

ZBC's wekken ontelijke verwachtingen

Marloes W.J.L. Schmitz, Marco Varkevisser, Jaap J. Brunnekeef en B. Willem Schreurs

Mw. Drs. M.W.J.L. Schmitz, arts-onderzoeker orthopedie, Universitair Medisch Centrum St Radboud

Hr. Dr. M. Varkevisser, universitair hoofddocent gezondheidseconomie, iBMG / Erasmus Universiteit Rotterdam

Hr. Drs. J.J. Brunnekeef, onderzoeker, Universitair Medisch Centrum St Radboud

Hr. Dr. B.W. Schreurs, orthopedisch chirurg, Universitair Medisch Centrum St Radboud

Correspondentieadres: Hr. Dr. B.W. Schreurs (B.Schreurs@orthop.umcn.nl), Universitair Medisch Centrum St Radboud, afd. Orthopedie 357, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen

Aantal woorden Tekst: 1.552

Aantal woorden Samenvatting: 130

Samenvatting:

-Het aantal Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) in Nederland is toegenomen van bijna 150 in 2010 tot meer dan 220 in 2011 en moeten zorgen voor marktwerking en concurrentie.

-Het is daarom belangrijk dat zorgverzekeraars en patiënten betrouwbare informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg ontvangen.

-Net als ziekenhuizen geven ZBC's die heupvervangingen aanbieden op hun websites echter weinig exacte informatie over het gebruikte type prothese en bijbehorende levensduur.

-ZBC's kunnen weliswaar vaak heupvervangende operaties uitvoeren tegen een lagere kostprijs maar ondanks dit voordeel is voorzichtigheid geboden. Zo zal voorkomen moeten worden dat ZBC's zich hoofdzakelijk richten op de meest profijtelijke patiënten.

-Voor echte concurrentie die niet alleen gebaseerd is op kosten maar ook op kwaliteit, zal toetsing van de informatie die door ZBC's wordt verstrekt plaats moeten vinden.

De afgelopen jaren is het aantal Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) dat zorg levert die behoort tot het wettelijk verzekerde basispakket in Nederland toegenomen van bijna 150 in 2010 tot meer dan 220 in 2011.¹ Het bestaansrecht van deze klinieken is gebaseerd op het principe van concurrentie in de gezondheidszorg. ZBC's worden in staat geacht hoogwaardige zorg aan te bieden tegen een relatief lage kostprijs, waarbij niet geldelijk gewin maar een optimalisatie van de patiëntenzorg voorop staat.² Omdat deze ZBC's moeten zorgen voor marktwerking en concurrentie, is het extreem belangrijk dat zorgverzekeraars en patiënten betrouwbare informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg ontvangen, zodat ze een weloverwogen keuze tussen verschillende zorgverleners kunnen maken. Het communicatiemiddel bij uitstek voor deze klinieken lijkt de website te zijn. Recent is in een artikel de kwaliteit van websites van Nederlandse ziekenhuizen onderzocht met betrekking tot de informatie over heupvervangende operaties.³ Het bleek dat websites van ziekenhuizen weinig specifieke informatie geven over de heupprothesen die werden toegepast en de te verwachten overlevingsduur van deze implantaten, terwijl patiënten aangaven wel behoefte te hebben aan deze informatie. Op basis van de eerdere gevolgde strategie in ons artikel hebben we ook de websites van ZBC's die heupvervangende operaties uitvoeren, getoetst en hebben we trachten te achterhalen of de gewekte verwachtingen op de websites realistisch zijn.

Beoordeling van informatie beschikbaar op websites van ZBC's

Met behulp van de lijst van ZBC's opgenomen in het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)⁴ zijn op 1 november 2011 alle websites van ZBC's in Nederland beoordeeld op de aanwezigheid van informatie

met betrekking tot een totale heupprothese. Het rapport includeert negentien ZBC's die orthopedische ingrepen verrichten. Hiervan zijn er drie ZBC's die daadwerkelijk heupprothesen plaatsen en op bovengenoemde datum hierover ook informatie op hun site hadden staan.

Alledrie deze ZBC's geven informatie over het plaatsen van een gecementeerde heupprothese, maar de beschikbare informatie is (zeer) summier en het is onduidelijk of deze gecementeerde heupprothesen ook daadwerkelijk worden geplaatst. Alle ZBC's geven algemene informatie over ongecementeerde heupprothesen. Op één van de drie websites wordt ook informatie over een hybride heupprothese, waarbij een gecementeerde steel en een ongecementeerde kom worden geplaatst, gegeven. Op twee van de drie sites wordt informatie over de resurfacing heupprothese of sportheup gegeven. Geen van de klinieken geeft specifieke informatie over welk type implantaat wordt toegepast. Een kliniek geeft wel een indicatie over de verwachte overlevingsduur van de te plaatsen prothese, overigens zonder verwijzing naar literatuur of het bijbehorend implantaat nader te benoemen. Deze kliniek stelt dat de heupprothese in 90 tot 95% van de patiënten na vijftien jaar nog goed functioneert. Betreffende het revalidatietraject, de mogelijkheid tot online vragen stellen en informatie over de betreffende chirurg werd over het algemeen veel informatie gegeven. (Tabel 1 en 2).

Prothese specifieke informatie

Om te kunnen beoordelen of de gemaakte claims op de websites realistisch zijn, hebben we verdere informatie opgevraagd over de typen heupprothesen die worden geplaatst. De gebruikte typen prothesen hebben we getoetst aan de NICE criteria, welke vaak worden gebruikt om aan te geven of een specifieke prothese voldoet aan de lange termijn verwachtingen. Bij een bewezen goed heupimplantaat is na tien jaar nog minstens 90% van de geplaatste prothesen in situ met als eindpunt revisie van deze heupprothese voor iedere reden.

ZBC A claimt dat na vijftien jaar 90 tot 95% van de geplaatste heupprothesen nog steeds goed functioneert. Bij navraag blijkt deze kliniek inderdaad een gerenommeerde gecementeerde heupprothese te gebruiken, waarbij studies beschikbaar zijn die laten zien dat de steel een survival heeft van 90 tot 95% na vijftien jaar.⁵ Echter voor een goed functionerende heupprothese moeten alle componenten een goede overleving hebben. Voor de kom die met deze steel wordt gebruikt is er echter maar één lange termijn studie bekend.⁶ Resultaten van de combinatie van deze twee implantaten zijn er niet. Bovendien gebruikt men deze prothese vooral bij de oudere patiënt, meestal wordt hieronder 60 jaar en ouder verstaan. ZBC's zullen echter ook zeker jongere patiënten willen aantrekken. Zij hebben namelijk vaak een laag risicoprofiel en zijn daarom aantrekkelijk voor behandeling in een dergelijke kliniek. Bij jonge patiënten gebruikt men in ZBC A ongecementeerde implantaten waarvan zowel geen 10-jaars als ook geen 5-jaars overlevingsdata te vinden zijn op PubMed.

Bij navraag blijkt ZBC B eigenlijk geen gecementeerde heupprothesen te plaatsen, hoewel deze suggestie wel wordt gewekt op de website. Er wordt een ongecementeerde heupprothese geplaatst waarvan geen 10-jaars overlevingsdata beschikbaar zijn.⁷ Tevens gebruik men in ZBC B volgens aangeven frequent een resurfacing prothese (in volksmond sporthoop). Uit recente publicaties blijken dit soort prothesen toch veel problemen te geven.⁸ Het type resurfacing dat men plaatst behoort absoluut tot de resurfacing prothesen die het in de literatuur beter doen, er zijn van dit type implantaat wel studies bekend die aan het NICE criterium voldoen.⁹ Toch zijn er ook zorgen betreffende dit type implantaat voor de resultaten in de toekomst door de steeds frequenter optredende complicaties (zie verderop in de tekst). Het lijkt erop dat deze resurfacing heupprothesen alleen nog geïndiceerd zijn bij jonge actieve mannen.

De derde ZBC C geeft op de website geen enkele informatie over de te verwachten overleving van de geplaatste heupprothese of details over het te gebruiken implantaat. Bij navraag ontvangen we zowel telefonisch als per email geen verdere informatie.

Informatie over complicaties

Complicaties die kunnen optreden na het plaatsen van een heupprothese, zoals infecties, luxaties, nervus ischiadicusletsel en het ontstaan van beenlengteverschillen, her-operaties en/of revisie percentages van de heupprothese worden wel genoemd op de websites van de door ons onderzochte ZBC's. Een helder overzicht met bijbehorende risico aantallen is echter slechts op één site terug te vinden. Opvallend hierbij is dat twee klinieken die resurfacing prothesen plaatsen weinig tot zelfs geen informatie geven over de incidentie en klachten van pseudotumoren. Deze complicatie die specifiek bij metaal op metaal prothesen wordt gezien is recent veelvuldig beschreven en zorgt voor revisies van deze heupprothesen bij de vaak jonge patiënten.⁸ De Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) heeft al in juni 2011 orthopeden opgeroepen terughoudend te zijn met deze implantaten.

Economisch perspectief

Vanuit economisch perspectief is het op zich goed dat ZBC's een steeds belangrijkere rol gaan spelen in de Nederlandse gezondheidszorg. Dergelijke klinieken zijn over het algemeen prima in staat om kwalitatief goede zorg te leveren tegen een aantrekkelijke prijs. Bovendien kunnen ze als luis in de pels van de ziekenhuizen een positieve bijdrage leveren aan de beoogde concurrentie. Recent Amerikaans onderzoek laat zien dat ziekenhuizen met meer zelfstandige behandelcentra in hun nabijheid lagere kosten en kleinere winstmarges hebben.¹⁰ In Engeland zijn eveneens positieve ervaringen opgedaan met kleinschalige gespecialiseerde

behandelcentra. Ook als rekening wordt gehouden met het feit dat in dergelijke klinieken veelal sprake is van een gunstige casemix,¹¹ blijkt bijvoorbeeld dat zij bij het plaatsen van heupprothesen efficiënter zijn dan de publieke NHS ziekenhuizen.¹²

In de Nederlandse gezondheidszorg proberen zorgverzekeraars terecht de kosten te verminderen. Voor de orthopedie zou dit ertoe kunnen leiden dat de heup prothesiologie in toenemende mate in ZBC's zal gaan plaatsvinden. Een kleine zoektocht door de internetsites van orthopedische ZBC's laat zien dat een aantal klinieken inderdaad van plan is om in de toekomst THP's te gaan plaatsen. Hoewel dit, gezien bovenstaande buitenlandse ervaringen, voordelen met zich mee kan brengen is voorzichtigheid geboden. Zeker nu het verbod op winstuitkering zal worden losgelaten en de gezondheidszorg dus aantrekkelijker wordt voor private investeerders,¹³ is het belangrijk om te voorkomen dat ZBC's zich hoofdzakelijk richten op de meest profijtelijke patiënten. In dat geval kunnen ziekenhuizen bij een bekostigingssystematiek waarin onvoldoende rekening wordt gehouden met verschillen in zorgzwaarte in de financiële problemen komen. Anders dan ZBC's zullen ziekenhuizen dan namelijk hoofdzakelijk patiënten met een hoger risicoprofiel en de bijbehorende hogere kosten behandelen. Een bijkomend risico van de opkomst van orthopedische ZBC's is dat deze klinieken veel jonge patiënten zullen gaan behandelen die immers meestal een laag operatierisico hebben (ASA 1 en 2).⁴ Het is echter aangetoond dat het juist bij deze jonge patiënten essentieel is ze te behandelen in klinieken met veel ervaring met deze patiëntengroep. Ze presenteren zich vaak met niet goed ontwikkelde of beschadigde heupgewrichten waardoor vroegtijdige slijtage optreedt. Deze defecten maken plaatsing van een prothese vaak lastig. Tevens dient men bij voorkeur juist bij deze jonge patiënten totale heupprothesen te gebruiken waarvan bekend is dat er een aangetoonde adequate 10-jaars overleving is beschreven. Helaas zijn er in Nederland maar weinig klinieken die 10-jaars data hebben gepubliceerd met acceptabele resultaten. Concentratie van deze patiënten in gespecialiseerde centra lijkt aangewezen.^{14, 15}

Conclusie

Net als ziekenhuizen geven ZBC's die heupvervangingen aanbieden op hun websites weinig exacte informatie over het gebruikte type prothese en bijbehorende levensduur. Daarnaast is de informatie die wel beschikbaar is vaak niet wetenschappelijk onderbouwd en worden daarmee onterechte verwachtingen gewekt bij patiënten. Naarmate meer ZBC's in de toekomst totale heupprothesen gaan plaatsen, zullen de keuzemogelijkheden voor zorgverzekeraars en patiënten toenemen waarbij een wetenschappelijk onderbouwde informatievoorziening essentieel is. Voor echte concurrentie die niet alleen is gebaseerd op de kosten maar ook op de kwaliteit is dringend betere informatie noodzakelijk. In dat kader is er behoefte aan toezicht en toetsing van de informatie die door ZBC's op hun websites wordt verstrekt. Tevens dienen deze klinieken in de toekomst langere termijn

follow-up studies te presenteren die rekening houden met casemix-verschillen om zich op die manier toetsbaar op te stellen en daarmee hun eigen bestaansrecht te onderbouwen.

LITERATUUR

1. NZa. Medisch specialistische zorg: weergave van de markt 2006-2011, . Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht. 2011.
2. Crul B. 'Het gaat hier niet om de pecunia'. Med Contact. 2011;35:2032-5.
3. Brunnekreef JJ, Schreurs BW. Total hip arthroplasty: what information do we offer patients on websites of hospitals? BMC Health Serv Res. 2011;11:83.
4. Rapport Het Resultaat telt - Particuliere klinieken 2010: Geen groei, kwaliteit stabiel.;19-10-2011:VWS 2011.
5. Makela K, Eskelinen A, Pulkkinen P, Paavolainen P, Remes V. Cemented total hip replacement for primary osteoarthritis in patients aged 55 years or older: results of the 12 most common cemented implants followed for 25 years in the Finnish Arthroplasty Register. J Bone Joint Surg Br. 2008 Dec;90(12):1562-9.
6. Zenz P, Stiehl JB, Knechtel H, Titzer-Hochmaier G, Schwagerl W. Ten-year follow-up of the non-porous Allofit cementless acetabular component. J Bone Joint Surg Br. 2009 Nov;91(11):1443-7.
7. Danesh-Clough T, Bourne RB, Rorabeck CH, McCalden R. The mid-term results of a dual offset uncemented stem for total hip arthroplasty. J Arthroplasty. 2007 Feb;22(2):195-203.
8. Schmitz MW, Veth RP, Schreurs BW. [Hip resurfacing in patients under 55 years of age]. Ned Tijdschr Geneesk. 2011;155(38):A3186.
9. Treacy RB, McBryde CW, Shears E, Pynsent PB. Birmingham hip resurfacing: a minimum follow-up of ten years. J Bone Joint Surg Br. 2011 Jan;93(1):27-33.
10. Carey K, Burgess JF, Jr., Young GJ. Hospital competition and financial performance: the effects of ambulatory surgery centers. Health Econ. 2011 May;20(5):571-81.
11. Street A, Sivey P, Mason A, Miraldo M, Siciliani L. Are English treatment centres treating less complex patients? Health Policy. 2010 Feb;94(2):150-7.
12. Siciliani L, Sivey P, Street A. Differences in Length of Stay for Hip Replacement between Public Hospitals, Specialised Treatment Centres and Private Providers: Selection or Efficiency? Health Econ. 2012 Jan 6.
13. VWS. Schippers: kwaliteit omhoog door private investeringen in ziekenhuizen, nieuwsbericht Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 februari. 2012.
14. Busch V, Klarenbeek R, Slooff T, Schreurs BW, Gardeniers J. Cemented hip designs are a reasonable option in young patients. Clin Orthop Relat Res. 2010 Dec;468(12):3214-20.
15. Busch VJ, Gardeniers JW, Slooff TJ, Veth RP, Schreurs BW. [Favourable long-term results from cemented total hip arthroplasty combined with acetabular bone impaction grafting in patients under the age of 50]. Ned Tijdschr Geneesk. 2007 Sep 1;151(35):1935-40.

Tabel 1. Algemene informatie over totale heupprothesen op websites van ZBC's per 1-11-2011

Algemene informatie	N
Is er informatie over de orthopedisch chirurg te vinden?	3
Wordt er informatie over het revalidatieproces gegeven?	3
Is er een mogelijkheid om online een vraag te stellen?	2
Is er een mogelijkheid om online een afspraak te maken?	2
Is er informatie over anesthesiologische opties?	1
Is er een informatiebrochure over totale heupprothese?	1
Zijn er verwijzingen naar andere orthopedische websites?	0

* deze informatie bestond minimaal uit één foto met daarbij de naam van de orthopedisch chirurg en eventuele specialisatie(s)

Tabel 2. Specifieke informatie over totale heupprothesen op websites van ZBC's per 1-11-2011.

Specifieke informatie over:	ZBC A	ZBC B	ZBC C	N
Een gecementeerde prothese?	Ja	Ja	Ja	3
Een ongecementeerde prothese?	Ja	Ja	Ja	3
Het type implantaat dat wordt toegepast?	-	Ja	-	1
De overlevingsduur van het toegepaste implantaat?	Ja	Ja	-	2
Het optreden van complicaties	Ja	Ja	-	2
Een resurfacing prothese?	-	Ja	Ja	2
Een hybride prothese?	-	-	Ja	1
Verwachte overlevingsduur van andere implantaten?	-	-	-	0