27e jaargang
nr 3 - 2016

Onder de loep
Het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'

Wiet, het nieuwe wondermedicijn?

Belangrijke partijen als het om uw zorgverzekering gaat

Columns:
- *Op de camping*
- *Verzachtende pech*

Anders kijken naar pijn

S.O.L.K.

WERVELWIND

Méér dan een steuntje in de rug!

nvvr
Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten 'de Wervelkolom'

Onder de loep

Het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'

Het rapport van dr. Ö samengevat door Antoinette Westerveld
Met dank aan dr. Ö.

In verband met de rechtszaak tussen Menzis en dhr. Eppink, zie Wervelwind 2-2016, werd dr. Ö, orthopedisch chirurg en deskundige op het gebied van spinale chirurgie, door het Gerechtshof in Arnhem verzocht om een deskundigenrapport te schrijven. In zijn rapport toont hij aan dat de PTED methode, in 2007 uitgevoerd bij mevr. Eppink door orthopedisch chirurg M. Iprenburg van Rugkliniek Iprenburg te Heerenveen, voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk.

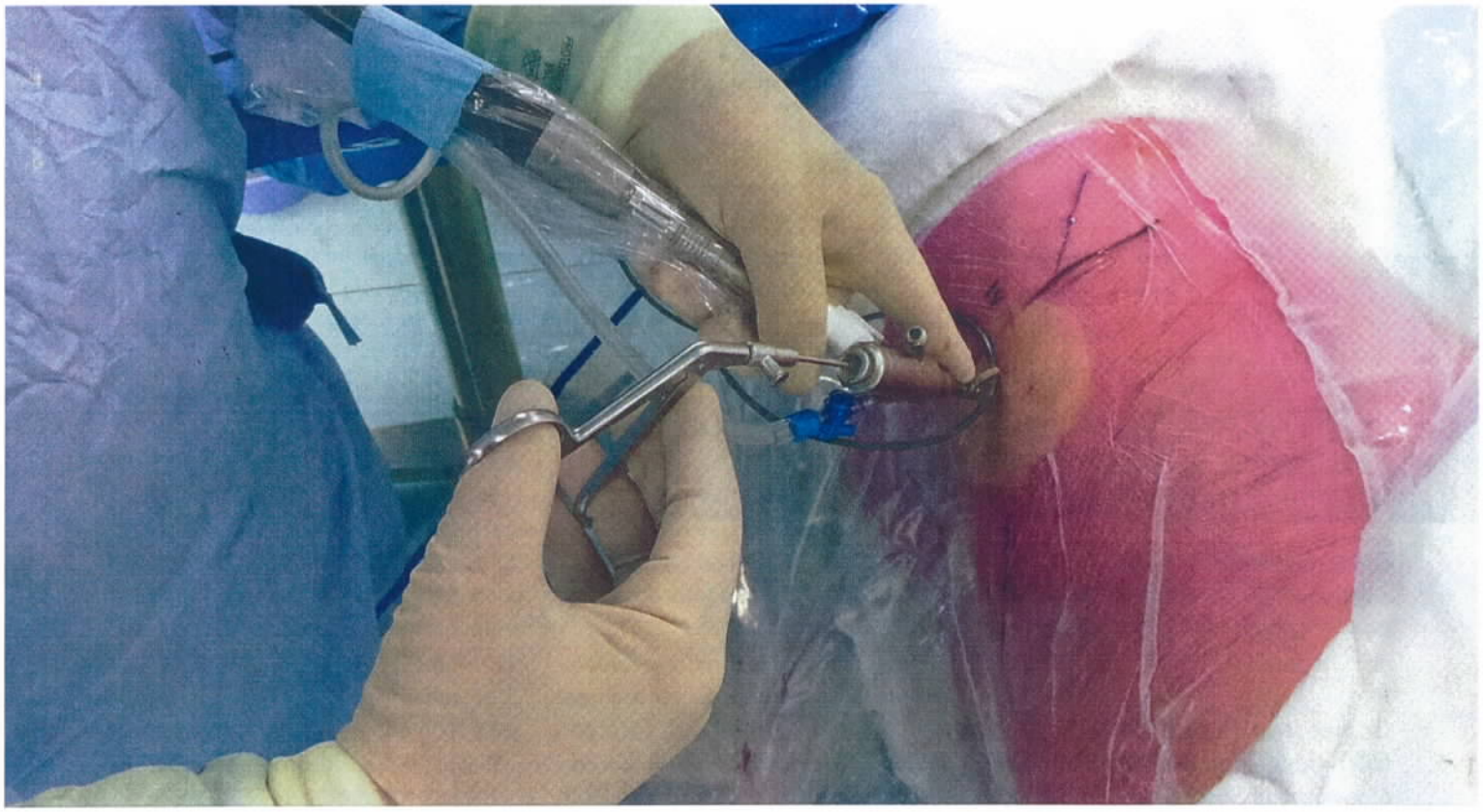
Uit het rapport van dr. Ö:
"Chirurgie is uiteindelijk handwerk en de individuele chirurg moet een grote mate van vrijheid hebben om naar zijn beste inzicht en ervaring chirurgische problemen op te lossen, zolang het chirurgisch doel duidelijk omschreven is. ... Als de argumenten niet zuiver worden gebruikt en effectiviteit in chirurgische zin wordt verward met kosteneffectiviteit, wordt de werkwijze van de chirurg in ernstige mate belemmerd door toedoen van de verzekeraars."
De chirurgische effectiviteit van een chirurgische ingreep in het lichaam van de patiënt, betreft de technische haalbaarheid om het chirurgisch doel te halen met zo min mogelijk schade aan omringende weefsels en aan de patiënt. Hoe de chirurg dit doel wil bereiken, ligt aan de beoordeling van de chirurg zelf. De hiermee gerelateerde kosteneffectiviteit houdt in dat de gemaakte kosten van de chirurgische ingreep te rechtvaardigen zijn vergeleken bij andere technieken waarmee hetzelfde doel kan worden bereikt. Om kosteneffectief te zijn moet kunnen worden aangetoond dat een duurdere techniek minder complicaties veroorzaakt en tot een beter resultaat zal leiden.

In de zaak Eppink-Menzis is over de begrippen chirurgische effectiviteit en kosteneffectiviteit ernstige verwarring ontstaan. Menzis voert vooral discussie over kosteneffectiviteit en niet over chirurgische effectiviteit. Vanwege de hogere kosten die berekend worden voor de PTED-techniek, heeft Menzis de zorg voor zenuwdecompressie of herniaoperaties die met endoscopische transforaminale technieken worden uitgevoerd, niet ingekocht. Dit is begrijpelijk omdat niet bewezen is dat deze technieken superieur zijn aan andere manieren om zenuwen te decomprimeren. Het gaat om gelijkwaardige technieken die geen hogere kosten rechtvaardigen tenzij daarmee een aanzienlijk beter resultaat kan worden behaald of dat de kans op complicaties veel minder is.

Het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'

Per 1 januari 2006 heeft het College voor Zorgverzekeringen, CVZ, het criterium stand van de wetenschap en praktijk geïntroduceerd, zo blijkt uit het rapport 'Beoordeling Stand van de Wetenschap en Praktijk' van 5-11-2007. Hiermee is het tot dan geldende gebruikelijkheidscriterium uit de ziekenfondsverzekering vervangen. Het oude gebruikelijkheidscriterium betrof de van elkaar afgebakende huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg, en hield in dat de omvang van de zorg werd bepaald 'door hetgeen in de kring van beroepsgenoten gebruikelijk is' en 'hetgeen door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is gevonden'. Hierbij moesten alle relevante gegevens, met name uit literatuur, wetenschappelijk onderzoek en gezaghebbende meningen van specialisten, in aanmerking worden genomen.
Om niet alleen af te gaan op harde wetenschappelijke bewijzen, werd het gebruikelijkheidscriterium verruimd in het criterium stand van de wetenschap en praktijk, en werd 'en praktijk' toegevoegd, plús de aanvulling 'door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten die minder of geen wetenschappelijke status hebben of behoeven'. Het criterium stand van de wetenschap en praktijk geldt voor alle zorgvormen. Het gaat om behandelingen en vormen van begeleiding die de gezondheid bevorderen en achteruitgang beperken of verzachten, en die hun nut wetenschappelijk hebben bewezen en geen ongewenste schade toebrengen. Als afgeweken wordt van de gebruikelijke standaardbehandeling, dient een chirurgische interventie tenminste gelijkwaardig te zijn of meerwaarde te hebben om te voldoen aan zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk.

Bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk spelen kosteneffectiviteitsgegevens in principe geen rol. Als bij een aandoening twee gelijkwaardige interventies bestaan, is het aan de zorgverzekeraar om op kosten te selecteren en de meest doelmatige zorg in te kopen. Verwacht wordt dat interventies met een ongunstige kosten-effectiviteitsratio zichzelf uit de markt zullen prijzen en op den duur niet meer



kunnen voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Waar het om gaat

Degeneratieve afwijkingen of slijtages van de wervelkolom gaan meestal gepaard met lage rugpijn, zonder of met neurologische symptomen. Bij een HNP, Hernia Nucleus Pulposus, is meestal sprake van heftige pijn, soms gepaard gaand met gevoelsverandering en/of spierzwakte. Bij toenemende discusdegeneratie kan een zodanige vernauwing van het foramen ontstaan dat de zenuwwortel gaat disfunctioneren. Als radiculaire klachten onvoldoende reageren op conservatieve maatregelen kan de behandelend chirurg besluiten de beknelde zenuw te decomprimeren zodat de zenuwwortel zich kan herstellen en geen radiculaire pijn of zenuwdisfunctie meer veroorzaakt. Dit kan op verschillende manieren. Bij de klassieke interlaminaire benadering worden vanuit het wervelkanaal de drukveroorzakende stukjes discusmateriaal en reactief weefsel verwijderd. Deze benadering heeft zich bewezen en is de meest gebruikte manier bij de veel voorkomende acute hernia's. Het is de standaardbehandeling bij open of minder invasieve endoscopische technieken met decompressie van de zenuw via het wervelkanaal als doel. Soms wordt dit doel niet bereikt en is de enige mogelijkheid om vanuit het wervelkanaal het hele facetgewricht te verwijderen om ruimte te creëren voor de wortel. Om instabiliteit van het wervelsegment te voorkomen moet het segment worden vastgezet.

Een andere mogelijkheid is de zenuwwortel met een transforaminale benaderingstechniek, niet vanuit het kanaal maar van buitenaf, vanaf de laterale zijde, te benaderen wat meestal wordt toegepast bij uitzonderlijke laterale herniaties. Bij open benaderingen is dit technisch meestal moeilijk en ontstaat veel spierschade. Daarom wordt dit zelden toegepast.

In de jaren 90/begin 2000 is een nieuwe laterale benaderingstechniek ontwikkeld waarbij het mogelijk is om zonder het wervelkanaal te openen, via een endoscoop onder doorlichting, het foramen te vergroten en daarmee de druk op de zenuw te verminderen. Dit is men gaan beschouwen als een andere operatie dan de gewone hernia-operatie, maar in beide gevallen gaat het om hetzelfde chirurgische doel: chirurgische decompressie van de afgaande zenuwwortel.

Waren deze verschillende technieken ten tijde van de ingreep in 2007, gelijkwaardig of hadden ze meerwaarde? In opdracht van het CVZ werd in 2010 een reviewartikel gepubliceerd door Nellestijn et al, waarin de stand van zaken in de jaren 2000 is samengevat. Hierin is gebruik gemaakt van unieke studies en artikelen waarin transforaminale technieken met conventionele technieken vergeleken werden. In geen van de studies werden significante verschillen gevonden tussen de transforaminale endoscopische chirurgie en de open microdiscectomie. Patiënttevredenheid, recidief percentages, complicaties of reoperaties bleken gelijk. De auteurs van het rapport zijn tot de conclusie gekomen dat er geen reden was om een bepaald type chirurgie aan te bevelen dan wel af te wijzen bij patienten met symptomatische lumbale discusherniaties. In het buitenland, in landen als Duitsland, Groot Brittannië en de Verenigde Staten, waren al tal van publicaties verschenen en bestond voldoende ervaring met de nieuwe techniek. De technische haalbaarheid was aannemelijk en

aangenomen kon worden dat de methode niet slechter was dan andere manieren om het chirurgisch doel te bereiken.

Uit het rapport van Nellestijn et al blijkt dat de interventies gelijkwaardig waren en geen meerwaarde hadden ten opzichte van de gebruikelijke behandeling of standaard behandeling. De ene techniek was niet beter of minder effectief dan het andere. Gezien de beschikbare informatie in 2007 was het gerechtvaardigd om deze technieken te gebruiken. Het betekent dat een chirurg vrij was in zijn keuze voor de beste manier om het chirurgisch doel te bereiken.
Ondanks de internationaal beschikbare informatie en de uitkomst van deze studie heeft het College van Zorgverzekeraars, CVZ, echter besloten dat de transforaminale benadering niet conform de stand van de wetenschap en praktijk was.

In het geval van Eppink zijn verschillende conservatieve behandelingen toegepast, zonder goed resultaat. Begin 2007 werd door de ervaren wervelkolomchirurg dr. S van SMK, een conventionele interlaminaire decompressie uitgevoerd, hetgeen evenmin tot het gewenste effect heeft geleid. Vanwege de uitgebreide degeneratieve afwijkingen zou een nieuwe ingreep in hetzelfde operatiegebied leiden tot instabiliteit en ongewenste problemen op langere termijn. In 2007 ging dr. S ervan uit dat hij als chirurg vrij was om te beslissen voor de beste manier en hij besloot dat de specifieke problematiek van Eppink het beste te behandelen was met een transforaminale decompressieoperatie, waarbij het foramen vanuit de laterale zijde benaderd wordt. Daar dr. S zelf niet over de benodigde expertise beschikte, heeft hij zijn cliënt naar zijn collega dr. Iprenburg doorverwezen die het probleem naar tevredenheid heeft opgelost.
Naar het oordeel van dr. Ö zou, gezien de deskundigheid van dr. S, de vraag of behandeling volgens de PTED-methode in het geval Eppink de voor de hand liggende behandeling is geweest, met 'ja' kunnen worden beantwoord.

Gelijkwaardige technieken rechtvaardigen geen hogere kosten tenzij daarmee een aanzienlijk beter resultaat kan worden behaald of dat de kans op complicaties veel minder is.

Op grond van het rapport van dr. Ö werd een eerder vonnis nietig verklaard en is Menzis veroordeeld een deel van de kosten te betalen.
De zaak sleept voort. Inmiddels heeft Menzis tegen het vonnis cassatie aangetekend.

Herman

[39] Na een wachttijd van tweeëneenhalve maand wegens ziekte van de verpleegkundige van ziekenhuis E te R, vindt op 3 juni het intakegesprek plaats over de plaatsing van een neurostimulator. De verpleegkundige is geen prater. We hebben het over het apparaat dat mijn rug in moet. Niet dat ik nog twijfel. Als er geen andere oplossing is dan moet het gebeuren. Op tafel staat een ruggengraat. Er wordt een doos gepakt met verschillende apparaatjes en leads. De verpleegkundige is niet op de hoogte van mijn dossier en laat dikke leads zien die door de ruggengraat omhoog worden gebracht naar de plaats waar ze zo dicht mogelijk bij het ruggenmerg aangebracht zullen worden. Ik vertel hem dat dunne leads moeten worden gebruikt vanwege de hoge hernia's in mijn rug. De leads gaan terug de doos in. Ik houd verschillende apparaatjes in mijn handen en we krijgen het over de vormgeving die bepaald niet ergonomisch is. Ik kan er niet enthousiast van worden. Omdat ze na een testperiode net boven de bil onder de huid worden ingebracht, zou je verwachten dat ze tenminste aan één kant afgevlakte gladde ronde vormen hebben. Nee dus. Geen rekening mee gehouden. Volgens de verpleegkundige is dit één van de grootste klachten van gebruikers van neurostimulators. Het is niet de bedoeling dat ik zelf bepaal welke ik wil hebben en welke leads er worden gebruikt. "Dat is out of your hands," zegt de man waarop hij me inlicht over de lange wachtlijst en dat het nog zeker een jaar zal duren voor ik aan de beurt ben. Als we weggaan, loop ik nog niet langs de afdeling preoperatieve scans, ook al word je daartoe verplicht als je een operatie moet ondergaan. Het zal nog zeker een jaar duren. Wie dan leeft, wie dan zorgt. Tegen die tijd zien we wel.