces zijn in elke stap bepaalde actoren relevant met eigen uitgangspunten, (wettelijke) kaders en verantwoordelijke toezichthouders. Het kader maakt het mogelijk om de samenhang te beschrijven en mogelijkheden voor escalatie systematisch in kaart te brengen met de benodigde randvoorwaarden.

Het kader is allereerst met deskresearch ingevuld en uitgewerkt. Per stap is in kaart gebracht welke partijen een rol spelen en wat het wettelijke kader is daarbij. Als wetgeving ontbreekt, is in kaart gebracht of er op een andere manier bepaald is wat de rol en kaders zijn voor deze partij in de onderzochte stap. Per stap is relevante literatuur verwerkt waarin de evaluatie van deze (wettelijke) kaders centraal staat en/of de wijze waarop een actor deze rol vervult.

Om inzicht te krijgen in de interpretatie die stakeholders hebben van hun eigen bevoegdheid en rol, en om de percepties te achterhalen hoe andere stakeholders hun taak uitoefenen, hebben we interviews uitgevoerd met vertegenwoordigers op bestuurlijk of verantwoordelijk uitvoerend niveau van zorgverzekeraars, ziekenhuizen, ZN, NZa, Zorginstituut Nederland, IGJ, Kennisinstituut en VWS. Daarbij is het wettelijk kader besproken, alsmede de beoogde en feitelijke rol/taakuitoefening. Met de Patiëntenfederatie is gesproken in het kader van het deelproject "impact van implementatie zorgevaluatie" waarbij de vragen van dit onderzoek aan de orde zijn gekomen.

4.4. Resultaten

4.4.1. Taken en bevoegdheden actoren

In onderstaande tabel staan de in dit onderzoek betrokken actoren en hun relevante taken in dit kader. ^{18 19}

Actor	Taken	Wettelijk kader	Toezichthouder
Wetenschappelijke verenigingen	Opstellen kennisagenda, duiden uitkomsten zorgevaluatie en waar nodig aanpassing richtlijn		
Zorgaanbieders	Zorg leveren die voldoet aan de kwaliteitsstandaarden en de criteria voor verzekerde zorg (SW&P, zoals zorgverleners die plegen te bieden en is geïndiceerd) en declareren volgens de regels van de Zvw	Zvw, Wmg, Wet BIG, Wkkgz, WBMV	Collega's (interviews), IGJ, NZa, (zorgverzekeraars)
Zorgverzekeraars	Inkoop en vergoeden van zorg die voldoet aan de voorwaarden van verzekerde zorg om ten laste van de risicoverevening gebracht te worden, stimuleren kwaliteit door bijvoorbeeld spiegelinformatie en toetsen rechtmatigheid en doelmatigheid individuele nota's	Zvw	NZa, Zorginstituut
Zorgverzekeraars Nederland	Organiseren van zorgadviestrajecten en een centrale lijst machtigingen	Zvw, ACM	
Zorginstituut	Systematische pakketdoorlichting, opstellen van signalen op basis daarvan en zelfstandig of als partijen onderling van mening verschillen duiding of bepaalde zorg voldoet aan het criterium Stand Wetenschap en Praktijk – dus of het verzekerde zorg is	Zvw	
NZa	Randvoorwaarden creëren voor inkoop van verzekerde zorg door het vaststellen van betaaltitels voor declaraties en toezien op uitvoering door zorgverzekeraars en zorgaanbieders	Zvw, Wmg	
IGJ	Staatstoezicht op de kwaliteit en veiligheid van (goede) zorg met belangrijke bevoegdheden voor het toezicht op de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening	Wkkgz en vele andere wetten	
Minister van Volksgezondheid	Verantwoordelijk voor het beleid van totale zorgsysteem en specifieke besluiten, bijvoorbeeld na een pakketadvies, bij toepassing Wet Bijzondere Medische Verrichtingen, of het besluit toepassing noodremprocedure ²⁰	Zvw, Wkkgz en vele andere wetten	Tweede kamer

Tabel 4 Relevante betrokken actoren en hun relevante taken

¹⁸ Meer details daarover zijn te vinden in de volledige rapportage.

¹⁹ De beschreven actoren hebben ook andere rollen maar die laten we hier buiten beschouwing.

²⁰ Deze wet maakt het mogelijk dat de Minister een voorgedragen kwaliteitsstandaard vanwege financiële gevolgen niet in het openbaar register opneemt (financiële toetsing voorgedragen kwaliteitsstandaarden). Dit besluit is aan de tabel toegevoegd omdat het denkbaar is dat de uitkomst van een zorgevaluatie kan leiden tot een aanzienlijke kostenstijging. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-35124-3.html>

4.4.2. Knelpunten

In het onderzoek naar de vraag welk partij welke maatregelen kan nemen om implementatie van de uitkomsten van zorgevaluaties daadwerkelijk te realiseren, zijn een aantal knelpunten naar voren gekomen.

- 1) Er bestaat geen eenduidig en gedeeld beeld over wie welke rol heeft bij het vaststellen of er sprake is van verzekerde zorg. Ook ontbreekt bij de betrokken partijen een overzicht van duidingen van zorg.

Het gangbare beeld in gesprekken met stakeholders – in navolging van systematische pakketdoorlichtingen – is dat Zorginstituut Nederland primair deze taak heeft en niet de zorgverzekeraar. Het wettelijke kader legt deze verantwoordelijkheid echter in eerste instantie bij de zorgaanbieder zelf, en geeft de zorgverzekeraar een controlerende rol waarbij niet wordt vergoed indien niet aan de voorwaarden is voldaan.²¹ Sinds 2016 bestaan zogenoemde zorgadviestrajecten waarbij zorgverzekeraars gezamenlijk samen met zorgverleners tot consensus trachten te komen indien er twijfel is of er sprake is van zorg die voldoet aan het criterium stand wetenschap en praktijk van de Zorgverzekeringswet.²² Inmiddels zijn er in de MSZ 11 trajecten doorlopen en afgerond. Het Zorginstituut doet in zorgadviestrajecten alleen bij twijfel uitspraken over verzekerde zorg of als partijen daar niet in consensus uitkomen.

Los van deze rol als scheidsrechter, heeft het Zorginstituut een rol bij pakketbeheer. Vanuit het ZiNL programma Zinnige zorg publiceert zij signaleringen over onderwerpen waarin zij enerzijds aan de orde stelt of de zorg wel voldoet aan het criterium stand wetenschap aan praktijk, maar waarin zij anderzijds zich niet expliciet uitspreekt over de vraag of bepaalde zorg nog verzekerde zorg is (lees, ZiNL doet geen formele duiding). Dat laatste is opmerkelijk omdat individuele zorgverzekeraars soms op dezelfde onderwerpen een eigen duidingsproces doorlopen naar aanleiding van casuïstiek of afwijkende declaratiepatronen van een bepaalde zorgaanbieder en dan tot de conclusie komen dat geen sprake is van zorg die voldoet aan het criterium SW&P. Zorgverzekeraars beoordelen namelijk in tal van werkzaamheden de rechtmatigheid van een declaratie of een verzoek tot behandeling van een verzekerde in het buitenland. Zij toetsen dan de rechtmatigheid van de zorg op basis van het criterium SW&P. Denk ook aan de reguliere naleving- en controlewerkzaamheden. Soms dient een verzekerde een klacht in bij de Stichting Klachten en Geschillencommissie Zorgverzekeringen (SKGZ) en doet deze daarover een uitspraak of voert een verzekerde een civiele procedure bij de rechter. Al deze pakketduidingen door zorgverzekeraars en uitspraken van de SKGZ en rechters worden niet verzameld, centraal gedeeld en gecombineerd met duidingen door het Zorginstituut. Omdat zorgverzekeraars dit niet publiek delen, is niet duidelijk welke zorg niet voldoet aan het criterium SW&P én wordt het beeld versterkt dat deze taak alleen bij het Zorginstituut ligt.²³ Om het overzicht compleet te maken, zou ook elke zorgevaluatie na afronding geduid moeten worden. Wie dat doet (het Zorginstituut of via zorgadviestrajecten, moet nader afgestemd worden, maar het Zorginstituut lijkt in dit geval logischer.

- 2) De interpretatie van de GRADE-beoordeling voor de sterkte van de bewijslast heeft een verschillende betekenis in het beoordelingskader van het Zorginstituut en de zorgverzekeraars ten aanzien van verzekerde zorg dan bij het opstellen van richtlijnen vanuit de wetenschappelijke verenigingen

De GRADE methode wordt gebruikt om de kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs en de sterkte van een aanbeveling te bepalen. GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation. De GRADE-systematiek wordt zowel toegepast in het beoordelingskader SW&P van het Zorginstituut dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten hanteren bij het beoordelen of er sprake is van verzekerde zorg, als in de procedures die het KIMS hanteert bij de herziening van richtlijnen door de WV'en. De conclusies die men op basis ervan trekt zijn echter verschillend. Bij het beoordelingskader

²¹ Opmerkelijk is overigens dat in 2015 de Minister aan de kamer meldt dat ZN aangeeft het niet eens te zijn met deze uitleg van de wet. "In het overleg met ZN over de rol van zorgverzekeraars bij de beoordeling van het Zvw-pakket is gebleken dat ZN en ik het niet geheel eens zijn over de rollen die zorgverzekeraars en het Zorginstituut hierbij hebben. ZN vindt dat het Zorginstituut de aangewezen instantie is om het basispakket in zijn geheel te duiden en dat zorgverzekeraars niet (willen) gaan over de uitleg van het basispakket." Tweede Kamer, vergaderjaar 2016–2017, 29 689, nr. 781

²² Zie Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 29 689, nr. 660. De ACM geeft daarbij aan dat het gezamenlijk overleg over de stand van de wetenschap en praktijk van verzekeraars niet strijdig is met de mededingingsregels.

²³ Er is wel een poging gedaan om een overzicht te maken van Zorgactiviteiten die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk maar dat is maar beperkt inzichtelijk omdat het alleen die gevallen betreft die ook direct te vertalen zijn naar aanspraakcodes met een eigen declaratietitel. Dat is de zogenoemde rode en oranje lijst. Zie voor meer informatie: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_8498_22/1/en <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/07/13/overzicht-zorgactiviteiten-met-aanspraakcode-zvw>

SW&P leidt het tot een oordeel over de vraag of er sprake is van verzekerde zorg. Bij de richtlijn wordt op basis van de GRADE idealiter de sterkte van de aanbeveling in de richtlijn bepaald.

In de richtlijnen hanteert het KIMS de GRADE-scores niet direct als normstellend met als doel om voor een individuele medisch specialist duidelijk te maken of er sprake is van verzekerde zorg. De Federatie van Medisch Specialisten omschrijft het doel van richtlijnen als volgt: *"Richtlijnen vormen de basis van het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten en slaan een brug tussen wetenschap en praktijk. Richtlijnen die de beroepsgroep heeft opgesteld en geautoriseerd, zijn het uitgangspunt bij medisch handelen. Zo'n richtlijn bevat aanbevelingen voor het verbeteren van kwaliteit van zorg. Zij berusten op wetenschappelijk onderzoek en zijn aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers. Richtlijnen zijn bedoeld om de klinische besluitvorming te ondersteunen. Zij verminderen daarmee de diversiteit van handelen en maken het handelen transparant."*²⁴

Het doel is het verlenen van goede zorg die past bij de context van de individuele patiënt en dat is ook het uitgangspunt van de IGJ. De IGJ toetst eveneens nadrukkelijk niet of goede zorg ook verzekerde zorg is. In feite is dat een relatief smalle blik op "goede zorg", deze omvat dan blijkbaar niet of er sprake is van bewezen effectiviteit van zorg. De IGJ kijkt overigens wel naar de leer- en verbetercultuur in een instelling. De IGJ kan vanuit dat kader toetsen of zorgaanbieders een leer- en verbeterproces hebben om bewezen effectieve zorg te implementeren, om bewezen niet-effectieve zorg te de-implementeren en om zorg die nog niet bewezen effectief is te onderzoeken.

- 3) In declaratiegegevens ontbreekt veelal de informatie voor het bepalen van de behandelcontext waarin een behandeling is verleend en dat beperkt de mogelijkheden om vast te stellen of het verzekerde zorg is.

Een behandeling kan bij de ene diagnose (kosten)effectief zijn maar bij een andere niet (dit kan afhankelijk zijn van onder andere patiëntkarakteristieken, de indicatie of de behandelvolgorde). In het eerste geval is het verzekerde zorg en in het tweede geval niet, kort geformuleerd. Dergelijke afbakening ontbreekt veelal in de prestatieomschrijving van de NZa wat het voor zorgaanbieders moeilijk maakt om daarover intern het gesprek aan te gaan. Enerzijds omdat deze detailkennis daar ontbreekt en anderzijds omdat er geen titel is dat zo'n gesprek legitimeert.

Als een zorgverzekeraar vervolgens een declaratie krijgt, heeft deze vaak onvoldoende inzicht in de context van de behandeling op basis van declaratiegegevens. Dat vraagt om extra informatie, die bijvoorbeeld alleen door datakoppeling met EPD-data of landelijke registratie systematisch te realiseren is. Dat maakt allereerst het maken van spiegelinformatie moeilijk om te monitoren. Het maakt ook moeilijker om specifieke inkoopafspraken te maken, die vast te leggen zijn op het niveau van DBC-producten in de prijslijst en zo deze zorg niet meer in te kopen. Alle behandelingen van een bepaald type niet meer inkopen kan niet, omdat een deel bij een diagnose wordt uitgevoerd waarbij de behandeling wel effectief is. Welk deel dat is, is moeilijk in het algemeen vast te stellen. Bij gecontracteerde zorg zijn afspraken over monitoring, transparantie en verantwoording te maken met zorgaanbieders, bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders is dat niet mogelijk en is afbouw soms alleen mogelijk via machtigingen omdat deze via de polisvoorwaarden van verzekerden afgedwongen kunnen worden. Voor een aantal behandelingen hanteren zorgverzekeraars gezamenlijk vergelijkbare voorwaarden.²⁵

- 4) De status van zorg waarvan de effectiviteit onbekend is, is niet duidelijk in de Zvw. Dat verzwakt de positie van zorgverzekeraars bij de uitvoering van hun rol en belemmert zowel de opzet van zorgevaluaties als de implementatie van uitkomsten.

Zorg waarvan de effectiviteit onbekend is, is formeel geen verzekerde zorg omdat deze niet voldoet aan het criterium Stand van de Wetenschap en Praktijk.²⁶ Op basis van dit uitgangspunt al deze zorg per direct niet meer vergoeden is echter niet realistisch, vanwege de omvang van dit soort zorg én het feit dat deze zorg sinds jaar en dag verleend en vergoed wordt.²⁷ Het kan daarnaast ook om zorg gaan die na onderzoek wel degelijk effectief blijkt te zijn en soms door patiënten verwacht wordt. Systematisch onderzoeken is de gewenste aanpak. Het probleem is dat verzekeraars, na de constatering dat van bepaalde zorg nog onvoldoende bekend is of het effectief is, ze direct moeten concluderen dat het dan niet voldoet aan het

²⁴ <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/R-14.03.07-Generiek-procedureboek-gewijzigde-versie.pdf>

²⁵ <https://www.vecozo.nl/diensten/machtigingenportaal/>

²⁶ Dit vraagstuk heeft inmiddels ook aandacht in de Tweede Kamer. Motie Kamerstukken II 2020/21, 29689, 1112

²⁷ In specifieke casussen kan dat natuurlijk wel en is het ook de wettelijke taak van zorgverzekeraars om dat te doen. Zie bijvoorbeeld: <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2382931-coronapatient-met-langdurige-klachten-dreigt-melkkoe-te-worden>

criterium SW&P en dat betekent dat zorgaanbieders het niet meer mogen declareren. Maar hoe onderzoeken we de effectiviteit er dan van in een zorgevaluatie?

Er is weliswaar een NZa betaaltitel voor de behandeling zelf, maar een betaaltitel ontbreekt voor het evalueren van die zorg in een zorgevaluatie. Door het niet goed kunnen afbakenen van de te onderzoeken zorg in de declaraties (vorig knelpunt) en het ontbreken van een betaaltitel voor de kosten van het onderzoek zelf, is dat het niet mogelijk is (via selectieve inkoop) de levering van de onderzochte zorg te beperken tot de deelnemende centra. Een gevolg daarvan is dat een zorgevaluatie daardoor vrijwel altijd te traag verloopt, het dus langer duurt voordat de resultaten bekend zijn en dat als gevolg daarvan het implementeren van de uitkomsten in het geval van de-implementatie ook moeilijker verloopt.

Doordat er een betaaltitel ontbreekt voor het verlenen van zorg die onderzocht wordt in een zorgevaluatie en als gevolg daarvan nu niet voldoet aan het criterium SW&P, komt de geloofwaardigheid van het criterium SW&P als geheel ter discussie te staan en belemmert dat de acceptatie van zorgverzekeraars als zij willen handhaven op basis hiervan.²⁸ Zorgverleners en zorgaanbieders zullen namelijk handhaven mogelijk als willekeurig ervan omdat er veel meer voorbeelden zijn van zorg die strikt genomen geen SW&P zijn en “gewoon” worden vergoed door zorgverzekeraars.

Een voordeel van zo'n betaaltitel voor zorg in zorgevaluaties is ook dat het bij kan dragen aan het opzetten en/of deelnemen aan zorgevaluaties. Dergelijk onderzoek opzetten kost echter moeite, leidt mogelijk tot omzetverlies en daarom is de animo onder zorgverleners niet altijd groot en doen zorgaanbieders ook niet zonder meer mee. Een recente analyse door ZonMw laat zien dat van alle zorgevaluaties die plaatsvinden slechts 23% op tijd wordt afgerond.²⁹

- 5) Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor controle of de verleende zorg ook gedeclareerd mag worden ten laste van de Zorgverzekeringswet op basis van het criterium SW&P, maar missen de mogelijkheden om dat te doen of te interveniëren

Zorgaanbieders declareren bij de zorgverzekeraars de aan hun verzekerden verleende zorg. Ze hebben daarbij de taak te controleren of deze zorg ook voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding vanuit de Zvw en moeten zorgverzekeraars van voldoende informatie voorzien om dat te kunnen beoordelen. In dat proces wordt waar mogelijk gecontroleerd voor duidingen vanuit het Zorginstituut en uitkomsten van zorgadvies-trajecten. Voor het overige ontbreekt het hen aan systematische mogelijkheden om te controleren of de zorg voldoet aan het criterium SW&P. Daarvoor ontbreekt de kennis maar het heeft ook geen prioriteit om dat op eigen initiatief te doen. Veel belangrijker uitgangspunt is of de zorg voldoet aan de voorwaarden van goede zorg van de IGJ, zo bleek uit de gesprekken. Alhoewel de Wkkgz meer taken geeft aan zorgaanbieders zoals systematische kwaliteitsverbetering, komt het er in de praktijk op neer dat zolang de zorg veilig, patiëntgericht en volgens de richtlijnen is, deze geen aandacht van de IGJ krijgt en dus ook niet van de zorgaanbieder. Zorg die niet voldoet aan het criterium SW&P krijgt namelijk geen aandacht van de IGJ zolang er geen signalen zijn dat de kwaliteit ervan onvoldoende is. Hetzelfde geldt voor richtlijnen: of de richtlijnen ook zorg aanbevelen waarvoor voldoende bewijs ontbreekt, wordt buiten de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder gelegd. Kortom: als er geen expliciete uitspraken zijn vanuit het Zorginstituut of beperkingen vanuit de prestaties zoals de NZa die vaststelt, zijn er weinig aanleidingen voor zorgaanbieders om zelf dieper in de vraag te duiken of alle verleende zorg wel voldoet aan het criterium SW&P.

Als duidelijk is dat er zorg wordt verleend die niet voldoet aan het criterium SW&P terwijl deze toch gedeclareerd wordt, is gangbaar dat bestuurders dat met de medische staf bespreken. Juridisch lijken er meer mogelijkheden om dat te beperken bij artsen in loondienst, maar er is geen eenduidig beeld of een MSB een belemmering is. Dat hangt af van de SLA afspraken die gemaakt zijn tussen ziekenhuis en MSB en de manier waarop MSB en RvB daarmee omgaan. Als de mogelijkheden ontbreken deze afspraken lokaal aan te passen om de kaders vergelijkbaar te maken met artsen in loondienst, zou dat wellicht wettelijk mogelijk moeten worden door minimum vereisten voor zo'n SLA te formuleren. Los van deze afspraken, is de manier waarop de financiële afspraken gemaakt zijn tussen RvB en MSB van belang. Als deze gebaseerd zijn op het geleverde volume sec zonder aanvullende afspraken, beperkt dat de gelijkgerichtheid, ook bij loondienst, aldus de NZa.³⁰ Het is daarom belangrijk dat bij productieafspraken MSB's betrokken worden zodat er congruentie ontstaat tussen de interne afspraken (tussen RvB en MSB) en de externe afspraken (tussen RvB en verzekeraar(s)).

²⁸ Inmiddels heeft het vraagstuk ook aandacht landelijk aandacht i.k.v. onderzoek naar lichttherapie bij dermatosen.

²⁹ <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/analyse-van-zorgevaluaties-om-opstart-en-inclusie-te-helpen-verbeteren/>

³⁰ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_642711_22/1/

Een ander knelpunt is dat onduidelijk is hoe de verschillende elementen van passende zorg zich tot elkaar verhouden en dat geeft ruimte tot eigen interpretatie. In het Coalitieakkoord 2021-2025 staat dat passende zorg de norm is, en die voldoet aan vier principes: “Dat betekent dat zorg bewezen effectief is en we overbehandeling voorkomen. Het betekent ook dat zorg gericht is op gezondheid, functioneren en kwaliteit van leven; dat zorg samen met patiënt en professional tot stand komt en dat zorg op de juiste plek geleverd wordt”.³¹ In de praktijk lijkt het zo te werken als dat elke partij hierin eigen prioriteiten kan stellen en dat legitimeert zorgaanbieders ook om te focussen op patiëntgericht en doelmatig. Daarvoor is namelijk een veel groter draagvlak bij zorgprofessionals dan aandacht voor bewezen effectiviteit, zo blijkt uit de gesprekken. Zorgverzekeraars lijken zo goedkoop mogelijk geleverde zorg (dat wil zeggen tegen het laagste tarief), veelal ook belangrijker te vinden dan verzekerde zorg, zo blijkt in de praktijk aldus de gesproken bestuurders. Het is mede daarom gewenst dat er duidelijkheid komt over de samenhang tussen en hiërarchie binnen elementen van gepast gebruik en de vertaling daarvan naar kaders voor ZiNL, NZa en met name IGJ.³²

4.4.3. Uiteenlopende perspectieven

In het onderzoek zijn ook onderwerpen naar voren gekomen waarop verschillende perspectieven bestaan die in conflict met elkaar zijn. Dat belemmert de uitvoering van taken en rollen.

1) Uiteenlopende perspectieven op de status van zorg die (nog) niet voldoet aan het criterium SW&P: gedogen of stoppen met vergoeden

Het criterium SW&P geeft aan welke zorg ten laste van de Zvw gedeclareerd mag worden. De realiteit is dat bij een groot deel van de gangbare zorg onderzoek naar effectiviteit ontbreekt en de vraag is wat de betekenis dan is van het criterium SW&P voor de dagelijkse zorgpraktijk. Daarop zijn twee perspectieven onder stakeholders.

Het ene perspectief is dat al deze zorg formeel niet voldoet aan het criterium en dus daarom geen verzekerde zorg is en als gevolg daarvan in het geheel niet meer vergoed mag worden. In de praktijk wordt deze zorg echter op grote schaal en al jarenlang vergoed. Het argument voor het desondanks handhaven van deze insteek is dat door verlaten van het standpunt het criterium SW&P een dode letter in de wet wordt en iedere prikkel tot afbouw verdwijnt. Evidence based medicine is het hart van het zorgstelsel en loslaten daarvan maakt de kwaliteit van zorg slechter en zorgkosten onbeheersbaar.³³ Het andere perspectief is dat gangbare maar (nog) niet bewezen effectieve zorg systematisch geëvalueerd moet worden, liefst geprioriteerd op maatschappelijk belang. Dat versterkt de leer- en verbetercultuur waarvoor steeds meer gepleit wordt in zorg. Deze route wordt belemmerd omdat er formeel geen grondslag is in de Zvw voor het leveren van zorg in de context van evaluatieonderzoek, het niet systematisch plaatsvinden en omdat er geen infrastructuur voor aanwezig is³⁴. Dat versterkt de onduidelijkheid over de rol van het criterium SW&P bij gangbare zorg. Mogelijke oplossing: vergoed zorg waarvan effectiviteit nog onvoldoende bewezen is alleen als onderdeel van een zorgevaluatie.³⁵

2) Uiteenlopende perspectieven op de rol van richtlijnen in medisch specialistische zorg: behandeladvies of toetssteen verzekerde zorg

Het Zorginstituut en zorgverzekeraars kijken onder andere naar richtlijnen bij het bepalen of voldaan is aan het criterium stand wetenschap en praktijk en besluiten op grond daarvan bepaalde zorg als onverzekerde zorg te duiden en daarom niet meer te vergoeden.³⁶ Zorgverleners gebruiken richtlijnen als behandeladvies en kader voor goede zorg voor een individuele patiënt. Dat is een totaal verschillend perspectief. Hetzelfde document wordt daarmee op twee manieren uitgelegd. Vanuit het perspectief van verzekerde zorg, zou elke

³¹ Coalitieakkoord 2021-2025, Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst (15 december 2021)

³² Er loopt een traject vanuit het Kwaliteitsinstituut met als doel een kwaliteitskader gepaste zorg op te stellen: dat kan daar de basis voor zijn.

³³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/04/12/kamerbrief-over-alternatieve-financiering>

³⁴ Brief VWS aan ZE&GG met bijlage ‘financiering zorgevaluatie in relatie tot Zvw, Wkkgz en Wmg’, 22-1-2021 kenmerk 1814155-217194-Z

³⁵ Een motie met deze strekking is aangenomen in de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2020/21, 29689, 1112).

³⁶ Als richtlijnen al wat ouder zijn of niet actueel, naar wordt ook naar de wetenschappelijke literatuur gekeken.

richtlijn voor elk van de geformuleerde de adviezen duidelijk moeten maken wat de level of evidence is zodat duidelijk bepaald kan worden wat verzekerde zorg is en wat niet. Gezien de grote hoeveelheid zorg die niet onderzocht is, is dat een onrealistische ambitie. Een alternatief is dat bij richtlijnherziening wel expliciet de sterkte van aanbeveling wordt geformuleerd. Dat is ook een advies in de AQUA-Leidraad voor het opstellen van richtlijnen “*Bij voorkeur wordt gebruik gemaakt van de GRADE-methodiek. GRADE is een methode om transparant de kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs en de sterkte van een aanbeveling te bepalen gericht op patiëntrelevante uitkomstmaten.*” Het is een goede ontwikkeling om te zien dat dit inmiddels ook al gebeurt.³⁷

Daarnaast zou in richtlijnen duidelijker zichtbaar kunnen zijn wanneer vastgesteld is dat zorg niet-verzekerde zorg is. Dat is praktisch ook uitvoerbaar. In de modulaire richtlijnen is nu zichtbaar bij bepaalde behandelingen of diagnoses of er een kennishiaat is en welke zorgevaluatie is opgezet om dat te onderzoeken.³⁸ Iets vergelijkbaars is denkbaar met de hierboven beschreven duidingen van zorg door verzekeraars individueel, de zorgadviestrajecten van ZN en Zorginstituut Nederland. Als deze gecombineerd en openbaar gemaakt worden, kunnen ze toegevoegd worden als aanvullende informatie op de juiste plaatsen in de richtlijn.³⁹ Dit bevordert de leer- en verbetercultuur en draagt bij aan rechtsgelijkheid tussen verzekeren.⁴⁰ Als een verzekerde namelijk een bepaalde behandeling voorlegt voor vergoeding door een verzekeraar in het buitenland, beoordeelt deze op basis van SW&P of dat rechtmatig is. Deze zelfde zorg wordt in Nederland echter veelal “gewoon” verleend zonder toetsing. Door een dergelijke beoordeling zichtbaar te maken in de richtlijnen, draagt dat bij aan afbouw van deze zorg.

3) Botsende perspectieven op de vraag of afbouw van zorg die niet voldoet aan criterium SW&P concurrentieel via zorginkoop plaats moet vinden of non-concurrentieel door middel van horizontaal toezicht

Zorgverzekeraars hebben twee belangrijke instrumenten voor handhaving van het criterium SW&P. Allereerst is dat het instrument van de inkoopafspraken.⁴¹ Deze afspraken zijn concurrentieel van aard en dragen bij aan een concurrerende premiestelling. Dat kan er toe leiden dat zorgverzekeraars verschillen in hoe actief ze zijn in onderhandelen met zorgaanbieders over afbouw én dat ze verschillende prioriteiten hebben bij keuzes die ze maken over welke zorg dat dan betreft. Het effect ervan is dat zorgaanbieders ervaren dat niet alle zorgverzekeraars even hard onderhandelen over de afbouw van niet-gepaste zorg, het onderwerp daarmee vooral een financieel karakter krijgt terwijl het ook om kwaliteit van zorg gaat én zorgverzekeraars tegen elkaar uitgespeeld worden omdat de ene bepaalde zorg niet wil inkopen terwijl de andere daar gewoon mee doorgaat. Iets vergelijkbaars, maar dan omgekeerd, doet zich voor bij programma's bij een zorgaanbieder die leiden tot minder zorggebruik. Vaak deelt de zorgverzekeraar die marktleider is dat verschil in omzet met de zorgaanbieder, terwijl andere zorgverzekeraars met een kleiner marktaandeel dat direct willen afromen. Dit patroon kan doorbroken worden als in de bekostiging meer ruimte komt voor tijd voor de patiënt voor uitleg van de toegevoegde waarde van (al dan niet) behandelen en zo samen beslissen meer invulling krijgt. Het kan ook doorbroken worden door meer afstemming van verzekeraars onderling t.a.v. de rol van meerjarenafspraken bij implementatie van uitkomsten van zorgevaluaties.

Een tweede instrument is toetsing van rechtmatigheid van zorg. In dat kader werken zorgverzekeraars samen met aanbieders aan Horizontaal Toezicht, waarbij gepast gebruik van zorg expliciet als non-concurrentieel gelabeld is.⁴² Dat wil zeggen dat zorgverzekeraars dezelfde uitgangspunten hanteren en kennis delen. Concreet gaan ze uit van dezelfde lijsten van zorg die als niet-verzekerde zorg wordt gelabeld.

Dat er meer routes zijn wordt door zorgaanbieders als verwarrend ervaren en het draagt niet bij aan een effectieve rol van zorgverzekeraars. Dit kan opgelost worden door als zorgverzekeraars duidelijk te maken welke aspecten van afbouw concurrentieel zijn en welke non-concurrentieel. Bijvoorbeeld uitgaan van

³⁷ De AQUA-Leidraad is er voor de ontwikkeling van een richtlijn, module, zorgstandaard of organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op (een deel van) een zorgproces en vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen.

<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/aqua-leidraad.pdf>

³⁸ Zie bijvoorbeeld:

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/hevig_menstrueel_bloedverlies/hmb_behandeling/hmb_voorbehandeling/hmb_gnrh_analogen_voor_myomectomie.html?query=zorgevaluatie#starting_question

³⁹ Zie bijvoorbeeld het ZAT traject “[Deep Brain Stimulation van de nucleus anterior van de thalamus bij patiënten met “partial-onset”-epilepsie.](#)”

⁴⁰ De rechtsongelijkheid tussen verzekeren was in 2016 mede de aanleiding om de procedure van zorgadviestrajecten in te richten.

⁴¹ Zie voor een uitvoeringstoets van de NZa bijvoorbeeld https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3545_22/1/

⁴² https://horizontaaltoezichtzorg.nl/wp-content/uploads/2020/11/werkdocument_htz_gepast-gebruik_v1.0_def.pdf

dezelfde spiegelinformatie (non-concurrentieel) kan bijdragen omdat de manier waarop deze vertaald wordt aan inkoop dan weer wel concurrentieel kan zijn.⁴³

4) Botsende perspectieven op realiseren van een grotere rol en betrokkenheid van patiënten bij implementatie van de uitkomsten van een zorgevaluatie

Goede zorg komt in de visie van IGJ tot stand door interactie van patiënt, (huis)arts en andere zorgverlener(s), en door de inzet van de juiste diagnostiek en behandeling. Dat vraagt ook om het creëren van de juiste randvoorwaarden voor patiënten. Een goed voorbeeld daarvan was het vergoeden van fysiotherapie voor de behandeling van etalagebenen uit de basisverzekering. Na onderzoek bleek fysiotherapie even effectief, maar doordat fysiotherapie in de aanvullende verzekering zat of een eigen betaling vergde, was er een financiële prikkel om operatief te behandelen in de tweedelijnszorg. Er zijn door stakeholders in dit onderzoek ook andere maatregelen genoemd die de rol van patiënten vergroten om uitkomsten van een zorgevaluatie te implementeren, zoals (kwijtschelden van) eigen bijdragen of vereisen van een machtiging als ultimum remedium. Dat creëert echter (financiële) drempels die voor sommigen ongewenst zijn. Dit kan niet in algemene zin opgelost worden, maar per zorgevaluatie kan bij tegenvallende implementatie van de uitkomst daarvan door Zorginstituut Nederland en de NZa in kaart wordt gebracht welke bevorderende maatregelen (zoals uitbreiden aanspraken fysiotherapie bij etalagebenen) en welke drempels (als bijdragen, machtigingen, beperking zorgverlening tot aanbieders die deelnemen aan de zorgevaluatie maar bijvoorbeeld ook extra kwaliteitseisen of een volume norm⁴⁴) passend zijn. Vooruitlopend daarop kan de NZa vanuit haar monitorende rol zelf spiegelinformatie ontwikkelen als dat in de praktijk niet gebeurt of door gebrek aan voldoende detailinformatie bij zorgverzekeraars tot knelpunten leidt. De NZa beschikt voor de vervulling van haar rol namelijk over meer data, kan die opvragen of kan wijzigingen in de DBC-systematiek aanbrengen die het mogelijk maken voor alle partijen om meer inzicht te krijgen of de geleverde zorg ook gepast is in de specifieke context. Soms is inzicht in de behandelcontext mogelijk door koppeling van declaratiedata met andere routinematig verzamelde data.

5) Botsende perspectieven op de rol van de politiek: partij bij discussie over toepassing kader verzekerde zorg of toezichthouder

Hoewel de rol van verzekeraars en Zorginstituut en het wettelijk kader (Zvw, zorg moet voldoen aan SW&P) helder is, interveenieert de politiek met regelmaat in dit proces, gedreven door gepercipieerde overtuigingen en door belangen van burgers of partijen. De dynamiek rond het standpunt Hooggebergtebehandeling, waarbij de vraag aan de orde was of longrevalidatie in het hooggebergte verzekerde zorg is terwijl klinische longrevalidatie bij (ernstig) refractair astma ook op zeeniveau plaats kan vinden, of rond kwesties over zeldzame aandoeningen en dure geneesmiddelen die wel of niet in het pakket zouden moeten, laat zien dat de politiek zich profileert als partij bij de discussie over de toepassing van de kaders. Dat maakt het voor het veld verwarrend en verzwakt de positie van Zorginstituut Nederland en zorgverzekeraars bij het toepassen van de kaders voor verzekerde zorg en de implementatie van uitkomsten van zorgevaluaties. De politiek heeft als primaire taak het toezien op het functioneren van stakeholders als het Zorginstituut, NZa, IGJ, zorgverzekeraars en zorgverleners en daarmee het creëren van de juiste randvoorwaarden zodat stakeholders hun rol kunnen spelen. Door deze verschillende perspectieven en de complexiteit van de vraagstukken, lijkt het soms dat eerste rol meer aandacht krijgt dan de tweede. Oproepen van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving en recent de WRR in het advies Kiezen voor houdbare zorg aan de politiek om tot keuzes te komen dragen bij aan meer aandacht en urgentie voor het nemen van maatregelen.

4.5. Welke aanvullende maatregelen of bevoegdheden zijn wenselijk om implementatie te versnellen?

In dit deelrapport staat de vraag centraal welke maatregelen van welke stakeholder mogelijk zijn voor het versnellen van implementatie van de uitkomsten van zorgevaluaties. In deze paragraaf geven we daar een overzicht van, waarbij we nadrukkelijk onder aandacht brengen dat we weliswaar van een groot deel van de

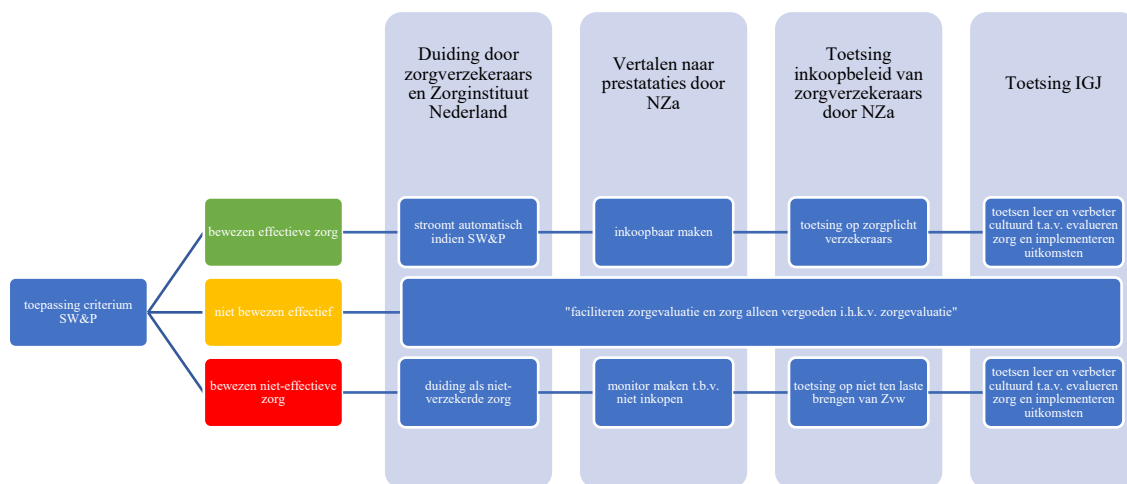
⁴³ Voor de volledigheid: het kan zich voordoen dat de implementatie van een zorgevaluatie belemmerd wordt omdat daar geen betaaltitel voor is. Daar zijn verschillende manieren voor om die alsnog te krijgen, waarbij bijvoorbeeld de facultatieve prestatie een snelle aanpak mogelijk maakt. De NZa kan vervolgens toetsen of zorgverzekeraars voldoen aan hun zorgplicht. <https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/registreren-en-declareren-van-behandelingen/facultatieve-prestatie-medisch-specialistische-zorg>

⁴⁴ Zie bijvoorbeeld: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2016/12/21/standpunt-intra-arteriele-behandeling-iat-van-het-acute-herseninfarct>

zorg nog niet weten of deze bewezen effectief is en dat nog veel zorgevaluaties vraagt, terwijl dit rapport zich richt op maatregelen als de implementatie van uitkomsten van een specifieke zorgevaluatie.

We sluiten bij ons overzicht aan op het rapport van de Algemene Rekenkamer waarin wordt geconstateerd dat voor de implementatie van duidingen van het verzekerde pakket er vanuit Zorginstituut, NZa en IGJ een sluitende toezicht- en controleketen moet zijn en daarvan is geen sprake.⁴⁵ Dat wordt bevestigd in dit onderzoek, maar ons onderzoek maakt daarnaast inzichtelijk welke knelpunten er bij de toepassing zijn van het bestaande wettelijk kader en laat zien dat er verschil in perspectief is op sommige onderwerpen. De RvS stelt daarover dat zorg professionals en zorgaanbieders zich meer verbonden voelen met het narratief van medische kwaliteit terwijl zorgverzekeraars zich meer verbonden voelen met narratief van betaalbaarheid en efficiëntie.⁴⁶

De realiteit is dat veel gangbare zorg niet bewezen effectief is. De wet ziet dat als identiek met bewezen niet-effectief, maar dat doet geen recht aan de praktijk en ontkenning daarvan maakt een sluitende toezicht- en controleketen onmogelijk. Met name de status van “niet bewezen effectieve zorg” is in de praktijk onduidelijk. Globaal ziet die keten en dit dilemma er als volgt uit.



Een toelichting op de escalatieladder

Uitgaande van deze visie op een sluitende toezicht en controleketen, staan in onderstaande tabel per actor de maatregelen die genomen kunnen worden om implementatie van uitkomsten van zorgevaluaties daadwerkelijk te realiseren. De maatregelen nemen van beneden naar boven toe in de mate waarin het een afdwingbaar karakter krijgt. Veel partijen spelen een rol maar die moeten ze dan ook nemen en consequent uitvoeren. Voor een deel zijn de wettelijke mogelijkheden beschikbaar, maar ontbreken de randvoorwaarden daarvoor. Die randvoorwaarden staan onder in de tabel en zien we als de basis.

Uitgaande van de huidige rolverdeling zien we zo aantal stappen, die gezamenlijk bijdragen aan de implementatie van uitkomsten van zorgevaluaties.⁴⁷ Daarbij gelden de voorstellen als indicatief. Een nadere uitwerking per partij is gewenst. Voor een effectieve aanpak geldt echter wel dat taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op elkaar moeten aansluiten. Als een partij kiest om de eigen rol te beperken, voor zover dat wettelijk kan en door toezichthouders wordt geaccepteerd, dan is het van belang te weten of die rol dan voldoende kan worden overgenomen door aanpalende instituties. Het toezicht daarop dient vanuit de politiek te komen, en vraagt waarschijnlijk blijvende aandacht van het stelselverantwoordelijke ministerie. Uiteindelijk moet de minister toezien of het proces werkt en is het aan de Tweede Kamer om te controleren of dat ook gebeurt.

⁴⁵ Algemene Rekenkamer, Verzekerd van Zinnige Zorg (2020), p.41 en 48.

⁴⁶ <https://www.raadrsvs.nl/documenten/publicaties/2020/06/17/van-deelbelangen-naar-gedeeld-belang>

⁴⁷ Voor de zorgvuldigheid willen we er nadrukkelijk op wijzen dat dit overzicht beperkt is rollen en taken van partijen in het kader van verzekerde zorg die moet voldoen aan het criterium SW&P. Dat is beperktere scope dan bijvoorbeeld het bevorderen van kwaliteit.

4.6. Toepassingsmogelijkheden

In deze rapportage hebben we in kaart gebracht welke partij welke maatregelen kan nemen om implementatie van de uitkomsten van zorgevaluaties na duiding ervan daadwerkelijk te realiseren, welke knelpunten we daarbij zien en waar er verschillende perspectieven zijn op taken, rollen en maatregelen die uitvoering belemmeren of acceptatie daarvan beperken. Op basis daarvan hebben we een aantal maatregelen geformuleerd in oplopende volgorde van de mate van afdwingbaarheid. Sommige van deze maatregelen hebben al aandacht in bijvoorbeeld het programma ZE&GG. Andere zijn nieuw.

Leading the Change kan de rapportage bespreken met stakeholders om zo de discussie te voeren over hoe stakeholders hun rol zien en welke mogelijkheden zij zelf nog meer zien om de implementatie van uitkomsten van zorgevaluaties na duiding ervan te realiseren om zo bij te dragen aan de bewezen beste zorg.

Zie voor meer informatie

Piet de Bekker & Eric van der Hijden (2022) Mogelijkheden voor escalatie bij de implementatie van zorgevaluaties, Talma Instituut, Vrije Universiteit Amsterdam

Margot Smits, Eric van der Hijden, Jacques van Limbeek (2021) Gangbare zorg is lang niet altijd verzekerde zorg. De 'stand van wetenschap en praktijk' verdient meer aandacht Medisch Contact

Tabel 5 Indicatieve escalatieladder (bovenaan de ladder staat de meest vergaande escalatie)

VWS	ZiNL	NZa	IGJ	KIMS	Zorgaanbieders	Zorgverzekeraars
Maatregelen voor een specifieke casus						
VWS: bereid wetgeving voor om selectieve inkoop specifiek gericht op de implementatie van de uitkomsten van een zorgevaluatie mogelijk te maken en/of eigen bijdragen of machtigingen ten behoeve van ongecontracteerde zorg als uiterste dwangmiddel om implementatie mogelijk te maken.						
VWS: laat Zorginstituut, NZa en IGJ advies uitbrengen wat de gewenste aanpak is bij achterblijvende implementatie van uitkomsten zorgevaluatie: verplichte kwaliteitsregistratie, minimum volumennormen, selectieve inkoop, machtigingen of eigen bijdrage		NZa: monitor of afbouw zorg n.a.v. implementatie daadwerkelijk plaatsvindt en spreek achterblijvende zorgaanbieders en verzekeraars daar op aan.	IGJ: spreek achterblijvende zorgaanbieders aan op basis van NZa monitor i.h.k.v. leer- en verbetercultuur.			
VWS: ontwikkel minimumnormen voor SLA afspraken MSB-RvB MSZ als dat nodig is aanpassen interne budget afspraken t.b.v. implementatie zorgevaluatie		NZa: ontwikkel een monitor op instellingsniveau eventueel op basis van datakoppeling, waardoor verzekeraars beter inkoopafspraken kunnen maken gericht op afbouw als monitoring door verzekeraars afzonderlijk niet mogelijk blijkt			Zorgaanbieders: als de-implementatie achterblijft, pas zelfstandig budgetverdeling intern aan	Zorgverzekeraars: kies voor landelijke aanpak machtigingen als dat bijdraagt aan implementatie uitkomsten zorgevaluatie
	ZiNL: duid uitkomst van zorgevaluatie direct na verwerking in richtlijn op gevolgen voor verzekerde zorg	NZa: onderzoek of duiding herkenbaar is in declaraties en indien niet, creëer mogelijkheden om de combi behandeling – indicatie herkenbaar te maken	IGJ: neem voorwaarden om duiding te faciliteren, zoals bijvoorbeeld verplicht kwaliteitsregistratie, op in toezichtkader	KIMS: toon duiding uitkomst van zorgevaluatie direct na verwerking in richtlijn op gevolgen voor verzekerde zorg, Ondersteun bij opstellen van spiegels door WV'en	Zorgaanbieders: toets elke duiding op implementatie in budgetverdeling intern	Gebruik gezamenlijke definities voor ontwikkelen van spiegels voor implementatie
Generieke randvoorwaarden (gelden voor implementatie in het algemeen)						
VWS: vergoed zorg in het kader van zorgevaluaties expliciet ten laste van de Zvw maar alleen in deelnemende centra Formuleer minimum eisen voor SLA afspraken MSB-RvB om eventueel verschil met artsen in loondienst te verkleinen Creëer duidelijkheid over samenhang en hiërarchie elementen gepast gebruik en pas eventueel op basis daarvan kaders ZiNL, NZa en met name IGJ aan	ZiNL: creëer duidelijkheid voor professionals via de ZiNL-website over rolverdeling bij duiden verzekerde zorg ZiNL: bevestig duidingen door zorgverzekeraars als niet-verzekerde zorg Combineer duidingen zorgverzekeraars, zorgadviestrajecten en ZiNL en publiceer die op website ZiNL	NZa: creëer duidelijkheid over rol omschrijving prestaties bij aanscherpen mogelijkheden te handhaven op criterium SW&P door zorgaanbieders en zorgverzekeraars NZa: onderzoek bij start inclusie zorgevaluatie de mogelijkheden om monitoring via declaraties beter mogelijk te maken	IGJ: Vertaal duidelijkheid over samenhang en hiërarchie elementen gepast gebruik (zie VWS) naar toezicht kader IGJ IGJ: concretiseer de rol van het leer- en verbeterproces bij zorgaanbieders bij implementatie van bewezen effectieve zorg, bij de-implementeren van bewezen niet-effectieve zorg en bij onderzoeken van zorg die nog niet bewezen effectief is	KIMS: continueer ingeslagen weg van toevoegen sterkte aanbeveling in richtlijnen KIMS: Maak inzichtelijk in richtlijnen wanneer zorg expliciet geen verzekerde zorg is als gevolg van duiding KIMS: Concretiseer de rol van WV'en bij het implementeren van uitkomsten van zorgevaluaties bijvoorbeeld door visitaties of het ontwikkelen van spiegelinformatie	Zorgaanbieders: borg intern dat gecombineerd overzicht duidingen zorgverzekeraars, zorgadviestrajecten en ZiNL vertaald wordt naar afspraken over zorgaanbod aan patiënten Zorgaanbieders: agendeer en versterk interne leer en verbeter cultuur t.a.v. implementatie van bewezen effectieve zorg, bij de-implementeren van bewezen niet-effectieve zorg te en bij onderzoeken van zorg die nog niet bewezen effectief is	Zorgverzekeraars: verzamel duidingen van zorgadviestrajecten, afzonderlijke zorgverzekeraars, SKGZ en rechters en maak openbaar Maak transparant welke rol concurrentiële inkoop heeft bij implementatie en welke rol non-concurrentieel horizontaal toezicht Gebruik meerjarencontract voor afspraken over implementatie uitkomsten zorgevaluaties Versterk gelijk gerichtheid RvB-MSB op implementatie door congruente afspraken zorgverzekeraars

Bijlage: Lijst met aspecten instrument impact en vragen bij het toepassen ervan

Deze bijlage bevat de lijsten met aspecten en vragen per actor. De lijst voor de patiënten is gebaseerd op de PROMS en PREMS.⁴⁸ Voor de zorgprofessional en organisatie is dit gebaseerd op een lijst van determinanten voor implementatie van innovatie van Fleuren.⁴⁹ Deze lijsten zijn aangevuld door onderzoek bij patiënten en tijdens het testen van het instrument met zorgprofessionals. De nieuwe aspecten staan in de groene rijen.

Overzicht aspecten en vragen patiënt

Actor	Aspect	Vragen
Patiënt	Pijn	Leidt de behandelstrategie tot meer pijn?
Patiënt	Mobiliteit	Beïnvloedt de behandelstrategie de mobiliteit?
Patiënt	Vermoeidheid	Heeft de behandelstrategie invloed op de vermoeidheid?
Patiënt	Slaapproblemen	Heeft de behandelstrategie invloed op het slaapritme?
Patiënt	Cognitief functioneren	Heeft de behandelstrategie invloed op het cognitief functioneren?
Patiënt	Depressie	Leidt de behandelstrategie tot depressieve gevoelens?
Patiënt	Angst	Leidt de behandelstrategie tot meer angst?
Patiënt	Uitvoeren van dagelijkse activiteiten	Heeft de behandelstrategie invloed op de mate waarin de patiënt dagelijkse activiteiten kan uitvoeren?
Patiënt	Zelfzorg	Heeft de behandelstrategie invloed op de mate van zelfzorg?
Patiënt	Problemen oplossen	Heeft de behandelstrategie invloed op de mate waarin de patiënt problemen kan oplossen?
Patiënt	Uitvoeren van sociale activiteiten	Heeft de behandelstrategie invloed op de mate waarin de patiënt sociale activiteiten kan uitvoeren?
Patiënt	Uitvoeren van sociale rollen	Heeft de behandelstrategie invloed op de mate waarin de patiënt sociale rollen kan uitvoeren?
Patiënt	Algehele tevredenheid met seksleven	Heeft de behandelstrategie invloed op het seksleven?
Patiënt	Ervaren gezondheid	Heeft de behandelstrategie invloed op de ervaren gezondheid?
Patiënt	Ervaren kwaliteit van leven	Heeft de behandelstrategie invloed op de ervaren kwaliteit van leven?
Patiënt	Geschiktheid behandelstrategie voor alle patiënten	Past de behandelstrategie bij alle patiënten? Of zijn er groepen waar deze minder geschikt is?
Patiënt	Bijdrage behandelstrategie aan behandelgoal patiënt	Draagt de behandelstrategie bij aan het behandelgoal van de patiënt?
Patiënt	Verwachte tevredenheid van de patiënt	Draagt de behandelstrategie bij aan een grotere tevredenheid over de behandeling van de klachten?
Patiënt	Noodzakelijke medewerking van de patiënt	Vraagt de behandelstrategie om medewerking van de patiënt?

⁴⁸<https://www.linnean.nl/inspiratie/bibliotheek/handlerdownloadfiles.ashx?idnv=1501426#:~:text=Het%20menu%20is%20geschikt%20voor,hoe%20het%20eventueel%20effici%C3%ABnter%20kan.&text=Het%20doel%20van%20het%20menu,te%20vergemakkelijken%20en%20te%20standaardiseren> .

⁴⁹ <https://www.tno.nl/media/1870/midivragenlijst.pdf>

Patiënt	Belasting van de behandeling	Is de behandelstrategie belastend om te ondergaan?
Patiënt	Herstel na behandeling	Heeft de behandelstrategie invloed op de snelheid van herstel van klachten?
Patiënt	Keuzevrijheid behandelaar	Heeft de behandelstrategie invloed op de keuzevrijheid van de patiënt voor een behandelaar?
Patiënt	Complicaties	Leidt de behandelstrategie tot specifieke complicaties?
Patiënt	Fysieke bijwerkingen	Leidt de behandelstrategie tot fysieke bijwerkingen?
Patiënt	Herstel	Is bij de behandelstrategie een langer herstel nodig?
Patiënt	Shared decision making	Wordt de keuze voor de behandelstrategie samen met de zorgprofessional gemaakt?
Patiënt	Palliatieve fase	Wordt de behandelstrategie ook voorgesteld in de palliatieve fase?

Overzicht aspecten en vragen zorgprofessional

Actor	Aspect	Vragen
Professional	Helderheid procedures en stappen behandelstrategie	Is de behandelstrategie in heldere stappen en procedures beschreven?
Professional	Vertrouwen onderbouwing behandelstrategie	Heeft de zorgprofessional vertrouwen in het effect van de behandelstrategie?
Professional	Volledigheid beschrijving van de activiteiten voor de behandelstrategie	Zijn de benodigde informatie en materialen aanwezig?
Professional	Complexiteit van de behandelstrategie	Is de behandelstrategie complex om te gebruiken?
Professional	Aansluiting behandelstrategie bij bestaande werkwijze	Sluit de behandelstrategie aan bij de bestaande werkwijze?
Professional	Zichtbaarheid van de uitkomsten behandelstrategie	Zijn de uitkomsten van de behandelstrategie zichtbaar?
Professional	Aansluiting behandelstrategie bij taakopvatting	Vindt de zorgprofessional dat de behandelstrategie bij zijn taakopvatting past?
Professional	Verwachte steun collega's voor behandelstrategie	Verwacht de zorgprofessional steun van collega's bij het uitvoeren van de behandelstrategie?
Professional	Toepassing behandelstrategie door collega's	Wordt de behandelstrategie toegepast in de organisatie?
Professional	Verwachting van belangrijke collega's op gebruik behandelstrategie	Verwachten collega's van elkaar dat de behandelstrategie wordt toegepast?
Professional	Uitvoering door belangrijke collega's zoals opinion leaders	Wordt de behandelstrategie toegepast door belangrijke collega's zoals opinion leaders?
Professional	Bekwaamheid om behandelstrategie uit te voeren	Zijn de zorgprofessionals bekwaam om de behandelstrategie uit te voeren?
Professional	Benodigde kennis voor uitvoering behandelstrategie	Beschikken de zorgprofessionals over kennis om de behandelstrategie uit te voeren?
Professional	Bekend met behandelstrategie	Is de zorgprofessional al bekend met de behandelstrategie?
Professional	Uitvoering behandelstrategie door specifiek specialisme	Wordt de behandelstrategie door een specifiek specialisme uitgevoerd?

Professional	Uitvoering behandelstrategie in overleg	Wordt de behandelstrategie in overleg uitgevoerd?
---------------------	--	--

Overzicht aspecten en vragen organisatie

Actor	Aspect	Vragen
Organisatie	Lokale afspraken over toepassing behandelstrategie	Is het gebruik van de behandelstrategie lokaal vastgelegd?
Organisatie	Benodigde ervaren medewerkers	Zijn er medewerkers noodzakelijk die ervaring hebben met de behandelstrategie?
Organisatie	Personeelsbezetting (op de afdeling of in de organisatie)	Is voor de uitvoering van de behandeling de personeelsbezetting van belang?
Organisatie	Budget	Is voor de uitvoering van de behandeling het afdelingsbudget van belang?
Organisatie	Inplanbaarheid behandelstrategie in dagelijkse werk	Is de inplanbaarheid van de behandelstrategie relevant?
Organisatie	Noodzakelijkheid materiële voorzieningen	Zijn er specifieke materiële voorzieningen noodzakelijk voor het uitvoeren van de behandelstrategie?
Organisatie	Beschikbaarheid noodzakelijke coördinatie bij uitvoering behandelstrategie	Vraagt de behandelstrategie om coördinatie van werkzaamheden?
Organisatie	Invloed van andere veranderingen binnen de zorginstelling op gebruik behandelstrategie	Zijn organisatie veranderingen van belang voor de keuze voor de behandelstrategie?
Organisatie	Toegang tot benodigde informatie over de behandelstrategie	Is de toegang tot benodigde informatie over de behandelstrategie noodzakelijk?
Organisatie	Feedback over de voortgang invoering van de behandelstrategie elders (spiegelinformatie)	Is inzicht in de mate waarin de behandelstrategie elders wordt uitgevoerd van belang?
Organisatie	Aansluiting behandelstrategie bij bestaande wet- en regelgeving	Sluit de behandelstrategie aan bij bestaande wet- en regelgeving?
Organisatie	Omzet voor de organisatie	Leidt de behandelstrategie tot meer omzet?
Organisatie	Beschikbaarheid onderzoekspersoneel	Is er onderzoekspersoneel nodig voor de inclusie van patiënten?