

Rapport

Pakketagenda 2007-2008

Op 12 februari 2007 uitgebracht aan de minister van VWS

Publicatienummer

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<i>Volgnummer</i>	27008647
<i>Afdeling</i>	Innovatie
<i>Auteur</i>	Dhr. drs. C.G. Mastenbroek, mw. J.M. Latta
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 86 57
<i>Bestellingen</i>	Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website (www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer (020) 797 88 88.

Inhoudsopgave

pag.

	Bedankt!
1	Samenvatting.
2	1. Inleiding.
4	2. Hoe is de pakketagenda tot stand gekomen?
6	3. Pakketagenda 2007-2008
6	3.a. Cluster leefstijl
6	3.b. Cluster noodzakelijkheid
7	3.c. Cluster effectiviteit en kosteneffectiviteit
7	3.d. Cluster groot maatschappelijk belang
8	3.e. Cluster langdurende zorg
8	3.f. Cluster uitvoeringspraktijk en systeem zorgverzekeringen
9	3.g. Overige 'doorlichtingen'

Bedankt!

Deze eerste Pakketagenda is tot stand gekomen met de hulp van verschillende betrokken partijen: patiënten, aanbieders, verzekeraars en wetenschappelijk betrokkenen. Het CVZ bedankt hen dan ook hartelijk voor hun bijdrage.

Ook in de komende jaren neemt het CVZ graag weer contact op om vragen, kansen, problemen, nieuwe onderwerpen en signalen te inventariseren.

De taak pakketbeheer vormt een dynamisch geheel en maakt een nauw contact met alle veldpartijen van groot belang. Het CVZ zal voor de uitwerking van pakketbeheer en de totstandkoming van de volgende Pakketagenda, actief contact zoeken met alle veldpartijen. Voor het Pakketadvies 2007 is reeds met deze werkwijze gestart.

Samenvatting

Tweejaarlijkse signalering

In het rapport 'Pakketbeheer in de praktijk' van 21 december 2006 hebt u kunnen lezen hoe het CVZ zijn taak van pakketbeheer uitvoert. Deze veelzijdige taak mondt onder andere uit in standpunten en adviezen. In standpunten geeft het CVZ uitleg over de te verzekeren prestaties en bij adviezen gaat het over het wijzigen van de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties en het systeem van de zorgverzekering. Voor u ligt nu de eerste Pakketagenda van het CVZ: een overzicht van signalen en onderwerpen die relevant zijn voor de inhoud van en toegang tot het verzekerde pakket. Deze signalen kunnen leiden tot standpunten en/of adviezen. Het CVZ onderscheidt in zijn proces van pakketbeheer drie onderdelen, signaleren, beoordelen en evalueren. Deze pakketagenda is het resultaat van het proces signaleren. De pakketagenda heeft tot doel de actief en transparant de signalen te presenteren die voor een toegankelijk, betaalbaar en passend pakket relevant zijn.

Signalen in zes clusters

Welke categorieën signalen onderscheidt het CVZ in deze Pakketagenda? U treft zes clusters van signalen aan:

1. leefstijl;
2. noodzakelijke zorg;
3. effectiviteit en kosteneffectiviteit;
4. groot maatschappelijk belang;
5. langdurende zorg;
6. uitvoeringspraktijk en systeem zorgverzekeringen.

De signalen zijn verdeeld over deze categorieën. De categorieën kunnen in de toekomst wijzigen, afhankelijk van de ervaringen met het werken met deze clusters.

Pakketagenda bijgesteld

Het CVZ neemt deze agenda van signalen ter hand en houdt rekening met ruimte voor nieuwe vragen, onder andere voortvloeiend uit nieuw regeringsbeleid. Dat kan leiden tot een jaarlijkse bijstelling of een actualisatie. Binnen een maand verschijnt het Pakketadvies 2007 waarin u een aantal onderwerpen van deze Pakketagenda aantreft.

1. Inleiding

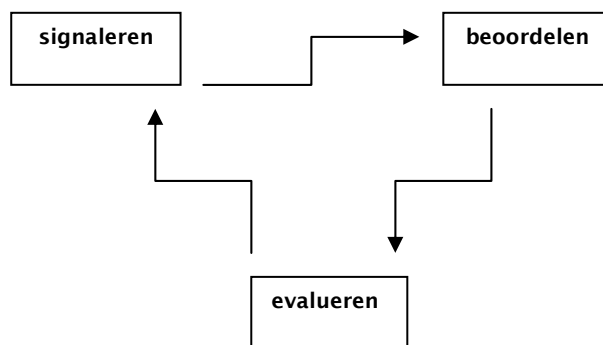
Wat is pakketbeheer?

De zorgverzekeringen zijn sterk in beweging. Belangrijk is daarbij de discussie over de inhoud en omvang van het verzekerde pakket.

Het CVZ vervult een pakketbeheertaak: uitleg geven over wat er in het pakket zit, de inhoud en omvang verduidelijken en de minister adviseren over mogelijke veranderingen in het pakket. Zo moet het verzekerde pakket passend en toegankelijk blijven. (Meer daarover leest u in het rapport 'Pakketbeheer in de praktijk' dat het CVZ op 21 december 2006 uitbracht aan de minister van VWS, zie www.cvz.nl onder rapporten)

Signaleren, beoordelen, evalueren

Om het verzekerde pakket goed te kunnen blijven beheren, blikt het CVZ regelmatig terug en vooruit. Daarbij stelt het zich de vragen: hoe en waarom is het pakket gedefinieerd zoals het is? Hoe kan het pakket nog beter afgestemd worden op maatschappelijke vragen en zorginhoudelijke mogelijkheden? Dit cyclische proces kunnen we als volgt weergeven:



Pakketbeheer uit zich in de praktijk in een diversiteit aan producten. Voor verschillende vragen en knelpunten zijn verschillende benaderingswijzen aangewezen. Het rapport 'Pakketbeheer in de praktijk' geeft een goed overzicht van alle producten binnen de onderscheiden deelprocessen. De Pakketagenda is het product van het deelproces signaleren. Het CVZ hanteert bij pakketbeheer een integrale aanpak door meerdere invalshoeken te combineren, namelijk zorginhoudelijk, financieel en verzekeringstechnisch.

Waarom een Pakketagenda?

Pakketbeheer bestaat uit een aantal structurele deeltaken en het op maat adviseren over het pakket. Een pakketbrede en integrale werkwijze van CVZ is het meest zichtbaar in het op maat advies. De structurele deeltaken zijn de geneesmiddelenbeoordeling, beoordeling van dure intramurale geneesmiddelen, beoordeling van DBC's en de behandeling van geschillen en adviesaanvragen door zorgverzekeraars. Op maat adviseren over het pakket doet het CVZ door het maken van jaarlijkse signaleringsrapporten of monitors over specifieke onderwerpen (hulpmiddelen en mondzorg) en

daarnaast door actief op zoek te gaan naar signalen die relevant zijn voor een duurzaam passend pakket. Vragen van de Minister vallen ook onder dit maatwerk.

Waar leiden signalen toe?

Deze Pakketagenda 2007-2008 geeft een overzicht van signalen die concrete aangrijpingspunten zijn voor integraal pakketbeheer. De signalen zijn relevant voor het waarborgen van de inhoud en toegang tot het verzekerde pakket ofwel een passend pakket. Het CVZ vertaalt de signalen naar pakketvragen. In een pakketvraag kunnen een of meerdere signalen verwerkt zijn. Een pakketvraag kan leiden tot een verduidelijking van het pakket of een pakketadvies voor opname in of uitsluiting van het pakket.

Hoe is deze agenda opgebouwd?

Het CVZ stelt een aantal vragen bij het zoeken naar signalen: wat leeft er in het veld van vraag, aanbod en verzekerde zorg? Waar moet aandacht aan worden besteed? Welke onderwerpen roepen vragen op of zijn al jarenlang onderwerp van debat en vragen om een nadere uitspraak?

Deze Pakketagenda is overigens geen definitief document: er kunnen altijd nieuwe signalen en vragen opkomen. Het CVZ vindt het dan ook belangrijk om de Pakketagenda zo nodig aan te passen aan de dagelijkse praktijk of nieuw beleid. Ook zal het CVZ actief vanuit nieuwe thema's het pakket doorlichten op toegankelijkheid en passendheid.

In hoofdstuk 2 leest u hoe deze eerste Pakketagenda tot stand is gekomen. In hoofdstuk 3 treft u de feitelijke pakketagenda voor de periode 2007-2008 aan.

2. Hoe is deze Pakketagenda tot stand gekomen?

Hoe wordt de inhoud van de Pakketagenda bepaald? De Pakketagenda is een combinatie van 'eigen' kennis en signalen van buiten. Kennis, ervaring en signalen van het CVZ zelf komen uit structurele bronnen zoals uitspraken op geschillen, financiële- en verantwoordingsgegevens van alle zorgverzekeraars en zorgkantoren. Daarnaast beschikt het CVZ over veel kennis en ervaring uit het eigen werkveld.

Signalen verzamelen: met drie pilots

Voor deze Pakketagenda heeft het CVZ een werkwijze ontwikkeld om signalen vanuit het veld systematisch te verzamelen. Dit heeft het gedaan in drie pilots:

1. Interviews met wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen

De eerste pilot (bij een selectie van wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen) bestond uit open vragen over de inhoud en omvang van het verzekerde pakket. Hiervan waren de vragen over vier thema's (gehoorproblemen, hartfalen, interventies bij lage rugklachten en angststoornissen) gebaseerd op literatuurstudies. Behalve deze vier thema's kwamen ook open vragen aan de orde over de inhoud en omvang van het verzekerde pakket.

De pilot heeft een waaier aan signalen opgeleverd die als zelfstandig signaal of gebundeld terugkomen in deze Pakketagenda. Het verslag van deze pilot biedt een compleet overzicht van de resultaten. Het voert te ver daar hier verslag van te doen.

2. Interviews met patiënten- en consumentenverenigingen

Uit de pilot met de patiëntenorganisaties is een aantal ziekteoverstijgende thema's naar voren gekomen:

1. het vergoeden van ketenzorg;
2. de relatie tussen medische richtlijnen en vergoedingen;
3. kwaliteit van leven als criterium voor vergoeding;
4. therapeutisch bewegen in het pakket;
5. leefstijladviezen in het pakket;
6. het vergoeden van hulp om te leren omgaan met een ziekte.

Een deel van deze thema's heeft het CVZ nu al meegenomen in signalen. Andere moeten nog nader uitgewerkt worden.

3. Gesprekken met de VAGZ (Vereniging van adviserend geneeskundigen bij zorgverzekeraars)

De pilot bij verzekeraars heeft duidelijke signalen opgeleverd vanuit de uitvoeringspraktijk, bijvoorbeeld voor palliatieve zorg, overheveling van curatieve elementen uit de AWBZ en nieuwe ontwikkelingen op cardiovasculair terrein.

Een nadere toelichting vindt u in de verslagen van de drie

**Groslijst
samenstellen**

hiervoor beschreven pilots. (www.cvz.nl onder rapporten/pakketagenda 2007-2008).

**Uitgangspunten
groslijst**

De signalen die uit de pilots zijn opgekomen, heeft het CVZ vervolgens verwerkt tot een groslijst als basis voor de pakketagenda. Het CVZ heeft uit deze groslijst onderwerpen geselecteerd die als signaal in de Pakketagenda zijn opgenomen. Bij dit selectieproces is een aantal uitgangspunten gehanteerd:

- Meerdere beperkte deelsignalen zijn soms samengevoegd onder een bredere noemer.
- Signalen met uitsluitend een tarifieringsprobleem als achtergrond zijn niet meegenomen.
- Waar uit meerdere invalshoeken een probleem werd gesignaleerd, was de kans op selectie groter.
- Soms hebben meerdere signalen geleid tot een voorstel om te komen tot een voorgenomen doorlichting (zie paragraaf 3.g).

Het CVZ zal dit selectieproces verder uitwerken om de transparantie van toekomstige Pakketagenda's te vergroten.

**Clusters van
signalen**

De gekozen signalen voor de Pakketagenda hebben een relatie met de maatschappelijke ontwikkelingen op het gebied van zorgbehoefte, gewenste maatschappelijke opbrengst en kostenontwikkelingen in de zorg. De signalen zijn vooralsnog onderverdeeld in clusters van signalen. Dat is gedaan met het oog op het ontwikkelen van de verdere werkwijze van het CVZ. Het CVZ zal deze integrale benadering van pakketadvisering de komende jaren verder ontwikkelen.

Zoals u in het rapport 'Pakketbeheer in de praktijk' hebt kunnen lezen, heeft het CVZ ervoor gekozen om de signalen in te delen in zes clusters, die aansluiten bij actuele maatschappelijke discussies over de samenstelling van het pakket:

1. leefstijl;
2. noodzakelijke zorg;
3. effectiviteit en kosteneffectiviteit;
4. groot maatschappelijk belang;
5. langdurende zorg;
6. uitvoeringspraktijk en systeem zorgverzekeringen.

**Werkwijze
evalueren**

Deze indeling wordt ook de basis van het Pakketadvies 2007. De volgende Pakketagenda kunt u over twee jaar verwachten. Het CVZ blijft in de tussentijd zijn werkwijze voor de Pakketagenda evalueren en uitwerken.

3. Pakketagenda 2007-2008

Nu we hebben uitgelegd hoe we tot onze Pakketagenda zijn gekomen, presenteren we in dit hoofdstuk de Pakketagenda 2007-2008.

3.a. Cluster leefstijl

Thema: gezonde leefstijl bevorderen

Bij de signalen die het CVZ binnen het cluster leefstijl heeft opgenomen in de Pakketagenda 2007-2008 staat de bevordering van een gezonde leefstijl centraal. De volgende signalen zijn opgenomen:

- zelftests, medische check-ups, screening en de zorgverzekering;
- medicamenteuze behandeling van morbide obesitas (Pakketadvies 2007);
- aanscherping van het indicatiegebied voor cholesterolverlagende middelen;
- advies om te stoppen met roken;
- behandeling van morbide obesitas bij kinderen;
- leefstijlinterventies bij personen met gestoorde glucose-intolerantie of manifeste Diabetes Mellitus 2 en overgewicht;
- plaatsbepaling van preventie in de verzekerde zorg.

3.b. Cluster noodzakelijkheid

Thema: claim op solidariteit

Wat zijn de signalen die het CVZ binnen het cluster noodzakelijkheid heeft opgenomen in de Pakketagenda 2007-2008? In dit cluster staat de vraag centraal of de ziekte of de benodigde zorg (gegeven de culturele context) tot de verzekerde prestaties zou moeten behoren, en zo ja, op welke wijze. De volgende signalen zijn opgenomen:

- psychologische behandeling van werkgerelateerde problematiek;
- signalement arbeidsgerelateerde zorg;
- nadere omschrijving van behandelingen van plastisch-chirurgische aard (Pakketadvies 2007);
- behandeling van varices;
- analyse van geneesmiddelen voor erectiele dysfunctie (Pakketadvies 2007);
- lipofilling bij hiv-patiënten;
- analyse van geneesmiddelen tegen schimmelinfecties aan de nagels;
- invriezen van semen van patiënten die met cytostatica behandeld zijn (Pakketadvies 2007);
- invriezen van eierstokweefsel;
- update van de fysiotherapeutische interventies en de chronische lijst;
- plaatsbepaling van dyslexie in het verzekerde pakket;
- in- en uitstroom van mobiliteitshulpmiddelen (Pakketadvies 2007);

- speciale lenzen bij cataractoperaties en de basisverzekering (Pakketadvies 2007).

3.c. Cluster effectiviteit en kosteneffectiviteit

Thema: effectiviteit en kosten-batenbalans

Wat zijn de signalen die het CVZ binnen het cluster effectiviteit en kosteneffectiviteit heeft opgenomen in de Pakketagenda 2007-2008? In dit cluster staat de vraag centraal of de interventie effectief is. Bij kosteneffectiviteit is de vraag of de verhouding tussen de kosten en de baten in de meest brede zin acceptabel is. De volgende signalen zijn opgenomen:

- aanspraak op tandheelkundige hulp binnen de AWBZ;
- plaatsbepaling van lokomat (Pakketadvies 2007);
- spinal cord stimulation (Pakketadvies 2007);
- diagnostiek en (chirurgische) interventies bij lage rugklachten;
- metal-on-metalheupprothese;
- indicatiegebied voor trommelvliesbuisjes;
- oogheelkundige medicaties;
- Programma Herstel en Balans;
- behandeling van premaligne en maligne oppervlakkige huidtumoren;
- implantaat gedragen prothesen;
- endovasculaire en thoraco-chirurgische interventies in de cardiologie;
- Ness Handmaster (Pakketadvies 2007);
- HPV-vaccinaties om cervixcarcinoom te voorkomen;
- jeugdmondzorg, angstbehandeling en periodieke controles tandheelkunde;
- bijzondere tandheelkunde, chirurgische tandheelkunde en paradontale chirurgie;
- het toepassingsgebied van benzodiazepinen (Pakketadvies 2007);
- neurorevalidatie bij kinderen met coma (Pakketadvies 2007).

3.d. Cluster groot maatschappelijk belang

Potentieel grote impact

Wat zijn de signalen die het CVZ binnen het cluster groot maatschappelijk belang heeft opgenomen in de Pakketagenda 2007-2008? In dit cluster staat de vraag centraal of het onderwerp veel kosten met zich meebrengt, omvangrijk is of ethische vragen oproept, en daarom een grote impact kan hebben. De volgende signalen zijn om die reden opgenomen:

- indicaties stamceltransplantatie (Pakketadvies 2007);
- protontherapie;
- plaatsbepaling van het steunhart (LVAD) in de verzekering (Pakketadvies 2007);
- toepassingsgebied van chirurgische interventies bij ernstige hoorproblematiek;
- signalement van belangrijke innovaties en de zorgverzekering;

- genomics en de zorgverzekering.

3.e. Cluster langdurende zorg

Langdurende zorg elementen

Wat zijn de signalen die het CVZ binnen het cluster langdurende zorg heeft opgenomen in de Pakketagenda 2007-2008? In dit cluster staat de vraag centraal hoe het onderwerp geregeld is in de AWBZ en de Zorgverzekeringswet (inhoud, aard en omvang) en hoe deze zorg in de toekomst omschreven kan worden. De volgende signalen zijn opgenomen:

- vroege interventies bij kinderen met een verstandelijke handicap (Pakketadvies 2007);
- oefen- en ontspanningstherapie bij angststoornissen;
- psychoanalyse;
- preventieprogramma's voor ouderen;
- herdefiniëring van de functies adviserend e en ondersteunende begeleiding en behandeling (Pakketadvies 2007);
- afbakening van de functies verpleging en persoonlijke verzorging (Pakketadvies 2007);
- op somatiek gerichte revalidatie in verpleeghuizen;
- nadere plaatsbepaling van de functie verblijf;
- het onderscheiden van de functies persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding;
- monitoring van de gevolgen van de invoering van de WMO op de AWBZ en de zorgverzekering; *Een monitor van aspecten van de zorg.*
- evaluatie overheveling GGZ naar de Zorgverzekeringswet; *Een monitor van aspecten van de zorg.*
- nadere analyse van thuisbeademing (Pakketadvies 2007);
- afbakening van verpleging in het eerste en tweede compartiment.

3.f. Cluster uitvoeringspraktijk en systeem zorgverzekeringen

Praktijk en -systeemvragen

Wat zijn de signalen die het CVZ binnen het cluster uitvoeringspraktijk en systeem zorgverzekeringen heeft opgenomen in de Pakketagenda 2007-2008? In dit cluster staat de vraag centraal welke problemen de uitvoeringspraktijk ondervindt met de omschrijving van de te verzekeren prestaties. De volgende signalen zijn opgenomen:

- signalement over de relatie tussen de Zorgverzekeringswet en de WBMV;
- signalement over de gevolgen van implementatie van de 'Beleidsregel zorginnovatie' voor de zorgverzekering;
- actualisatie van de nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg;
- zorg aan transseksuelen in de preoperatieve fase en

- operatieve geslachtsverandering (Pakketadvies 2007);
- verduidelijking van de second opinion in de zorgverzekering;
- e-mail- en webmailconsulten (Pakketadvies 2007);
- telemedicine/domotica;
- LHRh-analogen bij gemetastaseerd prostaatcarcinoom (Pakketadvies 2007);
- analyse van bariatrisch-chirurgische ingrepen in de verzekering (Pakketadvies 2007);
- aspecten van erfelijkheidsadvisering;
- teledermatologisch consult (Pakketadvies 2007);
- mondzorg en osteotomie (Pakketadvies 2007);
- grenzen van de orthodontie;
- basis verzekerde zorg en bijbetaling voor 'luxe' toepassingen (bijvoorbeeld lens bij cataract);
- afbakening van de intra- en extramurale farmaceutische zorg.

3.g. 'Doorlichtingen'

De Pakketagenda 2007-2008 bestaat niet alleen uit de zes clusters die hiervoor aan de orde kwamen. Naast deze signalen voor 2007 en 2008 zijn er onderwerpen die het CVZ structureel gaat bezien vanuit een zorgvraag of een ziektebeeld geredeneerd. Hier ligt de vraag naar passendheid van het pakket achter. Het CVZ wil het verzekerde pakket in beginsel stapsgewijze in z'n geheel doorlichten om te bepalen of het passend is voor de desbetreffende zorgproblemen en zorgvragen, en of het goed functioneert. Het verschil met de signalen uit de clusters is dat bij de doorlichtingen een ander startpunt wordt gehanteerd. Niet uitgaan van een probleem, maar van een zorgvraag.

Welke aspecten van het verzekerde pakket gaat het CVZ in 2007 en 2008 nu doorlichten?

- de behandeling van depressies;
- de palliatieve zorg en de zorgverzekering (zorg bij het levenseinde);
- de geriatrische functie in de zorgverzekering;
- de functie vervoer in de zorgverzekeringen;
- aanvullende diagnostiek in de eerste lijn;
- de behandeling van hartfalen;
- benodigde functies in de uitvoeringspraktijk van de eerstelijnszorg.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

Een passend pakket:

Plan van aanpak en
een eerste aanzet tot
een agenda voor in- en
uitstroom van
interventies in de
curatieve zorg

WIJA OORTWIJN
MIEKE NIEUWENHUIZEN

DRR-4045-CVZ

15 September 2006

In opdracht van het College voor zorgverzekeringen



EUROPE

Voorwoord

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is met de invoering van de nieuwe zorgverzekeringwet door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangewezen om het verzekerde pakket te beheren. Een eerste stap hiertoe is het ontwikkelen van een beoordelingsystematiek op basis waarvan het CVZ, in het kader van de nieuwe taak als pakketbeheerder, adviezen geeft aan de minister over een passend en duidelijk pakket en over het passend houden van het pakket.

In dit kader heeft het CVZ aan RAND Europe gevraagd een plan van aanpak te ontwikkelen en deze in de praktijk te toetsen op basis waarvan het CVZ een agenda kan samenstellen van:

- Gezondheidszorginterventies die thans onderdeel zijn van het pakket maar die (deels) uit het pakket zouden kunnen worden gehaald;
- Nieuwe interventies die in het pakket geïntroduceerd zouden kunnen worden.

Dit rapport beschrijft de aannames, de gehanteerde methodiek, de analyse, en de resultaten van een pilot-onderzoek. De voorgestelde aanpak om op een systematische wijze te komen tot een gestructureerd overzicht van interventies (agenda) binnen de curatieve zorg, alsmede het resultaat van deze aanpak, waren onderwerp van studie. Het onderzoek is uitgevoerd gedurende de periode van 5 oktober 2005 tot 15 september 2006. Het rapport is primair bedoeld voor de opdrachtgever en voor andere geïnteresseerde lezers.

RAND Europe is een onafhankelijke beleidsonderzoeksorganisatie die het publieke belang dient door objectief en multidisciplinair beleidsanalyse te verbeteren en het publieke debat te stimuleren. Klanten zijn Europese overheden, instituten en bedrijven met een behoefte aan een diepgaande en onafhankelijke analyse van hun moeilijkste problemen.

Dit rapport heeft de Quality Assurance procedure doorlopen in overeenstemming met RAND's Quality Assurance standaard en kan daarom beschouwd worden als een RAND Europe product (zie <http://www.rand.org/about/standards/>).

Voor meer informatie over RAND Europe of over dit document kunt u contact opnemen met:

Wija Oortwijn
Newtonweg 1
2333 CP LEIDEN
071 524 51 74
oortwijn@rand.org

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	iii
Lijst met gehanteerde definities	vii
Samenvatting.....	xi
HOOFDSTUK 1 Introductie	1
1.1 Doelstelling.....	1
1.2 Pilot-onderzoek.....	2
1.3 Centrale vragen	2
1.4 Input van experts	3
1.5 Opbouw rapport.....	3
HOOFDSTUK 2 Onderzoeksmethoden	5
2.1 Inleiding	5
2.2 Onderzoeksdomein	6
2.3 Plan van aanpak om te komen tot een agenda van onderwerpen voor pakketbeheer.....	6
2.4 Literatuuronderzoek.....	7
2.4.1 Inventarisatie van combinaties van interventie-indicaties	8
2.4.2 Analyse van de literatuur: beoordeling passendheid	9
2.5 Veldraadpleging	9
2.5.1 Benaderingswijze van de verenigingen	10
2.5.2 Voorbereiding van de interviews.....	10
2.5.3 Analyse van de interviews	11
HOOFDSTUK 3 Evaluatie van plan van aanpak voor het opstellen van een agenda voor pakketbeheer.....	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Literatuuronderzoek.....	13
3.3 Veldraadpleging.....	15
3.4 Panelrondes met experts.....	25
HOOFDSTUK 4 Onderwerpen voor pakketdiscussie	27
4.1 Hoorproblemen	28
4.1.1 Definitie.....	28

4.1.2	Resultaten van het literatuuronderzoek.....	28
4.1.3	Resultaten van de veldraadpleging	29
4.1.4	Samenvatting.....	30
4.2	Hartfalen.....	30
4.2.1	Definitie.....	30
4.2.2	Resultaten van het literatuuronderzoek.....	31
4.2.3	Resultaten van de veldraadpleging	31
4.2.4	Samenvatting.....	32
4.3	Angststoornissen.....	33
4.3.1	Definitie.....	33
4.3.2	Resultaten van het literatuuronderzoek.....	33
4.3.3	Resultaten van de veldraadpleging	34
4.3.4	Samenvatting.....	35
4.4	Lage rugklachten	35
4.4.1	Definitie.....	35
4.4.2	Resultaten van het literatuuronderzoek.....	35
4.4.3	Resultaten van de veldraadpleging	37
4.4.4	Samenvatting.....	37
4.5	Zorg buiten de centraal gestelde thema's	38
4.5.1	Definitie.....	39
4.5.2	Resultaten van de veldraadpleging	39
4.5.3	Samenvatting.....	39
HOOFDSTUK 5 Conclusies en aanbevelingen		43
5.1	Conclusies.....	43
5.1.1	Procedure voor het opstellen van een agenda voor pakketbeheer	44
5.1.2	Agenda voor pakketbeheer, eerste inventarisatie van onderwerpen	48
5.2	Aanbevelingen.....	50
APPENDICES.....		53
Appendix A:	Lijst van geïnterviewde verenigingen	55
Appendix B:	Interviewprotocol veldraadpleging.....	57
Appendix C:	Plan van aanpak panelrondes	60
Appendix D:	Thema Hoorproblemen.....	63
Appendix E:	Thema Hartfalen.....	67
Appendix F:	Thema Angststoornissen.....	75
Appendix G:	Thema Lage Rugklachten	80

Lijst met gehanteerde definities

Aandoening	Een aandoening is het overkoepelende begrip voor de verzameling van symptomen, syndromen, klinische tekens, ziekten, handicaps en letsels. Het betreft een gediagnosticeerd probleem waarbij de gezondheid (sociaal, emotioneel of lichamelijk) bedreigd wordt (Wikipedia) ¹ .
DBC (Diagnose Behandeling Combinaties)	Het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en medisch specialisten voortvloeiend uit een bepaalde zorgvraag van een patiënt. Het doel van de DBC-registratie is een transparant financieringssysteem (een productgerichte bekostigingssystematiek) en marktwerking in de zorg (DBC-onderhoud) ² .
Doelmatigheid	De baten van de verrichting afgezet tegen de kosten in geld, mankracht, middelen en tijd (Ziekenfondsraad, 1993) ³ .
Effectiviteit	Een verstrekking is effectief (doeltreffend) als het werkzaam is en uit onderzoek, gemeten aan de hand van een "echte" parameter, blijkt dat de toepassing in de dagelijkse praktijk resulteert in het beoogde doel van de behandeling. Een "echte" parameter wordt gedefinieerd als een klinisch relevant eindpunt, zoals mortaliteit, morbiditeit en functionele gezondheidstoestand.
Gezondheidsprobleem	Een probleem of klacht gerelateerd aan de gezondheid (gedefinieerd als sociaal, emotioneel en lichamelijk welbevinden) waarvoor een persoon (medische) hulp zoekt.
Incidentie	Het aantal nieuwe gevallen van of nieuwe personen met een bepaalde ziekte in een bepaalde periode, absoluut of relatief (Poos, 2006) ⁴ .

¹ <http://nl.wikipedia.org/wiki/Aandoening>

² <http://www.dbconderhoud.nl/>

³ Ziekenfondsraad. *Advies Kosten-effectiviteitsanalyse bestaande verstrekkingen*. No.597. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1993.

⁴ Poos MJJC. *Welke ziekten hebben de hoogste prevalentie?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte/Ziekten en aandoeningen, 15 juni 2006.

Indicatie (medische)	Een gezondheidsprobleem of een gediagnosticeerde aandoening, dat/die aanleiding is voor een bepaalde, specifieke behandeling (Wikipedia) ⁵ .
Indicatiegebied	Alle indicaties waarvoor een bepaalde interventie (diagnostisch <i>of</i> therapeutisch) kan worden toegepast.
Interventie	Het geheel aan medische handelingen van een afgebakend diagnostisch <i>of</i> therapeutisch ingrijpen, <i>of</i> eventueel een losstaand onderdeel van de behandeling. Eén of meerdere medische professionals kunnen betrokken zijn. Een interventie wordt omschreven door middel van een actie met betrekking tot een pathologisch/anatomisch “object” of ten behoeve van een specifiek probleem in geval van (verdenking op) een bepaalde indicatie.
Kosten-effectiviteit	De verhouding tussen effectiviteit van een interventie (in termen van gezondheid of de mate van ziektelastreductie) en de kosten (in geld, menskracht, apparatuur en tijd) (Gezondheidsraad, 2003) ⁶ .
Noodzakelijkheid	Omstandigheden - in termen van ziektelast en/of zorgbehoefte in samenhang met de kosten van een interventie - waardoor een claim op de solidariteit gerechtvaardigd wordt.
Prevalentie	Het aantal gevallen of personen met een bepaalde ziekte op een bepaald moment (punt-prevalentie) of in een bepaalde periode, bijvoorbeeld per jaar (periode-prevalentie), absoluut of relatief (Poos, 2006) ⁷ .
Preventie (primair)	Activiteiten die tot doel hebben het ontstaan van een aandoening te voorkomen door zich te richten op etiologische factoren, bijvoorbeeld niet roken ter voorkoming van longkanker (RIVM, 2006) ⁸ .
Preventie (secundair)	Activiteiten die tot doel hebben de kans op genezing te vergroten door zich te richten op het vroegtijdig ontdekken van de aandoening (RIVM, 2006).
QALY (Quality Adjusted Life Year)	De QALY is een uitkomstmaat waarbij de effecten van interventies worden uitgedrukt in gewonnen QALYs, die in zowel levensverlenging kunnen meten als een verbetering in de kwaliteit van leven. Als door een interventie de levensverwachting wordt verlengd met één jaar in goede gezondheid, dan is de uitkomst één QALY (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006) ⁹ .

⁵ <http://nl.wikipedia.org/wiki/Indicatie>

⁶ Gezondheidsraad. *Contouren van het basispakket*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003; publicatie nr 2003/02.

⁷ Poos MJJC. *Welke ziekten hebben de hoogste prevalentie?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte/Ziekten en aandoeningen, 15 juni 2006.

⁸ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Kosten van preventie in Nederland 2003: Zorg voor euro's – 4*. Bilthoven: RIVM, 2006.

⁹ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Zinnige en duurzame zorg*. Den Haag: RVZ, 2006: p. 18.

Uitvoerbaarheid	Haalbaarheid en houdbaarheid van een interventie in het pakket. Hierbij komen ook de consequenties voor vereveningssystematiek en verzekeraarsfinanciering aan de orde (CVZ, 2005) ¹⁰ .
Verrichting	Een specifieke medische handeling.
Werkzaamheid	Het resultaat van een verrichting onder optimale omstandigheden (Ziekenfondsraad, 1993), waarbij de interventie doet wat er in de meest brede zin van verwacht wordt (CVZ, 2005).
Zorg, curatieve	Electieve zorg (niet-spoedeisende zorg) die zich richt op het behandelen en genezen van acute, en chronische ziekten en aandoeningen. In het kader van dit onderzoek valt ook secundaire preventie en palliatieve behandeling onder curatieve zorg. Curatieve zorg heeft de volgende functies: diagnosticeren, indiceren, behandelen, verplegen (RIVM, 2006) ¹¹ . Bedrijfsgeneeskundige en sportmedische zorg vallen niet onder curatieve zorg als zodanig; deze worden niet via de zorgverzekering gefinancierd.
Zorg, gebruikelijke	Zorg die in de praktijk is “ingeburgerd” en die door de beroepsgroep (bijvoorbeeld in een richtlijn) wordt erkend als veelvuldig toegepast bij een specifiek indicatiegebied en/of wordt aanbevolen als standaard.

¹⁰ College voor zorgverzekeringen. Principes van pakketbeheer. Interne presentatie van de projectgroep Pakketcriteria. Diemen: CVZ, 2005.

¹¹ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Nationaal Kompas Volksgezondheid*, versie 3.5. Bilthoven: RIVM, 2006.

Samenvatting

De samenstelling van het verstrekkingenpakket speelde een belangrijke rol in het kader van de hervorming van het ziektekostenverzekeringsstelsel dat per 1 januari 2006 is ingevoerd. Uitgangspunt van de (nieuwe) zorgverzekeringswet is dat het verzekerde pakket niet afwijkt van het voormalige ziekenfondspakket en dat een voortdurende toetsing aan de hand van objectieve criteria geboden is. De minister van VWS heeft aangegeven dat dit een taak is voor het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Hieronder valt eveneens de toetsing van nieuwe interventies in de zorg aan de wettelijke omschrijving van verzekerde zorg.

Om te komen tot een werkbare lijst van interventies binnen de curatieve zorg, die eventueel kunnen worden opgenomen in of uitgesloten van het verzekerde pakket, is in dit pilot-onderzoek een plan van aanpak ontwikkeld die het CVZ in de toekomst zou kunnen hanteren. Hierbij is met name ingegaan op het gebruik van literatuuronderzoek en de input van relevante actoren via een veldraadpleging, met name medisch-wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen.

Vervolgens is het ontwikkelde plan van aanpak getoetst in de praktijk. Voor een viertal thema's (hoorproblemen, hartfalen, angststoornissen en lage rugklachten) is in kaart gebracht welke interventies mogelijk:

- in aanmerking komen voor opname/instroom in het verzekerde pakket;
- in aanmerking komen voor uitsluiting/uitstroom van het verzekerde pakket;
- nader moeten worden omschreven binnen het verzekerde pakket.

Het bepalen van het onderzoeksdomein (de selectie van de vier thema's) was onderdeel van het voorgestelde plan van aanpak.

Conclusies

Op basis van de resultaten van dit pilot-onderzoek kunnen de volgende *conclusies* worden getrokken:

Het plan van aanpak om te komen tot een werkbare lijst van interventies, die eventueel kunnen worden opgenomen of uitgesloten van het verzekerde pakket, bestaat uit zes stappen:

1	Selectie van thema's (een breder gedefinieerd gezondheidsprobleem waarvoor verschillende interventies kunnen worden toegepast en waarbij verschillende disciplines betrokken zijn, zowel vanuit de geneeskundige zorg als de paramedische zorg)
2	Literatuuronderzoek op het gebied van de geselecteerde thema's
3	Bespreking van de resultaten uit het literatuuronderzoek met betrokken verenigingen (veldraadpleging), leidend tot een overzicht van interventies waarover discussie bestaat
4	Organisatie van expertmeetings om opinies over de passendheid van interventies waarover discussie bestaat in kaart te brengen
5	Toetsing door het CVZ van de interventies die resulteren uit de expertmeetings
6	Advisering aan de minister van VWS over de getoetste interventies

In dit pilot-onderzoek zijn de eerste drie stappen van dit plan van aanpak ontwikkeld en getoetst in de praktijk.

De voorgestelde (thematische) aanpak, bestaande uit literatuuronderzoek en vervolgens een veldraadpleging, lijkt werkzaam en kan leiden tot een adequate lijst van onderwerpen voor pakketbeheer. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het onderwerpen betreft die voor nader onderzoek en discussie in aanmerking komen, alvorens het CVZ een advies zou kunnen uitbrengen aan het ministerie van VWS aangaande opname of uitsluiting van interventies binnen het verzekerde pakket.

Wanneer het thema voldoende is afgebakend, is het mogelijk om met behulp van literatuuronderzoek, gericht op richtlijnen, systematische reviews en recent nationaal en internationaal gepubliceerde artikelen, een nagenoeg volledig overzicht te krijgen van mogelijke discussiepunten die input leveren voor discussie met het veld. Als aanvulling op het literatuuronderzoek en de veldraadpleging is het nuttig om in de toekomst één of meerdere expertmeetings te organiseren. Met behulp van expertmeetings kunnen opinies over de passendheid van interventies op een wetenschappelijk gevalideerde manier worden gestructureerd.

Medisch-wetenschappelijke verenigingen zijn welwillend om met het CVZ te praten over de inhoud en het beheer van het basispakket en zijn over het algemeen bereid om in de toekomst input te blijven leveren.

Aanbevelingen

Op basis van deze conclusies komen we tot de volgende aanbevelingen voor het CVZ:

Veldraadpleging

Het CVZ zou op korte termijn betrokken verenigingen moeten informeren over de procedures die het CVZ wil hanteren om zijn taak als pakketbeheer te vervullen. De principes voor pakketbeheer en de wijze van beoordelen en waarderen zouden eveneens verder geoperationaliseerd moeten worden.

Het CVZ wordt geadviseerd te blijven investeren in een goed contact met de verenigingen omdat deze een belangrijke rol kunnen vervullen in het pakketbeheer, met name als het gaat om het signaleren van nieuwe, beloftevolle ontwikkelingen. Daarbij zal het CVZ er steeds voor moeten blijven waken dat het zijn onafhankelijke positie behoudt. Ook zou het CVZ bij het signaleren van nieuwe ontwikkelingen gebruik kunnen maken van Euroscan, en daaraan gelieerde organisaties zoals de Gezondheidsraad.

Het is van belang dat het CVZ duidelijkheid verschaft aan de verenigingen over wat er van hen wordt verwacht in het kader van pakketbeheer.

Verenigingen kunnen het CVZ op de hoogte houden van de status van de reeds uitgegeven richtlijnen en de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen.

Manieren voor het CVZ om het contact met de verenigingen te optimaliseren zijn:

- Frequent contact onderhouden met de vereniging (geïnitieerd door een contactpersoon pakketbeheer van het CVZ). Een vast aanspreekpunt binnen de vereniging (bijvoorbeeld een lid van een Commissie Kwaliteit of Richtlijnontwikkeling) strekt ook tot de aanbeveling.
- Minimaal twee-jaarlijks een veldraadpleging waarbij steeds een aantal (andere) thema's centraal staan.
- Een website waarop verenigingen zich (tussentijds) tot het CVZ kunnen richten met nieuwe ontwikkelingen en niet-passende interventies. Het CVZ zou hiervoor ervaringen kunnen uitwisselen met het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in het Verenigd Koninkrijk.
- In het kader van het optimaliseren van het contact en het begrip binnen de vereniging over de financiering van de zorg zou het CVZ met enige regelmaat de wet- en regelgeving en pakketbeheer in het perspectief van zorg en verzekering kunnen presenteren aan de vereniging. Mogelijkheden hiertoe zouden kunnen bestaan tijdens ledenvergaderingen of via een verenigingsblad. Verder zou het CVZ de vragen die het heeft aan de vereniging voorafgaand aan de veldraadpleging kunnen communiceren.

Naast de verenigingen die het CVZ reeds in dit onderzoek heeft benaderd zouden ten minste alle medisch-wetenschappelijke verenigingen en de beroepsverenigingen van de belangrijkste paramedische beroepsgroepen betrokken kunnen worden. Het CVZ zou zich hierbij wel kunnen beperken tot verenigingen die (naar verwachting) wetenschappelijke gegevens over interventies kunnen overleggen. Multidisciplinaire werkgroepen of patiëntenverenigingen kunnen ad hoc benaderd worden indien een thema wordt behandeld waar deze verenigingen expertise op hebben.

Themagewijze aanpak

Het verdient aanbeveling om het verzekerde pakket themagewijs in kaart te brengen, analoog aan de wijze die in dit pilot-onderzoek is gehanteerd.

Om het onderzoeksgebied nader te definiëren zou het CVZ zich in de toekomst opnieuw kunnen baseren op de agenda's, onderzoeksprogramma's, en signaleringsrapporten van (inter)nationale organisaties zoals in dit pilot-onderzoek beschreven.

Ten aanzien van een themagewijze aanpak is het van belang dat:

- De personele capaciteit bij het CVZ voldoende is om alle benodigde onderdelen van de aanpak (literatuuronderzoek, veldraadpleging en expertpanels) op een efficiënte manier uit te voeren. Op basis van de ervaringen in dit pilot-onderzoek wordt geschat dat de werkzaamheden gerelateerd aan de uitwerking van vier

thema's en het benaderen van een selectie van verenigingen en instanties uitgevoerd kunnen worden op basis van 3 Full Time Equivalent (FTE). Wel dient opgemerkt te worden dat de inspanningen in de eerste jaren groter zullen zijn dan na verloop van tijd, wanneer het pakket volledig geïnventariseerd is en alleen nieuwe interventies beoordeeld hoeven te worden.

- De juiste zoektermen worden gebruikt in het literatuuronderzoek (inclusief horizonscan) zodat efficiënt artikelen in kaart kunnen worden gebracht. Daarbij is het nuttig dat de persoon die het literatuuronderzoek uitvoert, bekend is met het thema zodat geen belangrijke zoektermen worden gemist.
- Het CVZ informeert bij de betrokken verenigingen naar (andere) richtlijnen die in ontwikkeling zijn en wat de status is van de gepubliceerde richtlijnen op het gebied van een specifiek thema.
- Betrokken verenigingen (Commissie Kwaliteit en/of Richtlijnontwikkeling) in kaart worden gebracht en worden geraadpleegd; indien het thema/het onderwerp van gesprek zich er toe leent, in multidisciplinaire setting waarbij ook patiëntenverenigingen betrokken kunnen worden.
- De lijst met discutabele interventies, die aan de hand van literatuuronderzoek geïnventariseerd zijn, ter voorbereiding van de veldraadpleging naar de verenigingen wordt gestuurd.

1.1 **Doelstelling**

Dit rapport doet verslag van een onderzoek dat RAND Europe heeft uitgevoerd in opdracht van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om te komen tot een agenda van:

- Gezondheidszorginterventies die thans onderdeel zijn van het pakket maar die (deels) uit het pakket zouden kunnen worden gehaald;
- Nieuwe interventies die in het pakket geïntroduceerd zouden kunnen worden.

Het is belangrijk om op een transparante en consistente manier te toetsen welke interventies wel en niet in het verzekerde pakket kunnen worden opgenomen. Een eerste stap hiertoe is het ontwikkelen van een beoordelingssystematiek op basis waarvan het CVZ, in het kader van de nieuwe taak als pakketbeheerder, adviezen geeft aan de minister over een passend en duidelijk pakket en over het passend houden van het pakket. In dit kader heeft het CVZ aan RAND Europe gevraagd een plan van aanpak te ontwikkelen en deze in de praktijk te toetsen op een viertal terreinen (thema's): hoorproblemen, hartfalen, angststoornissen en lage rugklachten.

De kleinste eenheid van het zorgaanbod, d.i. op het niveau van interventies, is gekozen als uitgangspunt voor het pakketbeheer. De keuze voor interventies is gebaseerd op het feit dat de evidentie voor zorg zowel in de literatuur als in de praktijk ook op dit niveau in kaart wordt gebracht. Een interventie wordt in dit project omschreven als het geheel aan medische handelingen van een afgebakend diagnostisch of therapeutisch ingrijpen, of eventueel een losstaand onderdeel van de behandeling. Eén of meerdere medische professionals kunnen betrokken zijn. Een interventie wordt omschreven door middel van een actie met betrekking tot een pathologisch/anatomisch "object" of ten behoeve van een specifiek probleem in geval van (verdenking op) een bepaalde indicatie.

Diagnose-Behandeling-Combinaties (DBC's), waarmee thans de ziekenhuiszorg wordt geregistreerd, staan om een aantal redenen niet centraal staan bij de beoordeling van het pakket. Een deel van het verzekerde pakket, bijvoorbeeld de huisartsenzorg, wordt niet in DBC's geregistreerd. Daarnaast is een DBC het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en medisch specialisten voortvloeiend uit een bepaalde zorgvraag van een patiënt. Het doel van de DBC-registratie is een transparant financieringssysteem (een productgerichte bekostigingssystematiek) en marktwerking in de zorg.

1.2 Pilot-onderzoek

Om te komen tot een robuuste methodiek voor de in- en uitstroom van interventies in het verzekerde pakket, wordt in een pilot-onderzoek onderzocht hoe een gestructureerd overzicht van interventies (agenda) binnen de curatieve zorg opgesteld kan worden, waarbij ook het plan van aanpak om te komen tot het overzicht onderwerp van studie is. In dit onderzoek wordt onder “curatieve zorg” verstaan:

“Electieve zorg (niet-spoedeisende zorg) die zich richt op het behandelen en genezen van acute, en chronische ziekten en aandoeningen”. In het kader van dit onderzoek vallen ook secundaire preventie en palliatieve behandeling onder curatieve zorg.

Curatieve zorg heeft de volgende functies: diagnosticeren, indiceren, behandelen, verplegen, en kan worden onderverdeeld in:

- **Eerstelijnszorg:** huisartsenzorg, paramedische zorg (fysiotherapie / oefentherapie, logopedie, ergotherapie, dieetadvisering), mondzorg, verloskundige zorg, kraamzorg en vanaf 1-1-2007 eerstelijns psychologische zorg.
- **Tweedelijnszorg:** medisch-specialistische zorg, ziekenhuiszorg en paramedici in de tweede lijn. Dit is inclusief de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

In overleg met het CVZ is overeengekomen dat vervoer en verblijf evenals geneesmiddelen en hulpmiddelen in dit onderzoek buiten beschouwing blijven, omdat zij direct gevolg zijn van een medisch contact. Alternatieve geneeswijzen (waaronder acupunctuur) zullen eveneens niet worden meegenomen, omdat deze momenteel niet vergoed worden.

1.3 Centrale vragen

De centrale vragen binnen dit onderzoek zijn:

1. Wat is het plan van aanpak dat het CVZ in de toekomst kan hanteren om te komen tot een werkbare lijst van interventies binnen de curatieve zorg die eventueel kunnen worden opgenomen of uitgesloten van het verzekerde pakket? Deelvragen hierbij zijn:

- Moet het CVZ het veld van relevante actoren (o.a. aanbieders, patiënten, verzekeraars) betrekken bij het pakketbeheer?
- Hoe zou idealiter de selectie van onderwerpen moeten plaatsvinden? Op basis van literatuuronderzoek, input van relevante actoren (veldraadpleging) of beide?
- Hoe zou literatuuronderzoek en/of een veldraadpleging door het CVZ georganiseerd moeten worden?

2. Is het in de praktijk mogelijk om met behulp van het ontwikkelde plan van aanpak te komen tot een lijst van interventies binnen de curatieve zorg, die eventueel kunnen worden opgenomen of uitgesloten van het verzekerde pakket? Hierbij dient onderscheid gemaakt te worden naar:

- interventies die mogelijk in aanmerking komen voor opname/instroom in het verzekerde pakket;

- interventies die mogelijk in aanmerking komen voor uitsluiting/uitstroom van het verzekerde pakket;
- interventies die mogelijk nader moeten worden omschreven binnen het verzekerde pakket.

1.4 **Input van experts**

De input van experts in het veld is van groot belang voor de beantwoording van de centrale vragen. In dit kader is voor inhoudelijke ondersteuning van het project gebruik gemaakt van:

- a) een drietal externe experts van het NIVEL (Dr. D. de Bakker), Trimbos Instituut (Dr. H.J. Wennink) en Prismant (Drs. L. Vandermeulen)
- b) een aantal medische adviseurs van het CVZ (Dr. J. van Loenhout, Dr. G. Ligtenberg, Drs. M. van Eijndhoven, Dr. M. van Eijkeren).

De onder b) genoemde personen vormden samen met beleidsadviseurs van het CVZ (Drs. C. Mastenbroek, Drs. J. Zwaap, Drs. A. van Halteren en Mr. H. van Diggelen) de begeleidingscommissie van dit onderzoek.

1.5 **Opbouw rapport**

In de volgende hoofdstukken wordt achtereenvolgens beschreven: de gehanteerde methoden in het pilot-onderzoek (hoofdstuk 2), de evaluatie van een plan van aanpak om te komen tot een werkbare lijst van interventies binnen de curatieve zorg die eventueel kunnen worden opgenomen of uitgesloten van het verzekerde pakket (hoofdstuk 3), toepassing van het voorgestelde plan van aanpak op een viertal thema's binnen de curatieve zorg (hoofdstuk 4) en de mogelijkheden, beperkingen, alsmede conclusies omtrent pakketbeheer binnen de curatieve zorg (hoofdstuk 5).

2.1 **Inleiding**

Zoals beschreven in het advies "Kosten-effectiviteitsanalyse bestaande verstrekkingen" van de Ziekenfondsraad¹², zou voor een inventarisatie van interventies gericht op keuzen in de zorg een uitgebreid literatuuronderzoek (systematische reviews, meta-analyse) moeten plaatsvinden. Ten behoeve van de prioriteitstelling van bestaande interventies die in aanmerking kwamen voor nader onderzoek, is toentertijd gekozen voor de Delphi-methode, waarbij aan een aantal deskundigen een lijst met bestaande interventies is voorgelegd en gevraagd is naar de noodzaak tot uitvoering van nader onderzoek betreffende de werkzaamheid, effectiviteit of doelmatigheid van deze interventies. In het advies is aangegeven dat er beperkingen waren aan de onderzoeksaanpak zoals de inventarisatie en de samenstelling van de groep deskundigen. Daarnaast bleek dat de gekozen onderwerpen vaak te breed geformuleerd waren om direct tot onderzoek te leiden.

Hoewel er een groeiende interesse bestaat voor het stellen van prioriteiten in de gezondheidszorg, is er geen consensus over wat de beste methode is. In de literatuur zijn vanaf eind jaren tachtig verschillende procedures en daaraan gerelateerde (medische en niet-medische) criteria beschreven die gebruikt kunnen worden voor het maken van keuzen ten aanzien van het verzekerde pakket^{13,14}. In dit kader richt dit onderzoek zich in eerste instantie op de ontwikkeling van een plan van aanpak, waarmee het CVZ in de toekomst een werkbare lijst van interventies binnen de curatieve zorg kan samenstellen, die eventueel kunnen worden opgenomen of uitgesloten van het verzekerde pakket (centrale onderzoeksvraag 1, zie paragraaf 1.3). Vervolgens wordt een uitspraak gedaan over de toepasbaarheid van het plan van aanpak met betrekking tot welke interventies binnen de curatieve zorg kunnen worden opgenomen of uitgesloten binnen het verzekerde pakket (centrale onderzoeksvraag 2, zie paragraaf 1.3).

¹² Ziekenfondsraad. *Advies Kosten-effectiviteitsanalyse bestaande verstrekkingen*. No.597. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1993.

¹³ Gezondheidsraad. *Contouren van het basispakket*. Publicatienr. 2003/02. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003.

¹⁴ Ham, C. *Priority setting in health care: learning from international experience*. Health Policy, 42, 1997, p. 49-66.

2.2 Onderzoeksdomein

Uitgangspunt van het onderzoek was een inventarisatie van beloftevolle en/of niet-passende¹⁵ interventies binnen de curatieve zorg. Bij inclusie of uitsluiting van het verzekerde pakket staat de combinatie van een specifieke interventie bij een specifieke indicatie centraal. Gedurende een eerste inventarisatie werd duidelijk dat het uitvoeren van een *nauwkeurige* en *volledige* doorlichting van het verzekerde pakket over de hele breedte van de “curatieve zorg” niet te realiseren was binnen de looptijd van het onderzoek (van oktober 2005 tot september 2006). Deze inventarisatie heeft geleid tot een breed overzicht van thema’s die interessant kunnen zijn in het kader van pakketbeheer.

In het onderhavige pilot-onderzoek is, omwille van de projectduur, besloten enkele *thema’s* (op het niveau van interventies) nader te onderzoeken. Een thema kan worden gezien als een breder gedefinieerd gezondheidsprobleem waarvoor verschillende interventies kunnen worden toegepast (afhankelijk van de onderliggende aandoening) en waarbij verschillende disciplines betrokken zijn, zowel vanuit de geneeskundige zorg als de paramedische zorg. In overleg met de begeleidingscommissie van dit onderzoek zijn de volgende thema’s geselecteerd voor een nadere uitwerking:

- Hoorproblemen
- Hartfalen
- Angststoornissen
- Lage rugklachten

De thema’s weerspiegelen de breedte van de curatieve zorg. Er is daarom ook nadrukkelijk gekozen voor een onderwerp uit de (curatieve) geestelijke gezondheidszorg omdat deze zorg vanaf 2007 vanuit de zorgverzekering wordt vergoed. Bij de selectie zijn verder in ogenschouw genomen: de prevalentie en incidentie van het gezondheidsprobleem en de ernst van de aandoening (in termen van zorgconsumptie).

2.3 Plan van aanpak om te komen tot een agenda van onderwerpen voor pakketbeheer

Voor de beantwoording van de centrale vragen zijn twee methoden gehanteerd, die onderdeel vormen van het plan van aanpak om te komen tot een agenda van onderwerpen voor pakketbeheer:

1. Literatuuronderzoek (zie paragraaf 2.4)
2. Raadpleging van het veld, met name medisch-wetenschappelijke verenigingen (zie paragraaf 2.5)

¹⁵ Niet omschreven als “gebruikelijke zorg” in een landelijke richtlijn/standaard of anderszins niet werkzaam en/of niet effectief en/of obsoleet of er bestaat onduidelijkheid over werkzaamheid, effectiviteit en/of

In onderstaande paragrafen wordt de gehanteerde aanpak nader uiteengezet.

2.4 Literatuuronderzoek

Om een overzicht te krijgen van belangrijke thema's binnen de curatieve zorg is het literatuuronderzoek naar interventies waarover discussie zou kunnen bestaan omtrent opname/uitsluiting ervan in het basispakket, voorafgegaan door een inventarisatie van de agenda's en recente rapporten en/of adviezen van diverse (inter)nationale onderzoek- en adviesorganisaties.

Naast het onderzoeksprogramma van het CVZ zijn de volgende agenda's of programma's geraadpleegd:

- *Het programma doelmatigheidsonderzoek, ronde 2007-2009 van ZonMw (2005)*

In dit programma zijn thema's gedefinieerd waarbinnen doelmatigheidsonderzoek kan worden aangevraagd. Hiertoe heeft ZonMw het veld rechtstreeks benaderd voor suggesties voor onderzoek naar interventies waarvan de doelmatigheid nog niet vast staat. Het gaat vaak om nieuwe (behandel)methoden, soms om reeds bestaande maar nooit volledig uitgeteste interventies. Deze thema's zijn mogelijk interessant, hoewel we ons ervan bewust zijn dat een onderwerp dat interessant is voor doelmatigheidsonderzoek nog geen onderwerp voor pakketbeslissingen hoeft te zijn. Echter, op gebieden waar veel innovaties plaatsvinden zullen wellicht ook "oudere interventies" niet-gebruikelijke zorg worden en uit het pakket te excluseren zijn.

- *De rapporten van de Gezondheidsraad en van de Raad voor Gezondheidsonderzoek*

De Gezondheidsraad heeft een signaleringstaak, zowel ten aanzien van nieuwe interventies als ten aanzien van (potentiële) ondoelmatigheid. Op basis van de signalen kunnen door de Raad voor Gezondheidsonderzoek prioriteiten voor onderzoek worden geadviseerd.

- *Beleidsstukken van het ministerie van VWS*

Ook de onderwerpen die voor VWS belangrijk zijn of waarover in de Kamer gesproken is (moties) zijn in een eerste inventarisatie in kaart gebracht.

- *Lacunebak Nederland Huisartsen Genootschap (NHG)*

De in 2004 gepubliceerde "Lacunebak" van het NHG is een opsomming van lacunes in de kennis omtrent de zorg die in de richtlijnen van de NHG wordt besproken. Deze inventarisatie is eveneens gebruikt voor het in kaart brengen van mogelijke discussiepunten.

- *Overige bronnen*

Verder zijn de onderwerpen overgenomen die door de Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) zijn geïdentificeerd in het rapport *Health Technology*

kosteneffectiviteit. Gebruikelijke zorg dient hierbij te worden gezien als "ingeburgerd" in de praktijk van de hulpverlener en als zodanig door de beroepsgroep erkend.

*and Decision-making*¹⁶ alsmede de onderwerpen die Braun beschrijft in het rapport *Healthcare: Key technologies for Europe, a synthesis for the European Committee*¹⁷.

Andere bronnen die geïdentificeerd zijn voor mogelijk interessante onderwerpen voor pakketbeheer, presenteerden hun informatie niet in onderzoeksthema's, -agenda's of -programma's. Dientengevolge zijn deze voor de themalijst niet nader bestudeerd. Het betreft de volgende bronnen: Guidelines International Network (GIN), International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, UK), Emergency Care Research Institute (ECRI, USA), Euroscan, DBC-onderhoud en de onderzoekagenda's van Nederlandse onderzoekscholen.

Op basis van de brede inventarisatie van onderzoeksthema's zijn door de begeleidingscommissie vier thema's geselecteerd voor dit pilot-onderzoek (zie paragraaf 2.2). Voor deze vier thema's zijn de lacunes met betrekking tot beschikbare evidentie over werkzaamheid, effectiviteit en kosteneffectiviteit van diverse interventies in kaart gebracht met behulp van nader literatuuronderzoek. De werkwijze is hieronder beschreven.

2.4.1 **Inventarisatie van combinaties van interventie-indicaties**

Om een beeld te krijgen van de huidige praktijk is eerst literatuuronderzoek uitgevoerd naar de meest recente (inter)nationale (multidisciplinaire) richtlijnen met betrekking tot de vier thema's. Hiervoor is gezocht in Medline (PubMed) en de Cochrane Library. Tevens zijn de databases van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Guideline International Network (GIN), National Guideline Clearinghouse (NGC), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), en Guideline Advisory Committee (GAC) onderzocht op de aanwezigheid van richtlijnen. Daarnaast zijn de websites van betrokken specialisten en andere zorgverleners bezocht en bestudeerd op de aanwezigheid van bestaande en in ontwikkeling zijnde richtlijnen.

In aanvulling daarop heeft de onderzoeksgroep zich in deze fase van het literatuuronderzoek eveneens gebogen over de agenda's van diverse (inter)nationale (HTA) onderzoeksorganisaties om recente onderzoeksonderwerpen in relatie tot de vier thema's te bepalen. Issues die vaak onderwerp zijn van doelmatigheidsonderzoek, zijn mogelijk ook interessant als het gaat om pakketbeslissingen. Immers, daar waar onduidelijkheid bestaat over de werkzaamheid, effectiviteit, of doelmatigheid van een bepaalde interventie, is er ook reden tot beperking van de vergoeding voor deze interventie. In dit kader zijn de internationale databases van International Association of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), Medical Services Advisory Committee (MSAC), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), National Horizon Scanning Centre (NHSC), Emergency Care Research Institute (ECRI), en EuroScan nader onderzocht.

De geraadpleegde bronnen zijn geverifieerd door de begeleidingscommissie en door Mw. M. van Amsterdam (verantwoordelijk voor literatuuronderzoek bij het CVZ).

¹⁶ Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health Technology and Decision-making*. Paris: OECD, 2005.

¹⁷ Braun A. *Healthcare: Key technologies for Europe, a synthesis for the European Committee*. 2005

2.4.2 **Analyse van de literatuur: beoordeling passendheid**

Bij de beoordeling van de passendheid van interventies betreffende de vier geselecteerde thema's is uitgegaan van de nationale richtlijnen, die volgens de regels van Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO) zijn opgesteld. Interventies die in een richtlijn worden geadviseerd, worden geacht de gebruikelijke zorg te omvatten: zorg zoals de medische professionals die plegen te bieden. Dat wil zeggen: een (EBRO-)richtlijn wordt geacht de stand van de wetenschap en de praktijk te verwoorden. Interventies die in een richtlijn nadrukkelijk worden afgeraden of worden beschreven als "niet evidence-based" en "niet-gebruikelijk" (d.i. obsoleet, ineffectief, of niet veilig), zijn in dit onderzoek als niet-passend aangeduid en vormen daardoor zogenaamde discussiepunten. Voor deze niet-passende interventies is beschreven op welk vlak de discussie zich toespitst (bijvoorbeeld: er is beperkte evidentie beschikbaar of er bestaat discussie in het veld omtrent de werkzaamheid, de veiligheid of de kosten of de uitbreiding cq. beperking van de indicatiestelling voor de betreffende interventie). In een aantal gevallen adviseert een (multidisciplinaire) richtlijn zorg die niet vanuit het basispakket wordt vergoed. Ook deze interventies zijn opgenomen in de lijst van discussiepunten (dit zijn interventies die mogelijk voor vergoeding vanuit de zorgverzekering in aanmerking komen).

Vervolgens is de internationale wetenschappelijke literatuur geraadpleegd voor interventies die nog niet zijn opgenomen in een nationale richtlijn. Dit betreft met name innovatieve interventies waarover de evidentie voor werkzaamheid, effectiviteit en kosteneffectiviteit in een aantal gevallen nog (te) beperkt is. Ook voor deze beloftevolle interventies is omschreven voor welke indicatiegebieden zij zouden kunnen worden toegepast en wat de discussiepunten (zouden kunnen) zijn. Tevens is per interventie-indicatie aangegeven op basis van welke bronnen de informatie is gebaseerd (zie Appendices D-G).

De interventies die middels het literatuuronderzoek zijn getraceerd binnen de vier thema's zijn ter verificatie voorgelegd aan de begeleidingscommissie. Vervolgens zijn deze onderwerpen ook in een veldraadpleging met vertegenwoordigers van medisch-wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen besproken.

2.5 **Veldraadpleging**

Om een goed beeld te krijgen van de huidige curatieve zorg en discussiepunten die een rol spelen met betrekking tot financiering vanuit de zorgverzekering, zouden idealiter alle betrokken vertegenwoordigers uit het veld moeten worden benaderd: medisch-wetenschappelijke verenigingen, patiëntenverenigingen en verzekeraars. In overleg met de begeleidingscommissie is besloten dat in dit onderzoek in eerste instantie een selectie van de medisch-wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen zou worden benaderd. De selectie van medisch-wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen betrof in de eerste plaats verenigingen die betrokken zijn bij één of meerdere van de geselecteerde thema's. Daarnaast zijn enkele beroepsverenigingen geselecteerd, zoals het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), die uitdrukkelijk betrokken zijn bij één van de thema's en die richtlijnen ontwikkeld hebben (bijv. lage rugklachten). De lijst is aangevuld met een aantal grote medisch-wetenschappelijke verenigingen, vallend onder de Orde van Medisch Specialisten, maar die niet betrokken zijn bij de thema's. Gedurende het onderzoek zijn nog twee koepelverenigingen (Landelijke Huisartsen Vereniging, LHV)

en de vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ, voorheen Vereniging van Adviserend Geneeskundigen bij Ziekenfondsen) betrokken bij de veldraadpleging. De patiëntenverenigingen en verzekeraars (met name gericht op uitvoeringsaspecten van de verzekeringspraktijk) zijn in twee separate onderzoeken door het CVZ benaderd voor een inventarisatie van beloftevolle en/of niet-passende interventies en vallen buiten de scope van dit pilot-onderzoek.

Tijdens de interviews die in het kader van de veldraadpleging zijn afgenomen, is in de eerste plaats ingegaan op het plan van aanpak voor pakketbeheer. Vervolgens is gesproken over de inhoud van het verzekerde pakket en wat mogelijke discussiepunten zijn: nieuwe en beloftevolle interventies en eventuele obsoleete of anderszins “niet-passende” interventies. Hierbij zijn ook interventies besproken die niet gelieerd zijn aan één van de vier gekozen thema’s. Op deze manier is eveneens een groslijst van interventies over de hele breedte van de curatieve zorg ontstaan (zie hoofdstuk 4 voor de resultaten).

In het vervolg van deze paragraaf zal de aanpak van de veldraadpleging worden besproken.

2.5.1 **Benaderingswijze van de verenigingen**

Op basis van de geselecteerde thema’s is in eerste instantie een inventarisatie gemaakt van de betrokken medisch-wetenschappelijke verenigingen. Tevens zijn voorafgaand aan de veldraadpleging de overkoepelende organisaties Orde van Specialisten en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) door het CVZ op de hoogte gesteld van dit onderzoek. Er is volstaan met een brief en schriftelijke informatie over het onderzoek.

Omdat het gaat om een veldraadpleging waarbij pakketbeslissingen centraal staan, heeft het CVZ steeds zelf het initiatief tot contact genomen. De wijze van contact leggen is in een protocol vastgelegd. Door de medisch adviseurs van het CVZ werd telefonisch contact opgenomen met de geselecteerde verenigingen (n=34, zie Appendix A) met het verzoek te participeren in het onderzoek. In dit eerste telefonische contact werd een korte uitleg over het onderzoek gegeven en het belang van participatie van medisch-wetenschappelijke verenigingen werd toegelicht. Door het CVZ is direct hierop volgend een uitnodigingsbrief verstuurd naar de contactpersonen van de geselecteerde verenigingen. In deze brief werd aangegeven dat er telefonisch contact opgenomen zou worden om een afspraak voor een interview vast te leggen.

Na het versturen van de brief is binnen 1-2 weken vanuit het CVZ opnieuw telefonisch contact opgenomen met de vereniging om een afspraak te maken. Deze afspraak is schriftelijk bevestigd, waarbij de onderwerpen van gesprek zijn aangegeven.

2.5.2 **Vorbereiding van de interviews**

Als voorbereiding op de gesprekken met de medisch-wetenschappelijke verenigingen is een interviewprotocol opgesteld (zie Appendix B), waarbij de centrale onderwerpen van het pilot-onderzoek aan de orde kwamen:

- de manier waarop het CVZ pakketbeheer zou moeten gaan uitvoeren
- samenstelling van het verzekerde pakket (beloftevolle en niet-passende interventies binnen de curatieve zorg)

Het interviewprotocol is voorgelegd aan de begeleidingscommissie en vervolgens getest bij twee adviseurs van het CVZ die niet betrokken waren bij het onderzoek. Beide adviseurs van het CVZ hadden enkele relevante toevoegingen en opmerkingen die in het uiteindelijke protocol zijn overgenomen.

In overleg met de begeleidingscommissie is besloten dat de interviews met de medisch-wetenschappelijke verenigingen zouden worden uitgevoerd door één medisch adviseur van het CVZ en één vertegenwoordiger van de onderzoeksgroep. Hiertoe is besloten omdat pakketbeheer de taak is van het CVZ, en het CVZ in de toekomst ook verantwoordelijk zal zijn voor mogelijke veldraadplegingen. De interviewers hebben een “interviewtraining” gevolgd waarbij afspraken zijn gemaakt over de wijze waarop met te verwachten reacties omgegaan diende te worden, de rolverdeling tussen de interviewers, de volgorde van de vragen en de wijze van doorvragen, opname van het interview en de procedure bij de verslaglegging.

Voorafgaand aan het eigenlijke interview is door de medische adviseur van het CVZ een korte toelichting gegeven op de nieuwe taak van het CVZ inzake pakketbeheer, waarna vervolgens het interview werd afgenomen. De gesprekken zijn vastgelegd op tape en later uitgewerkt tot een verslag. Deze verslagen zijn ter correctie en aanvulling naar de geïnterviewden gestuurd.

2.5.3 Analyse van de interviews

Na aanvulling en correctie van de interviewverslagen door de geïnterviewden zijn de antwoorden en motivaties kwalitatief geanalyseerd. Naast een inhoudelijke analyse van de interviews is gekeken naar onderdelen van het interviewproces: hoe de interviews zijn voorbereid door het CVZ en hoe de verschillende verenigingen zijn omgegaan met het verzoek van het CVZ om een gesprek aan te gaan.

Hiervoor is in het bijzonder gekeken naar de volgende punten:

- Hoe vaak voorafgaand aan het interview vanuit de vereniging om nadere informatie is gevraagd
- Hoe de afvaardiging vanuit de vereniging tot stand is gekomen en welke (bestuurs)leden betrokken zijn bij het contact met het CVZ
- Welke voorbereiding de afvaardiging of de vereniging getroffen heeft voorafgaand het interview
- Hoe de procedure ter voorbereiding van de interviews intern bij het CVZ verliep

HOOFDSTUK 3 **Evaluatie van plan van aanpak voor het opstellen van een agenda voor pakketbeheer**

3.1 **Inleiding**

In dit hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag welke aanpak het CVZ in de toekomst kan hanteren om te komen tot een werkbare lijst van interventies in de curatieve zorg die eventueel kunnen worden opgenomen in of uitgesloten van het verzekerde pakket. Hierbij wordt met name ingegaan op het gebruik van literatuuronderzoek en input van relevante actoren.

3.2 **Literatuuronderzoek**

Bij de bespreking van het gebruik van literatuuronderzoek binnen het pilot-onderzoek zal worden ingegaan op de keuze voor een thematische aanpak, de selectie van thema's, de selectie van bronnen en de beoordeling van literatuur (evidence) en onze bevindingen daarbij. Tevens worden aandachtspunten voor vervolgonderzoek besproken.

Thematische aanpak en selectie van thema's

Om te kunnen beoordelen of interventies wel of niet in het verzekerde pakket opgenomen behoren te worden/zijn, dient men over zeer gespecificeerde literatuurgegevens te beschikken. Om deze literatuur te traceren dienen de (nieuwe) interventie, het indicatiegebied voor de interventie en liefst ook mogelijke alternatieven voor de interventie gedefinieerd te zijn. Het is niet mogelijk om - binnen een redelijke termijn - op een dergelijk gespecificeerd niveau alle interventies over de volledige breedte van de curatieve zorg gelijktijdig te bestuderen. Het is daarom van belang dat het onderzoeksdomein afgebakend wordt, waarbij een eerste stap het identificeren van belangrijke thema's binnen de zorg is.

In dit pilot-onderzoek is gebleken dat op basis van de onderzoeksagenda's en signaleringsrapporten van diverse gerenommeerde (inter)nationale instanties een groot aantal thema's in de zorg geïdentificeerd kan worden waarbinnen (nieuwe) interventies kunnen worden getraceerd waarover discussie bestaat met betrekking tot de opname in het

basispakket van de zorgverzekering. Er bleek ook een aanzienlijke overlap te bestaan tussen de verschillende rapporten, agenda's en programma's. Deze eerste brede inventarisatie resulteerde in een lijst van 75 "groene" en "rijpe" thema's. Idealiter zouden alle geïdentificeerde thema's aan een nader literatuuronderzoek moeten worden onderworpen. Voor dit onderzoek zijn in verband met de projectduur vier onderwerpen geselecteerd in nauw overleg met de begeleidingscommissie.

Het verdient aanbeveling dat het CVZ zich in de toekomst opnieuw baseert op de bovengenoemde agenda's, onderzoeksprogramma's, en signaleringsrapporten bij de definiëring van het onderzoeksgebied, blijkens de ervaringen in dit pilot-onderzoek. Een thema dat in meerdere bronnen wordt gedefinieerd zou prioriteit kunnen krijgen bij de ontwikkeling van een agenda voor pakketbeheer.

Selectie van bronnen voor literatuuronderzoek

Een grondige inventarisatie van nieuwe beloftevolle en/of niet-passende interventies vallend onder een thema vereist inzicht in de gebruikelijke zorg, zoals die bijvoorbeeld in richtlijnen wordt beschreven. In het kader van dit onderzoek is daarom in eerste instantie gezocht naar recente richtlijnen (niet ouder dan 5 jaar) via de internetsites van betrokken medisch-wetenschappelijke verenigingen, de NHG, en het CBO. Ook het Diagnostisch Kompas van het CVZ is geraadpleegd voor de vier geselecteerde thema's. Voor het thema angststoornissen is de multidisciplinaire richtlijn opgesteld door de stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling gebruikt (de richtlijn is verkregen via het Trimbos Instituut). In aanvulling hierop zijn Europese en internationale richtlijnen verzameld via diverse websites.

Voor alle thema's zijn zowel recente Nederlandse als Europese richtlijnen gevonden, zij het dat voor hoorproblemen veel minder publicaties voorhanden zijn in vergelijking met de andere drie thema's. Het is echter gebleken dat niet alle Nederlandse (medisch-wetenschappelijke) verenigingen hun richtlijnen op een openbaar gedeelte van het internet publiceren. Ook kan het zijn dat de richtlijnen worden aangepast ten tijde van de literatuurstudie.

Het verdient daarom de aanbeveling dat het CVZ bij de betrokken verenigingen informeert naar (andere) richtlijnen die in ontwikkeling zijn en wat de status is van de gepubliceerde richtlijnen.

Met behulp van Medline en de Cochrane Library is gezocht naar systematische reviews op het terrein van de vier thema's. In systematische reviews kunnen nieuwe ontwikkelingen worden beschreven die nog niet in richtlijnen zijn opgenomen. Deze nieuwe ontwikkelingen kan men eveneens in kaart brengen via informatiepagina's van patiëntenorganisaties en ziekenhuizen, NICE appraisals en organisaties die werkzaam zijn op het terrein van horizonscanning (bijv. ECRI en Euroscan).

De meest recente literatuur met betrekking tot specifieke interventies kan worden getraceerd met behulp van databases waarin medisch-wetenschappelijk onderzoek en systematische reviews worden gepubliceerd, zoals Medline, Cochrane en de database van INAHTA.

Selectie en beoordeling van literatuur

Richtlijnen

In dit onderzoek zijn Nederlandse richtlijnen, indien beschikbaar, leidend geweest bij het in kaart brengen van de gebruikelijke zorg en het identificeren van niet-passende interventies. Daarbij werden zowel multidisciplinaire richtlijnen als mono-disciplinaire richtlijnen gebruikt. De zorg die in de richtlijnen beschreven staat als gebruikelijk of standaard is niet nader bestudeerd of ter discussie gesteld. Onderwerpen waarbij een mono-disciplinaire richtlijn afweek van een multidisciplinaire richtlijn zijn wel als discussiepunten in dit onderzoek meegenomen. Interventies die wel in Europese en internationale richtlijnen maar niet in Nederlandse richtlijnen zijn beschreven, zijn eveneens als discussiepunten genoteerd.

Medisch-wetenschappelijke literatuur

Nieuwe, beloftevolle interventies kunnen beschouwd worden als interventies waarover in de recente literatuur wel informatie te vinden is, maar die nog niet in richtlijnen besproken zijn. Op grond daarvan zijn deze interventies, ongeacht of er reeds randomized clinical trials (RCT's) beschreven waren, door de onderzoekers beschouwd als zijnde “nog geen gebruikelijke zorg” en als discussiepunten genoteerd.

Voor ieder van de vier thema's is in het literatuuronderzoek gebruikt gemaakt van zogenaamde MeSH-termen, waarmee efficiënt artikelen in kaart kunnen worden gebracht. Met name met betrekking tot het thema “hoorproblemen” kon met behulp van de MeSH-term “Hearing loss” weinig literatuur worden gevonden. Een zoekstrategie die de aandoeningen of de interventies specifiek benoemt levert meer treffers op.

Het verdient daarom de aanbeveling dat in vervolgonderzoek veel aandacht wordt gegeven aan de zoekstrategie. Tevens is het aan te bevelen dat de persoon die het literatuuronderzoek uitvoert, bekend is met het thema zodat geen belangrijke zoektermen worden gemist.

Op basis van medisch-wetenschappelijke literatuur zijn afzonderlijke studies over interventies binnen een bepaalde thema in kaart gebracht. Bij het ontbreken van voldoende, goede RCT's is een interventie ook tot discussiepunt benoemd.

Op grond van de recente literatuur is over interventies (die nog niet in richtlijnen beschreven staan) niet op te maken of het om gebruikelijke zorg gaat (en om die reden dus wordt gefinancierd vanuit de collectieve zorgverzekering) of niet. Uit de veldraadpleging bleek bijvoorbeeld dat een tweetal interventies, die op basis van de literatuur aangemerkt konden worden als nieuw en beloftevol voor de behandeling van hartfalen, reeds als gebruikelijke zorg vanuit het basispakket vergoed werden.

De status van nieuwe interventies met betrekking tot het verzekerde pakket dient in gesprekken met medisch-wetenschappelijke verenigingen of eventueel met de koepelorganisatie van de verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZIN), te worden uitgewisseld.

3.3 Veldraadpleging

Hieronder beschrijven wij de bevindingen van de veldraadpleging en de lessen die het CVZ daaruit kan trekken. Om een zorgvuldige procedure voor de benadering van verenigingen

te garanderen is ervoor gekozen om de verenigingen zo persoonlijk mogelijk, via telefonisch contact, te benaderen.

Benaderingswijze

Er bestaat geen discussie over het belang van een veldraadpleging bij het verkrijgen van informatie over de effectiviteit van nieuwe beloftevolle en bestaande interventies. De vraag is of en zo ja, hoe een veldraadpleging georganiseerd kan worden door het CVZ in het kader van de nieuwe taak als pakketbeheerder.

In dit pilot-onderzoek zijn in totaal 27 verenigingen benaderd gedurende de periode van 15 maart tot en met 15 juli 2006 (zie onderstaand tabel).

Benaderde verenigingen	Aantal
	27
Verenigingen betrokken bij de Orde van Medisch Specialisten	17
<i>Beschouwende specialismen</i>	8
<i>Snijdende specialismen</i>	8
<i>Ondersteunende specialismen</i>	1
Beroepsverenigingen voor een specialisme	3
Beroepsverenigingen voor paramedici	1
Verenigingen van huisartsen	2
Verenigingen voor adviserend geneeskundigen	2
Verenigingen voor disciplines werkzaam binnen de geestelijke gezondheidszorg (psychotherapeuten, eerstelijnspsychologen)	2

Het uitgangspunt voor de veldraadpleging was om ongeveer 30 verenigingen te benaderen. Uiteindelijk zijn 34 verenigingen geselecteerd. Daarbij is in ogenschouw genomen of de discipline van de vereniging:

- betrokken is bij zorg met betrekking tot één of meerdere van de thema's; en
- door een groot deel van de Nederlandse populatie wordt geconsulteerd.

In de onderzoeksperiode is met zeven van de geselecteerde verenigingen niet gesproken. Het betreft:

- Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen
- Nederlandse Vereniging van Neurologie
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Geneeskunde (gesproken in september 2006)
- Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten Caesar-Mensendieck
- Nederlandse Vereniging voor Radiologie
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (gesproken in augustus 2006)
- Vereniging voor Audiologie (gesproken in augustus 2006)

Drie van de bovenstaande verenigingen zijn wel benaderd, maar waren niet in de gelegenheid om voor het einde van de interviewperiode een afvaardiging voor het gesprek met het CVZ te formeren. Deze gesprekken hebben inmiddels plaatsgevonden, maar vallen

als zodanig buiten dit pilot-onderzoek. Oorzaken die ten grondslag liggen aan het feit dat de overig geselecteerde verenigingen niet zijn benaderd of niet zijn betrokken in de veldraadpleging betreffen:

- bereikbaarheid van de vereniging (telefonisch en per e-mail)
- de periode van onderzoek: vakantieperiode
- de personele capaciteit binnen het CVZ (onderbezetting dan wel beperkte beschikbaarheid van de medisch adviseurs van het CVZ voor dit onderzoek)

Gedurende het onderzoekstraject bleek dat de verenigingen beter meteen via e-mail benaderd konden worden in plaats van telefonisch en uiteindelijk is dit in de meeste gevallen gebeurd. De medisch-wetenschappelijke verenigingen bleken telefonisch moeilijk bereikbaar en de juiste personen waren vaak op moment van het contact niet aanwezig.

In de toekomst kunnen medisch wetenschappelijke verenigingen bij voorkeur per e-mail benaderd worden, waarna telefonisch contact kan volgen.

Alle verenigingen die per e-mail benaderd zijn, bleken bereid en gemotiveerd om met het CVZ te spreken over de inhoud van het verzekerde pakket en het plan van aanpak dat het CVZ zou kunnen toepassen bij opstellen van een agenda voor pakketbeheer. Geen vereniging heeft geweigerd om aan deze eerste gespreksronde deel te nemen. Tevens heeft geen vereniging commentaar geleverd op de wijze waarop het CVZ contact heeft gezocht.

In de interviews werd door een aantal afvaardigingen genoemd dat zij de veldraadpleging zagen als een mogelijkheid om mee te praten over de inhoud van het huidige verzekerde pakket en nieuwe interventies die in het pakket zouden moeten worden opgenomen.

Organisatie van gesprekken

Vanuit het CVZ is 1 persoon gedurende de interviewperiode ca. 10 uur per week (0,25 FTE) betrokken geweest bij het benaderen van de verenigingen en het plannen van de gesprekken.

Voorafgaand aan de gespreksronde is voorgesteld om de Domus Medica (Utrecht) als locatie voor de interviews te kiezen, tenzij een vereniging een andere locatie wenste als ontmoetingsplaats. De Domus Medica is gekozen vanwege de volgende redenen:

- Centraal gelegen, goed bereikbaar
- Bij vrijwel alle verenigingen bekend
- Voldoende geschikte vergaderruimten beschikbaar

Het organiseren van de interviews in de Domus Medica is probleemloos verlopen. Slechts vier gesprekken hebben plaatsgevonden op andere locaties, dit was altijd op verzoek van de geïnterviewden. Eén vereniging heeft CVZ geadviseerd om de gesprekken in het vervolg ten kantore van het CVZ te organiseren. De reden hiervoor is dat het CVZ zich dan beter zou kunnen profileren.

Motivatie voor participatie

Voorafgaand aan de veldraadpleging is niet overwogen om een vraag te stellen over de motivatie van de verenigingen om te participeren in dit onderzoek. Desalniettemin heeft een aantal verenigingen hierover wel uitspraken gedaan.

Voor de medisch-wetenschappelijke verenigingen is het huidige contact met DBC onderhoud problematisch: procedures zijn langdurig en niet transparant, daarnaast is vaak onduidelijk wie de contactpersoon is. Deze problemen zijn in elk gesprek met een medisch-wetenschappelijke vereniging naar voren gekomen. Vanuit een aantal verenigingen werd de hoop geuit dat het CVZ deze procedures kan versnellen.

Daarnaast zijn er bij veel medisch-wetenschappelijke verenigingen problemen met verzekeraars over bepaalde DBC's. Tijdens de gesprekken werd regelmatig door de bestuursleden informatie ingewonnen hoe men hiermee om zou kunnen gaan.

Uit de interviews is gebleken dat men binnen de medisch-wetenschappelijke verenigingen slechts beperkt op de hoogte is van de wet- en regelgeving met betrekking tot het verzekerde pakket. Tevens heerst er onduidelijkheid over de positie en nieuwe taak van het CVZ. Een aantal verenigingen heeft aangegeven hier graag meer informatie over te ontvangen.

Verenigingen vinden het belangrijk om inspraak te hebben in de procedure van in- en uitstroom van interventies in het pakket en willen om die reden ook graag betrokken blijven. Meermalen werd door een afvaardiging gezegd dat zij zich door de open opstelling van het CVZ in deze gespreksronde gehoord voelde, waardoor een klimaat voor gesprek en onderhandeling is ontstaan. De medisch-wetenschappelijke verenigingen hebben het idee dat het CVZ door zijn inhoudskundigheid een goede gesprekspartner is.

Vorbereiding van het gesprek door verenigingen

De medisch-wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen hebben divers gereageerd op de uitnodiging van het CVZ. Eén vereniging wilde bijvoorbeeld met het voltallige bestuur ingaan op de vragen die in het kader van het onderzoek werden gesteld. Voor de meeste verenigingen (n=20) bestond de afvaardiging uit twee tot vier bestuursleden waaronder meestal de voorzitter. In zes gesprekken is het interview afgenomen bij één afgevaardigde van de vereniging, dit betrof in bijna alle gevallen de voorzitter van de vereniging, in één geval betrof het de voorzitter van de beroepsbelangencommissie.

Over het algemeen lijkt afwachtend gereageerd te zijn op de uitnodiging van het CVZ. Slechts drie verenigingen hebben voorafgaand aan het gesprek contact gezocht met de onderzoeksgroep of met het CVZ betreffende de inhoud van het gesprek en de procedure van de veldraadpleging.

In een aantal gesprekken (n=6) is naar voren gekomen dat de betreffende vereniging het gesprek in het bestuur voorafgaand aan het interview had voorbereid: er waren vragen geformuleerd en er was geïnventariseerd wat beloftevolle ontwikkelingen en discussiepunten in het vakgebied zijn. In andere gevallen kon slechts de persoonlijke mening van een bestuurslid omtrent de methode van pakketbeheer worden opgetekend. Gedurende de interviews is niet systematisch gevraagd hoeveel voorbereiding voorafgegaan is aan het gesprek.

Tevens is gebleken dat het merendeel van de verenigingen minimaal één persoon afvaardigde die betrokken is bij kwaliteitsbeleid (vaak betrof het de voorzitter van de Commissie Kwaliteit). Deze gesprekspartners bleken het best op de hoogte van de stand van de wetenschap en de praktijk. Niet elke afvaardiging was inhoudelijk op de hoogte van

beloftevulle ontwikkelingen of van verouderde en niet meer passende maar nog wel toegepaste interventies.

Op basis van deze bevindingen is het aan te bevelen dat het CVZ zich in toekomstige veldraadplegingen richt op (leden van) de Commissie Kwaliteit van een vereniging of (bestuurs)leden die zich bezig houden met richtlijnontwikkeling.

Verder verzocht een aantal verenigingen het CVZ om meer helderheid over de procedure die het CVZ wil volgen in de veldraadpleging. Hierbij werd aangegeven dat duidelijke instructies wenselijk zijn ten aanzien van de voorbereiding door de vereniging en welke onderwerpen in het gesprek centraal zullen staan. Daarnaast werd er vanuit het veld ook gevraagd om terugkoppeling over de resultaten van de veldraadpleging zodat de verenigingen daar in de toekomst hun beleid op kunnen aanpassen.

Het is belangrijk dat het CVZ voorafgaand aan de gesprekken nauwkeurig aangeeft wat van de verenigingen verwacht wordt in termen van voorbereidende activiteiten. Het CVZ kan helderheid verschaffen door voorafgaand aan de volgende gespreksronde de procedure voor het overleg en de afhandeling ervan te communiceren.

Verenigingen zouden kunnen reageren met het aanstellen van een contactpersoon die zich specifiek richt op de communicatie met het CVZ en zich bezig houdt met pakketvraagstukken binnen het vakgebied. Dit is door twee verenigingen geopperd.

Het verloop van het gesprek

Voorafgaand aan het interview is (door de medisch adviseurs van) het CVZ een korte presentatie gegeven over de wet- en regelgeving met betrekking tot de zorgverzekering, de nieuwe taak van het CVZ en hoe het CVZ deze taak invulling wil gaan geven. Deze inleiding werd goed ontvangen: de verenigingen noemden de uiteenzetting duidelijk en verhelderend, maar was vaak een aanleiding voor het stellen van aanvullende vragen. Enkele verenigingen hebben gevraagd om een inbreng van het CVZ bij de algemene ledenvergadering.

Het interview bestond uit twee gedeelten: een gedeelte gericht op het plan van aanpak om pakketbeheer uit te voeren en een deel met betrekking tot de inhoud van het verzekerde pakket.

De vragen uit het interviewprotocol (zie Appendix B) sloten niet geheel aan bij de kennis van de leden van medisch-wetenschappelijke verenigingen over de wet- en regelgeving met betrekking tot de zorgverzekering. Mede daarom is tijdens de gesprekken het protocol wel als leidraad gebruikt maar is, naar inzicht van de interviewers, ter verduidelijking afgeweken van de letterlijke formulering van de vragen.

In de toekomst zal de aanpak van pakketbeheer geen belangrijk onderwerp van gesprek meer zijn. Er zal dan meer tijd beschikbaar zijn (er was 1,5 uur ingepland voor een gesprek) voor een inhoudelijke discussie over specifieke interventies.

In een aantal gesprekken is gebleken dat een vraag uit het eerste deel van het interviewprotocol (zie Appendix B, vraag 2: Het CVZ stelt voor om tweejaarlijks een veldraadpleging te doen, waarbij onder andere diverse medisch-wetenschappelijke verenigingen worden benaderd. Volstaat volgens u deze frequentie van veldraadpleging

voor het pakketbeheer?) beter aan het eind van het gesprek gesteld had kunnen worden. Het is gebleken dat verenigingen soms pas op het eind van het interview een idee hadden of zij überhaupt betrokken willen blijven en hoe vaak een veldraadpleging zou moeten worden uitgevoerd. Uiteindelijk is de laatste vraag van het interviewprotocol: Welke belangrijke bronnen (literatuur) zijn - naast richtlijnen en standaarden - binnen het vakgebied van uw vereniging bepalend voor een beoordeling van de passendheid van interventies? (zie Appendix B, vraag 8) gedurende de gespreksronde achterwege gelaten omdat de beantwoording door verenigingen geen nieuwe informatie opleverde. De vraag vertoonde volgens de geïnterviewden veel overlap met een eerdere vraag in het interviewprotocol (zie Appendix B, vraag 4: Welke soort informatiebronnen heeft het CVZ nodig om een gebalanceerd pakketadvies uit te brengen?).

Draagvlak voor pakketbeheer

Zowel bij medisch-wetenschappelijke verenigingen als bij beroepsverenigingen heerst het besef dat de kosten voor de gezondheidszorg niet ongelimiteerd kunnen groeien. Het feit dat in Nederland het solidariteitsprincipe voor de gezondheidszorg wordt aangehangen en de beperking bestaat dat de collectief verzekerde zorg niet meer dan ca. 10% van het bruto nationaal product mag omvatten, dwingt de overheid tot het maken van keuzes (in de zorg). Dit is voor de medisch-wetenschappelijke verenigingen een aanvaardbaar gegeven. Verenigingen beseffen dat het aanbod van de zorg, dat vanuit collectieve middelen betaald moet worden, beperkt is en zijn bereid hierover mee te denken. Er is wel enige weerstand tegen het principe dat de uitstroom uit het basispakket gekoppeld zou moeten worden aan de instroom van nieuwe interventies in het pakket: de keuzes dienen gemotiveerd te worden met medisch inhoudelijke argumenten.

In het CVZ zien de verenigingen een onafhankelijk adviseur die deze inhoudelijke argumenten voor een bepaalde keuze kan verwoorden in een advies naar de minister. Het is voor de medisch-wetenschappelijke verenigingen wel van belang dat het CVZ zich in kan leven in de praktijk van de professionals: voor de hulpverleners gaat het niet primair om de kosten, maar om de kwaliteit en inhoud van de zorg voor het individu. Het feit dat het CVZ alleen maar kan adviseren en geen bevoegdheid heeft om besluiten te nemen, stemt een aantal verenigingen sceptisch over de rol van het CVZ in het perspectief van zorg en verzekering.

In vier gesprekken werd aangegeven dat het CVZ niet de grenzen/afkappunten voor de criteria voor pakketbeheer moet vaststellen (zoals beschreven in het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg¹⁸). Rantsoenering is een taak van de overheid of de maatschappij (bijvoorbeeld bepalen wat een gewonnen levensjaar mag kosten). Verenigingen hebben geen uitspraken gedaan over wat de kosten van een (extra) Quality Adjusted Life Year (QALY) zou moeten zijn. Tevens geven de verenigingen aan dat het vraagstuk of zorg al dan niet noodzakelijk is een ethische en daarmee een maatschappelijke en geen medische discussie is.

Door alle medisch-wetenschappelijke verenigingen wordt in het interview gerefereerd aan DBC-onderhoud. Door zeven verenigingen wordt de zorg geuit dat het proces van de instroom van nieuwe interventies in het basispakket wordt vertraagd en tegengewerkt door

¹⁸ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Zinnige en duurzame zorg*. Den Haag: RVZ, 2006.

DBC-onderhoud, het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorg Autoriteit in oprichting (CTG/ZAio) en/of het ministerie van VWS. Het beoordelingsproces door DBC-onderhoud wordt als ondoorzichtig omschreven. Een aantal verenigingen (n=6) spreekt de hoop uit dat de taak van het CVZ de langdurige trajecten bij DBC-onderhoud kan versnellen of omzeilen.

Het is onduidelijk voor de (para)medici welke rol de verschillende instanties precies hebben ten aanzien van de financiering van de zorg (vanuit de zorgverzekering). Men heeft te maken met afzonderlijke verzekeraars, met de financiële administratie van de ziekenhuizen, met DBC-onderhoud en het CTG en met het CVZ. Deze onduidelijkheid blijkt mede uit het feit dat onderwerpen worden aangesneden waar het CVZ geen verantwoordelijkheid voor draagt. Hierbij valt te denken aan problemen met de tarifiering van een specifieke DBC of problemen met declaratie vanwege de omschrijving van een DBC.

Er wordt door de geïnterviewden aangedrongen op een goede afstemming en communicatie naar het veld. Een kwart van de verenigingen vindt dat het pakketbeheer gebaseerd moet zijn op een regulier overleg met de medisch-wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen.

Om tot besparingen in de zorg te komen, wat door verschillende verenigingen wordt gezien als het doel van pakketbeheer, dienen volgens enkele verenigingen de organisatie van zorg (het “wie” en het “waar”) en de kwaliteit van zorg (ook) in ogenschouw te worden genomen. Dit zijn echter aspecten die met de invoering van het huidige systeem door de verzekeraars moet worden gecontroleerd en nadrukkelijk niet in de zorgverzekeringswet zijn opgenomen.

Het merendeel van de verenigingen zegt zich geen goed idee te kunnen vormen van wat het pakketbeheer door het CVZ in de praktijk (voor de verenigingen) gaat betekenen. Zij hebben geen goed beeld van welke inspanningen er van hen worden verwacht. Er heerst onduidelijkheid over of het CVZ de evidentie van alle medische handelingen in kaart wil brengen en hoe zij dit in de praktijk gaat uitvoeren. In een aantal gesprekken (n=6) wordt het voorstel gedaan om het pakket thematisch te bestuderen, waarbij de reeds bestaande richtlijnen een ingang voor discussiepunten kunnen zijn. De verenigingen kunnen zich voorstellen dat de gesprekken in het kader van het pakketbeheer ook kunnen gaan over zogenaamde rode DBC's: diagnosebehandelcombinaties die wegens een voorgaande pakketmaatregel niet meer tot het huidige verzekerde pakket behoren.

Contactfrequentie

Een ruime meerderheid van de verenigingen (n=18) is van mening dat alleen een cyclische en systematische veldraadpleging, die geïnitieerd wordt door het CVZ, niet voldoende is om op een zorgvuldige en accurate wijze het verzekerde pakket te beheren. Pakketbeheer zou een continu proces moeten zijn waar de verenigingen ook een verantwoordelijkheid in hebben. De verenigingen geven aan dat zij een pro-actieve rol kunnen spelen bij de identificatie van ontwikkelingen in hun vakgebied en het verzamelen van beschikbare evidentie met betrekking tot deze interventies.

De verenigingen vinden het belangrijk om in de periode tussen twee veldraadplegingen over de mogelijkheid te beschikken om contact op te nemen met het CVZ om nieuwe ontwikkelingen te

melden. Dit contact kan plaatsvinden via een speciale website of afdeling maar het liefst via een vaste contactpersoon.

De verenigingen die in deze gespreksronde betrokken zijn geweest, waren verdeeld over de vraag hoe frequent het CVZ de verenigingen zou moeten raadplegen. Als de mogelijkheid bestaat dat verenigingen zelf ook contact op kunnen nemen met het CVZ, verwachten 15 verenigingen geen problemen met een veldraadpleging die eens in de twee jaar plaatsvindt, zoals dat wordt voorgesteld door het CVZ. Drie van deze verenigingen, alle beschouwende specialismen, verwachten dat op termijn ook een lagere frequentie mogelijk is. De reden hiervoor is dat de ontwikkeling in deze vakgebieden niet zo snel gaan.

De snijdende specialisten vragen over het algemeen juist om een frequentere raadpleging. Een jaarlijkse frequentie wordt door zes verenigingen voorgesteld en twee verenigingen stellen een hogere frequentie van contact voor.

Twee verenigingen vragen zich af of het voor het CVZ wel haalbaar is om alle verenigingen binnen twee jaar te spreken en alle gesprekken te verwerken tot adviezen aan het ministerie. Dat is mede afhankelijk van hoeveel adviseurs het CVZ voor deze taak beschikbaar heeft en hoezeer deze personen zijn ingevoerd in de specifieke materie.

Het CVZ kan alleen op een goede wijze het pakketbeheer uitvoeren als zij voldoende formatie hiervoor beschikbaar heeft en de medisch adviseurs over voldoende kennis beschikken met betrekking tot de specifieke vakgebieden.

Een tweejaarlijkse raadpleging is mogelijk indien verenigingen voldoende de mogelijkheid krijgen om zich ook in de periode tussen twee gespreksrondes tot het CVZ te wenden.

Betrokken partijen bij een raadpleging

Medisch-wetenschappelijke verenigingen vinden het belangrijk dat een wetenschappelijke motivatie de in- of uitsluiting van een interventie in het pakket bepaalt. Zij stellen het CVZ voor om alle verenigingen van de Orde van Medisch Specialisten te betrekken. Er bestaat bij een aantal verenigingen om dezelfde reden twijfel of buiten medisch-wetenschappelijke verenigingen ook beroepsverenigingen en patiëntenverenigingen een bepalende/beslissende rol zouden moeten hebben bij de agendabepaling en besluitvorming voor het verzekerde pakket. Patiëntenverenigingen zijn bijvoorbeeld heel specifiek gericht op één aandoening of een groep van aandoeningen: ze missen daardoor het breder perspectief. Tegelijkertijd worden patiënten wel gezien als een belangrijke partij: in een gezondheidszorgsysteem gebaseerd op marktwerking bepalen zij uiteindelijk welke zorg ze (collectief) wel en niet willen. De medewerkers van een patiëntenvereniging kunnen waarschijnlijk ook het best aangeven wat de ziektelast van een ziekte is. Om die reden is het belangrijk het patiëntenperspectief wel te betrekken. Patiëntenverenigingen zijn echter zeer talrijk en het zou een grote werkbelasting zijn om deze verenigingen allemaal standaard te betrekken in een veldraadpleging. Een aantal medisch-wetenschappelijke verenigingen stelt daarom voor om de patiëntenverenigingen ad hoc uit te nodigen, bijvoorbeeld bij de bespreking van een (vooraf) bepaald thema.

De medisch-wetenschappelijke verenigingen noemden ook de aanpalende paramedische beroepsgroepen als interessante gesprekspartners als het een thema betreft waar paramedici zorg bieden.

Buiten medisch georiënteerde instanties en verenigingen worden als interessante gesprekspartners genoemd: de ombudsman en/of de consumentenbond, werkgeversorganisaties, verzekeringsmaatschappijen, en eventueel de industrie. Als argumenten voor het betrekken van de industrie wordt genoemd dat de industrie als eerste met nieuwe ontwikkelingen komt en dat zij ook onderzoek financieren. De industrie wordt door andere verenigingen juist genoemd als partij die niet betrokken zou moeten worden bij de pakketdiscussies. Deze verenigingen geven aan dat de bijdrage van de industriële partners teveel door economische belangen bepaald zou worden.

De medisch-wetenschappelijke verenigingen raden het CVZ aan om partijen in de veldraadpleging te betrekken die in staat zijn om uitspraken te staven met valide wetenschappelijke gegevens die voor de beoordeling van interventies noodzakelijk is. Hierbij dient te worden opgemerkt dat bepaalde disciplines een langere traditie hebben om wetenschappelijk onderzoek te publiceren en "evidence-based" te handelen dan anderen.

Omdat het noodzakelijk is om het aantal gesprekken te beperken, kunnen niet alle patiëntenverenigingen op een regelmatige basis worden betrokken in een systematische veldraadpleging. Omdat de visie van de patiënten voor het CVZ wel belangrijk is zouden zij ad hoc bij de bespreking van een bepaald thema uitgenodigd kunnen worden.

Informatiebronnen

Over de bronnen die het CVZ zou moeten gebruiken zijn de betrokken verenigingen betrekkelijk eensgezind: *een veldraadpleging dient een belangrijk, zo niet het belangrijkste onderdeel uit te maken van de informatiestroom naar het CVZ. Verder zijn de richtlijnen, hetzij uitgebracht door de vereniging zelf of in multidisciplinair verband, een belangrijke informatiebron. Richtlijnen moeten wel altijd aangevuld worden met recente literatuur* omdat richtlijnen zelden volledig up-to-date zijn. Sommige verenigingen opperen dat het een taak is voor de vereniging om de stand van de wetenschap (en de praktijk) in het vakgebied vanuit de richtlijnen en de recente literatuur in kaart te brengen en hierover verslag uit te brengen aan CVZ tijdens de (tweejaarlijkse) bijeenkomsten.

Opvallend is dat geen enkele vereniging de sites van het Engelse National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) of de Amerikaanse Food and Drugs Administration (FDA) noemt. Volgens de verenigingen is de gezondheidszorg in Engeland en de VS anders georganiseerd en gefinancierd, wat implicaties heeft voor het aanbod van de zorg. Buitenlandse richtlijnen en adviezen zijn daarom in sommige opzichten afwijkend van de Nederlandse en om die reden dient enige voorzichtigheid in acht genomen te worden met het trekken van conclusies op basis van buitenlandse richtlijnen.

Enkele verenigingen geven beleidsnota's, standpuntnota's of jaarverslagen aan als documenten waarin gegevens over de huidige praktijk zijn gerapporteerd. Het betreft met name verenigingen die werkzaam zijn in de eerste lijn en in de GGZ en waarvoor tot op heden geen DBC's zijn opgesteld. Voor de meeste specialismen in de tweede lijn dient de DBC-registratie als zodanig. Echter niet alle curatieve zorg is in DBC's gevat.

Om op de hoogte te blijven van de meest recente ontwikkelingen in het vakgebied wordt het CVZ door enkele verenigingen (n=3) uitgenodigd voor het bijwonen van landelijke congressen of (algemene) ledenvergaderingen.

Principes van pakketbeheer

Op de vraag of de leden van de vereniging reeds voorafgaand aan het gesprek bekend waren met de principes voor pakketbeheer zoals het CVZ die wil gaan hanteren antwoorden 15 afvaardigingen bevestigend: het zijn algemene begrippen en het is de geïnterviewden niet vreemd dat de noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en de uitvoerbaarheid van de zorg wordt bestudeerd. Op de vraag wat men er van vindt dat deze criteria als toetsingscriteria voor het verzekerde pakket zullen worden gehanteerd, antwoorden vijf vertegenwoordigingen dat zij daar geen problemen mee hebben. Ongeveer de helft (n=13) van alle gesproken verenigingen vindt echter dat deze *begrippen eerst beter gedefinieerd moeten worden voordat zij daarover een uitspraak kunnen doen. Daarnaast zouden de verenigingen graag helderheid willen hebben over hoe het CVZ deze criteria gaat hanteren.*

Tien verenigingen geven bijvoorbeeld aan dat het niet duidelijk is hoe het CVZ het criterium kosteneffectiviteit zal gaan gebruiken in het kader van pakketbeheer. Hierbij worden de volgende opmerkingen geplaatst:

In de eerste plaats ontbreekt er vaak evidentie over de kosteneffectiviteit van interventies. De vraag leeft of het CVZ voor alle interventies die momenteel vanuit het basispakket worden vergoed informatie over de kosteneffectiviteit gaat verzamelen. Voor nieuwe interventies is onduidelijk welke kosten moeten worden meegenomen in de analyses, alleen direct medische kosten of ook maatschappelijke kosten. Verder is het nog ongewis waar voor het CVZ de grens ligt tussen aanvaardbaar en onaanvaardbaar hoge kosten.

Een kritische noot met betrekking tot het voorgaande punt is, dat er onvoldoende budget beschikbaar is om grootschalige en langlopende onderzoeken te realiseren om met name de kosteneffectiviteit te bepalen. Ook industriële partijen zullen niet voldoende budget voor onderzoek beschikbaar stellen. De criteria zijn alleen houdbaar als er ook middelen voorhanden zijn om de benodigde informatie aan te kunnen leveren. In één gesprek werd genoemd dat een aanpak waarbij de evidentie van nieuwe interventies door het CVZ wordt getoetst, ook een positieve weerslag zou kunnen hebben op wetenschappelijk onderzoek (meer en beter onderzoek) en de financiële mogelijkheden daarvoor (groter budget voor subsidies).

Tevens is de meerwaarde van een interventie op de kwaliteit van leven niet altijd goed te bepalen. Het is dus niet altijd mogelijk om de kosten per Quality Adjusted Life Years (QALY's) te presenteren. De vraag leeft hoe de verschillende interventies dan worden vergeleken.

In een aanzienlijk aantal interviews (n=7) is opgemerkt dat de politiek (de maatschappij) de grenzen van de zorg zou moeten aangeven. In twee gesprekken is aangegeven dat de grenzen wellicht afhankelijk zouden moeten zijn van het doel van de zorg. Eén vereniging heeft bijvoorbeeld aangegeven dat voor zorg die op genezing gericht is eventueel hogere kosten gemaakt mogen worden in vergelijking met zorg die gericht is op levensverlenging of palliatie. Eén vereniging noemt dat er een verschil zou moeten zijn tussen de grenzen gesteld aan (primaire) preventieve zorg en aan curatieve zorg.

3.4 Panelrondes met experts

Als aanvulling op het literatuuronderzoek en de veldraadpleging is het van belang dat het CVZ in de toekomst één of meerdere expertmeetings organiseert om te komen tot een lijst van interventies, die eventueel kunnen worden opgenomen of uitgesloten van het verzekerde pakket. De expertmeeting(s) zijn bedoeld om interventies, waarover op basis van literatuuronderzoek en de veldraadpleging discussie bestaat, voor te leggen aan een expertpanel voor advies en beoordeling. Op deze manier is het mogelijk om op een robuuste manier te komen tot een werkbare lijst van interventies.

Een methode om opinies van deskundigen op een gevalideerde manier te structureren is de RAND Appropriateness Method (RAM). Deze methodiek is midden jaren tachtig ontwikkeld door RAND en UCLA School of Medicine, om de passendheid van medische zorg te bepalen aan de hand van een gemodificeerde Delphi-methode. Deze methode combineert de beschikbare wetenschappelijke kennis met een gezamenlijk oordeel van deskundigen ten aanzien van de passendheid van een behandeling voor een specifieke patiënt.

Het opzetten en uitvoeren van een RAM is gezien de doorlooptijd van dit onderzoek geen onderdeel van studie geweest. Aangezien het een essentieel onderdeel is van de aanpak waarmee het CVZ in de toekomst een werkbare lijst van interventies binnen de curatieve zorg kan samenstellen, is een voorstel voor het organiseren van expertmeetings beschreven in Appendix C.

In de toekomst zou een panelronde met experts op geleide van het voorstel dat in Appendix C wordt gepresenteerd de uitkomsten van dit onderzoek kunnen vervolmaken.

Dit hoofdstuk beschrijft achtereenvolgens de resultaten van de literatuurstudie en de veldraadpleging met betrekking tot de thema's hoorproblemen, hartfalen, angststoornissen en lage rugklachten. Tevens worden de resultaten van de interviews met betrekking tot de overige inhoud van het verzekerde pakket weergegeven. In hoofdstuk 2 worden de gehanteerde methoden nader omschreven.

Onderstaand worden, per thema, onderwerpen voor pakketdiscussie weergegeven, waarbij onderscheid wordt gemaakt naar:

- interventies die mogelijk in aanmerking komen voor opname/instroom in het verzekerde pakket;
- interventies die mogelijk in aanmerking komen voor uitsluiting/uitstroom van het verzekerde pakket;
- interventies die mogelijk nader moeten worden omschreven binnen het verzekerde pakket.

Hiermee kan een antwoord gegeven worden op de tweede centrale vraag van dit onderzoek: Is het in de praktijk mogelijk om met behulp van het ontwikkelde plan van aanpak te komen tot een lijst van interventies binnen de curatieve zorg, die eventueel kunnen worden opgenomen of uitgesloten van het verzekerde pakket?

Ten aanzien van de resultaten van de interviews kan opgemerkt worden dat de input van de verenigingen wisselend was. Niet alleen het karakter van de nieuwe ontwikkelingen in de zorg verschilde per vereniging, ook het aantal nieuwe interventies varieerde enorm. In de interviews kwam naar voren dat de snijdende specialismen over het algemeen meer interventies noemden in vergelijking met de beschouwende specialismen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de ontwikkelingen in beschouwende vakgebieden vaker op het medicamenteuze vlak liggen en derhalve geen onderwerp van gesprek waren. Een tweede verklaring zou kunnen zijn dat er binnen de snijdende specialismen meer innovaties plaatsvinden omdat het van nature sneller ontwikkelende of veranderende vakgebieden zijn. Een derde mogelijke verklaring is dat toeval het verschil verklaard. Een aantal verenigingen heeft aangegeven niet precies te hebben kunnen inschatten wat het CVZ verwachtte van het gesprek en als zodanig onvoorbereid aan het interview deelnam.

In ieder geval is duidelijk geworden dat de medisch-wetenschappelijke verenigingen een bijdrage kunnen leveren aan het signaleren van nieuwe ontwikkelingen in de zorg op hun vakgebied. Tijdens de veldraadpleging is niet alleen specifiek gevraagd naar nieuwe of

beloftevollere *interventies* maar is ook in meer algemene zin gesproken over nieuwe en beloftevollere *ontwikkelingen*, zoals op het gebied van de organisatie van zorg. Met name de Commissies Kwaliteit zijn goed op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen. De bijdrage aan de agenda van “discutabele” interventies is vanuit de medisch-wetenschappelijke verenigingen veel beperkter. Een veelgehoord argument hiervoor is dat sinds de invoering van het DBC-registratiesysteem alle “onzinnige zorg” niet meer gedeclareerd zou kunnen worden. Echter, de gevolgen van de invoering van DBC’s voor het “opschonen” van het pakket zijn marginaal gebleken.

Een aantal verenigingen heeft aangegeven dat er nog interventies bestaan waarvoor inmiddels ook alternatieven voor handen zijn (meestal minder invasief, vaak met hogere direct-medische kosten). Echter, de “oudere” interventies worden in specifieke gevallen toch nog toegepast en dientengevolge zouden deze interventies nog niet buiten het basispakket mogen vallen. Er zal volgens de verenigingen een spontane “fading out” plaatsvinden van interventies waarvoor alternatieven gevonden die minder invasief zijn (effectiever) en die maatschappelijke kostenbesparingen kunnen opleveren.

Een andere bevinding bij het samenstellen van de lijst met onderwerpen betreft het feit dat de verenigingen zelf (ook) niet goed het onderscheid konden maken of een probleem nu te maken had met vergoeding op basis van de zorgverzekeringen of met de formulering van een DBC.

Hierdoor zijn de lijsten van onderwerpen die hieronder worden gepresenteerd geen uitputtende lijsten. Ze kunnen beschouwd worden als voorbeelden voor pakketdiscussie waarvoor nader onderzoek en bespreking in een expertpanel noodzakelijk is. Zoals reeds vermeld merken wij op dat medicamenteuze onderwerpen en hulpmiddelen geen onderwerp van studie zijn geweest in dit pilot-onderzoek.

Er is in het kader van de leesbaarheid voor gekozen om in dit hoofdstuk uitsluitend de geïnventariseerde interventies te presenteren. In Appendices D-G worden de resultaten met betrekking tot de vier thema’s, inclusief literatuurverwijzingen gepresenteerd.

4.1 Hoorproblemen

4.1.1 Definitie

Onder hoorproblemen wordt in dit verband verstaan ieder gehoorverlies, zowel perceptief verlies (door aandoeningen aan het slakkenhuis of de gehoorzenuw) als geleidingsverlies (door onderbreking van de gehoorketen, cerumen of ontstekingsvocht). Zowel de hoorproblemen die bij kinderen spelen als bij ouderen worden in ogenschouw genomen.

4.1.2 Resultaten van het literatuuronderzoek

Op basis van het literatuuronderzoek zijn vijf interventies op het terrein van behandeling van hoorproblemen in kaart gebracht, die mogelijk interessant zijn in het kader van pakketbeheer:

- Buisjes voor gehoorklachten bij otitis media met efusie bij kinderen. Hiervan zou de kosteneffectiviteit niet vastgesteld zijn

- Bone Anchored Hearing Aids (BAHA's), eventueel tweezijdig. Deze hulpmiddelen worden gedeeltelijk niet vergoed en de effectiviteit is niet voldoende vastgesteld
- Tweezijdige toepassing van cochleaire implantaten (CI) bij volwassenen. Hierover is onvoldoende evidentie ten aanzien van de effectiviteit en kosteneffectiviteit
- Tweezijdige toepassing van Auditory Brainstem Implants (ABI's) bij volwassenen. Hierover is onvoldoende evidentie met betrekking tot de effectiviteit en kosteneffectiviteit
- Toepassing van hyperbare zuurstof bij plots doofheid. Hiervoor ontbreekt evidentie voor werkzaamheid

Voor een nadere omschrijving van deze interventies, zie Appendix D.

4.1.3 Resultaten van de veldraadpleging

In bespreking met de Nederlandse Vereniging van Keel Neus en Oorartsen (KNO), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) zijn de volgende discussiepunten gebleken.

Er is in het KNO-vakgebied geen sprake van discussie over het toepassen van trommelvliesbuisjes: bij specifieke indicatiestelling is de effectiviteit gebleken en derhalve worden zij nog steeds toegepast. Naast hoorproblemen is pijn een belangrijke indicatie voor het geven van trommelvliesbuisjes. Het feit dat deze interventie op de lange termijn niet lijkt bij te dragen aan de leerprestaties van kinderen is voor artsen geen goed argument om deze interventie uit te sluiten van vergoeding uit het basispakket.

De eerste verstrekking van BAHA's wordt sinds 1 januari 2005 volledig beschouwd als medisch specialistische zorg (zowel de implantatie van de schroef als het hoortoestel) en wordt betaald uit het ziekenhuisbudget, niet direct uit de zorgverzekering. De vervanging of aanpassing van het uitwendige hoortoestelonderdeel van de BAHA valt onder de regeling hulpmiddelen en wordt derhalve wel uit de basisverzekering vergoed, net als een gewoon hoortoestel. Discussies in het werkveld betreffen momenteel de indicaties voor tweezijdige toepassing van een BAHA. Momenteel wordt een BAHA niet vergoed bij eenzijdige doofheid maar kan wel tweezijdig vergoed worden indien tweezijdige doofheid bestaat en mits tweezijdige toepassing leidt tot voldoende verbetering in richtinghoren en spraakverstaan. De ziekenhuizen vragen nu om een aanpassing van hun budget.

De plaatsing en vervanging van CI's vallen sinds 2005 volledig onder de medisch specialistische zorg en wordt derhalve betaald uit het ziekenhuisbudget. Budgetten en tarieven moeten daarvoor nog worden aangepast. Ook voor CI's en ABI's bestaan de discussies over het al dan niet tweezijdig implanteren bij volwassenen: de kosteneffectiviteit van een tweezijdige behandeling is daarbij het discussiepunt. ABI's zijn voornamelijk experimentele zorg.

Voor de toepassing van hyperbare zuurstof bij hoorstoornissen is momenteel geen enkel wetenschappelijk bewijs geleverd en de benaderde verenigingen staan achter het besluit deze toepassing niet uit de zorgverzekering te vergoeden.

Naast de discussiepunten die ook in de literatuur waren gevonden hebben de betrokken specialisten in de veldraadpleging geen andere discussiepunten genoemd met betrekking

tot hoorproblemen. De LHV geeft aan, dat ter discussie zou mogen staan of voor de vergoeding van een hoortoestel de consultatie van een KNO-arts in alle gevallen noodzakelijk is. Ook huisartsen zouden de audiometrie kunnen uitvoeren die de indicatie voor een hoortoestel (op oudere leeftijd) onderschrijft.

4.1.4 **Samenvatting**

Onderstaand worden de discussiepunten op het gebied van hoorproblemen, zoals is gebleken uit het literatuuronderzoek en de veldraadpleging, samengevat.

Discussiepunten op het gebied van hoorproblemen	
Veelbelovende interventies voor mogelijke opname/instroom in het verzekerde pakket	<ul style="list-style-type: none"> • Tweezijdige toepassing van CI • Tweezijdige toepassing van ABI • BAHA toepassing tweezijdig • Audiometrie door de huisarts
Interventies die mogelijk nader moeten worden omschreven binnen het verzekerde pakket	<ul style="list-style-type: none"> • Buisjes bij otitis media
Niet passende interventies, mogelijke uitsluiting/uitstroom van het verzekerde pakket	<ul style="list-style-type: none"> • Er zijn geen discussiepunten gevonden

De interventies, die in bovenstaande tabel worden genoemd, zouden nader moeten worden besproken in een expertmeeting om te komen tot een werkbare lijst van interventies (zie voor de organisatie van expertmeetings paragraaf 3.4).

4.2 **Hartfalen**

4.2.1 **Definitie**

Chronisch hartfalen (decompensatio cordis) kan in dit verband worden omschreven als het klinisch beeld van klachten en verschijnselen die direct of indirect het gevolg zijn van een langdurig bestaand tekortschieten van de pompfunctie van het hart (met name van de linker ventrikel).

Bij verdenking op hartfalen kunnen verschillende interventies worden toegepast om de diagnose te stellen en vervolgens zijn, mede afhankelijk van de ernst van het hartfalen¹⁹ en het onderliggend lijden, verschillende behandelingen mogelijk.

¹⁹ Om de ernst van hartfalen te beschrijven wordt vaak de classificatie van de New York Heart Association (NYHA) gebruikt. Deze classificatie is gebaseerd op beperkingen in fysieke activiteit.

Klasse 1: Patiënten zonder beperking van fysieke activiteit. Normale activiteit veroorzaakt geen klachten.

Klasse 2: Patiënten met een geringe beperking van fysieke activiteit. Geen klachten in rust, maar wel bij matige fysieke activiteit.

Klasse 3: Patiënten met een duidelijke beperking van de fysieke activiteit. Geringe inspanning geeft klachten.

Klasse 4: Patiënten met ernstige beperkingen in de fysieke activiteit. Klachten zijn ook in rust aanwezig.

4.2.2 Resultaten van het literatuuronderzoek

Op basis van het literatuuronderzoek zijn 19 discussiepunten gevonden.

Voor de volgende interventies is onvoldoende evidentie in de literatuur gevonden voor wat betreft werkzaamheid en/of kosteneffectiviteit:

- Bepaling van de hartfrequentievariabiliteit
- Draagbare echoapparatuur
- Radionuclide ventriculografie
- Telecardiologie-applicaties (voor transmissie van echocardiografische data)
- Remote monitoring systemen bij pacemakers en defibrillatoren
- Zuurstof en Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) bij apneu
- Psychologische interventies zoals cognitieve gedragstherapie, counseling en support
- Celacade systeem bij infecties aan het hart bij hartfalen

Voor de volgende interventies dient het indicatiegebied nader gespecificeerd te worden:

- Oefentherapie bij chronisch hartfalen (NYHA klasse II en III)
- Coronaire angiografie
- Biventriculaire stimulatie
- Internal Cardial Defibrillator
- Intra-aortale ballonpomp (IABP)
- Left Ventricular Assist Device (LVAD)
- Kunsthart

De volgende interventies worden gezien als obsoleet:

- Batistaprocedure in de eindfase van chronisch hartfalen
- Wikkelhart in de eindfase van chronisch hartfalen

Voor een nadere omschrijving van deze interventies, zie Appendix E.

4.2.3 Resultaten van de veldraadpleging

Thoraxchirurgen, cardiologen, huisartsen, klinisch geriater, internisten en fysiotherapeuten zijn zorgverleners die zich bezig houden met de zorg voor patiënten met chronisch hartfalen. In de gesprekken met klinisch geriater, huisartsen en fysiotherapeuten is niet specifiek ingegaan op het thema hartfalen. Door deze verenigingen zijn ook niet op eigen initiatief beloftevolle dan wel discutabele interventies genoemd met betrekking tot de zorg bij chronisch hartfalen. Internisten behandelen hartfalen medicamenteus, wat tijdens dit onderzoek buiten beschouwing is gelaten. De thoraxchirurgen noemden een interventie die niet op basis van het literatuuronderzoek naar voren was gekomen. Het gaat om de Corcap (een kous om het hart om het te ondersteunen), een nieuwe ontwikkeling waarvoor nog onvoldoende evidentie beschikbaar is omtrent werkzaamheid, effectiviteit en

kosteneffectiviteit. De FDA keurt deze interventie nog niet goed bij gebrek aan bewijs over de werkzaamheid en veiligheid.

Door de verenigingen van cardiologie en thoraxchirurgie werden de volgende opmerkingen gemaakt ten aanzien van de lijst die op basis van de literatuur is opgemaakt:

- De meting van de hartfrequentievariabiliteit is een irrelevant discussiepunt want die meting wordt automatisch gegenereerd bij een ECG en wordt nooit apart aangevraagd
- BNP wordt vergoed indien aangevraagd door de huisarts
- De toepassing van de CPAP is inmiddels geaccepteerde en gebruikelijke zorg
- De draagbaarheid van echoapparatuur is niet interessant in een discussie of echo wel of niet in het pakket thuishoort
- Coronaire angiografie is een interventie waarvoor het indicatiegebied zal worden versmald, maar het zal in geval van een operatie altijd noodzakelijk blijven
- Het wikkelhart en de Batistaprocedure zijn geen onderwerpen van discussie meer, deze interventies worden ook niet meer toegepast
- In Nederland is er momenteel nog geen discussie over de IABP, de LVAD en het huidige kunsthart als het als overbrugging en niet als permanente interventies worden toegepast. Wellicht komt deze discussie wel op gang door ontwikkelingen in het buitenland
- Celacade is nog onbekend bij de vertegenwoordigers van de verschillende verenigingen

Opgemerkt is dat voor een bespreking van dit thema eigenlijk met een bredere afvaardiging gesproken moet worden, mogelijk zelfs in multidisciplinair verband.

De specialisten kunnen geen uitspraken doen over zorg die niet binnen hun eigen vakgebied ligt omdat zij niet goed genoeg op de hoogte zijn van de literatuur buiten het eigen vakgebied.

4.2.4 **Samenvatting**

Onderstaand worden de discussiepunten op het gebied van hartfalen zoals is gebleken uit het literatuuronderzoek en de veldraadpleging samengevat.

Discussiepunten op het gebied van hartfalen	
Veelbelovende interventies voor mogelijke opname/instroom in het verzekerde pakket	<ul style="list-style-type: none"> • Radionuclide ventriculografie • Telecardiologie-applicaties (voor transmissie van echocardiografische data) • Remote monitoring systemen bij pacemakers en defibrillatoren • Psychologische interventies zoals cognitieve gedragstherapie, counseling en support • Celacade systeem bij infecties aan hart • Corcap
Interventies die mogelijk nader moeten worden omschreven binnen het verzekerde pakket	<ul style="list-style-type: none"> • Biventriculaire stimulatie • Internal Cardial Defibrillator • Intra-aortale ballonpomp • Left Ventricular Assist Device (LVAD) • Kunsthart • Coronaire angiografie • Oefentherapie bij chronisch hartfalen NYHA klasse II en III
Niet passende interventies, mogelijke uitsluiting/uitstroom van het verzekerde pakket	<ul style="list-style-type: none"> • Er zijn geen discussiepunten gevonden

De interventies, die in bovenstaande tabel worden genoemd, zouden nader moeten worden besproken in een expertmeeting om te komen tot een werkbare lijst van interventies (zie paragraaf 3.4).

4.3 Angststoornissen

4.3.1 Definitie

Bij de raadpleging van de literatuur is de DSM IV indeling als uitgangspunt genomen, hoewel hierover binnen de GGZ discussie bestaat. De volgende angststoornissen worden onderscheiden: paniekstoornis met en zonder agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, obsessief compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis en posttraumatische stressstoornis. Hypochondrie wordt in de DSM IV ingedeeld bij de somatoforme stoornissen, maar omdat hierbij de bovenmatige angst voor een ernstige ziekte centraal staat wordt hypochondrie in dit geval aangeduid als een angststoornis.

4.3.2 Resultaten van het literatuuronderzoek

Op basis van het literatuuronderzoek zijn 10 interventies op het terrein van behandeling van angststoornissen in kaart gebracht, die mogelijk interessant zijn in het kader van pakketbeheer. Over het algemeen zijn de geraadpleegde richtlijnen eenduidig: cognitieve gedragstherapie wordt geadviseerd als eerste keuze in de behandeling van angststoornissen.

Voor de algemene indicatie “angststoornissen” zijn de volgende discussiepunten gevonden:

- Cognitieve gedragstherapie via het internet
- Andere psychologische interventies dan gedragstherapie

- Oefentherapie en ontspanningstherapie
- Therapie door paraprofessionals
- Yoga en meditatie

De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie via internet staat nog niet vast, maar wordt momenteel onderzocht. Deze therapie wordt door NICE gezien als een mogelijk toekomstige interventie. Cognitieve gedragstherapie met een bevoegd therapeut heeft haar effectiviteit wetenschappelijk bewezen in de praktijk. Dat geldt niet voor andere psychologische interventies. Hoewel oefentherapie en ontspanningstherapie effect sorteren en bij therapie wel worden toegepast, is deze zorg niet in het basispakket opgenomen als een vorm van fysiotherapie. De discussie die hierbij speelt betreft de vraag of deze therapie door het individu zelf gedragen kan worden. De inzet van paraprofessionals staat eveneens ter discussie. Paraprofessionals zijn personen die niet opgeleid zijn als therapeut maar wel onderdelen van de therapie kunnen geven. De kosten voor deze paraprofessionals zijn lager maar het effect van hun handelen is nog niet bewezen bij angststoornissen. Yoga en meditatie tonen positieve resultaten bij angststoornissen, desalniettemin is het effect van deze activiteiten nooit wetenschappelijk aangetoond.

Bij paniekstoornissen en posttraumatische stoornissen zijn psychodynamische therapie en EMDR (Eye movement desensitisation & reprocessing) mogelijke discussiepunten. Studies naar de effectiviteit van psychodynamische therapie ontbreken. EMDR is in opkomst en zou kosteneffectief kunnen zijn (minder sessies nodig) maar er zijn momenteel nog veel tegenstrijdige onderzoeksresultaten. Binnen het vakgebied van de psychologie is nog geen consensus of deze therapie effectief is ten opzichte van cognitieve gedragstherapie.

In het geval van resistente obsessieve compulsieve stoornis worden hersenstimulatie technieken zoals transcraniale magnetische stimulatie en diepe hersenstimulatie en electroconvulsietherapie toegepast. Harde evidentie voor deze methodes ontbreekt echter.

Voor een nadere omschrijving van deze interventies, zie Appendix F.

4.3.3 Resultaten van de veldraadpleging

Cognitieve gedragstherapie wordt door de zorgverleners in de GGZ: psychiaters, psychologen en psychotherapeuten wel als nieuw maar inmiddels als algemeen gebruikelijke zorg bij angststoornissen gezien. Wel staat ter discussie of een behandelaar de patiënt moet hebben gezien om een behandeling in gang te zetten. De psychiaters zijn van mening dat in ieder geval een intake vooraf moet zijn gegaan aan internet therapie. Dat de vraag naar internettoepassingen toeneemt, ook in de GGZ is een feit, al is er nog weinig bewijs voor de werkzaamheid en effectiviteit voorhanden. Daarnaast is de praktische uitvoerbaarheid ook nog niet geheel uitgekristalliseerd.

Om een uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van de behandeling door paraprofessionals moet eerst beter gedefinieerd worden wat paraprofessionals zijn. Op basis van de beschikbare literatuur was dat in dit onderzoek niet mogelijk.

Oefen- en ontspanningstherapie wordt door de therapeuten gezien als een integraal onderdeel van de therapie en kan in sommige situaties toegepast worden. Deze interventies kunnen echter niet als losstaande interventies worden toegepast, dit geldt ook voor yogaoefeningen en meditatie.

Naast de punten die met behulp van de literatuur in kaart zijn gebracht, hebben de verschillende vereniging geen aanvullende punten genoemd. Wel is opgemerkt dat binnen de GGZ verschillende scholen en therapievormen bestaan. Een aantal wordt door de vereniging voor psychotherapie erkend, andere niet. In zekere zin bestaat er tussen alle erkende stromingen ook discussie over de effectiviteit van de andere scholen/therapievormen. Langdurige psychoanalyse is de vorm van therapie waarover de meeste discussie heerst.

Eveneens kwam in één van de gesprekken naar voren dat het effect dat toegeschreven kan worden aan een specifieke therapievorm beperkt is in vergelijking met het effect dat toegeschreven kan worden aan de persoonlijke capaciteiten van de therapeut.

4.3.4 Samenvatting

Onderstaand worden de discussiepunten op het gebied van angststoornissen zoals is gebleken uit het literatuuronderzoek en de veldraadpleging samengevat.

Discussiepunten op het gebied van angststoornissen	
Veelbelovende interventies voor mogelijke opname/instroom in het verzekerde pakket	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitieve gedragstherapie via het internet • Yoga en meditatie • Oefentherapie en ontspanningstherapie • Therapie door paraprofessionals • EMDR
Interventies die mogelijk nader moeten worden omschreven binnen het verzekerde pakket	<ul style="list-style-type: none"> • Andere psychologische interventies dan gedragstherapie • Hersenstimulatie technieken
Niet passende interventies, mogelijke uitsluiting/uitstroom van het verzekerde pakket	<ul style="list-style-type: none"> • Langdurige psychoanalyse

De interventies, die in bovenstaande tabel worden genoemd, zouden nader moeten worden besproken in een expertmeeting om te komen tot een werkbare lijst van interventies (zie paragraaf 3.4).

4.4 Lage rugklachten

4.4.1 Definitie

Met chronische lage rugklachten worden in dit verband bedoeld: alle rugklachten die langer dan zes maanden duren.

4.4.2 Resultaten van het literatuuronderzoek

Bij verdenking op chronische lage rugklachten kunnen verschillende interventies worden toegepast om de onderliggende oorzaak van de klachten vast te stellen. Daarna zijn verschillende behandelingen mogelijk, afhankelijk van de onderliggende oorzaak. Op basis van literatuuronderzoek zijn 27 interventies op het terrein van diagnose en behandeling van chronische lage rugklachten in kaart gebracht, die mogelijk interessant zijn in het kader van pakketbeheer.

Voor de volgende interventies ontbreekt evidentie of is onvoldoende evidentie beschikbaar:

- Toepassing van beeldvormende technieken MRI en CT
- Provocerende discografie bij persisterende lage rugpijn met uitstraling
- Facetdenervatie of SI-denervatie (middels epidurale injecties) in geval van preoperatieve diagnostiek bij persisterende lage rugpijn
- Steroïdeninjecties bij chronische radiculaire pijn
- Behandeling middels tractie(apparaten) zoals met behulp van de VAX-D bij pijnklachten op basis van wortelcompressie
- Cognitieve gedragstherapie/psychologische behandeling bij chronische lage rugklachten van willekeurige aard
- Flexibele/dynamische stabilisatie met behulp van korsetten en arthrodesen
- Neuroreflex therapie
- Transcutane elektrische neuro stimulatie (TENS)
- Manipulatie/mobilisatie bij chronische lage rugpijn
- Diverse toepassingen op het gebied van de wervelkolomchirurgie zoals:
 - Percutane vertebroplastiek al dan niet met ballon
 - Interspinale implantatietechnieken
 - Percutane intradiscale elektrothermale therapie
 - Percutane intradiscale radiofrequente therapie
 - Discusdecompressie met coblation/coblatie
 - Endoscopische laser foraminoplastiek
 - Lumbale laser discectomie
 - Intervertebrale discusvervanging met prothese
- Pijnblokkade door ruggenmergstimulatie
- Prolotherapie

Als aanvulling op deze lijst kan worden gesteld dat MRI en CT niet routinematig moeten worden ingezet, ook al vraagt de patiënt hierom. Tevens is in de literatuur beschreven dat een psychologische behandeling voor chronische lage rugklachten (waaronder cognitieve gedragstherapie) zich nog niet bewezen heeft voor wat betreft kosteneffectiviteit. Daarnaast staat de effectiviteit van stabilisatietechnieken voor rugklachten ter discussie: mogelijk kunnen schade en klachten op een ander niveau in de wervelkolom ontstaan. Oefentherapie heeft een klein effect op pijn en functieherstel maar wordt niet vergoed vanuit de zorgverzekering. Chemonucleolyse is wel effectief gebleken ten opzichte van afwachtend beleid, maar blijkt minder effectief dan andere operatieve methoden. Tevens geldt voor alle minimaal invasieve technieken dat zij zich nog in een experimenteel stadium bevinden.

Voor een nadere omschrijving van deze interventies, zie Appendix G.

4.4.3 Resultaten van de veldraadpleging

Tijdens de interviewronde is met de verenigingen voor orthopedie en traumatologie en met huisartsen en fysiotherapeuten gesproken over de inhoud van het basispakket op het gebied van rugklachten. De fysiotherapeuten en de huisartsen hebben vanwege een te kort tijdsbestek gedurende het interview niet gereageerd op de lijst van discussiepunten met betrekking tot lage rugklachten. De grootste discussiepunten liggen echter op het specialistisch orthopedisch vlak.

Fysiotherapie/oefentherapie voor lage rugklachten wordt niet genoemd op de gesloten lijst van aandoeningen waarvoor vergoeding op basis van de zorgverzekering mogelijk is. Dit is onderdeel van de pakketmaatregelen die in het verleden door het ministerie van VWS zijn doorgevoerd. Met name op basis van de argumenten “eigen verantwoordelijkheid” en “beperkte kosten” is de vergoeding voor fysiotherapie beperkt. De verwachting van de fysiotherapeuten is niet dat fysiotherapie in de toekomst weer voor alle aandoeningen en problemen op het gebied van bewegen in het pakket komt. De meeste patiënten hebben een aanvullende verzekering afgesloten voor fysiotherapie en zijn op die manier toch verzekerd van zorg. Het is wel een speerpunt voor de vereniging om de “chronische lijst” in de toekomst aan te passen en op een andere manier vorm te geven. Men zal zich daarbij ook richten op fysiotherapeutische behandeling van artrose en de zorg voor ouderen met complexe problematiek.

De orthopeden geven aan dat rugchirurgie in principe discutabel is, met name de kosteneffectiviteit, de werkzaamheid en veiligheid van operaties. Nieuwe ontwikkelingen liggen op het vlak van minimaal invasieve technieken. Het is, volgens de orthopeden, wel de vraag of het CVZ op het detail van de behandelwijze moet gaan beoordelen of dat die beslissing door de professionals gemaakt mag worden. Dit zal mede afhankelijk zijn van het feit of deze keuze kostenneutraal is.

4.4.4 Samenvatting

Onderstaand worden de discussiepunten op het gebied van lage rugklachten zoals is gebleken uit het literatuuronderzoek en de veldraadpleging samengevat.

Discussiepunten op het gebied van lage rugklachten	
<p>Veelbelovende interventies voor mogelijke opname/instroom in het verzekerde pakket</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diverse toepassingen op het gebied van wervelkolomchirurgie zoals: <ul style="list-style-type: none"> - Percutane vertebroplastiek al dan niet met ballon - Interspinaal implantatietechnieken - Percutane intradiscale elektrothermale therapie - Percutane intradiscale radiofrequente thermocoagulatie - Discusdecompressie met coablation/coablatie - Endoscopische laser foraminoplastiek - Lumbale laser dissectomie - Intervertebrale discusvervanging met prothese • Prolotherapie • Neuroreflex therapie • Behandeling middels tractie(apparaten) zoals met behulp van de VAX-D bij pijnklachten op basis van wortelcompressie • Cognitieve gedragstherapie/psychologische behandeling bij chronische lage rugklachten van willekeurige aard
<p>Interventies die mogelijk nader moeten worden omschreven binnen het verzekerde pakket</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Provocerende discografie bij persisterende lage rugpijn met uitstraling • Facetdenervatie of SI-denervatie (middels epidurale injecties) in geval van preoperatieve diagnostiek bij persisterende lage rugpijn • Steroïdeninjecties bij chronische radiculair pijn • Transcutane elektrische neuro stimulatie (TENS) • Manipulatie/mobilisatie bij chronische lage rugpijn • MRI en CT • Flexibele/dynamische stabilisatie met behulp van korsetten en arthrodesen
<p>Niet passende interventies, mogelijke uitsluiting/uitstroom van het verzekerde pakket</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Er zijn geen discussiepunten gevonden

De interventies, die in bovenstaande tabel worden genoemd, zouden nader moeten worden besproken in een expertmeeting om te komen tot een werkbaar lijst van interventies (zie paragraaf 3.4).

4.5 Zorg buiten de centraal gestelde thema's

Aan alle verenigingen, die betrokken zijn in de pilot-onderzoek, is gevraagd om nieuwe veelbelovende ontwikkelingen op het gebied van diagnostische en therapeutische interventies binnen het vakgebied te noemen. Hierdoor zijn ook interventies en andere ontwikkelingen genoemd die niet gelieerd zijn aan één van de vier gekozen thema's. Hierbij dient te worden opgemerkt dat in sommige gesprekken algemene ontwikkelingen (zoals ketenzorg) werden genoemd, terwijl in andere gesprekken interventies nauwkeurig

werden omschreven (bijvoorbeeld tractiebehandeling bij artrose). Op deze manier is een groslijst van interventies en ontwikkelingen over de hele breedte van de curatieve zorg ontstaan. De genoemde onderwerpen zijn echter niet nader bestudeerd aan de hand van literatuur. Een literatuuronderzoek naar deze onderwerpen is wenselijk alvorens een expertpanel hieromtrent te organiseren.

4.5.1 **Definitie**

Zorg die wordt geleverd binnen de curatieve gezondheidszorg, maar niet gerelateerd is aan één van de thema's die centraal hebben gestaan in dit pilot-onderzoek.

4.5.2 **Resultaten van de veldraadpleging**

Het resultaat is een pluriforme verzameling van groene en rijpe interventies en ontwikkelingen die niet gerelateerd zijn aan één van de thema's. Alle interventies en overige onderwerpen die door de verenigingen naar voren zijn gebracht, zijn hieronder samengevat.

4.5.3 **Samenvatting**

Onderstaand worden de discussiepunten op het gebied van niet thema gebonden zorg samengevat. Met nadruk moet hierbij worden gesteld dat het geen uitputtende lijst kan zijn, maar dat het een indicatie geeft van onderwerpen die vanuit een veldraadpleging op basis van een open vraag (Zie Appendix B, vraag 6: Wat zijn volgens u nieuwe ontwikkelingen op uw vakgebied?) kunnen worden opgetekend. Opgevallen is dat er door een groot aantal verenigingen veelbelovende interventies met een medicamenteus karakter genoemd zijn. Deze onderwerpen vallen echter buiten het kader van het onderzoek. Meer informatie omtrent mogelijke opname in of uitsluiting uit het verzekerde pakket kan worden verkregen door literatuuronderzoek uit te voeren, en vervolgens de onderwerpen nader te bespreken in een expertpanel met betrokken actoren.

Discussiepunten zorg buiten de centraal gestelde thema's	
<p>Veelbelovende interventies voor mogelijke opname/instroom in het verzekerde pakket</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ketenzorg (Geriatricie, Psychologie, Huisartsgeneeskunde, Interne Geneeskunde, Fysiotherapie) • Preventieprogramma's zoals valpreventie en geheugenpoli (Klinische Geriatricie) • Internet diagnostiek of therapie (Huisartsgeneeskunde, Interne Geneeskunde, Cardiologie, Oogheelkunde, Dermatologie) • Tissue-engineering/biotechnologie algemeen (Plastische chirurgie, Reumatologie, Orthopedie) • Doorontwikkelingen in de protesologie (Orthopedie, Plastische Chirurgie) • Tractiebehandeling bij artrose (Reumatologie) • Stamceltherapie bij de ziekte van Crohn (Gastro-enterologie) • CT in plaats van endoscopie (Gastro-enterologie) • Nieuwe stents in galwegen en oesophagus (Gastro-enterologie) • Immunodetectiemethoden (Gastro-enterologie) • Endoscopische technieken van gastro-oesofagale reflux (Gastro-enterologie en heekunde) • Minimale endoscopische chirurgie voor bijvoorbeeld mucosaverwijdering bij dysplasie (Gastro-enterologie) • Verdere ontwikkeling van endoscopische behandelingen in de vaatchirurgie (Heekunde) • Stamceltherapie in de cardiologie (Cardiologie) • MRI, MR-CT en PET-CT o.a. voor vroegdiagnostiek (Cardiologie, Gynaecologie, Gastro-enterologie, Traumatologie, Orthopedie) • Multifocale lensimplantatie bij staaroperatie (Oogheelkunde) • Implants bij glaucoom (Oogheelkunde) • Intraoculaire depositie van medicatie voor maculadegeneratie (Oogheelkunde) • Getherapie bij retinitis pigmentosa (Oogheelkunde) • Gen-diagnostiek bij maculadegeneratie (Oogheelkunde) • Monitored patching bij lui oog (Oogheelkunde) • Behandeling van morbide obesitas bij kinderen (Kindergeneeskunde) • Neonatale gehoorscreening (Kindergeneeskunde) • Dermatoscopie, tympanometrie, ECG en diagnostische interventies in het algemeen door specifiek gekwalificeerde huisartsen (Huisartsgeneeskunde) • Endoscopische technieken in de traumatologie (Traumatologie) • Behandeling met drukpakken bij grote brandwonden (Plastische chirurgie) • Percutane myoomembolisatie (Obstetrie/gynaecologie) • HPV-vaccinaties ter preventie van cervixcarcinoom (Obstetrie/gynaecologie) • Endovasculaire LASER in de behandeling van varices (Dermatologie, Heekunde) • Protonenbehandeling (Radiotherapie) • Psychologische behandeling werkgerelateerde problematiek (Eerstelijnspsychologie) • Psychiatrische consultatie (Psychiatrie) • Nieuwe ontwikkelingen in de functionele urologie, bijvoorbeeld Neurostimulatie, Botoxinjecties, Male Sling en ProACT en ACT (Urologie) • Nieuwe ontwikkelingen in de oncologische urologie, bijvoorbeeld: laparoscopische benaderingen (Urologie) • TUMT en green-light LASER bij benigne prostaathypertrofie (Urologie) • RNA/DNA technieken zoals micro-array's en groeifactorvoorspellers bij diagnostiek, indicatiestelling en monitoring van therapie-effect (Interne geneeskunde, Oncologie, Hematologie)

<p>Interventies die mogelijk nader moeten worden omschreven binnen het verzekerde pakket, of waarvoor het indicatiegebied aanpassing (versmalling of verbreding) behoeft</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coördinatie van ketenzorg (Fysiotherapie, Kindergeneeskunde) • Fysiotherapie voor jeugdigen, aantal sessies (Fysiotherapie) • Fysiotherapie voor volwassenen bij indicaties op basis van functionele omschrijvingen (Fysiotherapie) • Fysiotherapeutische groepstherapie bij chronische aandoeningen (Fysiotherapie) • Psychosociale zorg bij chronisch zieke kinderen (Kindergeneeskunde) • Stamceltransplantatie (Hematologie) • Bariatrische chirurgie (Heelkunde, Plastische Chirurgie) • Hyperthermie (Radiotherapie) • MRI of PET-CT voor nauwkeurige localisatie (Radiotherapie) • Behandeling snurken met behulp van uvuloplastiek of somnoplastiek (KNO) • Behandeling van oorschelpafwijkingen (KNO) • Intraperitoneale chemotherapie bij ovariumcarcinoom (Gynaecologie) • (Nieuwe methoden van) thoracale aortastenting en andere endoprotheses (Cardiologie) • PTCA voor LAD stenose (Thoraxchirurgie) • Ouderbegeleiding bij psychotherapeutische behandeling van het kind (Psychiatrie) • Wenkbrauw correctie (Plastische Chirurgie) • Neurochirurgische interventies (Plastische Chirurgie) • Boven ooglidcorrectie (Oogheelkunde) • Negatieve lensimplantaat bij myopie (Oogheelkunde) • Refractiechirurgie (Oogheelkunde) • Gendiagnostiek bij artrose (Reumatologie) • Spalking, bijvoorbeeld van polsen bij reumatoïde artritis (Reumatologie) • Klieven van de carpale tunnel als behandeling voor carpaal tunnelsyndroom (Reumatologie) • Sigmoidoscopie bij prikkelbare darm syndroom (Gastro-enterologie) • Pancreaschirurgie bij pancreascarcinoom (Gastro-enterologie) • Chemotherapie bij dodelijke kanker zoals adenoca (Gastro-enterologie) • Doorontwikkeling van endoscopen (Gastro-enterologie) • Second opinions (Interne geneeskunde, Gastro-enterologie) • Jaarlijkse check-ups (Interne Geneeskunde) • Spoedeisende hulp (Interne Geneeskunde) • Behandeling van spataders (Dermatologie) • Moh's Chirurgie (sparende operatie) bij huidkanker (Dermatologie) • Photodynamische therapie (Dermatologie, Urologie) • Circumcisie (Heelkunde, Urologie)
--	--

<p>Niet passende interventies, mogelijke uitsluiting/uitstroom van het verzekerde pakket</p>	<ul style="list-style-type: none">• Behandeling van wratten in de tweede lijn (Dermatologie)• Behandeling van acne in de tweede lijn (Dermatologie)• Lipide dagcurves (Interne geneeskunde)• Lumbale sympatectomie (Heelkunde)• Stofvrije matrassen (Kindergeneeskunde)• Longvibratie (Kindergeneeskunde)• Astmabehandeling in hooggebergte (Kindergeneeskunde)• Behandeling van complicaties van bariatrische chirurgie en andere niet door de zorgverzekering gedekte zorg die elders is uitgevoerd (Plastische chirurgie)• Scopieën aangevraagd door de huisarts bij reflux-ziekte (Gastro-enterologie)• Haem-occulttest (Gastro-enterologie)• Injecties met hyaluronaat bij artrose voor uitstellen van protesiologie (Reumatologie)• Radioactieve synovectomie (Reumatologen)
--	---

5.1 **Conclusies**

Op basis van dit pilot-onderzoek wordt een plan van aanpak voorgesteld die het CVZ in de toekomst zou kunnen hanteren om te komen tot een werkbare lijst van interventies binnen de curatieve zorg die eventueel kunnen worden opgenomen of uitgesloten van het verzekerde pakket:

1	Selectie van thema's (breder gedefinieerde gezondheidsproblemen waarvoor verschillende interventies kunnen worden toegepast en waarbij verschillende disciplines betrokken zijn, zowel vanuit de geneeskundige zorg als de paramedische zorg)
2	Literatuuronderzoek op het gebied van de geselecteerde thema's
3	Bespreking van de resultaten uit het literatuuronderzoek met betrokken verenigingen (veldraadpleging), leidend tot een overzicht van interventies waarover discussie bestaat
4	Organisatie van expertmeetings om opinies over de passendheid van interventies waarover discussie bestaat in kaart te brengen
5	Toetsing door het CVZ van de interventies die resulteren uit de expertmeetings
6	Advisering aan de minister van VWS over de getoetste interventies

In dit pilot-onderzoek zijn de eerste drie stappen van deze methode ontwikkeld en getoetst in de praktijk. Voor een viertal thema's (hoorproblemen, hartfalen, angststoornissen en lage rugklachten) is in kaart gebracht welke interventies mogelijk:

- in aanmerking komen voor opname/instroom in het verzekerde pakket;
- in aanmerking komen voor uitsluiting/uitstroom van het verzekerde pakket;
- nader moeten worden omschreven binnen het verzekerde pakket.

De volgende *algemene conclusies* kunnen op basis van de resultaten van dit pilot-onderzoek worden getrokken:

- De voorgestelde thematische aanpak, bestaande uit literatuuronderzoek en vervolgens een veldraadpleging, lijkt werkzaam en kan leiden tot een adequate lijst van onderwerpen voor pakketbeheer. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het onderwerpen betreft die voor nader onderzoek en discussie in aanmerking komen (bij voorkeur via een expertmeeting zoals bescheven in paragraaf 3.4 en Appendix C), alvorens het CVZ een advies zou kunnen uitbrengen aan het ministerie van VWS aangaande opname of uitsluiting van interventies binnen het verzekerde pakket.

- Wanneer het aandachtsgebied (thema) voldoende is afgebakend, is het mogelijk om met behulp van literatuuronderzoek een nagenoeg volledig overzicht te krijgen van mogelijke discussiepunten die input leveren voor discussie met het veld.
- Medisch-wetenschappelijke verenigingen zijn welwillend om met het CVZ te praten over de inhoud en het beheer van het basispakket en zijn over het algemeen bereid om in de toekomst input te blijven leveren.

Onderstaand worden de bevindingen en conclusies ten aanzien van de te hanteren methode en een agenda voor pakketbeheer in meer detail beschreven.

5.1.1 Procedure voor het opstellen van een agenda voor pakketbeheer

Keuze voor interventie als eenheid bij pakketbeheer

Er is veel discussie geweest binnen de begeleidingscommissie van dit onderzoek over de eenheid van onderzoek. In dit pilot-onderzoek is gekozen voor de kleinste eenheid van het zorgaanbod, d.i. interventie. Medicamenteuze interventies zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Voor medicamenteuze interventies is inmiddels al een goed werkend beoordelingssystematiek ontwikkeld. In de toekomst zullen medicamenteuze behandelingen wellicht ook in DBC's geregistreerd gaan worden. In dat geval worden ook medicamenteuze behandelingen in het kader van pakketbeheer interessante onderwerpen.

Alhoewel het buiten het bereik van dit onderzoek valt, willen wij er op wijzen dat de keuze voor "interventie" als eenheid bij de definiëring van het basispakket, op gespannen voet kan staan met het huidige financieringskader van de bekostiging van ziekenhuiszorg en de aanspraken op vergoedingen vanuit de zorgverzekering. Voor geneeskundige zorg is er sprake van een open verstrekkingenpakket binnen de zorgverzekering. Dit wil zoveel zeggen als: een interventie zal instromen tenzij er (op basis van de criteria) bezwaar tegen gemaakt kan worden.

Aanspraken op vergoeding van medisch-specialistische ziekenhuiszorg vanuit het basispakket worden momenteel via DBC's geregeld. De zogenoemde "rode DBC's" zijn voor rekening van de patiënt of worden vergoed uit een aanvullende verzekering. "Groene"/"ongekleurde" en in specifieke gevallen ook "oranje" DBC's kunnen worden gedeclareerd voor vergoeding vanuit het basispakket van de zorgverzekering. Dus beperking van de instroom van nieuwe interventies zal waarschijnlijk vooralsnog voornamelijk door de beoordelingsprocedure bij DBC-onderhoud geschieden.

Een interventie kan bepalend zijn voor de validatie van een DBC, maar dat hoeft niet. Nieuwe interventies, die nog niet in een DBC zijn opgenomen, kunnen onder de noemer van een bestaande DBC in de praktijk gebruikelijk worden en daarmee als het ware "instromen" in de zorg. Vervolgens zou een duurdere DBC kunnen worden aangevraagd op basis van het argument dat bepaalde interventies reeds gebruikelijke zorg zijn geworden. Op een vergelijkbare manier kunnen ook oude, obsoleete of in onbruik geraakte interventies nog onopgemerkt kunnen worden toegepast.

De rol van het CVZ en de medisch-wetenschappelijke verenigingen

Pakketbeheer dient te worden gezien in het perspectief van zorg en verzekering. Hierbij wordt door de medisch-wetenschappelijke verenigingen opgemerkt dat het aan de politiek

(de maatschappij) is om grenzen aan de collectief gefinancierde zorg te stellen. Medisch-wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen staan echter niet afwijzend tegenover het idee dat er door een onafhankelijke partij controle wordt uitgeoefend op de collectief verzekerde zorg. Het CVZ wordt daarbij gezien als een onafhankelijke adviseur die de belangen van de artsen kent en open staat voor een medisch inhoudelijke discussie.

Uit het onderzoek komt naar voren dat het noodzakelijk is de medisch-wetenschappelijke verenigingen te betrekken bij het systematisch doorlichten van het verzekerde pakket, vooral bij het signaleren van nieuwe, beloftevolle ontwikkelingen. De medisch-wetenschappelijke verenigingen hebben aangegeven dat met name de medisch-wetenschappelijke verenigingen bij pakketbeheer betrokken moeten worden omdat zij de meeste kennis bezitten ten aanzien van de gebruikelijke zorg. Desondanks staan de verenigingen enigszins afwachtend tot kritisch ten opzichte van de plannen van het CVZ om het verzekerde pakket in samenspraak met verenigingen systematisch door te lichten, en de zorg te toetsen aan principes als kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Zorgverleners vinden het belangrijk dat keuzes in de zorg worden gemaakt op basis van medisch-inhoudelijke argumenten. De criteria werkzaamheid, veiligheid en effectiviteit zijn daarbij belangrijke parameters. Kosten spelen voor de medici geen grote rol.

Verenigingen kunnen een pro-actieve rol spelen bij het identificeren/signaleren van nieuwe ontwikkelingen. De verantwoordelijkheid om mee te denken over eventuele inperking van het verzekerde aanbod wordt door de verenigingen eveneens niet uit de weg gegaan. Echter, om een actieve bijdrage van de verenigingen te verkrijgen, met name als het bestaande interventies betreft, moeten de principes voor pakketbeheer nauwkeurig worden omschreven. Daarnaast dienen de grenzen van toelaatbaarheid met het veld te worden besproken.

Procesbeschrijving van de taak pakketbeheer

Mede door dit pilot-onderzoek is er een open sfeer gecreëerd door het CVZ waarin samenwerking met het veld mogelijk is. Alle gesproken verenigingen willen betrokken blijven bij het pakketbeheer, al is het voor de medisch-wetenschappelijke verenigingen nog niet inzichtelijk gemaakt hoe het proces van pakketbeheer precies gaat verlopen. Met name door onduidelijkheid over de werkwijze voor de taak van pakketbeheer is een afwachtende houding door de verenigingen aangenomen.

Samenwerking tussen dan wel afstemming van de taken met de verschillende organisaties werkzaam op het terrein van de financiering van zorg is in dit kader essentieel. Vooral tussen DBC-onderhoud en het CVZ zou een goede afstemming plaats moeten vinden. Vragen uit het veld hierover richten zich op de positionering van het CVZ ten opzichte van DBC-onderhoud en CTG/ZAio en hoe de communicatie tussen deze instanties zal gaan verlopen. Ook met betrekking tot de aanvraag van een nieuwe DBC is een medisch-wetenschappelijke vereniging genoodzaakt om de evidentie voor een bepaalde behandeling te overleggen. De informatie hiervoor zou bijvoorbeeld kunnen worden gedeeld met het CVZ.

Eveneens is gebleken dat het uitvoeren van literatuuronderzoek en met name een veldraadpleging een grote tijdsinvestering vraagt. Het is daarom belangrijk dat het CVZ voldoende personele capaciteit inzet om het proces efficiënt te stroomlijnen.

Signaleren van nieuwe ontwikkelingen voor de agenda voor pakketbeheer

Het pakketbeheer wordt gezien als een continu proces van horizonsscanning naar interventies die mogelijk het pakket in zouden kunnen stromen dan wel het pakket uit zouden kunnen stromen. Zowel de verenigingen als het CVZ hebben hierin een taak die verder strekt dan een cyclisch terugkerende dialoog. Gedurende dit onderzoek is gebleken dat de medisch-wetenschappelijke verenigingen, ook zonder dat zij volledig op de hoogte waren van de procedures en principes van pakketbeheer, betrekkelijk snel in staat waren een aantal van de belangrijkste ontwikkelingen binnen hun vakgebied te signaleren. Verenigingen zouden bijvoorbeeld nieuwe interventies en eventueel de knelpunten rond reeds bestaande interventies ook tussentijds aan het CVZ moeten kunnen melden. Dit zou kunnen worden gerealiseerd middels een website (naar het voorbeeld van NICE in het Verenigd Koninkrijk) waarop nieuwe ontwikkelingen kunnen worden aangedragen. Dit heeft met name zin als er direct op kan worden gereageerd, en waarvoor dus capaciteit beschikbaar moet worden gesteld.

Een horizonscan die alle nieuwe ontwikkelingen over de gehele breedte van de curatieve gezondheidszorg traceert kost naar verwachting veel meer tijd en inspanning. Het CVZ zou bijvoorbeeld, voor de volledigheid, ook een horizonscan kunnen laten uitvoeren voor specifieke thema's. Hiervoor zou het CVZ een opdracht kunnen uitzetten bij Euroscan, of daaraan gelieerde organisaties zoals de Gezondheidsraad, die momenteel de haalbaarheid van een "early warning system" in Nederland onderzoekt.

Verzamelen van evidentie

Nieuwe interventies dienen gecontroleerd in het verzekerde pakket in te stromen. Na het signaleren van nieuwe ontwikkelingen kan het verzamelen van beschikbare evidentie over deze interventies aan de medisch-wetenschappelijke verenigingen worden uitbesteed. De gedachte hierachter is dat medisch-wetenschappelijke verenigingen verantwoordelijk zijn voor het aandragen van evidentie over interventies die de medische beroepsgroep toepast. Deze gegevens kan het CVZ vervolgens gebruiken bij het toetsen van de interventie aan de pakketprincipes om tot een goed advies te komen aan de minister.

De medisch-wetenschappelijke verenigingen stellen vraagtekens bij de haalbaarheid van het criterium van kosteneffectiviteit. Het is theoretisch een logische keuze om bij verdelingsvraagstukken te vergelijken op basis van kosteneffectiviteit. In de praktijk wordt slechts bij een klein percentage van alle interventies kosteneffectiviteitsonderzoek uitgevoerd. Het is vooralsnog onduidelijk wat er wordt gedaan met interventies waarvoor gegevens over kosteneffectiviteit ontbreken, hoe zwaar het CVZ aan deze informatie hecht en welke kostenparameters in de analyse betrokken zouden moeten worden. Verder bestaat er nog onduidelijkheid over de normstelling, niet alleen op gebied van kosteneffectiviteit maar ook op het gebied van de andere principes die het CVZ wil hanteren in het kader van pakketbeheer.

Hoewel er steeds hogere eisen worden gesteld aan de wetenschappelijke onderbouwing bij het invoeren van nieuwe ontwikkelingen in de zorg, ontbreekt het de verenigingen aan onderzoeksbudget. Tevens wordt er momenteel vanuit de overheid en de industrie onvoldoende middelen beschikbaar gesteld voor doelmatigheidsonderzoek.

In de toekomst zou het CVZ (in samenspraak met het ministerie van VWS) kunnen zoeken naar een oplossing voor het hierboven geschetste probleem. Daarnaast strekt het tot de aanbevelingen dat het CVZ zo spoedig mogelijk zijn principes van pakketbeheer operationaliseert.

In kaart brengen van de huidige verzekerde zorg voor de agenda van pakketbeheer

Naast het signaleren van nieuwe ontwikkelingen dient het CVZ de passendheid van het huidige pakket en nieuwe ontwikkelingen (voor zover mogelijk) in kaart te brengen. Op basis van dit pilot-onderzoek is gebleken dat het niet realistisch is om het totale verzekerde pakket over de volledige breedte van de curatieve zorg in één keer in kaart te brengen. In dit onderzoek is daarom gekozen voor een thematische aanpak. Ook in de gesprekken met de medisch-wetenschappelijke verenigingen komt naar voren dat een thematische aanpak de beste methode is. De betrokken verenigingen zouden dan ook in multidisciplinaire bijeenkomsten met het CVZ kunnen spreken over de zorg met betrekking tot een thema. Uit de veldraadpleging is gebleken dat de verenigingen liever geen uitspraken willen doen over zorg die buiten het eigen vakgebied valt, in verband met beperkte expertise.

Tevens is in de veldraadpleging duidelijk geworden dat in de beginfase van het “pakketbeheer” het CVZ het initiatief dient te nemen in de keuze van de thema's. Daarnaast dient het CVZ de gesprekken met het veld voor te bereiden door literatuuronderzoek te doen op het gebied van de thema's, waarbij de bestaande richtlijnen als uitgangspunt gelden. Ook aan de verenigingen dient een dergelijke voorbereiding gevraagd te worden omdat zelfs de meest recente literatuur nooit volledig up-to-date is. Eén en ander betekent dat de inspanningen vooral voor het CVZ maar ook voor de verenigingen in het kader van pakketbeheer in de eerste jaren groter zullen zijn dan na verloop van tijd. Uiteindelijk zal zich een evenwicht instellen als het pakket volledig geïnventariseerd is en alleen nieuwe interventies beoordeeld hoeven te worden.

In dit pilot-onderzoek is gebleken dat het uitvoeren van literatuuronderzoek een goede basis is om een eerste inventarisatie van discussiepunten in kaart te brengen die vervolgens in een veldraadpleging kan worden getoetst. In dit onderzoek is slechts één beloftevolle interventie (de corcap die wordt toegepast bij hartfalen) gemist. De veldraadpleging is belangrijk omdat de verenigingen in de lijst van onderwerpen nuanceringen hebben aangebracht (bijvoorbeeld een aantal interventies is door het veld benoemd als gebruikelijk, terwijl die in de geraadpleegde literatuur nog als beloftevolle nieuwe interventies waren aangeduid waarover nog onvoldoende evidentie beschikbaar was). Een beoordeling van de passendheid van “discutabele” interventies door experts in één of meerdere panelronde(s), niet uitgevoerd in deze pilot, wordt noodzakelijk geacht om tot een uiteindelijke agenda voor pakketbeheer te kunnen komen.

Als algemene opmerking wordt in een aantal gesprekken met verenigingen aangegeven dat er in de Nederlandse gezondheidszorg waarschijnlijk meer bespaard kan worden als er wordt gekeken naar de organisatie van de zorg in plaats van naar de inhoud van de verzekerde zorg. Hoewel de wet- en regelgeving aangeeft dat deze taak met name bij de verzekeraars wordt gelegd, wordt verondersteld dat het CVZ hieraan een belangrijke bijdrage zou kunnen leveren. Als voorbeeld wordt genoemd dat voor een aantal hulpmiddelen een consultatie in de tweede lijn nog steeds noodzakelijk is voor vergoeding

vanuit de zorgverzekering, terwijl in de eerste lijn inmiddels ook voldoende expertise aanwezig zou zijn.

5.1.2 **Agenda voor pakketbeheer, eerste inventarisatie van onderwerpen**

In hoofdstuk 4 is voor een viertal thema's (hoorproblemen, hartfalen, angststoornissen en lage rugklachten) beschreven welke interventies zouden kunnen worden opgenomen of uitgesloten binnen het verzekerde pakket.

Onderstaand worden deze onderwerpen in een lijst samengevat, waarbij onderscheid wordt gemaakt naar:

- interventies die mogelijk in aanmerking komen voor opname/instroom in het verzekerde pakket;
- interventies die mogelijk in aanmerking komen voor uitsluiting/uitstroom van het verzekerde pakket;
- interventies die mogelijk nader moeten worden omschreven binnen het verzekerde pakket.

De interventies, die onderstaand worden genoemd, zouden nader moeten worden onderzocht en besproken in een expertmeeting om te komen tot een werkbare lijst van interventies (zie voor de organisatie van expertmeetings paragraaf 3.4 en Appendix C).

Veelbelovende interventies voor mogelijke opname/instroom in het verzekerde pakket

Hoorproblemen:

- Tweezijdige toepassing van CI
- Tweezijdige toepassing van ABI
- BAHA toepassing tweezijdig
- Audiometrie door de huisarts

Hartfalen:

- Radionuclide ventriculografie
- Telecardiologie-applicaties (voor transmissie van echocardiografische data)
- Remote monitoring systemen bij pacemakers en defibrillatoren
- Psychologische interventies zoals cognitieve gedragstherapie, counseling en support
- Celacade systeem bij infecties aan het hart bij hartfalen
- Corcap

Angststoornissen:

- Cognitieve gedragstherapie via het internet
- Yoga en meditatie
- Oefentherapie en ontspanningstherapie
- Therapie door paraprofessionals
- EMDR

Lage rugklachten:

- Diverse toepassingen op het gebied van wervelkolomchirurgie zoals:
 - Percutane vertebroplastiek al dan niet met ballon
 - Interspinale implantatietechnieken
 - Percutane intradiscale elektrothermale therapie
 - Percutane intradiscale radiofrequente theramocoagulatie
 - Discusdecompressie met coblation/coblatie
 - Endoscopische laser foraminoplastiek
 - Lumbale laser dissectomie
 - Intervertebrale discusvervanging met prothese
- Prolotherapie
- Neuroreflex therapie
- Behandeling middels tractie(apparaten) zoals met behulp van de VAX-D bij pijnklachten op basis van wortelcompressie
- Cognitieve gedragstherapie/psychologische behandeling bij chronische lage rugklachten van willekeurige aard

Interventies die mogelijk nader moeten worden omschreven binnen het verzekerde pakket
<p>Hoorproblemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buisjes bij otitis media <p>Hartfalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biventriculaire stimulatie • Internal Cardial Defibrillator • Intra-aortale ballonpomp • Left Ventricular Assist Device (LVAD) • Kunsthart • Coronaire angiografie • Oefentherapie bij chronisch hartfalen (klasse NYHA II en III) <p>Angststoornissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andere psychologische interventies dan gedragstherapie • Hersenstimulatie technieken <p>Lage rugklachten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provocerende discografie bij persisterende lage rugpijn met uitstraling • Facetdenervatie of SI denervatie (middels epidurale injecties) in geval van preoperatieve diagnostiek bij persisterende lage rugpijn • Steroïdeninjecties bij chronische radiculare pijn • Transcutane elektrische neuro stimulatie (TENS) • Manipulatie/mobilisatie bij chronische lage rugpijn • MRI en CT • Flexibele/dynamische stabilisatie met behulp van korsetten en arthrodesen
Niet passende interventies, mogelijke uitsluiting/uitstroom van het verzekerde pakket
<p>Angststoornissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Langdurige psychoanalyse

5.2 Aanbevelingen

Op basis van dit pilot-onderzoek komen we tot de volgende aanbevelingen voor het CVZ:

Veldraadpleging

Een veldraadpleging wordt gezien als een essentieel onderdeel van pakketbeheer en zou in de toekomst deel uit moeten maken van de aanpak die het CVZ hanteert voor de invulling van zijn taak als pakketbeheerder.

Het is daarvoor aanbevelenswaardig dat het CVZ op korte termijn omschrijft wat de procedures zijn die het CVZ wil hanteren om zijn taak als pakketbeheer te vervullen en dat het CVZ de betrokken verenigingen hierover inlicht. De principes voor pakketbeheer en de wijze van beoordelen en waarderen zouden verder geoperationaliseerd moeten worden alvorens het veld hiervan op de hoogte te kunnen stellen.

Het CVZ wordt geadviseerd te blijven investeren in een goed contact met de verenigingen omdat deze een belangrijke rol kunnen vervullen in het pakketbeheer, met name als het gaat om het signaleren van nieuwe, beloftevolle ontwikkelingen. Ook zou het CVZ bij het signaleren van nieuwe ontwikkelingen gebruik kunnen maken van Euroscan, en daaraan gelieerde organisaties zoals de Gezondheidsraad in Nederland. Tevens is het van belang dat het CVZ op korte termijn duidelijkheid verschaft aan de verenigingen over wat er van hen wordt verwacht in het kader van pakketbeheer.

Daarnaast kunnen de verenigingen het CVZ op de hoogte houden van de status van de reeds uitgegeven richtlijnen en de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen. Manieren voor het CVZ om het contact met de verenigingen te optimaliseren zijn:

- Frequent contact onderhouden met de vereniging (geïnitieerd door een contactpersoon pakketbeheer van het CVZ). Een vast aanspreekpunt binnen de vereniging (bijvoorbeeld een lid van een Commissie Kwaliteit of Richtlijnontwikkeling) strekt ook tot de aanbeveling.
- Minimaal twee-jaarlijks een veldraadpleging waarbij steeds een aantal (andere) thema's centraal staan.
- Een website waarop verenigingen zich (tussentijds) tot het CVZ kunnen richten met nieuwe ontwikkelingen en niet-passende interventies. Het CVZ zou hiervoor ervaringen kunnen uitwisselen met NICE in het Verenigd Koninkrijk.
- In het kader van het optimaliseren van het contact en het begrip binnen de vereniging over de financiering van de zorg zou het CVZ met enige regelmaat de wet- en regelgeving en pakketbeheer in het perspectief van zorg en verzekering kunnen presenteren aan de verenigingen. Mogelijkheden hiertoe zouden kunnen bestaan tijdens ledenvergaderingen of via een verenigingsblad. Verder zou het CVZ de vragen die het heeft aan de vereniging voorafgaand aan de veldraadpleging kunnen communiceren.

Naast de verenigingen die het CVZ reeds in dit onderzoek heeft benaderd zouden ten minste alle medisch-wetenschappelijke verenigingen en de beroepsverenigingen van de belangrijkste paramedische beroepsgroepen betrokken kunnen worden. Het CVZ zou zich hierbij kunnen beperken tot verenigingen die (naar verwachting) wetenschappelijke gegevens over interventies kunnen overleggen. Het zou in overweging genomen kunnen worden om (multidisciplinaire) werkgroepen of patiëntenverenigingen ad hoc te benaderen indien een onderwerp wordt behandeld waar deze verenigingen expertise op hebben.

Themagewijze aanpak, inclusief literatuuronderzoek

Het is niet haalbaar om het volledige verzekerde pakket in één keer te inventariseren. Om het onderzoeksgebied nader te definiëren zou het CVZ zich in de toekomst opnieuw kunnen baseren op de agenda's, onderzoeksprogramma's, en signaleringsrapporten van

(inter)nationale organisaties zoals in dit pilot-onderzoek beschreven. Daarnaast verdient het de aanbeveling om het verzekerde pakket themagewijs in kaart te brengen, analoog aan de wijze die in dit pilot-onderzoek is opgesteld. Er is gebleken dat met behulp van literatuuronderzoek een nagenoeg volledig overzicht te verkrijgen is van mogelijke discussiepunten in de 4 thema's. Dit literatuuroverzicht, bestaande uit informatie afkomstig van richtlijnen, systematische reviews en recent nationaal en internationaal gepubliceerde artikelen, kan bruikbare input leveren voor discussie met het veld.

Alvorens het CVZ een advies zou kunnen uitbrengen aan het ministerie van VWS aangaande opname of uitsluiting van interventies binnen het verzekerde pakket, is het van belang om - op basis van literatuuronderzoek - geïnventariseerde interventies nader te bespreken met wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen en vervolgens te onderzoeken en te bediscussiëren in één of meerdere expertmeetings zoals beschreven in paragraaf 3.4 en Appendix C.

Ten aanzien van een themagewijze aanpak is het van belang dat:

- De personele capaciteit bij het CVZ voldoende is om alle benodigde onderdelen van de aanpak (literatuuronderzoek, veldraadpleging en expertpanels) op een efficiënte manier uit te voeren. Op basis van de ervaringen in dit pilot-onderzoek wordt geschat dat de werkzaamheden gerelateerd aan de uitwerking van vier thema's en het benaderen van een selectie van verenigingen en instanties uitgevoerd kunnen worden op basis van 3 FTE. Wel dient opgemerkt te worden dat de inspanningen in de eerste jaren groter zullen zijn dan na verloop van tijd, wanneer het pakket volledig geïnventariseerd is en alleen nieuwe interventies beoordeeld hoeven te worden.
- De juiste zoektermen worden gebruikt in het literatuuronderzoek (inclusief horizonscan) zodat efficiënt artikelen in kaart kunnen worden gebracht. Daarbij is het nuttig dat de persoon die het literatuuronderzoek uitvoert, bekend is met het thema zodat geen belangrijke zoektermen worden gemist.
- Het CVZ informeert bij de betrokken verenigingen naar (andere) richtlijnen die in ontwikkeling zijn en wat de status is van de gepubliceerde richtlijnen op het gebied van een specifiek thema.
- Betrokken verenigingen (Commissie Kwaliteit en/of Richtlijnontwikkeling) in kaart worden gebracht, en waar mogelijk via multidisciplinaire bijeenkomsten worden geraadpleegd waarbij ook patiëntenverenigingen betrokken kunnen worden, afhankelijk van het onderwerp.
- De lijst met discutabele interventies, die aan de hand van literatuuronderzoek geïnventariseerd zijn, ter voorbereiding van de veldraadpleging naar de verenigingen wordt gestuurd.

APPENDICES

Appendix A: Lijst van geïnterviewde verenigingen

Verenigingen die benaderd zijn in het kader van de veldraadpleging

1. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
2. Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie
3. Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie
4. Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
5. Nederlandse Orthopedische Vereniging
6. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
7. Nederlandse Vereniging voor Traumatologie
8. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
9. Nederlandse Vereniging voor Plastische en Reconstructieve Chirurgie
10. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
11. Nederlandsche Internisten Vereniging
12. Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
13. Nederlands Huisartsen Genootschap
14. Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
15. Nederlandse Vereniging voor Urologie
16. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
17. Nederlands Genootschap van Maag- Darm en Leverartsen
18. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
19. Nederlandse Vereniging Algemene Gezondheidszorg (onderdeel van de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid - KAMG)
20. Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ, onderdeel van KAMG)
21. Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie

22. Nederlandse Vereniging voor Hematologie
23. Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose
24. Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
25. Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofdhalsgebied
26. Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen
27. Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen
28. Nederlandse Vereniging van Neurologie
29. Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Geneeskunde
30. Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten Caesar-Mensendieck
31. Nederlandse Vereniging voor Radiologie
32. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
33. Vereniging voor Audiologie
34. Landelijke Huisartsen Vereniging

Appendix B: Interviewprotocol veldraadpleging



EEN PASSEND PAKKET: een agenda voor pakketbeheer

Veldraadpleging in het kader van de nieuwe taak van het CVZ

INTERVIEW PROTOCOL

Opgesteld door RAND Europe in opdracht van het CVZ

Context interview

Het CVZ heeft het voornemen om in een tweejarige cyclus een rondgang te maken langs vertegenwoordigers van betrokken veldpartijen om met elkaar te spreken over een “Onderwerpenlijst pakketbeheer”. Deze gesprekken zullen mede input vormen voor het advies aan de minister omtrent de gebruikelijkheid van interventies in het kader van het pakketbeheer. Door de meningen van veldpartijen mee te wegen, kan het CVZ een gebalanceerd pakketadvies uitbrengen aan de minister. Wij zijn daarom verheugd dat u bereid bent om met ons hierover van gedachten te wisselen. Het gaat om bestaande of beloftevolle nieuwe interventies die weloverwogen in het verzekerde pakket geïntroduceerd zouden kunnen worden en om interventies die thans onderdeel van het verzekerde pakket zijn maar omstreden zijn. Uiteraard is de argumentatie daarvoor zeer belangrijk.

Toelichting op het interview

We zouden graag over een tweetal onderwerpen van gedachten willen wisselen:

- Methoden om te komen tot een agenda van onderwerpen voor pakketbeheer
- Vormgeving van het verzekerde pakket

Hieronder volgt een overzicht van de vragen aangaande beide onderwerpen.

1. Hoe staat u tegenover pakketbeheer zoals dit is omschreven (presentatie CVZ)? Hoe zou dat in de praktijk kunnen/moeten werken, volgens u?

Motiveer a.u.b uw antwoord

2. Het CVZ stelt voor om tweejaarlijks een veldraadpleging te doen, waarbij onder andere diverse medisch wetenschappelijke verenigingen worden benaderd. Volstaat volgens u deze frequentie van veldraadpleging voor het pakketbeheer?

Motiveer a.u.b uw antwoord

Welke frequentie zou u adviseren?

3. Welke andere verenigingen of instanties zou het CVZ in een veldraadpleging volgens u zeker moeten raadplegen?

Zijn er daarnaast verenigingen of instanties die u nadrukkelijk niet zou raadplegen?

Motiveer a.u.b uw antwoord

4. Welke soort informatiebronnen (bijv. veldraadpleging, standaarden, richtlijnen, wetenschappelijke literatuur) heeft het CVZ nodig om een gebalanceerd pakketadvies uit te brengen?

Motiveer a.u.b uw antwoord

Hoe zou het CVZ aan die informatie kunnen komen?

5. Bent u bekend met de principes voor pakketbeheer die het CVZ hanteert om een gebalanceerd verzekerd pakket te bepalen? (noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid)

Wat vindt u van deze principes?

Welke principes/criteria vindt u zelf belangrijk?

Motiveer a.u.b uw antwoorden

6. Als u naar uw vakgebied kijkt, kunt u een aantal beloftevolle interventies noemen die mogelijk in het pakket opgenomen zouden kunnen worden?

Om welke redenen zijn deze interventies interessant voor opname in het pakket?

Waarom zijn deze nu nog niet in het pakket opgenomen?

Zijn er momenteel interventies die door deze nieuwe interventies vervangen kunnen worden? Zo ja, welke en waarom?

7. Als u kijkt naar uw vakgebied, kunt u een aantal voorbeelden geven van interventies die in de huidige praktijk veelvuldig worden toegepast maar niet (meer) passend²⁰ zijn?

Welke redenen liggen ten grondslag aan uw keuze?

Waarom vindt u dat belangrijk?

²⁰ Niet omschreven als “gebruikelijke zorg” in een landelijke richtlijn/standaard of anderszins; niet werkzaam en/of; niet effectief en/of; ondoelmatig en/of; obsoleet of er bestaat onduidelijkheid over één van bovenstaande aspecten.

8. Welke belangrijke bronnen (literatuur) zijn - naast richtlijnen en standaarden - binnen het vakgebied van uw vereniging bepalend voor een beoordeling van de passendheid van interventies? Het gaat hier om specifieke vakliteratuur/sites/organisaties.

Van het gesprek wordt een verslag gemaakt dat wij u zullen toesturen voor eventuele opmerkingen en aanpassingen. Graag willen wij opmerken dat uw antwoorden vertrouwelijk zullen worden behandeld.

Hartelijk dank voor uw medewerking.

Appendix C: Plan van aanpak panelrondes

Panelrondes met experts

Als aanvulling op het literatuuronderzoek en de veldraadpleging is het nuttig om in de toekomst één of meerdere expertmeetings te organiseren. In deze expertmeeting(s) worden interventies waarover discussie bestaat, naar aanleiding van de deskresearch en de veldraadpleging, voorgelegd aan een expertpanel om opinies over de passendheid van interventies op een wetenschappelijk gevalideerde manier te structureren.

In deze paragraaf wordt een voorstel gedaan voor het organiseren van expertmeetings in het kader van het onderzoek naar de passendheid van het verzekerde pakket. Allereerst zullen twee verschillende strategieën voor het organiseren van expertmeetings worden beschreven. Vervolgens zullen van beide de voor- en nadelen worden beschreven en zal een afweging worden gemaakt waarbij vooral de uitvoerbaarheid als bepalend criterium zal gelden. Op basis hiervan wordt tenslotte een voorstel gedaan voor het organiseren van expertmeetings.

Beschrijving van de RAM (Rand Appropriateness Method)

Om één of meerdere expertmeeting(s) te organiseren wordt gebruikt gemaakt van de RAND Appropriateness Method (RAM). Deze methodiek is midden jaren tachtig ontwikkeld door RAND en UCLA School of Medicine, om de passendheid van medische zorg te bepalen aan de hand van een gemodificeerde Delphi-methode. Deze methode combineert de best beschikbare wetenschappelijke kennis met een gezamenlijk oordeel van deskundigen ten aanzien van de passendheid van een behandeling voor een specifieke patiënt. In het kader van dit onderzoek betreft het onderwerp de passendheid van interventies in het verzekerde pakket. Door gebruik te maken van de RAM kunnen de opinies van deskundigen op een gevalideerde manier worden gestructureerd. Deze methode bestaat uit een aantal stappen die hieronder worden beschreven.

Allereerst is het van belang dat er thema's (bijv. angststoornissen, hoorproblemen, chronisch hartfalen etc.) worden geselecteerd die in aanmerking komen voor een workshop. Aanbevolen wordt om per thema één workshop te organiseren.

Vervolgens vindt een systematisch literatuuronderzoek plaats om zo de huidige wetenschappelijke stand van zaken over de interventies rondom een bepaald thema in kaart te brengen. In het kader van dit onderzoek is dit uitgevoerd voor vier thema's. Vervolgens dient een veldraadpleging met medisch wetenschappelijke verenigingen plaats te vinden om de gevonden resultaten te toetsen en aan te vullen. De volgende stap betreft het benaderen van experts die betrokken zijn bij de thema's.

Voorafgaand aan de expertmeeting zullen de experts een scoreformulier ontvangen waarmee interventies kunnen worden beoordeeld aan de hand van de vier principes van pakketbeheer (noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid). Het oordeel over de passendheid wordt bepaald door een afweging van de verschillende principes en wordt uitgewerkt op een 9-punts schaal. De scoreformulieren zullen geanalyseerd worden door middel van variantie-analyse. Hiermee zal worden bepaald in hoeverre er overeenstemming bestaat over de passendheid van de te bespreken interventies. De interventies met de minste overeenstemming (de grootste variantie) zullen tijdens de workshop worden besproken en de resultaten zullen voorafgaand aan de workshop naar de experts worden gestuurd.

Tijdens de workshop krijgen de experts de mogelijkheid op basis van de discussie de besproken interventies opnieuw te scoren. Na afloop van de workshop worden deze scores geanalyseerd waarbij de interventies voor beide thema's worden ingedeeld in drie categorieën (en bijbehorende argumentatie):

- interventies geschikt voor opname in het verzekerde pakket (passend)
- interventies voor uitsluiting van het verzekerde pakket (niet passend)
- interventies die zonodig nader moeten worden omschreven binnen het verzekerde pakket.

De expertmeeting richt zicht op het achterhalen van de argumenten die gebruikt zijn bij het beoordelen van de interventies. Het doel van de discussie is na te gaan in hoeverre deze verschillen het gevolg zijn van daadwerkelijke meningsverschillen over passendheid van specifieke interventies of dat deze voortkomen uit bijvoorbeeld onduidelijkheid over indicaties voor de interventie of onduidelijkheid over de principes van pakketbeheer.

Twee mogelijke strategieën

Er zijn twee strategieën mogelijk om een expertmeeting te organiseren.

Strategie 1: Een expertmeeting vanuit drie verschillende perspectieven.

Volgens de RAM is het gebruikelijk dat 7 tot 15 deelnemers aan een workshop deelnemen. Omdat het CVZ drie perspectieven hanteert bij pakketbeheer (patiëntenperspectief, hulpverlenerperspectief en maatschappelijke perspectief) is het voorstel vanuit deze strategie dat vanuit ieder perspectief ongeveer drie experts benaderd worden om een gelijke verdeling te bewerkstelligen en een evenwichtige discussie op gang te brengen.

Voor het patiëntenperspectief kunnen patiëntenverenigingen rondom de gekozen thema's worden benaderd, evenals de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF). Vertegenwoordigers van de medisch-wetenschappelijke verenigingen kunnen worden geïdentificeerd en benaderd via de professionals die geïnterviewd zijn in de veldraadpleging en via medische adviseurs van het CVZ. Tevens kunnen experts vanuit het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO) worden benaderd die nauw betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van de richtlijnen voor de verschillende thema's. Voor het maatschappelijke perspectief wordt voorgesteld medische adviseurs van verzekeraars uit te nodigen. Het CVZ heeft contacten met de vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), van hieruit kunnen mogelijke deelnemers worden geïdentificeerd.

Strategie 2: Trapsgewijze methode

Een andere strategie betreft de zogenaamde trapsgewijze methode. Dit houdt in dat eerst met de hulpverleners (medische professionals) een expertmeeting wordt gehouden over de noodzakelijkheid, effectiviteit en kosteneffectiviteit van bepaalde interventies. Op basis van deze expertmeeting wordt een eerste selectie gemaakt van interventies die wel/niet (kosten-) effectief zijn en die als input dienen voor een tweede workshop over dit thema. Voor de tweede workshop worden vertegenwoordigers van de andere twee perspectieven (patiëntenperspectief en maatschappelijke perspectief) benaderd voor een expertmeeting, waarbij de nadruk zal liggen op het principe uitvoerbaarheid. Het idee achter deze methode is de veronderstelling dat patiëntenverenigingen en vertegenwoordigers van het maatschappelijk perspectief (bijv. verzekeraars) niet voldoende kennis hebben om de (kosten-)effectiviteit van een interventie te beoordelen.

Afweging strategieën

Beide strategieën zijn gericht op het achterhalen van argumenten die gebruikt zijn bij het beoordelen van de interventies op het scoreformulier. Het verschil tussen beide strategieën richt zich met name op de vormgeving van de expertmeetings. De voordelen van strategie 1 zijn dat het een multidisciplinaire meeting betreft, waarbij vooral discussies verwacht kunnen worden tussen de verschillende perspectieven. Dit is een interessant gegeven omdat uit deze discussies zal blijken welke principes doorslaggevend zijn voor de deelnemers in de keuze om een interventie op te nemen in het verzekerde pakket dan wel uit te sluiten. Een argument om strategie 2 te hanteren is dat hulpverleners (meestal medisch specialisten) beter in staat zijn een weloverwogen oordeel te geven omtrent de effectiviteit en kosteneffectiviteit van een interventie dan patiënten en vertegenwoordigers van het maatschappelijk perspectief juist vanwege hun klinische expertise. Een nadeel van deze strategie is dat er meerdere meetings per thema georganiseerd moeten worden. Het organiseren van meerdere expertmeetings kost veel tijd en brengt hogere kosten met zich mee, wat de uitvoerbaarheid lastig maakt. Dit in tegenstelling tot de eerste strategie waarbij slechts één workshop per thema wordt georganiseerd. Een ander nadeel van de tweede strategie is dat er minder discussie zal ontstaan over de verschillende principes van pakketbeheer.

Reflectie

Op basis van het voorgaande stellen wij voor, om één of meerdere expertmeeting(s) te organiseren waarin alle drie de perspectieven zijn vertegenwoordigd. Dit wordt ook aanbevolen op basis van de RAM: “Most users of the RAND/UCLA method recommend using multidisciplinary panels to better reflect the variety of specialities that are actually involved in patient treatment decisions.” Ten eerste is deze strategie het beste uitvoerbaar en daarnaast zal ook de meest zinvolle discussie ontstaan. Tevens is het uitgangspunt van het CVZ dat de verschillende perspectieven hetzelfde “gewicht” zouden moeten hebben. Door een trapsgewijze methode te hanteren wordt dit uitgangspunt ondermijnd.

Appendix D: Thema Hoorproblemen

Definitie

Onder gehoorstoornissen wordt in dit verband verstaan gehoorverlies, zowel perceptief verlies (door aandoeningen aan het slakkenhuis of de gehoorszenuw) als geleidingsverlies (door onderbreking van de gehoorsketen, cerumen of ontstekingsvocht). Zowel de hoorproblemen die bij kinderen spelen als bij ouderen worden in ogenschouw genomen.

Op basis van literatuuronderzoek zijn vijf interventies op het terrein van behandeling van hoorproblemen in kaart gebracht, die mogelijk interessant zijn in het kader van pakketbeheer. Deze zijn in de gesprekken met verenigingen van betrokken disciplines besproken.

1. **Hyperbare zuurstof bij idiopathische plotselinge doofheid of trommelvliesdoorbreking**

Hyperbare zuurstof kan bij idiopathische plotselinge doofheid (a.g.v. gebrek aan zuurstof) het gehoor verbeteren. Hyperbare zuurstof doet de hoeveelheid zuurstof in het oor en de hersenen toenemen waardoor doofheid kan worden verminderd. Er zijn echter slechte methodologische studies beschikbaar over de effectiviteit van deze interventie (Cochrane, 2006).

2. **Semi-implanteerbare gehoorapparaten of BAHA's bij slechthorendheid**

Semi-implanteerbare gehoorapparaten in het middenoor zijn een optie voor mensen met gemiddelde tot zware gehoorstoornissen. Door middel van deze hulpmiddelen kunnen de communicatiemogelijkheden van deze patiënten worden verbeterd. Er bestaat echter weinig bewijs omtrent de effectiviteit ten opzichte van oorhangershoorapparaten en de veiligheid van deze interventie, ook is meer onderzoek nodig naar de lange termijn effecten (CCOHTA, 2003).

3. **Buisjes bij otitis media met efusie bij kinderen**

De (kosten)effectiviteit van buisjes bij kinderen staat niet vast. Het effect van het dragen van buisjes door een kind vermindert al in het eerste jaar, waardoor het een korte termijn oplossing betreft (Cochrane, 2006). Effect van de interventie op het gehoor is aangetoond, maar alleen wanneer in situ functioneren, meestal 6-12 maanden. (NHG, 2005) Tevens is er geen wetenschappelijk bewijs dat het dragen van buisjes de spraak- en taalontwikkeling ontwikkelt (GAC, 2002; Cochrane, 2006).

4. Cochleaire implantaten (CI's) bij doofheid zonder beschadiging van de gehoorzenuw

Cochleaire implantatie is een ingreep die tot doel heeft de gehoorstoornis van mensen met aangeboren doofheid te verminderen. Het implantaat stimuleert via elektroden die in het slakkenhuis (de cochlea) worden ingebracht de gehoorzenuw, waardoor mensen in staat zijn om geluid waar te nemen. Het betreft een (kosten)effectieve behandeling (Gezondheidsraad, 2001). Tot nu toe vinden in Nederland alleen eenzijdige implantaties plaats. Er bestaat nog geen bewijs omtrent de kosteneffectiviteit van tweezijdig implanteren (voor richtinghoren) ten opzichte van eenzijdig implanteren (Gezondheidsraad, 2001).

5. ABI's (Auditory Brain Stem Implants) bij aandoeningen aan de gehoorzenuw

Een Auditory Brainstem Implant (Nederlands: hersenstam implantaat) of kortweg ABI bestaat uit een aantal elektroden dat op een soort rooster is bevestigd. De in- en uitwendige elektronica zijn verder identiek aan die van een cochleair implantaat. Een ABI stimuleert één van de gehoorkernen van de hersenstam buiten het slakkenhuis en de gehoorzenuw om. Over ABI's bestaat weinig wetenschappelijk bewijs omtrent de effectiviteit ervan. Evenals bij cochleaire implantatie bestaat er een discussie over de noodzakelijkheid van een tweezijdige implantatie bijvoorbeeld voor richtinghoren.

In onderstaande tabel staan de gebruikte referenties weergegeven.

Literatuurbron	Richtlijnen en overige publicaties
<p>NHG Nederlandse Huisartsen Genootschap (NL)</p>	<p>Richtlijnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Slechthorendheid M61. Eekhof JAH, Van Balen FAM, Fokke HE, Mul ME, Ek JW, Boomsma LJ, Huisarts Wet (2005) • Otitis media met efusie. Van Balen FAM, Rovers MM, Eekhof JAH, Van Weert HCPM, Eizenga WH, Boomsma LJ. Huisarts Wet (2005)
<p>CVZ Diagnostisch Kompas College voor zorgverzekeringen (NL)</p>	<p>Aanbevelingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiek bij slechthorendheid (2004) • Diagnostiek bij otitis media met effusie (2004)
<p>GR Gezondheidsraad (NL)</p>	<p>Advies:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cochleaire Implantatie bij kinderen (2001)
<p>NHS/NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (UK)</p>	<p>Richtlijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guideline on hearing aid technology, NICE Technology Appraisal Guidance No 8 (2002)
<p>NCCHTA National Coordinating Centre for Health Technology assessment (UK)</p>	<p>Systematische reviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Critical Review of the role of neonatal hearing screening in the detection of congenital hearing impairment. Davis A, Bamford J, et al Health Technology Assessment 1(10) (1997) • Community provision of hearing aids and related audiology service. Reeves DJ et al, Health technology Assessment, 4 (4) (2000)
<p>CEDIT Committee for Evaluation and Diffusion of Innovative Technologies (FR)</p>	<p>Appraisals:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placement of auditory cochlear (CI) and brainstem implants (ABI) (2001) • Auditory rehabilitation in adults using middle ear implants (2002)
<p>MSAC Medical Services Advisory Committee (AU)</p>	<p>Review:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neonatal Hearing Screening (2005)
<p>CCOHTA Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CAN)</p>	<p>Emerging technology peer-review:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semi-implantable middle ear hearing aids. Hailey D, Topfer LA. CCOHTA, No 15 / 16 (2003) <p>Pre-assessment:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auditory Brain Stem Implants No. 36 (2004)
<p>AAA American Academy of Audiology (US)</p>	<p>Richtlijnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audiologic Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Otitis Media in Children • Role of the Audiologist in the Newborn Hearing Screening Program • Identification of Hearing Loss and Middle-Ear Dysfunction in Preschool and School-Age Children (1997)
<p>GAC Guideline Advisory Committee (CAN / Internationaal).</p>	<p>Richtlijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guidelines for clinical care: Otitis media referral (2002)

<p>INAHTA International Association of Health Technology Assessment (Internationaal)</p>	<p>SBU Alert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Universal newborn hearing screening (2004)
<p>Cochrane Collaboration (Internationaal)</p>	<p>Systematische reviews: The Cochrane Database of Systematic Reviews (2006) Issue 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hyperbaric oxygen for idiopathic sudden sensorineural hearing loss and tinnitus. Bennet MH, Kertesz T, Yeung P; Screening children in the first four years of life to undergo early treatment for otitis media with effusion. Butler CC, Van der Linden MK, MacMillan H, Van der Wouden JC • Grommets (ventilation tubes) for hearing loss associated with otitis media with effusion in children. Lous J, Burton MJ, Felding JU, Ovesen T, Rovers MM, Williamson I
<p>Overig (NL)</p>	<p>Proefschrift:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbeterde diagnose van gehoorverlies bij pasgeborenen, Luts H (2005) <p>Hoofdstuk in boek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nieuwe ontwikkelingen bij onderzoek en revalidatie van gehoorverlies. De Laat JAPM en Eekhof JAH. In Bolk, J.H., Exter, F.M.M. van, Groeneveld, Y & Knuistingh Neven, A (Ed.), Vorderingen en praktijk. (pp. 223-233). Leiden: Boerhaave Commissie LUMC (2003)

Appendix E: Thema Hartfalen

Definitie

Chronisch hartfalen (decompensatio cordis) kan in dit verband worden omschreven als het klinisch beeld van klachten en verschijnselen die direct of indirect het gevolg zijn van een langdurig bestaand tekortschieten van de pompfunctie van het hart. Bij verdenking op hartfalen kunnen verschillende interventies worden toegepast om de diagnose te stellen en vervolgens zijn, mede afhankelijk van de ernst van het hartfalen en het onderliggend lijden, verschillende behandelingen mogelijk. Om de ernst van hartfalen te beschrijven wordt vaak de classificatie van de New York Heart Association (NYHA) gebruikt. Deze classificatie is gebaseerd op beperkingen in fysieke activiteit.

- Klasse 1: Patiënten zonder beperking van fysieke activiteit. Normale activiteit veroorzaakt geen klachten.
- Klasse 2: Patiënten met een geringe beperking van fysieke activiteit. Geen klachten in rust, maar wel bij matige fysieke activiteit.
- Klasse 3: Patiënten met een duidelijke beperking van de fysieke activiteit. Geringe inspanning geeft klachten.
- Klasse 4: Patiënten met ernstige beperkingen in de fysieke activiteit. Klachten zijn ook in rust aanwezig.

Op basis van literatuuronderzoek zijn 19 interventies op het terrein van diagnose en behandeling van chronisch hartfalen in kaart gebracht, die mogelijk interessant zijn in het kader van pakketbeheer.

1. Bepaling hartfrequentievariabiliteit bij verdenking op hartfalen

De hartfrequentievariabiliteit is een maat voor de balans in het autonome zenuwstelsel, hetgeen verminderd is bij hartfalen. De hartfrequentievariabiliteit heeft zowel een diagnostische als een prognostische waarde, maar het nut ervan in de praktijk moet nog bepaald worden. Het bepalen van de hartfrequentievariabiliteit wordt daarom momenteel nog niet geadviseerd als diagnostische interventie bij hartfalen (CBO, 2005).

2. Brein Natriuretisch Peptide (BNP) bij verdenking op hartfalen

BNP wordt aangemaakt in de ventrikels van het hart. De plasmaconcentraties van BNP zeggen iets over de mate van de ventriculaire disfunctie en kunnen daardoor van prognostische waarde zijn. BNP-bepalingen zijn veelbelovend bij het diagnosticeren

van zowel systolisch als diastolisch hartfalen (vooral voor het uitsluiten van hartfalen) en voor het nagaan van het behandelresultaat. In Nederland zijn BNP-bepalingen nog weinig gestandaardiseerd voor grootschalig gebruik (CBO, 2005).

3. **Magnetic Resonance Imaging (MRI) bij verdenking op hartfalen**

Met behulp van MRI kunnen objectief wandbewegingen en wanddiktes worden bepaald, alsmede de systolische en diastolische functie kunnen worden beoordeeld. MRI is een kostbare interventie, maar lijkt veelbelovend bij personen waarbij een echocardiografie niet goed mogelijk is. Momenteel wordt MRI alleen aanbevolen/overwogen bij falen van andere diagnostische interventies (CBO, 2005; NGC, 2005).

4. **Gebruik van draagbare echoapparatuur bij verdenking op hartfalen**

In aanvulling op de gebruikelijke echocardiografie apparatuur is inmiddels ook draagbare echoapparatuur beschikbaar voor het diagnosticeren van hartfalen. Draagbare echoapparatuur kan een aanvulling zijn op de gebruikelijke apparatuur, maar geen vervanging. Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de werkzaamheid in de praktijk (CCOHTA, 2002).

5. **Radionuclide ventriculografie bij verdenking op hartfalen zonder interpreteerbare resultaten uit echo**

Deze interventie wordt gebruikt om de linkerventrikel-ejectiefractie te bepalen indien echocardiografie niet mogelijk is. Nadelen van deze interventie zijn de bestralingsbelasting, de kostbare apparatuur, problemen met beeldvorming bij onregelmatige hartfrequenties en de matige reproduceerbaarheid van de ventrikelvolumes. Er zijn mogelijk (kosten)effectievere en veiligere alternatieven voorhanden (CBO, 2005; CVZ, 2003).

6. **Telecardiologische applicaties: transmissie van echocardiografische data**

Echocardiografische data kan worden ingevoerd in een databestand. Dit bestand kan vervolgens worden gedeeld met andere artsen, zodat iedereen de beschikking heeft over informatie omtrent de toestand van de patiënt. Uit een analyse van (39 van de 44) studies naar het functioneren van telecardiologie blijken potentiële voordelen van deze diagnostiek. Echter, meer dan de helft van deze studies is van een slechte kwaliteit. Er kan daarom weinig worden beweerd over de werkzaamheid en (kosten)effectiviteit van deze applicaties (INAHTA, 2004).

7. **Remote monitoring systemen voor pacemakers en defibrillatoren**

Via een geïmplanteerde chip kan diagnostische data worden verkregen vanuit pacemakers en defibrillatoren. Deze informatie wordt verzonden naar een GSM of een computersysteem waar het behandelteam toegang toe heeft. Dit verbetert de patiëntenzorg en verhoogt de patiënttevredenheid. Tevens vermindert deze interventie de kosten van ziekenhuisbezoeken en de reiskosten van de patiënt. De werkzaamheid in de praktijk is echter (nog) niet bepaald (NHSC, 2003).

8. Psychologische interventies: cognitieve gedragstherapie (CGT), counseling and support bij depressie bij hartfalen

Patiënten met hartfalen kunnen eveneens lijden aan depressies, wat een risico op overlijden kan doen toenemen. Interventies als cognitieve gedragstherapie, counseling en support kunnen worden toegepast. Er zijn echter geen Randomised Controlled Trials (RCT's) uitgevoerd die aantonen dat deze interventies hebben geleid tot minder depressie onder patiënten met hartfalen. De effectiviteit van deze interventies is bij deze patiënten dus niet bewezen. Wel is er het vermoeden dat er kleine effecten zijn op symptomen van depressie (Cochrane, 2006).

9. “Celacade system” behandeling bij infecties aan het hart bij hartfalen

Wanneer er infecties op treden aan het hart in geval van hartfalen kan Celacade technologie worden toegepast. Dit houdt in dat er bloed van de patiënt wordt afgenomen, het bloed wordt vervolgens voor drie minuten blootgesteld aan een hoge temperatuur, zuurstof en UV straling. Vervolgens wordt het gemodificeerde bloed weer ingespoten in het lichaam van de patiënt om het immuunsysteem in werking te zetten en besmetting tegen te gaan. Een RCT heeft aangetoond dat patiënten die behandeld zijn met behulp van Celacade technologie minder risico hebben op overlijden dan patiënten die niet behandeld zijn. De (kosten)effectiviteit en noodzakelijkheid van deze behandeling staan echter nog niet vast (CCOHTA, 2006).

10. Coronaire angiografie (CAG)

CAG wordt verricht indien men overweegt om een revascularisatie uit te voeren of klepchirurgie te verrichten. CAG behoort niet tot de routinematige tests bij (verdenking) op hartfalen. Wel dient deze interventie te worden overwogen in geval van acuut hartfalen van mogelijk ischemische oorsprong, acuut gedecompenseerd chronisch hartfalen en bij patiënten met ernstig acuut hartfalen die niet reageren op initiële therapie. Daarnaast moet men CAG overwegen bij patiënten met chronisch hartfalen en angina pectoris (co-morbiditeit) of andere aanwijzingen voor ischemie (CBO, 2005). Dit houdt in dat de indicatie voor CAG nader gespecificeerd moet worden. De kosteneffectiviteit en noodzakelijkheid van CAG staan niet vast (NGC, 2005). Daarnaast zijn er ook mogelijk (kosten)- effectievere, veiligere en minder belastende alternatieven voorhanden.

11. Zuurstof en/of Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) bij pulmonaire complicaties door chronisch hartfalen

Deze interventies worden onder andere toegepast bij mensen met een Cheyne-Stokes ademhaling of longoedeem door chronisch hartfalen. Er zijn echter weinig studies op dit gebied uitgevoerd die wijzen op de effectiviteit van deze interventies (NICE, 2003). Veel onderzoek is nog lopende, vooralsnog bestaat er onduidelijkheid over de veiligheid van CPAP bij patiënten met ernstig hartfalen. In diverse studies blijkt CPAP effect te sorteren op zuurstofsaturatie en ademhalingsproblemen gerelateerd aan chronisch hartfalen (Nadar, 2005).

12. Oefentherapie bij gediagnosticeerd chronisch hartfalen NYHA klasse II en III

Over de (kosten)effectiviteit van oefentherapie bij patiënten met hartfalen bestaat veel discussie. Sommige studies beweren dat het effectief is: het verhoogt de functionaliteit, het vermindert symptomen en het verhoogt de kwaliteit van leven (Cochrane, 2006; INAHTA, 2005). Tevens is het een kosteneffectieve behandeling (INAHTA, 2005). Daarom is de aanbeveling om oefentherapie ook toe te passen bij patiënten na ICD implantatie (zie hierna), bij een LVEF<35%, klassen II en III. Andere studies ontkennen dit en beweren dat er slechts sprake is van beperkte effectiviteit en/of dat er geen bewijs dat oefentherapie (kosten)effectief is (SBU, 2002).

13. Interne cardioverterdefibrillator (ICD)-implantatie

Ritme- en geleidingsstoornissen zijn gerelateerd aan hartfalen. Ze kunnen zowel oorzaak als gevolg zijn van hartfalen en kunnen leiden tot een plotselinge dood. Een implanteerbare ICD kan de overleving van patiënten met deze aandoening aanzienlijk verbeteren. Patiënten met hartfalen, ischemisch hartlijden een LVEF<35% en een doorgemaakte hartstilstand dienen te worden behandeld met ICD implantatie. Ook bij andere groepen patiënten met hartfalen dient te worden onderzocht of zij in aanmerking komen voor ICD implantatie. Momenteel is het grootste probleem bij ICD de indicatiestelling, waarbij rekening wordt gehouden met de levensverwachting (CBO, 2003). De implantatie van een ICD is een kostbare, maar zeer effectieve therapie (MSAC, 1999).

14. Biventriculaire stimulatie hartfalen met ventriculaire tachycardie of fibrilleren

Bij een deel van de patiënten met hartfalen trekken de wanden van de linkerhartkamer niet gelijktijdig samen. Dit is vaak het gevolg van een geleidingsstoornis. Hierdoor verslechtert de pompfunctie van het hart. Een oplossing hiervoor kan biventriculaire pacing zijn. Biventriculaire pacing is een interventie waarbij door verkorting van de totale activatieduur van de ventrikels, door stimulatie in of op de linkerkamer, elektromechanische resynchronisatie tot stand komt. Er zijn aanwijzingen dat toepassing van biventriculaire pacing bij patiënten met (ernstig) chronisch hartfalen, sinusritme en een QRS-duur >130 ms leidt tot afname van de klachten, de inspanningstolerantie en de kwaliteit van leven toenemen en het aantal ziekenhuisopnamen daalt (CBO, 2005). Er zijn echter ook studies die deze bevindingen tegenspreken. Over de effectiviteit op langere termijn is minder zekerheid (SBU, 2003). Er valt nog weinig te zeggen over de overlevingskans van patiënten. Ook over de kosteneffectiviteit is weinig bekend. Tevens dient het indicatiegebied nader te worden bepaald (SBU, 2003).

15. Intra-aortale Ballonpomp (IABP)

Voor mechanische ondersteuning van de circulatie is een intra-aortale ballonpomp beschikbaar. Deze wordt toegepast in een situatie van acuut ernstig hartfalen, ventrikelseptum ruptuur of mitralis-klepinsufficiëntie en wanneer na afloop van een hartoperatie het hart de circulatie niet meer van de hart-longmachine kan overnemen. Een intra-aortale ballonpomp is alleen zinvol als overbrugging naar een definitieve behandeling (CBO, 2005). Er is geen onderzoek gedaan naar de voordelen voor de patiënt of naar de kosteneffectiviteit van deze interventie (SBU, 1999).

16. **Left Ventricular Assist Device (LVAD, steunhart)**

Evenals de intra-aortale ballonpomp kan ook een LVAD dienen ter mechanische ondersteuning van de circulatie. De LVAD is een mechanische pomp die het hart ondersteunt om het bloed efficiënter rond te pompen. Momenteel wordt een LVAD toegepast ter overbrugging bij patiënten met hartfalen die in aanmerking komen voor een harttransplantatie. De LVAD's zijn de laatste jaren verbeterd, maar worden momenteel nog ongeschikt geacht als alternatief voor transplantatie, wat immers de gouden standaard is (CBO, 2005). De vraag is dan ook of LVAD in de toekomst wel permanent geïmplanteed kan worden.

17. **Kunsthart**

Ook het kunsthart kan dienen als mechanische ondersteuning van de circulatie. Dit wordt toegepast bij patiënten met een groot infarct, waarbij de hartwand dermate is beschadigd waardoor direct een donorhart nodig is. Een LVAD is dan geen mogelijkheid meer. Als er geen donorhart direct beschikbaar is, is er de mogelijkheid om een kunsthart te implanteren dat het gehele hart vervangt (CBO, 2005). Bij deze interventie geldt eveneens dat moet worden overwogen of het kunsthart permanent als implantaat kan worden toegepast in de toekomst.

18. **Batista-procedure bij hartfalen NYHA klasse IV**

Harttransplantatie kan de kwaliteit van leven en levensduur van patiënten met ernstig hartfalen sterk verbeteren. Een nadeel is dat harttransplantatie beperkt beschikbaar is. Daarom wordt gezocht naar andere chirurgische ingrepen. Hierbij zou de Batista-procedure overwogen kunnen worden. Deze behandeling houdt in: het wegnemen van een zeer sterk gedilateerde linker ventrikel door middel van het wegnemen van lateraal spierbindweefsel. De overlevingskans na deze ingreep is echter relatief laag voor patiënten in klasse III en IV. De veiligheid van deze behandeling staat daardoor ter discussie. Tevens bestaan er veiligere en (kosten)effectievere alternatieven voor deze behandeling (CBO, 2005).

19. **Wikkelhart bij hartfalen NYHA klasse IV**

Evenals de Batista-procedure kan ook het wikkelhart dienen als alternatief voor een harttransplantatie. Dit is een behandeling die beoogt re-modellering tegen te gaan en de systole te ondersteunen. Na wekenlange training, door elektrische stimulatie, verandert het karakter van de skeletspier en wordt de gewikkelde spier zo gestimuleerd dat hij synchroon met het hart samentrekt. Deze behandeling kent grote nadelen zoals hoge operatiemortaliteit en grote kans op een latere plotselinge dood (CBO, 2005).

In onderstaande tabel staan de gebruikte referenties weergegeven.

Literatuurbron	Richtlijnen en overige publicaties
NHG Nederlandse Huisartsen Genootschap (NL)	Richtlijn: <ul style="list-style-type: none"> Hartfalen M51 (2005)
NVVC Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NL)	Richtlijnen: <ul style="list-style-type: none"> Diagnose en behandeling van chronisch hartfalen, zakformaat, gebaseerd op de ESC-richtlijnen (2005) Dutch guidelines for interventional cardiology: instructional and operator competence and requirements for training (2004) Review: <ul style="list-style-type: none"> Recommendations for pacemaker implantation for the treatment of atrial tachyarrhythmias and resynchronisation therapy for heart failure (2004)
NVVA Nederlandse Vereniging voor VerpleeghuisArtsen (NL)	Richtlijn: <ul style="list-style-type: none"> Richtlijn Hartfalen (1999)
KNGF Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (NL)	Richtlijn: <ul style="list-style-type: none"> Richtlijn hartrevalidatie (2005)
CBO Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (NL)	Consensus: <ul style="list-style-type: none"> Multidisciplinaire richtlijn chronisch hartfalen (2005)
CVZ Diagnostisch Kompas College voor Zorgverzekeringen (NL)	Leidraad: <ul style="list-style-type: none"> Diagnostiek Hartfalen (2003)
GR Gezondheidsraad (NL)	Adviezen: <ul style="list-style-type: none"> Harttransplantatie bij het jonge kind (1999) Vaccinatie tegen pneumokokken bij ouderen en risicogroepen (2003)
NHS/NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (UK)	Richtlijn: <ul style="list-style-type: none"> Chronic heart failure (2003) Appraisals: <ul style="list-style-type: none"> Arrhythmias – implantable cardioverter defibrillators (ICD's) (2006) Dual chamber pacemakers for the treatment of symptomatic bradycardia (2005) Heart failure – biventricular pacing (cardiac resynchronisation) (pending) Interventional procedures: <ul style="list-style-type: none"> Dynamic cardiac monitoring (2006) Partial left ventriculectomy (2004) Left ventricular assist devices for short term circulatory support (2006)
NHSC National Horizon Scanning Centre (UK)	Emerging technology report: <ul style="list-style-type: none"> Remote monitoring of implantable cardiac devices (2003)

<p>CEDIT Comite d'Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques (FR)</p> <p>BCMA British Columbia Medical Association (CAN)</p> <p>GAC Guideline Advisory Committee (CAN, Internationaal)</p> <p>NGC National Guideline Clearinghouse (US, Internationaal)</p> <p>ICSI Institute for Clinical Systems Improvement (US, internationaal)</p> <p>MSAC Medical Services Advisory Committee (AU)</p> <p>ANZHSN Australia and New Zealand Horizon Scanning Network (AU/N-Z, Internationaal)</p> <p>CCOHTA Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CAN)</p> <p>CCS Canadian Cardiovascular Society (CAN)</p>	<p>Aanbeveling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medical heart assist devices (2004) <p>Richtlijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Advisory committee report Heart failure care (2003) <p>Richtlijnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CCS/CSA Canadian Cardiovascular Society Consensus Guideline Update for the Diagnosis and Management of Heart Failure (2002/3) • AHCPR Archived Clinical Practice Guidelines / AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality: Heart Failure: management of patients with left-ventricular systolic dysfunction (1994) <p>Richtlijnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • European society of cardiology Guidelines on the diagnosis and treatment of chronic heart failure (2005) • ACC/AHA Guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult. (2005) • Heart Failure Society of America (HFSA) Practice Guidelines. Adams, KF, Lindenfeld J, et al. Executive Summary: Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. J Cardiac Failure; 12:10–38, (2006) <p>Richtlijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heart failure in adults. (2005) <p>Advies:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intravascular extraction of chronically implanted permanent transvenous pacing leads (1999) • Intra-operative transoesophageal echocardiography (2002) <p>Prioritising summary:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empulse Pacing System: Implantable heart pacemaker that automatically adjusts electrical impulses for patients with cardiac arrhythmia (2004) <p>Technology reports:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Health Technology Update, Issue 2: Combating inflammation associated with heart failure with Celacade TM (2006) • Hand-carried Ultrasound Units for Point-of- care Cardiac Examinations (2002) <p>Consensusrapport:</p> <ul style="list-style-type: none"> • JMO Arnold, P Liu, C Demers, et al. Canadian Cardiovascular Society consensus conference recommendations on heart failure 2006: Diagnosis and management. Can J Cardiol; 22 (1): 23-45 (2006)
---	---

INAHTA

International Association of Agencies for Health Technology Assessment (een deel van de hierboven beschreven organisaties valt ook onder INATHA) (Internationaal)

Briefs:

- AHFMR: Evidence for the Benefits of Telecardiology Applications: a Systematic Review (2004)
- AHFMR: Cost Estimation of Point of Care B-Type Natriuretic Peptide for the Diagnosis of Heart Failure in the Emergency Department: Application to Alberta; (2005)
- ICTAHC: Assessment of Cardiac Rehabilitation SBU (SE)Service for Patients with Heart Diseases; (2005)
- SBU: Exercise training in heart failure (2002)
- SBU: Cardiac pumps in treating chronic heart failure (2002)
- SBU: Pacemaker resynchronization of ventricular rhythm in chronic heart failure (2003)

Cochrane Collaboration
(Internationaal)

Systematic reviews:

- Psychological interventions for depression in heart failure. Lane DA, Chong AY, Lip GYH; The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 1.
- Clinical service organisation for heart failure. Taylor S, Bestall J, Cotter S, Falshaw M, Hood S, Parsons S, Wood L, Underwood M; The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 1.
- Exercise based rehabilitation for heart failure. Rees K, Taylor RS, Singh S, Coats AJS, Ebrahim S; The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 1.

PubMed (Medline) (Internationaal)

Reviews:

- Effects of exercise training in patients with congestive heart failure: a critical review McKelvie RS, Teo KK. J Am Coll Cardiol. Mar 1;25(3):789-96 (1995).
 - Positive pressure ventilation in the management of acute and chronic cardiac failure: a systematic review and meta-analysis. Nadar S, Prasad N, Taylor RS, Lip GY. Int J Cardiol. 18;99(2):171-85 (2005)
-

Appendix F: Thema Angststoornissen

Definitie

De definitie van angststoornissen die in de multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt genoemd is ook in deze studie aangehouden. Hierbij is de DSM IV indeling als uitgangspunt genomen, waarbij de volgende angststoornissen worden onderscheiden: paniekstoornis met en zonder agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, obsessief compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis en posttraumatische stressstoornis. Hypochondrie wordt in de DSM IV ingedeeld bij de somatoforme stoornissen, maar omdat hierbij de bovenmatige angst voor een ernstige ziekte centraal staat wordt hypochondrie in dit geval ingedeeld onder de angststoornissen.

Op basis van het literatuuronderzoek zijn negen interventies op het terrein van behandeling van angststoornissen in kaart gebracht, die mogelijk interessant zijn in het kader van pakketbeheer.

1. Cognitieve gedragstherapie (CGT) via internet of e-CGT voor angststoornissen in het algemeen

De effectiviteit van deze interventie staat nog niet vast, maar wordt onderzocht door de University of Queensland (NHMRC, 2005). Deze vorm van therapie wordt wel gezien als mogelijk toekomstige interventie (NICE, 2004). Indicatie voor deze vorm van de therapie zou kunnen zijn: problemen met stigmatisering en logistieke problemen.

2. Eye movement desensitisation & reprocessing (EMDR) bij paniekstoornis en posttraumatische stoornis

Wanneer cognitieve gedragstherapie niet effectief is, kan in tweede instantie EMDR worden toegepast (Hendriks & van Minnen 2006). EMDR is een kortdurende behandelmethode om traumatische ervaringen te verwerken. EMDR is een vorm van psychotherapie die verschillende succesvolle elementen van andere therapieën integreert in combinatie met een afleidende stimulus (het met de ogen volgen van de handen van de therapeut of bilaterale audiostreamulatie). Hierdoor zou “het informatieverwerkingssysteem in de hersenen” worden gestimuleerd. Er is beperkt wetenschappelijk bewijs voor een positief effect van EMDR ook bij behandeling van kinderen en adolescenten met een posttraumatisch stresssyndroom. Mogelijk is de interventie kosteneffectief omdat minder behandelingen nodig zijn in vergelijking met een behandeling door een psychotherapeut (SBU 2001). De multidisciplinaire richtlijn

van de GGZ (2003) staat positief tegenover de toepassing EMDR bij een posttraumatische stressstoornis. De methode wordt effectief genoemd.

3. Psychotherapeutische therapie door paraprofessionals voor angststoornissen in het algemeen

In een meta-analyse van Den Boer (2005) is onderzocht in hoeverre de inzet van “paraprofessionals”²¹ in plaats van professionals (kosten)effectief is. Het betreft een meta-analyse van enkele RCT’s, waaruit blijkt dat er nog onvoldoende bewijs is voor het effect van het inzetten van paraprofessionals vanwege tegenstrijdige uitkomsten. Wel zijn de kosten van paraprofessionals lager in vergelijking met de inzet van professionele hulpverleners.

4. Oefentherapie en ontspanningstherapie (in de vorm van een fysiotherapeutische behandeling) voor angststoornissen in het algemeen

Uit literatuuronderzoek van Jorm et al. (2004) is gebleken dat oefentherapie en ontspanningstherapie (bijv. aerobics) effectief zijn, dit geldt vooral voor de gegeneraliseerde angststoornis en minder voor specifieke angststoornissen. Oefentherapie en ontspanningstherapie door een fysiotherapeut worden momenteel niet vergoed bij angststoornissen.

5. Yoga

Een systematische review naar de effectiviteit van yoga bij angststoornissen is uitgevoerd door Kirkwood et al. (2005). In totaal zijn acht studies onderzocht, die allen positieve resultaten toonden, maar alle studies hadden vele methodologische tekortkomingen. Hierdoor is het niet mogelijk om te bewijzen dat yoga effectief is als interventie bij angststoornissen.

6. Hypnose voor angststoornissen in het algemeen

Voor geen enkele angststoornis wordt hypnose aanbevolen (APA, 2004).

7. Psychodynamische therapie ((kortdurende) psychoanalyse) bij paniekstoornis en posttraumatische stoornis

Studies naar de effectiviteit van psychodynamische therapie ontbreken (SBU, 2005). Het kan mogelijk wel additioneel bij cognitieve gedragstherapie, case management, psycho-onderwijs en groepstherapie gericht op trauma worden toegepast (APA, 2004).

²¹ Van een aantal artikelen was de volledige tekst voor het opstellen van de lijsten met discussiepunten niet beschikbaar (d.w.z. via de bibliotheek van RAND of CVZ en ook niet gratis verkrijgbaar via internet). Op basis van de samenvattingen is het niet altijd mogelijk gebleken om een exacte beschrijving van interventies of indicaties te geven. Op basis van samenvattingen die via Medline beschikbaar zijn, is een aantal punten in deze lijst opgenomen omdat het de signalering van interventies voor nadere bestudering betreft. Een pakket-advies kan niet op basis van deze samenvattingen worden gedaan en bij de nadere bestudering dient dan ook van de volledige tekst uitgegaan te worden.

8. Hersenstimulatie technieken (transcraniale magnetische stimulatie, diepe hersenstimulatie en electroconvulsietherapie) voor therapie-resistente obsessieve compulsieve stoornis

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar het gebruik en de effectiviteit van deze interventies. Er wordt echter wel veelbelovend gesproken over de effectiviteit van deze interventies (Dell'Osso et al, 2005).

9. Andere psychologische interventies dan cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen in het algemeen

Cognitieve gedragstherapie, al dan niet gecombineerd met exposure in vivo is effectief gebleken bij de behandeling van angststoornissen en is meestal de eerste keus wanneer wordt overgegaan op psychotherapeutische interventies (NICE, 2004). Of andere psychologische interventies ook effectief zijn, is nog niet bewezen. Wel zijn er beweringen dat deze interventies in sommige gevallen langdurende veranderingen bij mensen kunnen resulteren (Hollon, 2006).

In onderstaande tabel staan de gebruikte referenties weergegeven.

Literatuurbron	Richtlijnen en overige publicaties
<p>NHG Nederlandse Huisartsen Genootschap (NL)</p>	<p>Richtlijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angststoornissen M62 (2004)
<p>Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ (NL)</p>	<p>Richtlijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (2003)
<p>NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (ENG)</p>	<p>Richtlijnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinical Guideline of management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care (2004) • Appraisal: Depression and anxiety – computerised cognitive behavior therapy (CCBT) (2006)
<p>ECNP European College of Neuropsychopharmacology</p>	<p>Consensusrapporten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ECNP Consensus Meeting, March 2003. Guidelines for the investigation of efficacy in social anxiety disorder. Eur Neuropsychopharmacol. Oct; 14 (5):425-433C (2004) • ECNP Consensus Meeting March 2000. Guidelines for investigating efficacy in GAD. Eur Neuropsychopharmacol. Feb; 12(1):81-87 (2002) • ECNP consensus meeting, March 5-6, 1999, Nice. Post traumatic stress disorder: guidelines for investigating efficacy of pharmacological intervention. ECNP and ECST. Eur Neuropsychopharmacol. Jul; 10(4): 297-303 (2000)
<p>NHMRC National Health and Medical Research Council (AU)</p>	<p>Horizon-scanning, snapshot:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internet based therapy for anxiety disorders in adolescents (not yet in print)
<p>NGC National Guideline Clearinghouse (US / international)</p>	<p>Richtlijnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • American Psychiatric Association (APA): Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. Am J Psychiatry 161 (11 Suppl.) 3-31 (2004) • Singapore Ministry of Health, National Medical Research Council. Guideline Anxiety disorders (2003)
<p>GAC Guideline Advisory Committee (CAN /Internationaal)</p>	<p>Richtlijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • National Health Committee (NHC): Guidelines for assessing and treating anxiety disorders (1998)
<p>ICGDA International Consensus Group on Depression and Anxiety (Internationaal)</p>	<p>Consensusrapport:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consensus statement on generalized anxiety disorder, posttraumatic stress disorder, social anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. Ballenger JC, Davidson JR et al. J Clin. Psychiatry; 59 Suppl. 17: 54-60 (1998)
<p>WCA World Council of Anxiety (Internationaal)</p>	<p>Richtlijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommendations for the long-term treatment of: generalized anxiety disorder, social phobia, posttraumatic stress disorder,

panic disorder and obsessive-compulsive disorder. Greist JH, Bandelow B et al. *CNS Spectr.* 8 (8 Suppl. 1): 1-x (2003)

Cochrane Library
(Internationaal)

Systematic reviews:

Cochrane Database of Systematic Reviews (2006) issue 1

- Meditation therapy for anxiety disorders. Krisanaprakornkit T, Krisanaprakornkit W et al.
- Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. James A, Soler A, Weatherall R; The
- Paraprofessionals for anxiety and depressive disorders. Den Boer PC, Wiersma D et al.

INAHTA
International Association of
Health Technology Assessment
(Internationaal)

Systematic review:

- SBU: Treatment of anxiety disorders, a systematic review (2005)

Alert:

- SBU: EMDR – psychotherapy in posttraumatic stress syndrome in young people (2001)

Pubmed (Medline)
(Internationaal)

Artikelen:

- Posttraumatische stressstoornis bij adolescenten na seksueel misbruik. Hendriks GJ en Van Minnen A. *Ned. Tijdschr Geneesk* 150(6) 281-285 (2006)
 - Brain stimulation techniques in the treatment of obsessive-compulsive disorder: current and future directions. Dell'Osso B et al. *CNS Spectr* 10(12): 966-979, 983. (2005)
 - Interventions to improve management of anxiety disorders in general practice: a systematic review Heideman J et al. *Br J Gen Pract.* 55 (520): 867-874, (2005)
 - A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. Bradley et al. *Am J Psychiatry* 162(2): 214-227, (2005)
 - Yoga for anxiety: a systematic review of the research evidence. Kirkwood G et al. *Br J Sports Med* 39 (12): 884-891 (2005)
 - Meta-analysis of cognitive-behavioural treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy. Mitte K. *Psychol Bull* 131(5) 785-795, (2005)
 - Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety disorders. Jorm AF, Christensen H, et al. *Med. J Aust* 181 (7 Suppl.): S29-46 (2004)
 - Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Panic Disorder and Agoraphobia. *Aust N Z J Psychiatry.* 37 (6): 641-656 (2003)
 - Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies. Stetter F. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2002 27(1): 45-98, (2002)
-

Appendix G: Thema Lage Rugklachten

Definitie

Voor het literatuuronderzoek is uitgegaan van de volgende definitie van chronische lage rugklachten: alle rugklachten die langer dan zes maanden duren, ongeacht de onderliggende oorzaak.

Op basis van literatuuronderzoek zijn 25 interventies op het terrein van diagnose en behandeling van chronische lage rugklachten in kaart gebracht en gecategoriseerd, welke mogelijk interessant zijn in het kader van pakketbeheer.

1. Percutane intradiscale electrothermale therapie

Wanneer behandelingen als oefentherapie, medicijnen en gedragstherapie niet werken en men niet wil overgaan tot een open operatie, dan kan percutane intradiscale electrothermale therapie toegepast worden. Er bestaat geen bewijs omtrent de veiligheid en effectiviteit van de therapie. Het betreft nog een experimentele behandeling (NICE, 2004). Daarom wordt deze techniek nog niet aanbevolen (NGC, Sanders, 2005). Ook over de kosteneffectiviteit van deze interventie is nog weinig bekend (NHSC, 2001). Tenslotte deed de MSAC (Australië) in 2002 een aanbeveling om deze interventie niet op te nemen in het verzekerde pakket. (MSAC, 2002)

2. Percutane Intradiscale radiofrequente theramocoagulatie

Omtrent percutane intradiscale radiofrequente theramocoagulatie is weinig bekend omtrent de veiligheid en effectiviteit. Het huidige bewijs over de effectiviteit is gebaseerd op een kleine, ongecontroleerde studie (NICE, 2004).

3. Discus-decompressie met coblation/coblatie

Er is weinig onderzoek gedaan naar de veiligheid en effectiviteit (geen RCT's) van deze interventie. Het betreft een interventie in een experimenteel stadium (NICE, 2004).

4. Percutane vertebroplastiek bij de behandeling van osteoporotische fracturen

Bij percutane vertebroplastiek wordt een wervellichaam opgevuld met een cement om de inzakking van het wervellichaam te verhelpen. Er is nog gebrek aan bewijs over de effectiviteit van deze behandeling (NICE, 2004) maar het wordt wel goedgekeurd. De behandeling wordt veilig geacht alhoewel RCT's over de effectiviteit ontbreken (ICSI, 2003).

5. Percutane vertebroplastiek met ballon (Balloon kyphoplasty) bij de behandeling van osteoporotische fracturen

Deze experimentele behandeling wordt alleen toegepast bij patiënten met hardnekkige pijn bij osteoporotische fracturen. De behandeling is veilig, maar bewijs over de (kosten)effectiviteit ontbreekt omdat er geen RCT's zijn uitgevoerd (ICSI, 2003). Ook de effecten op de lange termijn zijn niet bekend (NICE, 2006).

6. Lumbale laser dissectomie bij herniatie

Het voordeel van deze laser behandeling ten opzichte van andere operatieve methoden voor verwijdering van een deel van de discus is pijnreductie. Er bestaat echter geen bewijs over de veiligheid en effectiviteit van deze behandeling. Er zijn mogelijke complicaties als zenuwbeschadiging en het beschadigen van andere structuren.

7. Endoscopische laser foraminoplastiek bij stenose

Deze interventie wordt in de dagelijkse praktijk nog niet aanbevolen. Er bestaat nog onvoldoende bewijs over de veiligheid en de effectiviteit van deze behandeling. Er kan een aantal potentiële complicaties worden genoemd bij deze procedure (NICE, 2003).

8. Interspinale implantatietechnieken bij stenose

Bij deze techniek worden implantaten ingebracht in de interspinale ruimte. Er bestaat geen onzekerheid omtrent de veiligheid van deze interventie. Wel is er onzekerheid over de effectiviteit van de interventie, zeker voor wat betreft de lange termijn omdat daar nog weinig onderzoek naar gedaan is (NICE, 2006). Er is geen voordeel ten opzichte van andere operatieve ingrepen aangetoond (ICSI, 2005).

9. Chemonucleolyse bij herniatie

Bij chemonucleolyse wordt een enzym ingespoten in de tussenwervelschijf waardoor het materiaal van de nucleus pulposus oplost. Deze interventie is effectiever dan een placebo, maar minder effectief dan andere operatieve methoden (Cochrane, 2006).

10. Pijnblokkade door ruggemergstimulatie bij lumbale herniatie of discusdegeneratie

Ruggemergstimulatie (Spinal cord stimulation) is een therapie waarbij door middel van elektrische pulsen desensibilisatie wordt bewerkstelligd (poorttheorie). Voor bepaalde patiënten kan deze interventie effectief zijn, er is echter weinig bewijs beschikbaar over de voordelen en nadelen van deze interventie (Cochrane, 2006).

11. Intervertebrale discusvervanging met prothese bij lumbale herniatie of discusdegeneratie

Er zijn onderzoeken die de veiligheid en effectiviteit van deze interventie hebben aangetoond. Deze behandeling heeft voordelen ten opzichte van alternatieven, maar heeft als nadeel dat het ernstige complicaties kan veroorzaken. Er is ook weinig bekend over de lange-termijneffecten (NICE, 2004; ICSI, 2005; MSAC, 2003, Mayer, 2005)

12. Vertebral axial decompression (VAX-D) en anderssoortige tractie

Een VAX-D is een apparaat om tracties mee uit te voeren. Er is een gebrek aan bewijs met betrekking tot de veiligheid en de (kosten)effectiviteit van deze interventie. Er is beperkt bewijs dat een operatie effectiever is (MSAC, 2001, Cochrane, 2006).

13. Flexibele/dynamische stabilisatie

Bij stabilisatie worden bepaalde delen van de ruggesgraat gestabiliseerd, om zo bewegingen die pijn veroorzaken tegen te houden en de ruggesgraat te stimuleren andere bewegingen te maken. Er zijn geen RCT's beschikbaar over de effectiviteit van deze interventie. Daarnaast zijn alternatieven beschikbaar voor deze indicatie (NICE, 2005). Voor stabilisatie door artrodese van wervellichamen is geen bewijs voor effectiviteit, zie ook punt 23 (SBU, 2000).

14. Oefentherapie

Oefentherapie wordt veel toegepast om het activiteitsniveau van de patiënt te vergroten (Samenwerkende Pijn Kennis Centra, 1997). Oefentherapie heeft slechts een klein effect op de vermindering van pijn en op het verbeteren van het functieherstel. Sommige RCT-studies over de effecten van oefentherapie zijn van slechte kwaliteit door veel variatie in de onderzoekspopulatie en uitkomstmaten, waardoor deze inconsistente resultaten opleveren (Cochrane, 2006). Daarentegen beweerde de Gezondheidsraad in 2003 in een advies dat oefentherapie effectief is voor patiënten met chronische lage rugklachten. Oefentherapie wordt niet vanuit het basispakket vergoed, hieraan ligt een pakketmaatregel ten grondslag.

15. Neuroreflexotherapie

Neuroreflexotherapie, een experimentele behandeling wordt uitgevoerd in Spanje, om pijn te bestrijden bij patiënten met chronische lage rugklachten. Het betreft een veilige en effectieve behandeling. Deze conclusie werd getrokken worden op basis van drie RCT's. Verder onderzoek naar (kosten)effectiviteit is nodig voordat deze interventie in meerdere praktijken kan worden aanbevolen (Cochrane, 2006).

16. Transcutane elektrische neuro stimulatie (TENS)

Het TENS-apparaat is een klein, draagbaar apparaat om de zenuwen te stimuleren, via op de huid aangebrachte elektroden. Er is beperkt en tegenstrijdig bewijs (slechts twee RCT's), om het gebruik van TENS in de praktijk te stimuleren, zeker op de lange termijn (Cochrane, 2006). Het CBO (richtlijn specifieke lage rugklachten 2003) raadt eveneens aan geen TENS toe te passen bij patiënten met chronische specifieke lage rugklachten.

17. Prolotherapie

Prolotherapie-injecties worden gebruikt om pijn te reduceren door het versterken van zwakke ligamenten. Er zijn tegenstrijdige onderzoeken met betrekking tot de effectiviteit van deze interventie. Wel is er beperkt bewijs voor de effectiviteit van deze interventie in combinatie met andere behandelingen (Cochrane, 2006, NGC: Sanders, 2005).

18. Multidisciplinaire behandelprogramma's

Multidisciplinaire behandelprogramma's voor patiënten met chronische lage rugklachten zijn effectief gebleken (NGC, 2005; INAHTA, 2004). Er kunnen echter geen conclusies worden getrokken over de economische impact van deze behandelprogramma's; over de kosteneffectiviteit is dus nog weinig bekend. Daarnaast is het van belang dat in de toekomst duidelijk wordt wat precies onder multidisciplinaire behandelprogramma's moet worden verstaan en dat de inhoud van het programma wordt gestandaardiseerd (INAHTA, 2004).

19. Preoperatieve facetdenervatie of SI denervatie middels epidurale of intraarticulaire injecties bij persisterende lage rugpijn met uitstraling

Bij een epidurale injectie wordt een corticosteroid ingespoten rond de zenuwen in nek of rug. Er is beperkt bewijs voor de toegevoegde waarde van epidurale injecties voor preoperatieve diagnostiek van chronische lage rugklachten (NGC, 2003).

20. Diagnostische provocerende discografie bij persisterende lage rugpijn met uitstraling

Bewijs voor de diagnostische waarde van een provocerende discografie is er alleen dit gebaseerd is op anamnestiche gegevens, en gegevens uit lichamelijk onderzoek, beeldvormende technieken en injecties (NGC: Manchikanti, 2003).

21. Cognitieve gedragstherapie/psychologische behandeling

De literatuur levert sterk bewijs dat patiënten met chronische lage rugklachten en symptomen van depressie of angst baat hebben bij gedragstherapie of een psychologische behandeling. Het gaat hierbij om bijvoorbeeld stress-management training, ontspanningstherapie en cognitieve gedragstherapie (NGC, 2005). Ook in de NHG-standaard (lage rugpijn, M54) wordt vermeld dat bij chronische lage rugklachten cognitieve gedragstherapie moet worden overwogen wanneer sprake is van sterke aanwijzingen voor psychische factoren (angst voor bewegen, pijn en ziekte). Over de kosteneffectiviteit van diverse psychologische behandelingen is nog weinig bekend. Momenteel loopt er een onderzoek naar de kosteneffectiviteit van cognitieve gedragstherapie.

22. Corsetten en arthrodesen

Het effect van corsetten en arthrodesen dient prospectief geëvalueerd te worden omdat er mogelijk negatieve effecten zijn op de lange termijn in andere structuren (Samenwerkende Pijn Kennis Centra, 1997). De NHG staat kritisch tegenover het gebruik van corsetten en arthrodesen (NHG, 2003).

23. Diagnostische MRI & CT op verzoek van patiënt, in een vroeg stadium en zonder aanwijzingen voor ernstig onderliggend lijden

Het multifactoriële model dient het uitgangspunt te zijn voor de diagnostiek bij verdenking op lage rugpijn. Dit houdt in dat onderzoek uitgevoerd wordt naar: lichamelijke afwijkingen, aard van de klachten, emotionele reactie, cognitie, attributie en gedrag (CBO, 2003). Bij bijzonderheden (rode vlaggen) is beeldvormende

diagnostiek vereist in de vorm van een MRI of CT. Voor beiden is een indicatiegebied vastgesteld, waarbij de voorkeur uitgaat naar een MRI (ICSI, 2005).

24. Manipulatie/mobilisatie

Er is geen bewijs dat manipulatie of chiropractische behandeling effectiever is dan andere interventies, zoals medicatie, oefentherapie en psychologische therapie (Cochrane, 2006, CCOHTA, 2005).

25. Radiofrequente (facet)denervatie

Radiofrequente denervatie kan pijn in de nekgewrichten verlichten. De impact hiervan op chronische lage rugpijn is echter onzeker. Er is beperkt bewijs dat deze interventie op de korte termijn *niet* effectief is. Naar de effecten op lange termijn is geen onderzoek gedaan (Cochrane, 2006).

In onderstaande tabel staan de gebruikte referenties weergegeven.

Literatuurbron	Richtlijnen en overige publicaties
NHG Nederlandse Huisartsen Genootschap (NL)	Richtlijnen: <ul style="list-style-type: none"> • Standaard lage rugpijn, M54 (2005) • Lumbosacraal Radiculair Syndroom, M55 (2005)
CBO Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (NL)	Richtlijnen: <ul style="list-style-type: none"> • Aspecifieke lage rugklachten (2003) • Lumbosacraal Radiculair Syndroom (1996)
GR Gezondheidsraad (NL)	Adviezen: <ul style="list-style-type: none"> • Oefentherapie (2003) • Lumbosacraal Radiculair Syndroom (1999)
Samenwerkende Pijn Kennis Centra (NL)	Consensusrapport: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiek en behandeling van chronische lage rugpijn (1997)
KNGF Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (NL)	Richtlijnen: <ul style="list-style-type: none"> • Aspecifieke lage rugklachten (2005) • Manuele therapie bij lage rugklachten (2003)
NHS/NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (UK)	Richtlijn: <ul style="list-style-type: none"> • Low back pain (in development) Interventional procedures: <ul style="list-style-type: none"> • Endoscopic laser foraminoplasty (2003) • Percutaneous intradiscal electrothermal therapy (2004) • Laser lumbar discectomy (2003) • Percutaneous vertebroplasty (2003) • Balloon kyphoplasty for compression fractures (2006) • Prosthetic intervertebral disc replacement (2004) • Percutaneous endoscopic laser thoracic discectomy (2004) • Percutaneous intradiscal radiofrequency thermocoagulation for low back pain (2004) • Automated percutaneous mechanical lumbar discectomy (2005) • Interspinous distraction procedures for spinal stenosis causing neurogenic claudication in the lumbar spine (2006). • Interventional procedures in development: • Non-rigid stabilisation techniques for the treatment of low back pain (in progress, overview 2005) • Percutaneous disc decompression using coblation for lower back pain (in progress, overview 2004)
NHSC National Horizon Scanning Centre (UK)	Emerging technology report: <ul style="list-style-type: none"> • Endoscopic laser foraminoplasty for low back pain (2001) • Intradiscal electrothermal therapy for chronic discogenic back pain (2001)
MSAC Medical Services Advisory Committee(AU)	Advies: <ul style="list-style-type: none"> • Intradiscal electrothermal anuloplasty; a treatment for patients with chronic low back pain due to anular disruption of contained herniated discs (2002)
	Reviews: <ul style="list-style-type: none"> • Artificial intervertebral disc replacement (in progress) • Vertebral axial decompression therapy for chronic low back pain (2001)

<p>CCOHTA Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CAN, Internationaal)</p> <p>NGC National Guideline Clearinghouse (US, Internationaal)</p>	<p>Technology report:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cost and outcome of chiropractic treatment for low back pain (2005) <p>Richtlijnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidence-based practice guidelines for interventional techniques in the management of chronic spinal pain, (2003) • Evidence-based clinical practice guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic non-malignant pain syndrome patients (2005)
<p>ICSI Institute for Clinical Systems Improvement (US)</p>	<p>Richtlijnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinical guidelines: Adult low back pain (2005) <p>Technology assessment reports:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lumbar Artificial Intervertebral Discs (2006) • Vertebroplasty and Balloon-assisted Vertebroplasty for the treatment of osteoporotic compression fractures (2004) • Fluoroscopically Guided Transforaminal Epidural Steroid Injections for Lumbar Radicular Pain (2004)
<p>MSAC Medical Services Advisory Committee (AU)</p>	<p>Advies:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intradiscal electrothermal anulo- plasty; a treatment for patients with chronic low back pain due to annular disruption of contained herniated discs (2002)
<p>INAHTA International Association of Health Technology Assessment (Internationaal)</p>	<p>Briefs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AHFMR: Multidisciplinary pain programs for chronic pain: evidence from systematic reviews. Ospina M, Harstall C, HTA 30 (2003) • SBU: Back and neck pain (epidemiology), diagnosis and treatment, (2000) • NCCHTA: Does early magnetic resonance imaging influence management or improve outcome in patients referred to secondary care with low back pain? A pragmatic randomized controlled trial. Gilbert FJ et al. HTA 8 (17). (2004)
<p>Cochrane Collaboration (Internationaal)</p>	<p>Systematische reviews: The Cochrane database of systematic Reviews 2006 issue 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surgery for lumbar disc prolapse • Radiofrequency denervation for neck and back pain • Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain • Neuroreflexotherapy for non-specific low-back pain • Prolotherapy injections for chronic low-back pain • Spinal manipulative therapy for low-back pain • Traction for low-back pain with or without sciatica
<p>Pubmed (Medline) (Internationaal)</p>	<p>Systematische reviews en RCT's:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Van Tulder et al. Outcome of invasive treatment modalities on back pain and sciatica: an evidence-based review. Eur Spine J. 15 Suppl 1:S82-92. (2006) • Van Tulder et al. Outcome of non-invasive treatment modalities on back pain: an evidence-based review. Eur Spine J. 15 Suppl 1:S64-81. (2006)

-
- Slade et al. Trunk-strengthening exercises for chronic low back pain: a systematic review. *J Manipulative Physiol Ther.* 29(2): 163-73 (2006)
 - Buijs et al. Radiofrequency lumbar facet denervation: a comparative study of the reproducibility of lesion size after 2 current radiofrequency techniques. *Reg Anesth Pain Med* 29(5): 400-7 (2004)
 - Mayer HM; Degenerative disorders of the lumbar spine: Total disc replacement as an alternative to lumbar fusion. *Orthopade*34 (10):1007-14, 1016-20 (2005)
 - Van Wijk RM et al. Radiofrequency denervation of lumbar facet joints in the treatment of chronic low back pain: a randomized double blind, sham lesion-controlled trial *Clin. J. Pain* 21 (4): 335-44 (2005)
 - Alexandre A et al. Percutaneous nucleoplasty for discoradicular conflict *Acta Neurochir Suppl.* 92:83-6 (2005)
 - Tsou PM et al. Posterolateral transforaminal selective endoscopic discectomy and thermal annuloplasty for chronic lumbar discogenic pain: a minimal access visualized intradiscal surgical procedure. *Spine J.* 4(5): 564-73 (2005)
 - Munnich et al. Intradiscal electrothermal therapy IDET *Versicherungsmedizin* 57(4):182-4 (2005)
 - Freeman et al. A randomized, double-blind, controlled trial: intradiscal electrothermal therapy versus placebo for the treatment of chronic discogenic low back pain. *Spine* 30(21):2369-77 (2005)
 - Park SY et al, Intradiscal electrothermal treatment for chronic lower back pain patients with internal disc disruption *Yonsei Med J.* 31; 46(4): 539-45 (2005)
 - Cohen SP et al. Nucleoplasty with or without intradiscal electrothermal therapy (IDET) as a treatment for lumbar herniated disc. *J Spinal Disord Tech.* 18 Suppl:S119-24 (2005)
 - Should treatment of (sub)acute low back pain be aimed at psychosocial prognostic factors? Cluster randomised clinical trial in general practice. Jellema P et al. *BMJ* 331(84) (2005)
-