



26 maart 2026

Congres Goed Gebruik Geneesmiddelen
'De Groene Horizon voor Geneesmiddelen'

Sessie 2: Impact maken met een 'ander' studiedesign:
kansen en uitdagingen

Voorzitter: Prof. dr. Catherijne Knibbe

Programma

Presentaties

- -
Dr. Floor Jansen (UMC Utrecht)
- -
Dr. Noortje van Herwaarden (Sint Maartenskliniek)
- Pemetrexed maintenance naast immunotherapie bij mNSCLC
Dr. Bas Peters (St. Antonius Ziekenhuis)

Paneldiscussie

- *Dr. Alfons den Broer*
St. Maartenskliniek
- *Dr. Stefanie Hofstede*
Kennisinstituut FMS
- *Prof. dr. Manuela Joore*
Zorginstituut Nederland
- *Dr. Marianne van Maarschalkerweerd*
Hematon
- *Dr. Peter van de Ven*
UMC Utrecht

Een randomised controlled trial (RCT) is niet meer de gouden standaard om de zorg te veranderen.

Groen: eens

Rood: oneens



26 maart 2026

Dr. Floor Jansen

UMC Utrecht

Cannabidiol in refractory childhood epilepsy, a personalized high-quality approach

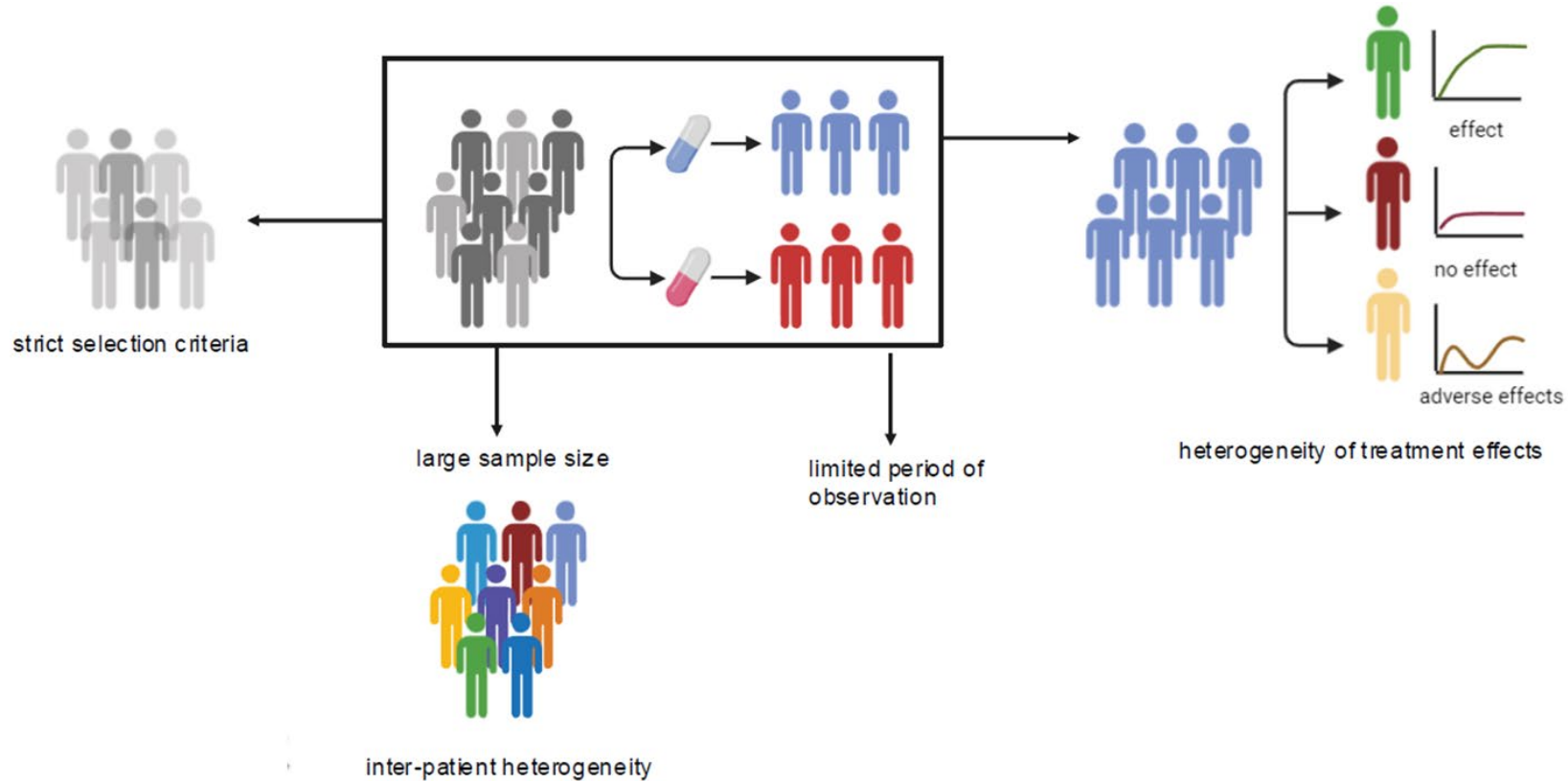
Floor Jansen

Disclosures

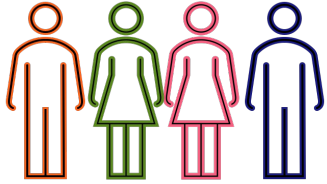
- GW/ Jazz pharma
- Novartis
- Nutricia
- UCB
- GRIN therapeutics
- Lundbeck/ Longboard
- Investigator/ trials
- Consultancy/ advisory board



Rationale n-of-1 trials

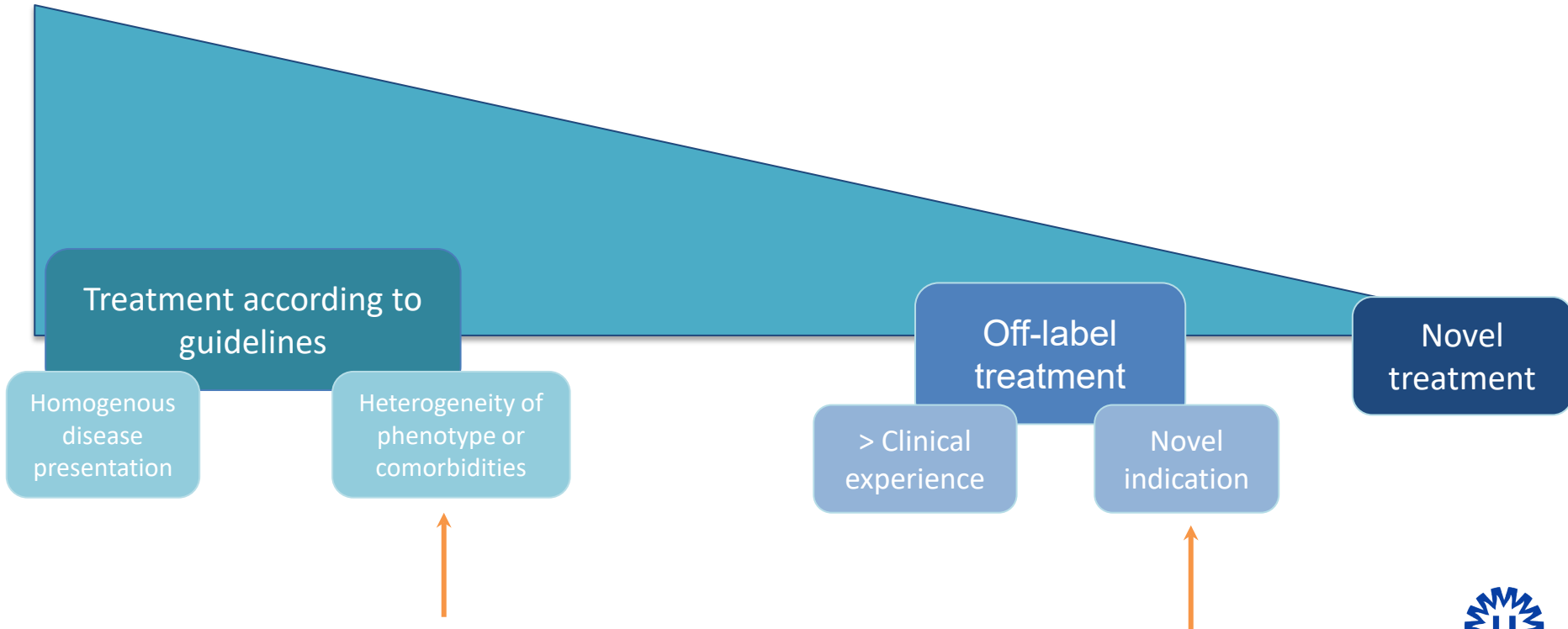


Zeldzame aandoeningen



- Beperkte beschikbaarheid
- Case series $\neq$ hoge kwaliteit
- Clinical equipoise
- Vaak trial and error benadering

Niveaus van “equipoise” in klinische zorg

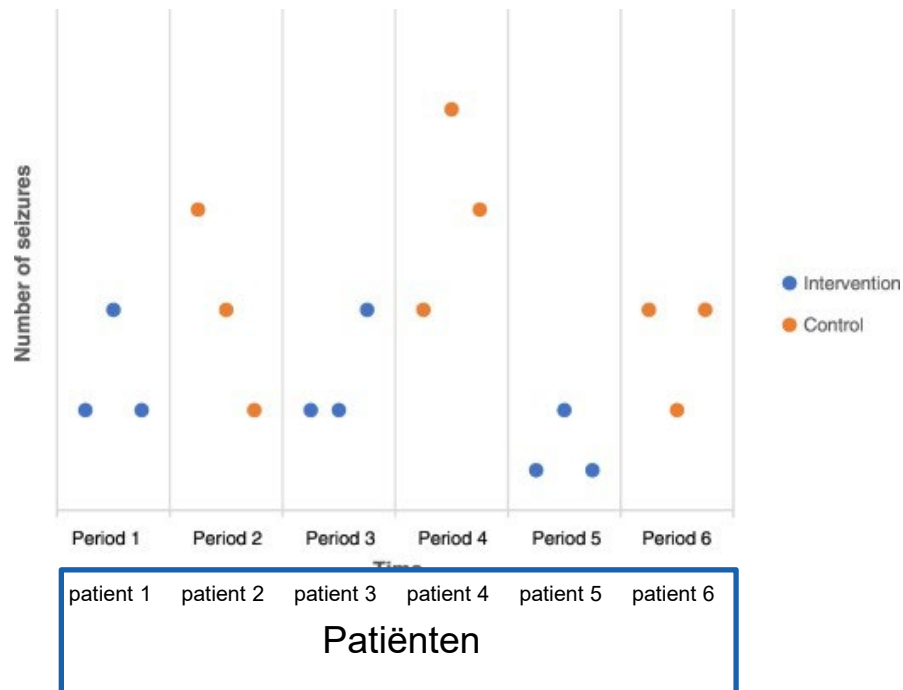


Toepassing van n-of-1 approach

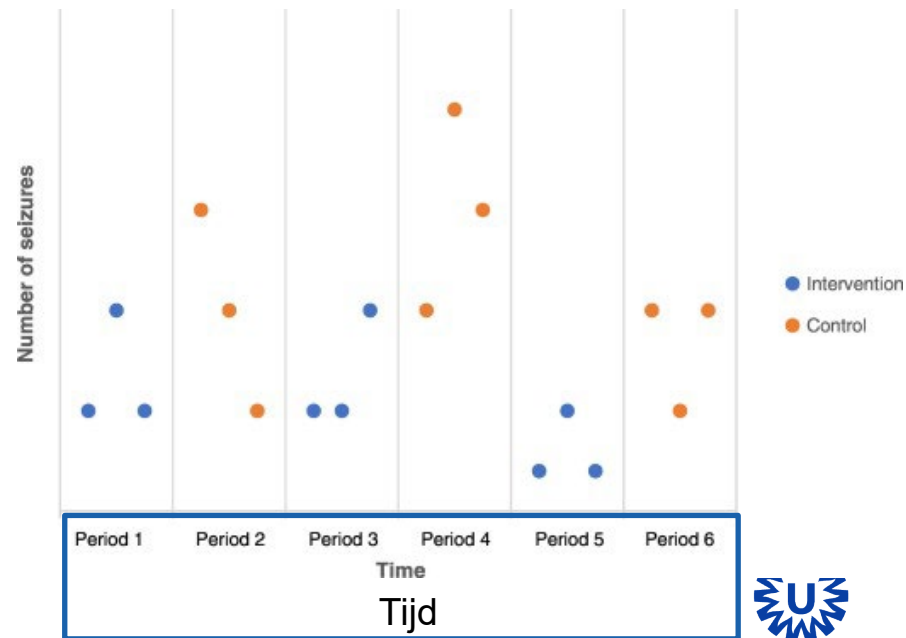
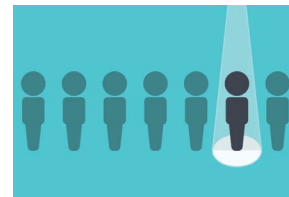
- Vaststellen effectiviteit van behandeling:
 - Bij aandoeningen met phenotypische heterogeniteit
 - Bij aandoeningen met lage prevalentie
 - Voor patiënten voor wie een RCT niet beschikbaar is
 - In geval van heterogene behandel-effecten
- Onderzoeken van impact van behandeling in vergelijking met natuurlijk beloop
- Vaststellen van veiligheid en tolerantie
- Vaststellen van optimale dosering



RCT

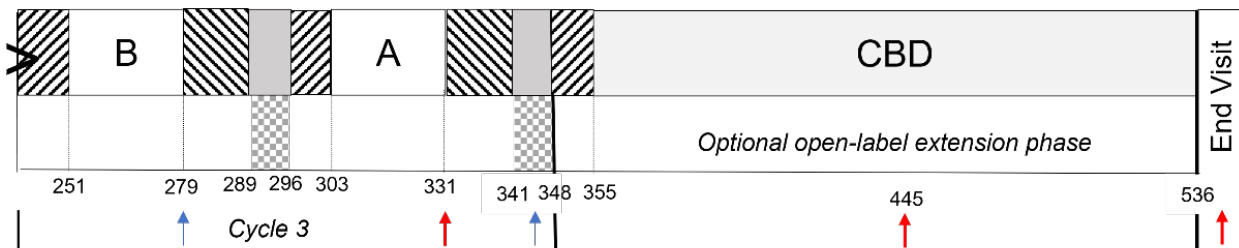
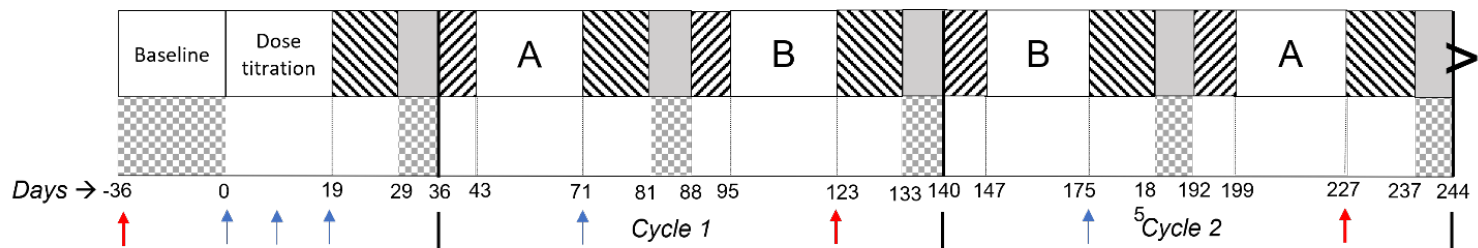
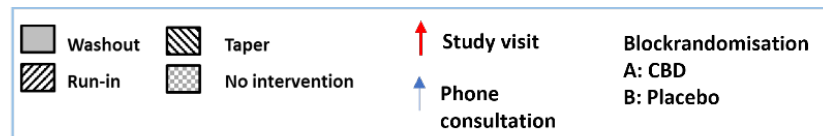


N-of-1 trial design





- Serie van dubbelblinde placebo-gecontroleerde, gerandomiseerde, cross-over trials
- 50 kinderen met refractaire epilepsie
 - Minimaal 4 aanvallen / 4 weken
 - Overige interventies voor epilepsie stabiel
- Bedrolite 5-20 mg/kg/dag CBD:THC (100:4) vs. placebo
- Primaire uitkomstmaat is verandering in aanvalsfrequentie
- Secundaire uitkomstmaat: PCOMs; veiligheid en kosteneffectiviteit



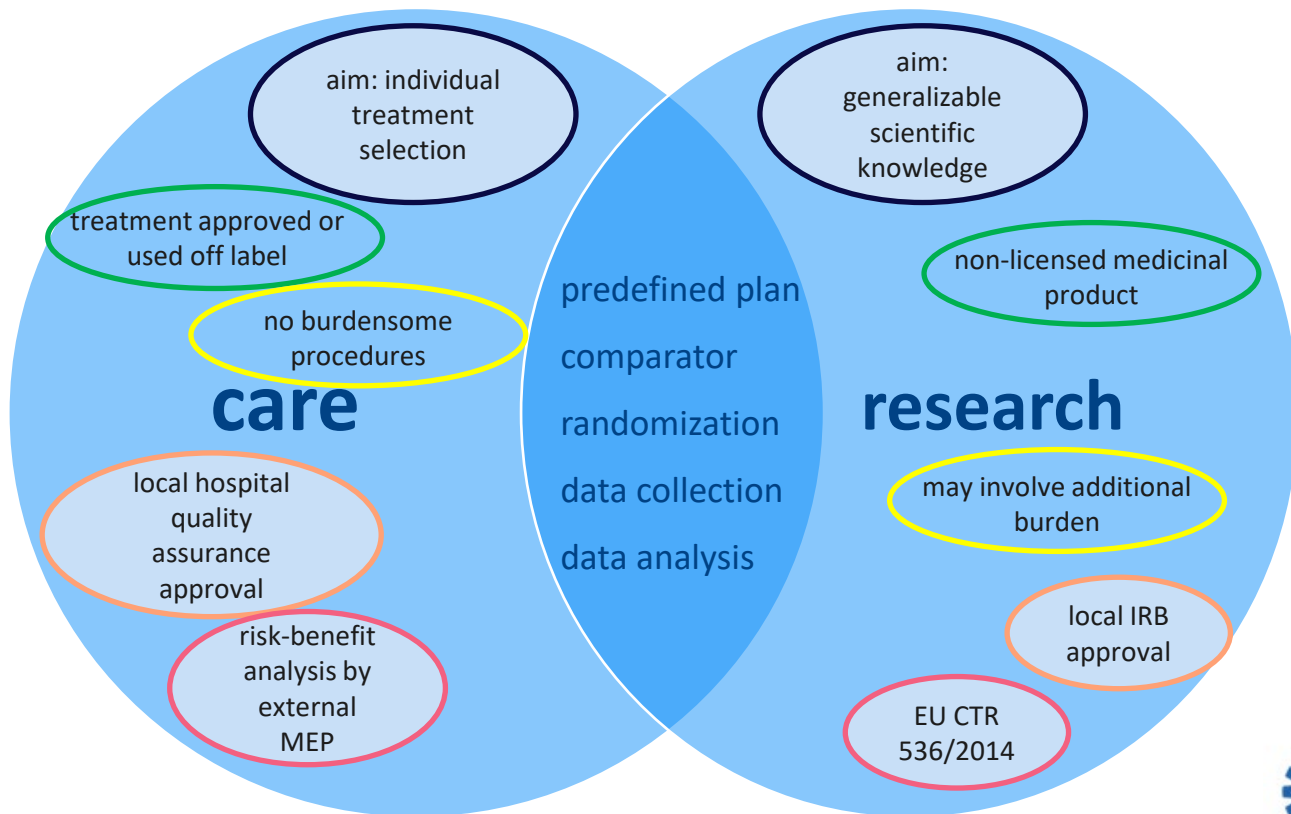
	ENROLLMENT	BASELINE	TITRATION	CYCLE 1		CYCLE 2		CYCLE 3	
POINT	Before or at baseline	Days -36 – 0	Days 1 – 36	Days 37-88	Days 89-140	Days 141-192	Days 193-244	Days 245-296	Days 297-348
INTERVENTIONS†				A	B	B	A	B	A
ASSESSING AND MONITORING	Demographics	✓							
	Medical history	✓							
	Informed consent	✓							
	Allocation	✓							
ASSESSMENTS	Seizure diary	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
	QoICE	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
	GASE	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
	CGI-S/C	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
	SSQ	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
	SDSC	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
	GAS	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
	ABC*	✓		✓	✓				
	VABS-III*	✓		✓	✓				
	SRS	✓							
	Venipuncture**	✓	✓ ✓ ✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	EEG	✓		✓	✓				
	Side effects		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	CUA	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Uitdagingen n-of-1 strategieën

- Onduidelijkheid over de vereiste toetsing (onderzoek vs. zorg)
- Tijdsinvestering, logistiek, kosten en compliance van patiënten
- Stopregels
- Individuele vergoeding



Toetsing van n-of-1 strategieën



Ethical aspects of n-of-1 trials

placebo, blinding, randomisatie

- In het belang voor de individuele patiënt om op een juiste manier te beoordelen of de behandeling werkzaam is
- Het leidt daarmee tot betere therapeutische beslissingen binnen de klinische zorg
 - Placebo is soms minder schadelijk dan actieve interventie
 - Veel mensen hebben placebo effect
 - Geen misleiding



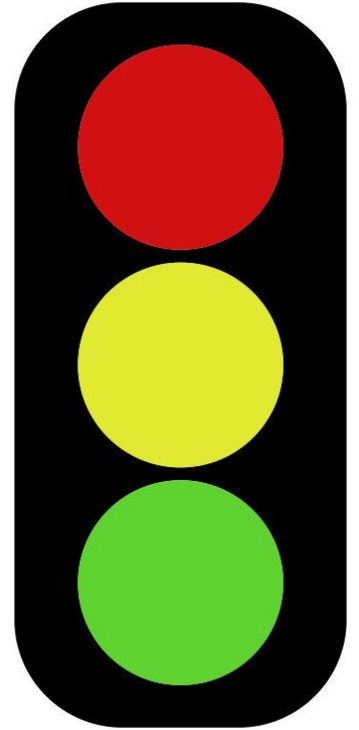
Duur en compliance

- Klassieke RCT duurt 16-18 weken; n-of-1 trial duurt 52 weken
- Fluctuatie aanvallen
- Relatief snelle opbouw → bijwerkingen
- → 30% drop outs



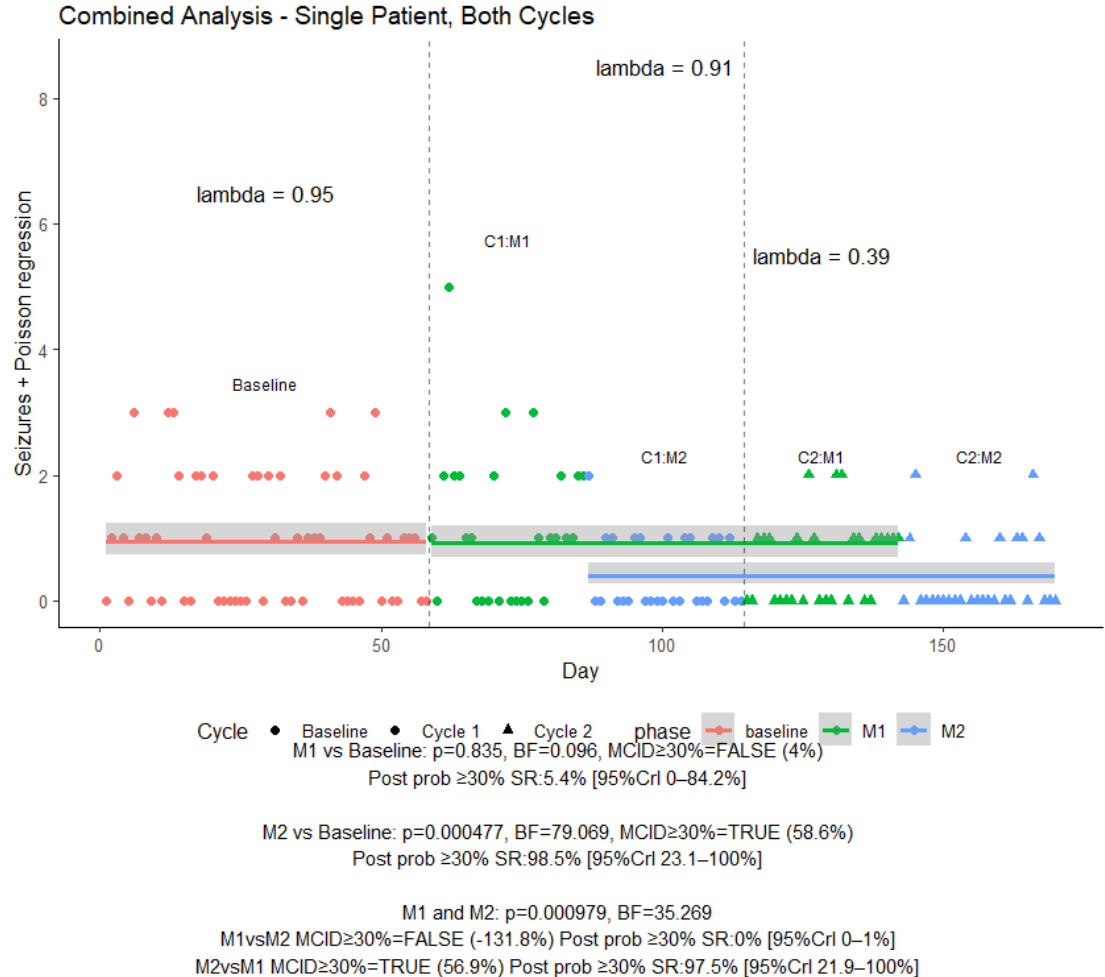
Stopregels/ deblinding

- Analyse per cyclus
- 1ste cyclus
 - SAE/AE
 - Status epilepticus/ toename aanvallen?
 - Aanvalsvrijheid?
- 2de cyclus
 - Minimally clinically important difference (MCID) 30%↓
 - >80% dat MCID v 30% wordt behaald
 - < 20% kans dat MCID van 30% wordt behaald



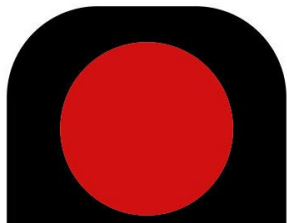
Stopregels/ deblinding

- Hoge BF t.o.v. baseline
- Significant verschil M1 vs. M2
- Kans op MCID 97,5%

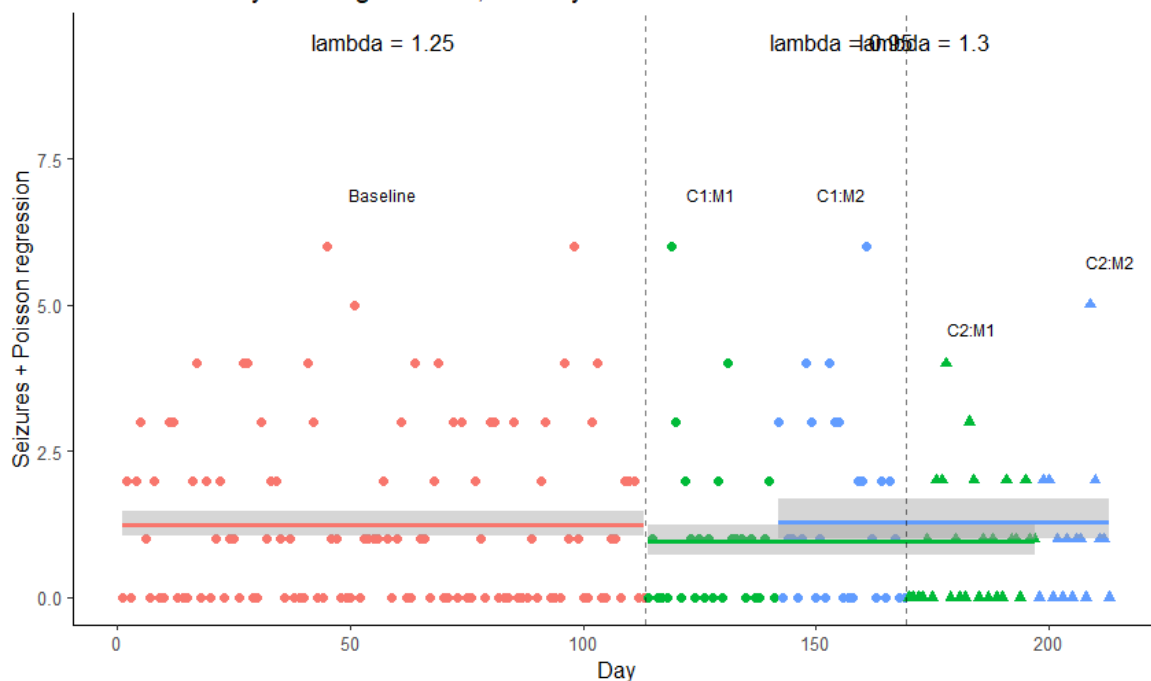


Stopregels/ deblinding

- Lage BF t.o.v. baseline
- Geen significant verschil M1 vs M2
- Kans op MCID 41% als M1 CBD is
- Kans op MCID 0% als M2 CBD is



Combined Analysis - Single Patient, Both Cycles



Cycle ● Baseline ● Cycle 1 ▲ Cycle 2 phase baseline M1 M2

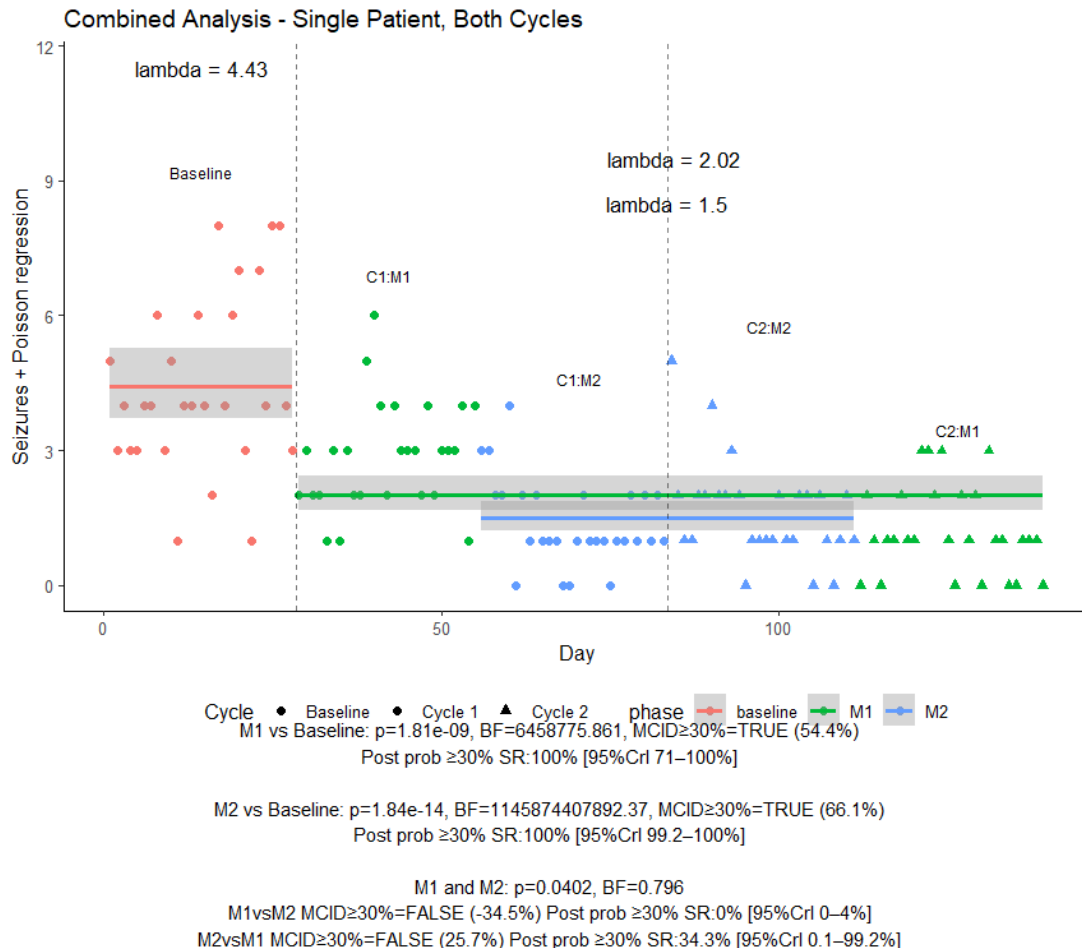
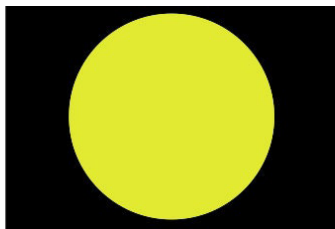
M1 vs Baseline: $p=0.0862$, $BF=0.356$, $MCID \geq 30\% = \text{FALSE}$ (24.2%)
Post prob $\geq 30\%$ SR:32% [95%CrI 0–99.2%]

M2 vs Baseline: $p=0.811$, $BF=0.082$, $MCID \geq 30\% = \text{FALSE}$ (-3.8%)
Post prob $\geq 30\%$ SR:0.8% [95%CrI 0–63.1%]

M1 and M2: $p=0.0999$, $BF=0.387$
M1vsM2 $MCID \geq 30\% = \text{FALSE}$ (26.9%) Post prob $\geq 30\%$ SR:41.1% [95%CrI 0.2–99.5%]
M2vsM1 $MCID \geq 30\% = \text{FALSE}$ (-36.9%) Post prob $\geq 30\%$ SR:0% [95%CrI 0–25.1%]

Stopregels/ deblinding

- Hoge BF t.o.v. baseline
- Enorm placebo effect
- Significant verschil M1 vs. M2
- Kans op MCID 0% als M1 CBD is
- Kans op MCID 34% als M2 CBD is



Vergoeding

- Hoog niveau van bewijs voor individuele patiënt
- $\neq$ stand van wetenschap en praktijk volgens huidige normen
- Geen mogelijkheid tot bewijs op populatieniveau
- Is het ethisch mensen te includeren in studies als er daarna geen vergoeding is verzekerd?



Conclusie

- N-of-1 design van toepassing voor chronische relatief stabiele ziekten
- Klinische n-of-1 strategieën vormen een alternatieve benadering voor ‘trials of therapy’ om effectiviteit van behandeling voor een individu vast te stellen
- Research n-of-1 strategieën vormen een alternatieve benadering om hoge kwaliteit bewijslast voor effectiviteit te vinden als een klassieke RCT niet mogelijk is
- Verminderde compliance → selectie voor dure therapie of behandeling met onzeker effect
- Denk van tevoren goed na over stopregels
- Vergoeding vraagt verandering mindset stakeholders

Met dank aan

UMCU

- F.E. Jansen
- K.P.J. Braun
- W.M. Otte
- M. van de Wiel



Maastricht UMC+

- S. Klinkenberg



Amsterdam UMC

- A. van Eeghen



Epilepsie NI

- L. M'Rabet



SEIN

- A. Altinbas



Radboud UMC

- N. Nadif Kasri
- N. Kolsters



Kempenhaeghe

- J. de Ridder
- S. Lauwers



Erasmus MC

- M.C.Y. de Wit



N-of-1 trial efficacy tool

- [N-of-1 Trial Statistical Power Calculator](#)

Stelling 1

Indien effectiviteit van een interventie met een n-of 1 studie design is aangetoond moet vergoeding op individuele basis mogelijk zijn.

Groen: eens

Rood: oneens

Stelling 2

Een n-of 1 studie bij een individuele patiënt is geen wetenschappelijk onderzoek.

Groen: eens

Rood: oneens



26 maart 2026

Dr. Noortje van Herwaarden

Sint Maartenskliniek

Partially Randomised Patient Preference trial (PRPPT)

Aan de hand van voorbeeld REDO JAK studie

ZonMw-congres Goed Gebruik Geneesmiddelen 26 maart 2026

Noortje van Herwaarden, reumatoloog, klinisch-farmacoloog
Sint Maartenskliniek

Namens hele REDO JAK studieteam

Disclosure belangen spreker

Potentiële belangenverstrengeling	Geen / zie hieronder
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Bedrijfsnamen
• Sponsoring of onderzoeksgeld • Honorarium of andere (financiële) vergoeding • Aandeelhouder • Andere relatie, namelijk....	• ZonMw REDO JAK, GO TEST • Speakers fee: Pfizer, Alfasigma, Novartis

- Inflammatoire reumatische aandoeningen, behandeling o.a. met JAK remmers
- Effectief, maar ook nadelen o.a. bijwerkingen en hoge kosten
- Bij bereiken lage ziekteactiviteit overweging afbouwen, kan dat en hoe dan → REDO JAK

REDO JAK studie in het kort

Onderzoeksvraag: is een strategie van op proef afbouwen/stoppen van JAK remmers bij reumapatiënten die goed gaan even goed als continueren van de behandeling?

- **Design:**
 - Partially randomised patient preference trial (PRPPT)(= comprehensive cohort study)
- **Patiënten: n=200**
 - Ontstekingsreuma (RA, PsA, axSpA)
 - Gebruik van een JAK remmer (baricitinib, filgotinib, tofacitinib, upadacitinib)
 - Rustige ziekte
- **Interventie en controle:**
 - JAK remmer op proef afbouwen of doorgaan
- **Uitkomst:**
 - 12 maanden follow up
 - Non inferioriteit op % patiënten met lage ziekteactiviteit

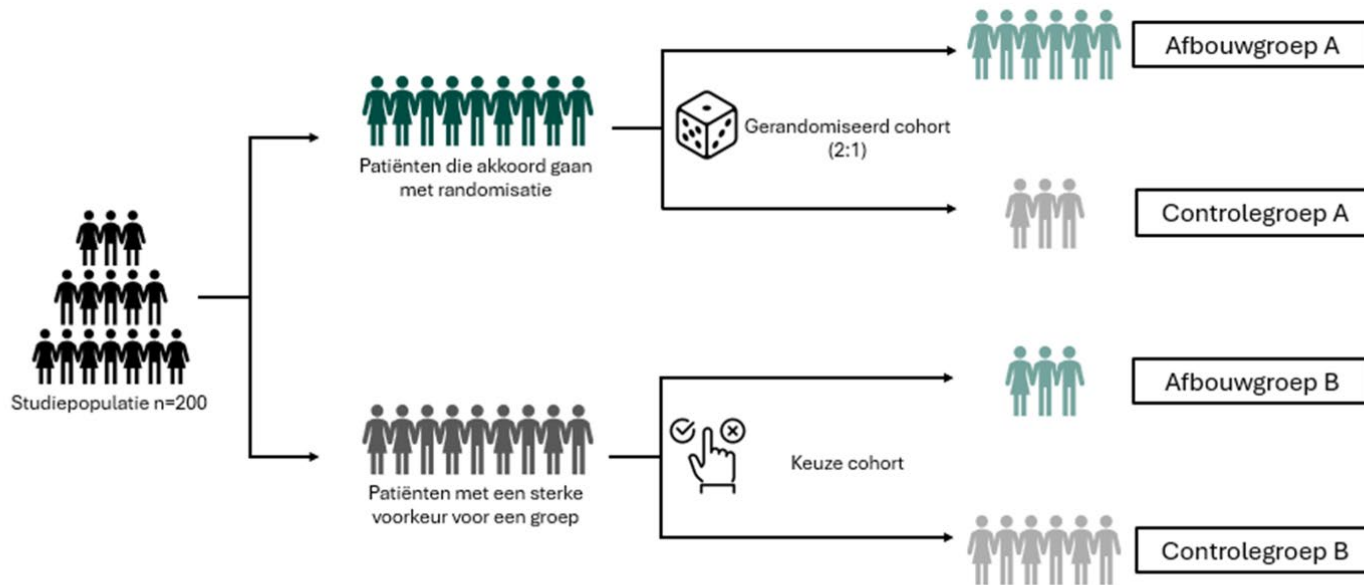
Waarom dit design?

- Effect herstarten JAK remmer moet meegenomen → strategie trial → open label
- Aantonen dat afbouwstrategie niet slechter is qua ziekteactiviteit (want is al beter wat betreft andere uitkomsten) → non inferiority (NI) design
- Er zijn niet oneindig aantal patiënten beschikbaar, en behoorlijk precisie is nodig gezien NI design. En patiënten hebben vaak ook specifieke preferenties* → **PRPPT**
- Hoge bewijskracht is gewenst → daarom niet ongecontroleerd / low quality gecontroleerd onderzoek

Hoe ziet een PRPPT er precies uit?

- **Twee trials** naast elkaar met dezelfde PICO. De één gerandomiseerd (RCT), de ander **kiezen patiënten zelf** voor interventie of controle (PP)
- Patiënten wordt gevraagd mee te doen. Indien deelname, dan graag gerandomiseerd. Maar als patiënt sterke voorkeur heeft, dan mag hij/zij in plaats daarvan zelf kiezen welke groep
- **Analyse in 3 stappen ($\approx$ random effects meta-analyse):**
 - Eerst analyse RCT deel, ongecorrigeerd
 - Dan analyse PP deel, gecorrigeerd voor mogelijke confounders (mede geïnformeerd uit RCT deel)
 - Dan (eventueel) meta-analyse RCT en PP: bepalen puntschatting en nullhypothese, heterogeniciteit, en preference effect

Hoe ziet een PRPPT er precies uit?



Partially Randomised Patient Preference Trials

- Niet nieuw, maar nog weinig gedaan

THE NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Surgical versus Nonsurgical Therapy for Lumbar Spinal Stenosis

James N. Weinstein, D.O., M.S., Tor D. Tosteson, Sc.D., Jon D. Lurie, M.D., M.S., Anna N.A. Tosteson, Sc.D., Emily Blood, M.S., Brett Hanscom, M.S., Harry Herkowitz, M.D., Frank Cammis, M.D., Todd Albert, M.D., Scott D. Boden, M.D., Alan Hilibrand, M.D., Harley Goldberg, D.O., Sigurd Berven, M.D., and Howard An, M.D., for the SPORT Investigators*

BMJ

RESEARCH

Advice to use topical or oral ibuprofen for chronic knee pain in older people: randomised controlled trial and patient preference study

Martin Underwood, professor of general practice;¹ Deborah Achty, professor of medical statistics;² Pamela Cross, study clinician;³ Enid Hennessey, senior lecturer in medical statistics;² Louise Letley, senior nurse manager;¹ Jeannette Martin, visiting fellow;² Shahrul Mi-isa, statistician;² Suzanne Parsons, research fellow;² Madge Vickers, research director;² Ken Whyte, study manager², on behalf of the TORB study team

JAMA | Original Investigation

Effect of Inpatient Rehabilitation vs a Monitored Home-Based Program on Mobility in Patients With Total Knee Arthroplasty The HIHO Randomized Clinical Trial

Mark A. Buhagiar, MHM; Justine M. Naylor, PhD; Ian A. Harris, PhD; Wei Xuan, PhD; Friedbert Kohler, MBBS; Rachael Wright, BAppSc OT; Renee Fortunato, MHSM

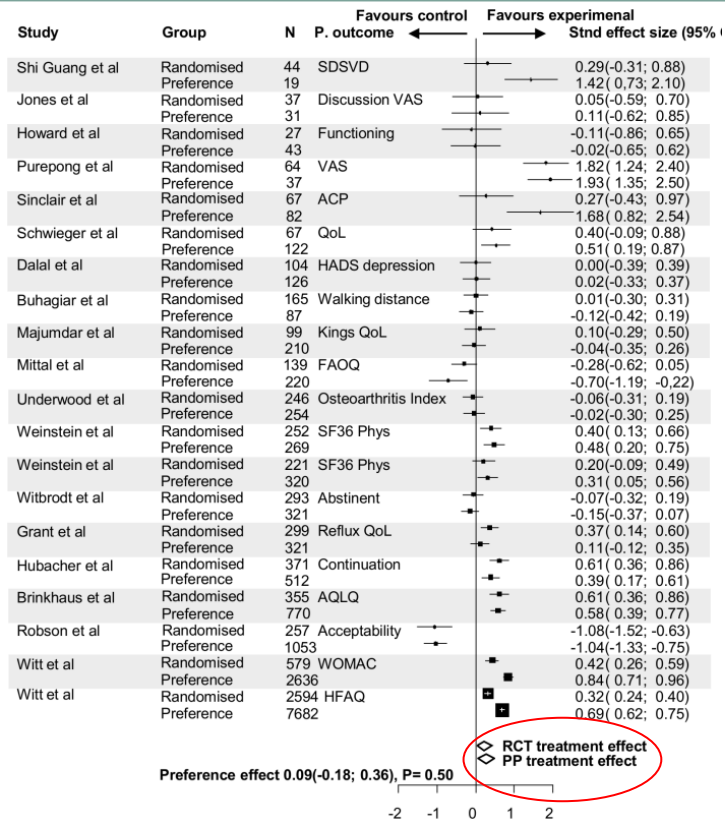
- Lijkt erg goed design

BMJ Open Partially randomised patient preference trials as an alternative design to randomised controlled trials: systematic review and meta-analyses

PRPPT: systematische review en meta-analyse

- Veel patiënten doen mee aan PRPPT: 48-100% (meer dan normale RCT)
- Veel deelnemers willen niet gerandomiseerd worden, maar kiezen: 50% of meer kiest voor PP
- Uitval en cross over zijn groter in RCT deel dan in PP deel, lager dan standaard RCT

PRPPT: systematische review en meta-analyse



Effect van RCT en PP trials zeer vergelijkbaar

➤ gestandaardiseerde effect grootte verschil 0.09 met adjustment -0.03

PRPPT: Kansen

- Patiënten inclusie makkelijker
- Betere generaliseerbaarheid / externe validiteit
- Hetzelfde of betere interne validiteit:
 - Te verwachten adherence beter
 - Minder 'disappointment bias'
 - Minder uitval/cross over
- Ethische voordelen en patiënt participatie

PRPPT: Uitdagingen

- Kan alleen bij open (niet placebo gecontroleerd) design
- Patiënt voorkeur optie aanbieden kan leiden tot minder gerandomiseerde patiënten (kannibalisering RCT door PP)
- Preference bias kan optreden
- Complexere analyse
- Iets grotere sample nodig (maar gecompenseerd door makkelijker inclusie, en minder uitval RCT)
- Niet te voorspellen ratio's RCT vs. PP deel; en in PP deel interventie vs controle
- Nog wat onbekend (geen CONSORT reporting guidelines bv)

PRPPT: kansen en uitdagingen



Kansen

- Patiënten zijn enthousiast
- Inclusie loopt voorspoedig

Uitdagingen

- Onbekendheid bij METC:
 - Waarom niet geblindeerd
 - Eis minimaal 50% gerandomiseerd!?
- Optie kiezen maakt idd minder gerandomiseerd (heden 40% gerandomiseerd, 60% gekozen, bij kwart van geïnccludeerde patiënten)
- Onbekendheid onderzoekers → hoe leg ik het uit aan de patiënt?

PRPPT: wanneer doen

- Een open design mogelijk / wenselijk is
- Je patiënten inclusie makkelijker wilt maken
- Je betere generaliseerbaarheid wilt hebben
- Er mogelijk sterke patiënten voorkeuren zijn
- Jij (en je methodoloog) niet bang bent voor wat complexere analyse en meer onzekerheden

Stelling 1

Advanced trial design moet geaccepteerd worden door relevante gremia zoals METC, ZonMw, CBG, FMS kennisinstituut en Zorginstituut Nederland (ZIN).

Groen: eens

Rood: oneens

Stelling 2

De impact van een Partially Randomised Patient Preference Trial (PRPPT) is net zo groot als een klassieke RCT en veel haalbaarder.

Groen: eens

Rood: oneens

Design: waren andere opties mogelijk?

Andere design opties die patiënt inclusie vergemakkelijken..

- **Andere middelen ook meenemen?** Nvt, want al gedaan in de reumatologie, en te heterogeen
- **Is er al data die Bayesiane aanpak ondersteund?** niet voor gekozen, prior niet helder
- **N=1 trial / interrupted time series?** Effect interventie duurt te lang om meermaals te herhalen, en er zijn carry over effecten te verwachten
- **Stepped wedge design?** Lange tijdsduur, complex, en afhankelijk van cluster grootte
- **Meetfout verkleinen door repeated measurements?** Veel werk en niet voldoende breed geaccepteerd
- **Bredere NI marge / 90% CI / eenzijdig testen?** Geeft minder bewijskracht
- **Surrogaat marker als uitkomst?** Niet beschikbaar
- **Continue uitkomstmaat i.p.v. dichotoom?** Voor meer ziekten niet goed mogelijk



26 maart 2026

Dr. Bas Peters

St. Antonius Ziekenhuis

Pemetrexed maintenance naast immunotherapie bij mNSCLC

Bas Peters, Ziekenhuisapotheker
St. Antoniusziekenhuis

b.peters@antoniuziekenhuis.nl

Disclosure belangen spreker

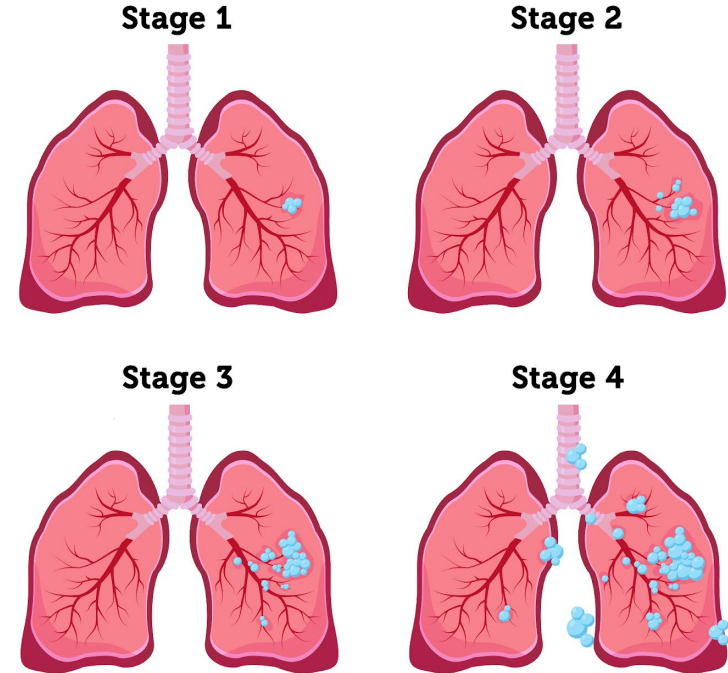


Potentiële belangenverstrengeling	Geen / zie hieronder
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	GEEN
• Sponsoring of onderzoeksgeld • Honorarium of andere (financiële) vergoeding • Aandeelhouder • Andere relatie, namelijk....	GEEN

NSCLC

- Niet kleincellig longkanker
- 80% van de longkanker
- Veel stadium IV diagnose
- Groot deel adenocarcinoom
- Kosten
- Overleving

Stages of Lung Cancer



NSCLC

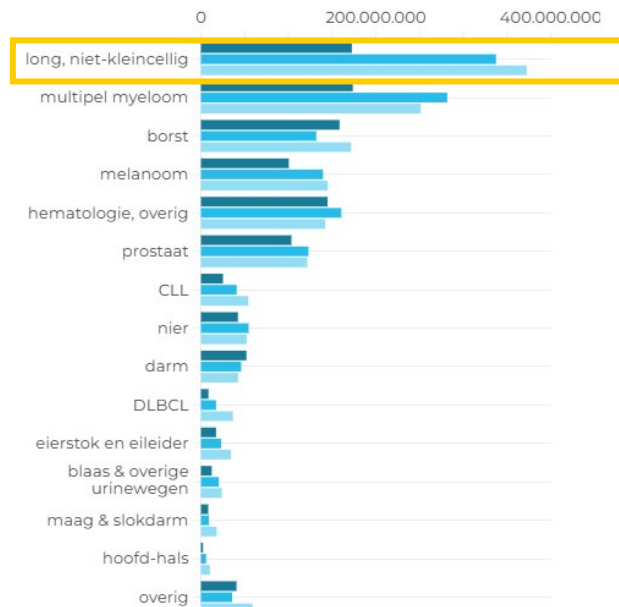
- Niet kleincellig longkanker
- 80% van de longkanker
- Veel stadium IV diagnose
- Groot deel adenocarcinoom
- Kosten
- Overleving

uitgaven aan en aantal declaraties van dure geneesmiddelen (excl. kortingen)

per kankersoort

uitgaven in €* aantal declaraties**

2018 2020 2022



Bron: Zorginstituut Nederland / GIP-databank

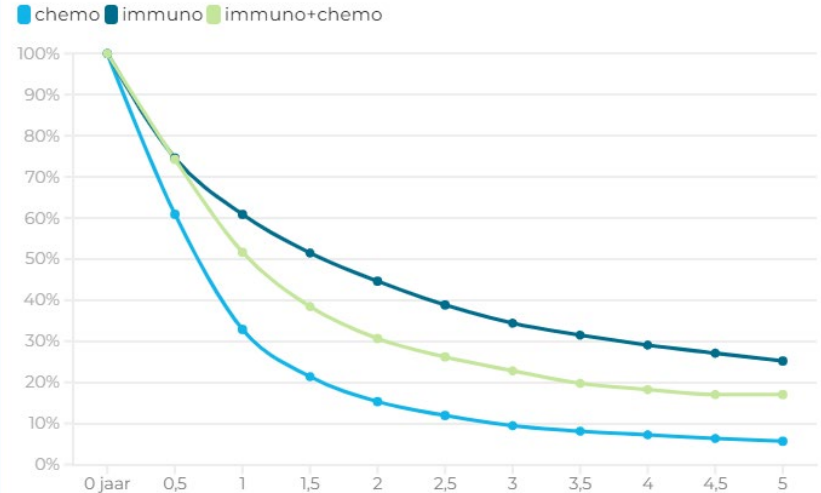
NSCLC

- Niet kleincellig longkanker
- 80% van de longkanker
- Veel stadium IV diagnose
- Groot deel adenocarcinoom
- Kosten
- Overleving

Overleving NSCLC stadium IV (2017-2021)

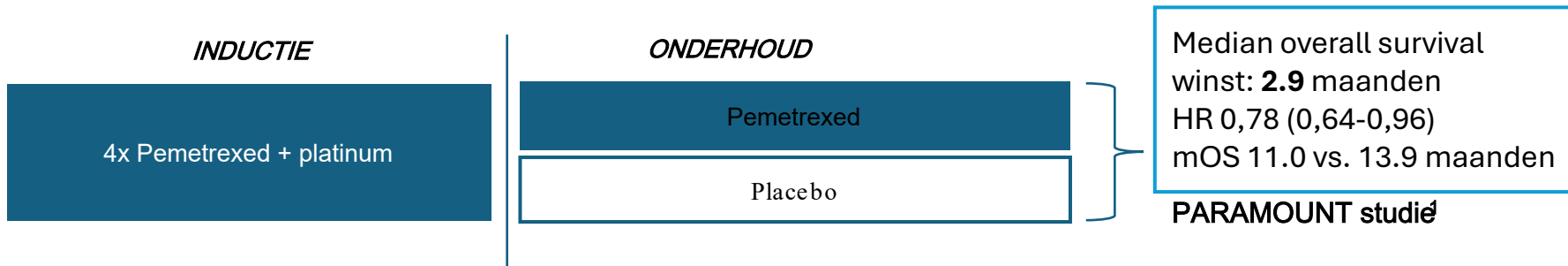
excl. TKI-gevoelige mutaties, primair systemisch behandeld

totaal ECOG 0 ECOG 1 ECOG 2



Behandeling van mNSCLC

Niet plaveiselcel



Renal impairment during pemetrexed maintenance in patients with advanced nonsmall cell lung cancer: a cohort study

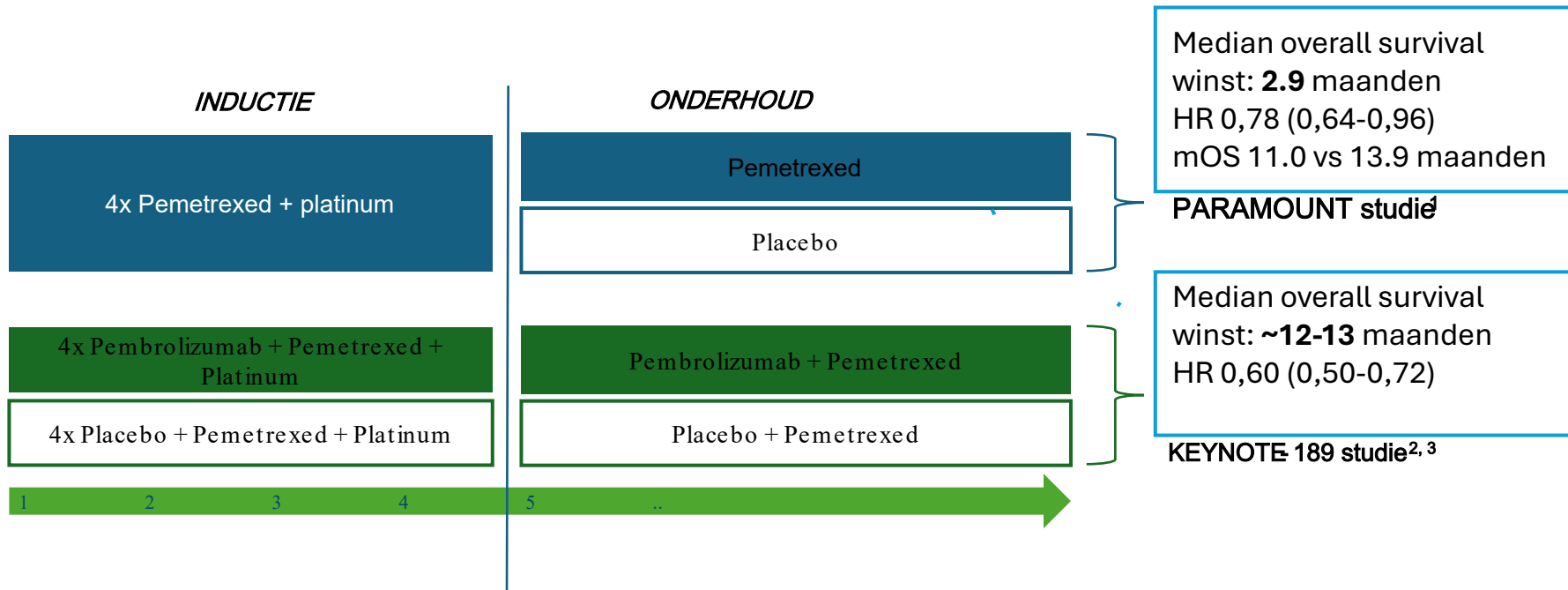
Sabine Visser^{1,2,3}, Jeannine Huisbrink^{4,5}, Nils E. van 't Veer⁴, Jermo J. van Toor², Anton J.M. van Boxem⁶, Nico C. van Walree¹, Bruno H. Stricker^{3,7} and Joachim G.J.V. Aerts^{1,2}

Systematic evaluation of the efficacy-effectiveness gap of systemic treatments in metastatic nonsmall cell lung cancer

Christine M. Cramer-van der Welle ¹, Bas J.M. Peters², Franz M.N.H. Schramel³, Olaf H. Klunzel⁴, Harry J.M. Groen⁵ and Ewoudt M.W. van de Garde^{2,4}, for the Santeon NSCLC Study Group⁶

Behandeling van mNSCLC

Niet plaveiselcel



1. Toegevoegde waarde van pemetrexed onderhoud in context van immunotherapie?

2. Wat is de praktijkvariatie in toepassing pemetrexed onderhoudsbehandeling?

Studieopzet

- DICA → DMA en DLCA-L (2017-2024)
- OS: start (onderhouds) behandeling tot dood. Censoring datum laatste activiteit declaratiedata of cut-off date.
- Wel vs. geen pemetrexed (naast pembrolizumab) in cyclus 5
- Cox proportional hazards model
- Inverse probability treatment weighing (ITPW)

Praktijkvariatie Nederland (n=47)

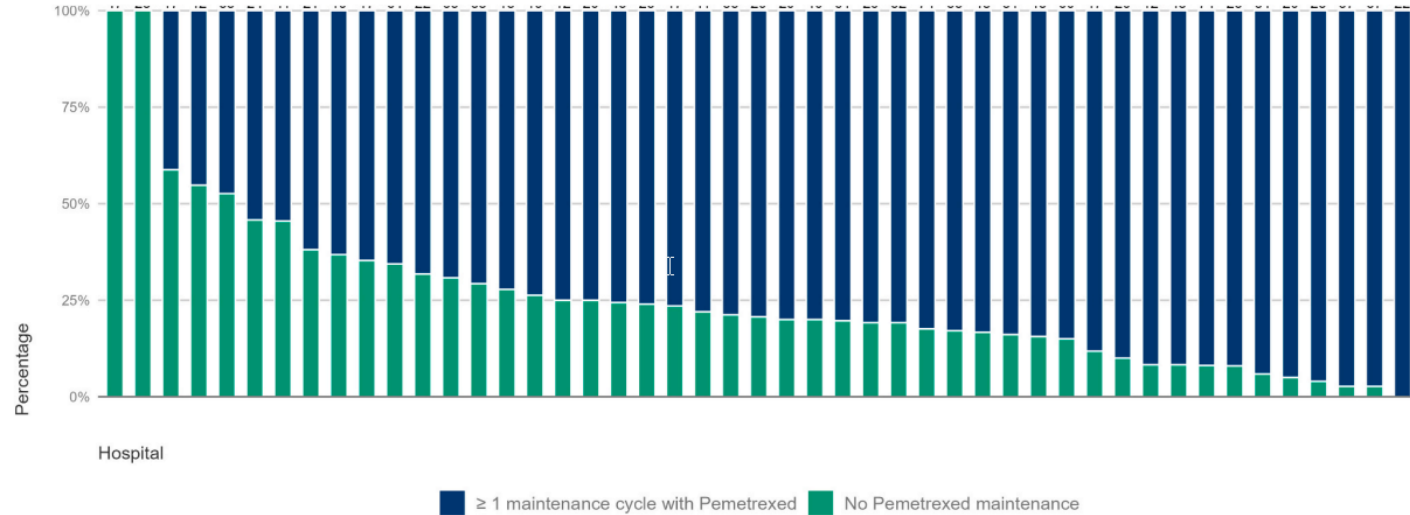


Fig. 2. Percentage of patients initiating either pembrolizumab or pembrolizumab and pemetrexed after induction treatment. Each bar represents one hospital.

Table 1

Baseline characteristics.

	Pemetrexed maintenance (N = 1785)	No pemetrexed maintenance (N = 548)	P- Value
Age			
Mean (SD)	65.1 (9.2)	66.2 (8.5)	0.01
Median [Min, Max]	66.0 [23.0, 92.0]	67.0 [38.0, 83.0]	
Sex			
Male	946 (53.0%)	275 (50.2%)	0.26
ECOG PS at diagnosis			
0–1	1229 (68.9%)	376 (68.6%)	0.94
≥ 2	112 (6.2%)	33 (6.0%)	
Missing	444 (24.9%)	139 (25.4%)	
PD-L1 expression			
<1%	517 (29.0%)	115 (21.0%)	<0.001
1–49%	403 (22.6%)	113 (20.6%)	
≥ 50%	150 (8.4%)	129 (23.5%)	
Missing	715 (40.1%)	191 (34.9%)	
Platinum			
Cisplatin	176 (9.9%)	76 (13.9%)	0.01
Carboplatin	1609 (90.1%)	472 (86.1%)	
Stage at diagnosis (TNM-8)			
<IV	154 (8.6%)	71 (13.0%)	<0.01
IV	1273 (71.3%)	379 (69.2%)	
Missing	358 (20.1%)	98 (17.9%)	
Hospital type			
General hospital	477 (26.7%)	151 (27.6%)	0.74
Teaching hospital*	1308 (73.3%)	397 (72.4%)	

*Academic and non-academic.

Survival

- $HR_{adj} = 0,92$ (0,79-1,06)
- Sensitiviteits analyses
- IPTW = 0,95 (0,79-1,13)
 - Alleen inductie afgerond
 - PDL1<50%
 - NI margin van 1.2

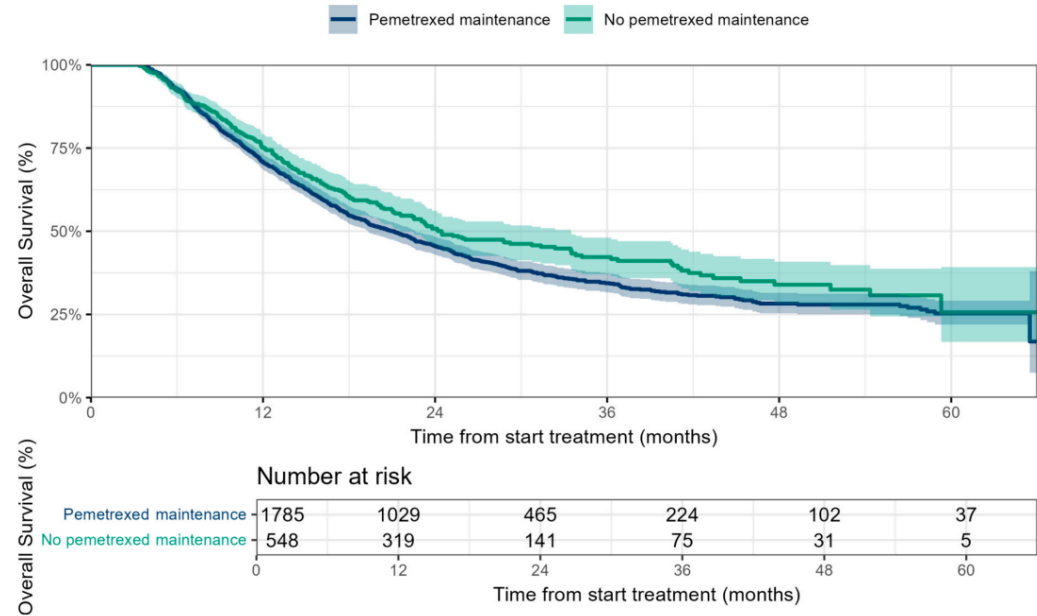


Fig. 3. Kaplan Meier graph for pembrolizumab or pembrolizumab and pemetrexed treatment groups. The green and blue shade represents the 95% confidence interval.

Discussie

Beperkingen

- Observationeel (biases)
- Stoppen pemetrexed
 - Respons (geen respons data)
 - Toxiciteit
- Missing values
 - PDL1 registratie
 - ECOG

Sterktes

- Grote populatie
- Sensitiviteitsanalyses
 - Missings/disbalans (PDL1)
 - Landmark analyse
 - Analyse ziekenhuisniveau
- ITPW

Voordelen...

- Geen bijwerkingen van pemetrexed
- Minder differentiëren irAE en pemetrexed toxiciteit
- 1x per 6 weken naar ziekenhuis i.p.v. 1x per 3 weken
 - Patiënt
 - Duurzaamheid
- Geen dexamethason (remt immuunrespons)
- Geen vitamine B12 injecties, orale foliumzuur

Conclusie

- Veel variatie in toepassing gebruik pemetrexed onderhoud
- Lijkt geen toegevoegde waarde pemetrexed onderhoud context immunotherapie

Studiedesign - observationeel onderzoek

- Praktijk variatie in beeld brengen
- Bestuderen ondervertegenwoordigde populaties
 - Ouderen
 - ECOG (slechte conditie)
 - Etc.
- Vergelijkingen die niet in RCT worden onderzocht
- Kwaliteit data
- Methodologie (denk aan Targeted Trial Emulation principles)

Stelling 1

Retrospectief onderzoek moet leiden tot sterke richtlijn aanbevelingen, ondanks de lage bewijslast volgens GRADE-methodiek (FMS) en de Stand van Wetenschap en Praktijk (ZIN).

Groen: eens

Rood: oneens

Stelling 2

De GRADE-methodiek (FMS) en de Stand van Wetenschap en Praktijk (ZIN) zouden meer concrete handvatten moeten bieden voor het inzetten van retrospectief onderzoek bij de ontwikkeling van richtlijnen.

Groen: eens

Rood: oneens

Een randomised controlled trial (RCT) is niet meer de gouden standaard om de zorg te veranderen.

-

Conclusie



26 maart 2026

Congres Goed Gebruik Geneesmiddelen
'De Groene Horizon voor Geneesmiddelen'

Sessie 2: Impact maken met een 'ander' studiedesign:
kansen en uitdagingen

Voorzitter: Prof. dr. Catherijne Knibbe