



Selectief inkoopbeleid Infectieprothesiologie

Verantwoordingsdocument
2018



Inhoud

1	Toelichting selectief inkoopbeleid	1
1.1	<i>Selectieve inkoop blijft in ontwikkeling.....</i>	1
1.2	<i>Selectieve inkoop en regiovisie</i>	2
1.3	<i>Selectieve inkoop in startende centra en Belgische ziekenhuizen</i>	2
1.4	<i>Algemeen kader selectief inkoopbeleid</i>	2
1.5	<i>Categorie-indeling selectief inkoopbeleid</i>	3
1.6	<i>CZ sluit aan bij landelijke kwaliteitsgegevens.....</i>	3
2	Orthopedische revisieoperaties bij geïnfecteerde gewrichtsprothesen	4
3	Indicatoren en selectie.....	7
3.1	<i>Volumenorm.....</i>	8
3.1.1	<i>Volume per behandellocatie</i>	8
3.2	<i>Percentage diepe wondinfecties voor zowel reguliere knie- als heupvervangingen.....</i>	9
3.3	<i>Niet landelijk geregistreerde indicatoren</i>	9
3.3.1	<i>Multidisciplinair team.....</i>	10
3.3.2	<i>Dataregistratie</i>	10
3.3.3	<i>Aantal gespecialiseerde orthopeden</i>	11
3.4	<i>Samenvatting indicatoren, weging en transparantie.....</i>	11
4	Bronnen.....	13

1 Toelichting selectief inkoopbeleid

CZ doet alles voor betere zorg. Het goed, betaalbaar en beschikbaar houden van de Nederlandse zorg zien wij als onze maatschappelijke verantwoordelijkheid. Waarbij we in het bijzonder het verschil willen maken voor onze verzekerden. We geloven met heel ons hart dat het beter kan en zetten ons daarom in voor het realiseren van de best mogelijke zorg voor onze verzekerden. CZ heeft voor haar inkoopbeleid in 2018 de prestaties van vijf aandoeningen getoetst: bariatrische chirurgie, borstkanker, infectieprothesiologie, schisis en Mohs chirurgie bij huidkanker. In dit document vertelt CZ alles over haar selectieve inkoopmodel 2018 voor de behandeling van infectieprothesiologie.

Alleen ziekenhuizen¹ die voldoen aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ krijgen een contract voor de desbetreffende behandeling. Door selectief in te kopen probeert CZ in geval van (complexe) medisch specialistische zorg te sturen op een optimale concentratie en spreiding, zodat niet ieder ziekenhuis alle complexe gespecialiseerde zorg aanbiedt. Hierdoor kunnen ziekenhuizen zich toeleggen op waar ze goed in zijn en behandelingen afstoten waar andere ziekenhuizen beter in zijn. Door te sturen op kwaliteit wordt de zorg beter en houden we die betaalbaar.

In dit inleidende hoofdstuk 1 leest u over de algemene ontwikkelingen in ons selectieve inkoopbeleid. Hoofdstuk 2 gaat in op de behandeling van geïnfecteerde gewrichtsprothesen. Een toelichting op het model en de gebruikte indicatoren vindt u in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 staat hoe CZ omgaat met nieuwe prestaties en gegevens gedurende het jaar. Ook wordt een vooruitblik gegeven op de doorontwikkeling van het selectieve inkoopbeleid.

1.1 Selectieve inkoop blijft in ontwikkeling

Sinds het eerste initiatief van CZ in 2010 om borstkankerzorg op basis van kwaliteitsnormen selectief in te kopen is er veel gebeurd. De ontwikkeling van normen door de wetenschappelijke verenigingen is bijna gemeengoed, landelijke indicatorensets worden overeengekomen en de inkoop op minimumnormen is landelijk vormgegeven op het niveau van Zorgverzekeraars Nederland. De zorgverzekeraars hebben onderling afgesproken dat er geen zorg wordt ingekocht die niet voldoet aan de minimumnormen (zie: <https://www.minimumkwaliteitsnormen.nl>).

Deze positieve ontwikkelingen hebben bijgedragen aan het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg in Nederland. Waar nodig wil CZ, bij voorkeur samen met de wetenschappelijke verenigingen, patiëntenorganisaties en andere zorgverzekeraars, blijven bouwen aan transparantie in de zorg en zorginkoop op basis van kwaliteitsinformatie. CZ kiest er bij een aantal aandoeningen voor om de lat hoger te leggen. CZ vindt dan dat er kwaliteitsverbetering mogelijk en nodig is.

Dit betekent dat CZ jaarlijks evalueert en opnieuw beoordeelt voor welke aandoeningen/ behandelingen aanvullend selectief inkoopbeleid wenselijk is en op welke manier. Als de landelijke afspraken over de minimum kwaliteitsnormen de kwaliteitsverbeteringen voldoende stimuleren, zal CZ geen aanvullend selectief inkoopbeleid voeren. Wij blijven wel de kwaliteitsindicatoren tonen op onze website, zodat deze informatie voor onze verzekerden transparant blijft. CZ ontwikkelt wel aanvullend selectief inkoopbeleid als wij concluderen dat, er bovenop de minimum kwaliteitsnormen, inhoudelijke kwaliteitsverbetering mogelijk is.

¹ Waar we in dit document spreken over ziekenhuis kan ook ZBC of zorginstelling worden gelezen.

1.2 Selectieve inkoop en regiovisie

Door de opeenstapeling van normen voor verschillende aandoeningen/ behandelingen ontstaat de noodzaak de consequenties daarvan te plaatsen in het groter geheel. CZ heeft daarom regiovisies ontwikkeld, waarbinnen deze huidige ontwikkelingen een plek kregen. Deze regiovisies vormden de basis om met alle betrokken partijen in gesprek te gaan en gezamenlijk stappen te zetten in een verdere optimalisatie van de (medisch specialistische) zorg. CZ vindt het belangrijk dit per regio te doen met een blik op de korte of middellange termijn (we streven naar een operationalisering uiterlijk in 2018 - 2019).

1.3 Selectieve inkoop in startende centra en Belgische ziekenhuizen

Startende centra

Startende centra kunnen bij CZ vragen om een contract. Na het verstrekken van de kwaliteitsinformatie die wij nodig hebben, beoordelen wij de aanvraag. Als eerste toetst CZ of het contracteren van een nieuw centrum wenselijk of noodzakelijk is uit oogpunt van toegankelijkheid voor de doelgroep. Als wij deze meerwaarde zien, doen wij daarna de kwaliteitstoets op basis van het verantwoordingsdocument. Wij hebben hiervoor o.a. antwoorden op onze vragenlijst selectieve inkoop nodig en mogelijk nog wat aanvullende informatie.

Vaak kan een startend centrum (nog) niet direct voldoen aan alle gestelde criteria. In dat geval maken we individuele afspraken met het startend centrum om (gefaseerd) te gaan voldoen aan de kwaliteitscriteria. Ook maken we afspraken over het tijdpad en mogelijk over aanvullende criteria. Uiteraard zal het centrum wel al meteen aan een aantal minimale kwaliteitscriteria moeten voldoen. Dit is met name een aantal proces- en structuurcriteria. Hierbij gaat het dan om een "voorlopige toelating" waarbij onder voorwaarden binnen een bepaalde tijd aan de kwaliteitseisen dient te worden voldaan.

Niet gecontracteerde centra in 2017

CZ toetst voor de selectieve inkoop 2018 alleen ziekenhuizen die in 2017 een contract met ons hebben voor de behandeling van deze aandoening. Mocht u van mening zijn dat uw ziekenhuis om gegronde redenen toch in aanmerking komt voor een contract in 2018, dan kunt u contact met ons opnemen. Wij hebben dan informatie van u nodig om uw aanvraag goed te kunnen beoordelen. Een eerste toets is of CZ het wenselijk en noodzakelijk vindt om te contracteren uit oogpunt van toegankelijkheid voor de doelgroep. Als CZ die meerwaarde ziet, doen we de kwaliteitstoets op basis van het verantwoordingsdocument.

Buitenlandse ziekenhuizen

In geval van een geïnfecteerde gewrichtsprothesen bij orthopedische revisieoperaties blijven de buitenlandse ziekenhuizen vooralsnog buiten beschouwing.

1.4 Algemeen kader selectief inkoopbeleid

Het selectief inkoopbeleid van CZ betreft een generiek model, in principe bedoeld voor alle zorg die zich voor selectieve inkoop leent.

Voor iedere aandoening volgt een waardering van de prestaties op basis van:

1. kwaliteitsinformatie (waaronder volumennormen en andere kwaliteitsindicatoren);
2. wachttijd informatie (waar beschikbaar en toepasbaar);
3. patiëntervaringen (waar beschikbaar en toepasbaar).

Wij publiceren de resultaten van het selectieve inkoopbeleid voor onze verzekerden. Het is cruciaal dat alle informatie volledig is en klopt. Als CZ op enig moment constateert dat de aangeleverde gegevens niet juist zijn, kan dit gevolgen hebben voor het contracteren van het ziekenhuis.

1.5 Categorie-indeling selectief inkoopbeleid

Het bovenstaande proces leidt uiteindelijk tot een categorie-indeling. Per aandoening wordt specifiek beoordeeld op welke wijze de categorie-indeling bijdraagt aan de gewenste kwaliteitsimpuls.

Voor orthopedische revisieoperaties bij geïnfecteerde gewrichtsprothesen wordt een tweedeling gehanteerd:

Categorie 1: Voldoet aan de kwaliteitsnormen

Ziekenhuizen die voldoen aan de kwaliteitsnormen worden als zodanig getoond op onze website.

Categorie 2: Voldoet niet aan minimale kwaliteitsnormen

Dit betreft ziekenhuizen die niet aan de kwaliteitsnormen van CZ voldoen. CZ biedt deze ziekenhuizen geen contract aan voor orthopedische revisieoperaties bij geïnfecteerde gewrichtsprothesen. Deze ziekenhuizen worden wel getoond op onze website.

Ziekenhuizen die aangeven orthopedische revisieoperaties bij geïnfecteerde gewrichtsprothesen niet (meer) uit te voeren toont CZ niet op de website (www.cz.nl/zorgvinden).

De landelijke kwaliteitsinformatie van ziekenhuizen die de behandeling nog wel uitvoeren, maar niet door CZ worden gecontracteerd voor orthopedische revisieoperaties bij geïnfecteerde gewrichtsprothesen wordt wel getoond op de website van CZ. Op deze manier kan CZ ook bij deze ziekenhuizen de kwaliteit van zorg transparant maken door deze te tonen op www.cz.nl/zorgvinden.

1.6 CZ sluit aan bij landelijke kwaliteitsgegevens

Voor de inkoop 2018 sluit CZ zich opnieuw aan bij de landelijke uitvraag van zorgverzekeraars voor heup- en knieprothesen met betrekking tot het jaar 2016. De gebruikte indicatoren uit de landelijke dataset komen grotendeels overeen met de indicatoren die we voorheen via onze eigen uitvraag verkregen. Echter, een aantal indicatoren is weggefallen, of wordt doorontwikkeld voor de toekomst. Voor de indicatoren die niet langer beschikbaar zijn via de landelijke uitvraag, gaat CZ uit van de eigen verkregen data van voorgaande jaren. Deze data wordt bevestigd middels een bestuursverklaring. Dit wordt verder toegelicht in hoofdstuk 3.

2 Orthopedische revisieoperaties bij geïnfecteerde gewrichtsprothesen

Een bacteriële infectie van een heup- of knieprothese kan met langdurige ziekte en dus hoge kosten gepaard gaan. Voor de behandeling is specifieke kennis en ervaring nodig en een team dat in de behandeling van deze vrij zeldzame complicatie is gespecialiseerd. Er is ook een specifieke infrastructuur in het ziekenhuis nodig. In Nederland ontbreekt die in veel ziekenhuizen. Om CZ verzekeren de best mogelijke zorg te kunnen geven is het nodig om deze behandelingen, vanaf het moment dat de prothese verloren dreigt te gaan, aan te bieden in een beperkt aantal ziekenhuizen met goede voorzieningen. Omdat deze ziekenhuizen zo meer patiënten krijgen, wordt het gemakkelijker daar te investeren in voorzieningen en speciale infectieteams.

Orthopeden die revisiechirurgie bij infectie als hun specialisatie beschouwen, hebben in 2013 op initiatief van CZ gezamenlijk een protocol voor de behandeling van deze patiënten geschreven: "Protocol Dutch Infection Network".¹ De chirurgie bij orthopedische revisieoperaties is een terrein dat zich snel ontwikkelt. Wetenschappelijk onderzoek en publicaties zijn in een stroomversnelling gekomen. Daarom is het belangrijk dat deze kennis verwerkt is in behandelprotocollen en er in multidisciplinaire teams wordt overlegd over de beste individuele aanpak. De verwachting was dat de volgende jaren dit nieuwe protocol, dat zeer goed werd ontvangen, uitgewerkt zou worden tot een landelijke richtlijn van de beroepsgroep. CZ baseerde zich grotendeels op dit document bij de door haar gehanteerde kwaliteitsnormen. Naar aanleiding van dit initiatief werd in 2015 bij de NOV (Nederlandse Orthopaedische Vereniging) een werkgroep infectieprothesiologie ingesteld die openstaat voor alle orthopeden. Hiermee werd nagestreefd dit vakgebied verder te ontwikkelen, en op een hoger plan te brengen.

Inmiddels is 1 september 2016 het standpunt "Aanbeveling Werkwijze Behandeling Prothese Infecties Orthopedie" door de NOV gepubliceerd.² Dit standpunt van de NOV komt grotendeels overeen met het Protocol Dutch Infection Network en kan als vervanger daarvan worden gezien.

CZ onderkent nog steeds de noodzaak om de kennis van deze behandelingen en de voorzieningen niet te versnipperen en zet daarom haar selectieve inkoopbeleid voort. CZ volgt hierin het nieuwe standpunt van de NOV en is wat betreft dataverzameling aangehaakt bij de landelijke uitvraag. CZ gaat ervanuit dat de geselecteerde centra prospectieve data verzamelen wat betreft deze behandelingen.

Met de geselecteerde ziekenhuizen is de afspraak gemaakt dat zij doorverwezen patiënten binnen 2 weken kunnen zien. Indien uit de praktijk blijkt dat dit onvoldoende gebeurt, kan CZ daaraan consequenties verbinden.

In cijfers

In Nederland plaatsen orthopeden jaarlijks (verslagjaar 2015) ongeveer 55.000 nieuwe knie- en heupprothesen (knie: 27.082 en heup: 28.798¹). Daarnaast plaatsen zij in toenemende mate prothesen in schouders en enkels. Helaas blijven niet al deze prothesen goed zitten en is het nodig 4% tot 5% van deze prothesen binnen 7 jaar te vervangen (revisie). In 16,3% (knie) / 17,8% (heup) van de revisies blijkt een infectie de reden waarom een revisieoperatie noodzakelijk is. Uit de landelijke registratie orthopedische implantaten blijkt dat orthopeden jaarlijks ongeveer 320 heupprothesewissels en 280 knieprothesewissels uitvoeren met als reden een infectie.¹

De infectie

Een bacteriële infectie van een prothese is een complicatie die met veel ziekte en kosten gepaard gaat. De bacteriën zijn moeilijk te verwijderen van een prothese. Dit komt doordat er een zogenaamde "biofilm" wordt gevormd. Dit is een laag op het prothese oppervlak die bestaat uit eiwitten zonder bloedvaten en gevormd wordt door elk bacterietype. Deze laag is niet goed doordringbaar voor

antibiotica en vormt zich snel (24 uur) na besmetting. Dit is de reden dat een prothese-infectie zich anders gedraagt dan een infectie elders in het lichaam.

De behandeling vergt zeer specifieke kennis en een gespecialiseerd team om op basis van de meest recente wetenschappelijke ontwikkelingen te (be)handelen. Voor de infectie van een gewrichtsprothese is specifieke kennis nodig om deze te kunnen diagnosticeren en te behandelen met bijzondere antibiotica en bijzondere chirurgische behandelingen. Dit kan alleen goed gebeuren als er aan een aantal randvoorwaarden is voldaan (zie hoofdstuk 3 indicatoren en selectie).

De behandeling

De behandeling van de prothese-infectie kan bestaan uit⁵:

1. schoonmaken van het gewricht, waarbij de prothese blijft zitten (debridement), met eventueel vervangen van mobiele onderdelen van de prothese (liner/insert);
2. verwijderen van de prothese en opnieuw plaatsen van een prothese;
3. verwijderen van de prothese en in een tweede sessie plaatsen van een prothese;
4. definitief verwijderen van de prothese of vastzetten van het gewricht;
5. alleen antibiotische therapie;
6. niets doen (onder supervisie).

Om een protheseverwijdering te voorkomen, is het belangrijk een prothese-infectie zo snel mogelijk te diagnosticeren en te behandelen. Als de infectie langer dan vier weken bestaat, is de kans op genezing namelijk kleiner dan wanneer de infectie binnen vier weken wordt behandeld.

Bij zogenaamde vroeg gediagnosticeerde (vier weken) infecties is er met de moderne inzichten een genezing mogelijk van 80% door maximale therapie in combinatie met chirurgische reiniging (debridement), vervanging van de plastic lager (de insert), en toediening van systemische specifieke antibiotica met "antibiofilm" werking, gedurende minimaal drie postoperatieve maanden.² Indien een infectie langer dan circa twee maanden bestaat, heeft het weinig nut om te proberen de prothese te behouden. Een revisie met verwijderen en na antibiotische behandeling weer terug plaatsen van een nieuwe prothese (zogenaamde two stage revisie) heeft dan de voorkeur. Het veelvuldig operatief opnieuw schoonmaken leidt tot een slechtere prognose. Het is zelfs gebleken dat als er dan uiteindelijk tot een two stage revisie moet worden overgegaan, de kans op een hernieuwde infectie bij deze groep groter is dan wanneer sneller was besloten tot een revisie en er dus niet herhaaldelijk is gedebrideerd.⁴

De steeds beter wetenschappelijk onderbouwde behandelstrategieën, uit een klein aantal instituten dat zich expert mag noemen (in Zwitserland, VS en UK), laten zien dat o.a. een multidisciplinair en toegewijd team van behandelaars, bestaande uit orthopeden, infectiologen, microbiologen en hygiënisten, nodig is om patiënten met een infectie adequaat te behandelen.

De gevolgen voor een patiënt bij een niet optimale behandeling zijn een forse beperking in de mobiliteit en beperkingen in het dagelijkse leven, waarbij soms de functie van het gewricht geheel verloren gaat.

Mits tijdig ingegrepen en mits de juiste strategie bij de juiste patiënt wordt gekozen, kan de kans op een succesvolle behandeling worden verbeterd.

Concentratie van de revisiechirurgie bij geïnfecteerde gewrichtsprothesen

Concentratie van deze zorg vergroot volgens het veld en CZ de kans op een succesvolle behandeling voor patiënten in de zin van betere kwaliteit van leven, symptoomverlichting en verbeterde mobiliteit.⁶



Aangezien vrijwel alle Nederlandse ziekenhuizen en veel ZBC's orthopedische zorg verlenen waarbij zij heup- en knieprothesen plaatsen en reviseren, is het nodig doorverwijsafspraken te maken bij concentratie van de zorg van geïnfecteerde prothesen. Hierbij gaan we ervan uit dat ieder ziekenhuis de initiële infectiebehandeling, antibioticabehandeling, eventueel vervangen liner en debridement (schoonmaken) van het gewricht, adequaat kan verrichten (zie bovengenoemde punten 1 en 2).

De doorverwijsafpraak naar de geselecteerde ziekenhuizen houdt in:

Een postoperatieve infectie van een prothese:

- *Maximaal tweemaal is een debridement met behoud van prothese uitgevoerd zonder bevredigend resultaat en/of behoud van de oorspronkelijke prothese is niet meer mogelijk*

Het selectieve inkoopbeleid van CZ is gericht op de behandeling vanaf het moment dat een oorspronkelijk prothese verloren dreigt te gaan door de infectie en de patiënt op een prothesewissel is aangewezen (hiervoor nemen wij de LROI indicatoren 2a.a. (totale vervanging bij verdenking op infectie) en 2.a.c. (totale verwijdering bij verdenking op infectie)).

3 Indicatoren en selectie

De ziekenhuizen worden ingedeeld in twee categorieën, zoals beschreven in paragraaf 1.5. De indeling wordt bepaald door elk ziekenhuis te toetsen aan de set kwaliteitsindicatoren. Als een ziekenhuis aan alle normen voldoet, hoort het ziekenhuis tot één van de gespecialiseerde ziekenhuizen die door CZ wordt gecontracteerd voor deze zorg.

Bijzondere situatie van de maligne bottumoren

De Gezondheidsraad adviseert om de behandeling van maligne beentumoren bij voorkeur plaats te laten vinden in één van de hierin gespecialiseerde centra: LUMC, UMC St Radboud Nijmegen, UMCG en AMC. Dit gezien de zeldzaamheid, complexiteit van diagnostiek en behandeling en de specifiek hiervoor benodigde expertise en infrastructuur. In de gespecialiseerde centra is deze brede multidisciplinaire kennis in de volle breedte voorhanden. Dit beleid wordt ondersteund door de Gezondheidsraad en het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland en het patiëntenplatform.³

Na tumorresectie is regelmatig gewrichtsreconstructie met tumorresectie-implantaten noodzakelijk. Postoperatief is vaak chemotherapie noodzakelijk waardoor het infectiepercentage van de prothesen vele malen hoger ligt dan normaal. Gezien de uitzonderlijke problematiek zullen de vier gespecialiseerde centra infecties aan de prothesen zelf moeten oplossen.

De kwaliteitsindicatoren zijn mede gebaseerd op het standpunt van de NOV (2015), voorheen protocol Dutch Infection Network (diagnostiek en behandeling). De geselecteerde centra dienen hieraan te voldoen. Daarnaast zijn een aantal kwaliteitseisen noodzakelijk om een dergelijke behandeling te kunnen toepassen.⁴

Afgelopen jaren heeft CZ, in het veld, experts geraadpleegd bij het vaststellen van de gebruikte indicatoren voor haar selectieve inkoopbeleid orthopedische revisieoperaties bij geïnfecteerde gewrichtsprothesen. Voor de onderbouwing van de gebruikte indicatoren is gebruik gemaakt van de NVvH algemene beroepsnormen, het standpunt van de NOV (2015) Aanbeveling Werkwijze Behandeling Prothese Infecties Orthopedie, NOV Kwaliteitsnormen voor orthopedische zorg (versie 2.1 mei 2014), expert opinion en de wetenschappelijke literatuur op dit gebied. De vijf gehanteerde indicatoren zeggen op dit moment het meest over de mate waarin het ziekenhuis is gespecialiseerd in de behandeling van orthopedische revisieoperaties bij geïnfecteerde gewrichtsprothesen.

De volgende kwaliteitsindicatoren zijn geselecteerd:

1. Volumennorm per behandellocatie (LROI data)
2. Multidisciplinair team waarbinnen alle patiënten worden besproken (bestuursverklaring)
3. Percentage diepe wondinfecties na vervanging van knie en heup (LROI data)
4. Dataregistratie van outcomeparameters en complicaties (bestuursverklaring)
5. Tenminste twee in infectieprothesiologie gespecialiseerde orthopeden (bestuursverklaring)

Samenwerkende ziekenhuizen of ziekenhuizen met meerdere locaties

Sommige ziekenhuizen kennen meerdere locaties waar behandelingen plaatsvinden, of zij gaan samenwerkingsafspraken aan met andere ziekenhuizen voor bepaalde behandelingen. Als een ziekenhuis op alle locaties de behandelingen waarvoor CZ een selectief inkoopbeleid hanteert wil blijven uitvoeren, of op de locatie(s) van de samenwerkende ziekenhuizen wil blijven uitvoeren, stelt CZ steeds dezelfde eisen aan al deze afzonderlijke locaties of samenwerkende ziekenhuizen. Deze zullen dus steeds individueel getoetst worden aan de criteria zoals vastgelegd in het verantwoordingsdocument. Alleen als sprake is van zorg verleend door steeds hetzelfde MDT en

dezelfde medisch specialisten, over de locaties heen of in de verschillende samenwerkende ziekenhuizen, kunnen de aantallen ingrepen/behandelingen getotaliseerd worden en wordt het totale ziekenhuis of de samenwerkende ziekenhuizen als één behandellocatie beoordeeld.

3.1 Volumenorm

Zorg vergt deskundigheid en ervaring. Dit aspect weegt zwaar vanuit veiligheids- en patiëntenperspectief. Patiënten geven aan dat zij graag behandeld willen worden door een arts die vaak een bepaalde handeling uitvoert. Het vaker verrichten van de behandeling vergroot de vaardigheid en de kennis van het team.

Er is geen wetenschappelijk bewijs voor een *minimaal* volume per ziekenhuis of per chirurg, maar op basis van consensus en expert opinion heeft de NOV de laat geïnfekteerde gewrichtsvervangende prothesen ingedeeld in de categorie hoog complexe laagvolume orthopedisch chirurgische behandelingen (NOV Kwaliteitsnormen voor orthopedische zorg (versie 2.1 april 2014)). Voor deze behandeling geldt een minimum volume van 20 per ziekenhuis.⁶

3.1.1 Volume per behandellocatie

In haar normendocument van 31 mei 2014 deelt de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) de laat geïnfekteerde gewrichtsvervangende prothesen in categorie 1: hoogcomplexiteit laagvolume orthopedisch chirurgische behandelingen. Hiervoor stelt zij een volumenorm van 20 orthopedisch chirurgische behandelingen per diagnose per vakgroep per jaar.⁶

De NOV maakt in datzelfde document wel een voorbehoud: "*Uit de literatuur blijken slechts globale afkappunten in volume te extraheren. De bewijskracht voor deze afkappunten is zeer laag en het is moeilijk om er harde conclusies aan te verbinden. Om harde afkappunten te benoemen, is meer onderzoek nodig.*"

Selectief inkoopbeleid CZ

Het selectieve inkoopbeleid van CZ is gericht op de behandeling vanaf het moment dat een oorspronkelijk prothese verloren dreigt te gaan door de infectie en de patiënt op een prothesewissel is aangewezen (hiervoor nemen wij de LROI indicatoren 2a.a. (totale vervanging bij verdenking op infectie) en 2.a.c. (totale verwijdering bij verdenking op infectie)).

CZ baseert haar minimumnorm voor heup- en knie revisies ('elke verandering aan de prothese (verwijdering, vervanging of toevoeging van een component)') als gevolg van infectie op de NOV norm. Heup- en knie revisies komen veruit het meeste voor. Als een ziekenhuis 20 of meer revisies van geïnfekteerde heup- en knieprothesen per locatie per jaar uitvoert, voldoet dit aan de eerste van de vijf kwaliteitsnormen van CZ. Een ziekenhuis dat minder dan 20 infectierevisies per locatie per jaar uitvoert, voldoet niet aan de kwaliteitsnormen van CZ. CZ vindt dat de volumenorm, zolang specifieke outcome gegevens ontbreken, de beste afgeleide is voor kwaliteit van zorg.

De data van de volumes per behandellocatie in 2016, zijn afkomstig uit de landelijke uitvraag van de LROI, waarbij CZ gebruikt maakt van de data voor totale vervanging van de primaire prothese (knie en heup) en de verwijdering van de prothese (knie en heup).

CZ kijkt het aantal per behandellocatie omdat het bij dit type ingreep naast de chirurgische expertise ook de infrastructuur (een vast operatieteam, verpleegkundige faciliteiten op de afdeling, kennis van infectieproblematiek bij gewrichtsprothesen of een echte infectie unit) van groot belang zijn voor kwaliteit en doelmatigheid.

Primair geldt dat de aantallen gebaseerd zijn op het jaar 2016. Het is mogelijk dat een behandellocatie door omstandigheden in 2016 niet aan de norm heeft voldaan. Om die reden kijkt CZ in tweede instantie naar de volumes over de afgelopen drie jaar (2014, 2015 en 2016). Uit de volumes over de afgelopen drie jaar willen we zien dat het ziekenhuis gemiddeld 20 of meer revisies van geïnfecteerde heup- en knieprothesen per locatie per jaar uitvoert. Daarnaast vraagt CZ ziekenhuizen met onwaarschijnlijk hoge aantallen, hoge fluctuaties tussen 2014, 2015 en 2016 of met correcties om een gedetailleerde toelichting.

(De data zijn afkomstig uit de landelijke uitvraag)

3.2 Percentage diepe wondinfecties voor zowel reguliere knie- als heupvervangingen

In de indicatorenset totale heup en totale knie wordt het percentage diepe wondinfecties bij zowel reguliere knie- als heupprothesen gerapporteerd over het verslagjaar 2016: ⁷

Operationalisatie	Percentage diepe postoperatieve wondinfecties binnen 90 dagen in geval van een totale knieprothese/heupprothese
Teller	Aantal diepe wondinfecties tot 90 dagen na de operatie bij patiënten in geval van een totale knieprothese/heupprothese
Noemer	Aantal operaties waarbij de patiënt een totale knieprothese/heupprothese heeft ondergaan

In Nederland raken gemiddeld 1,2% (1,1-1,3 95% betrouwbaarheidsinterval) knieprothesen en 1,7% (1,6-1,9 95% BI) heupprothesen geïnfecteerd.⁸ CZ verwacht van een ziekenhuis dat zich specialiseert in revisie bij geïnfecteerde orthopedische prothesen, dat dit zelf een laag gemiddeld percentage scoort voor wat betreft diepe wondinfecties bij de reguliere plaatsing van orthopedische prothesen (knie- en heupvervangingen bepalen het grootste deel van het volume van gewrichtsvervangende operaties).

Selectief inkoopbeleid CZ

Ziekenhuizen die een bovengemiddeld infectiepercentage blijken te hebben bij de reguliere knie- en heupvervangingen, vragen wij om een verklaring. De gegevens over de infectiepercentages worden overgenomen uit de LROI dataset van 2017. Indien uw ziekenhuis in 2015 en 2016 een bovengemiddeld infectiepercentage heeft voor diepe wondinfecties, bij de initiële plaatsing van knie- en heupprothesen, dan zal CZ vragen om een verklaring voor dit bovengemiddelde percentage en behoudt CZ zich het recht voor het ziekenhuis op basis hiervan niet langer te contracteren voor de chirurgische behandeling van geïnfecteerde knie- en heupprothesen.

(De data zijn afkomstig uit de landelijke uitvraag)

3.3 Niet landelijk geregistreerde indicatoren

De indicatoren over het multidisciplinair team, dataregistratie voor complicaties en outcomeparameters én het aantal gespecialiseerde orthopeden zijn niet opgenomen in de landelijke uitvraag over 2016 (LROI 2017). Afgelopen jaren heeft CZ deze indicatoren uitgevraagd en alle ziekenhuizen voldeden aan deze voorwaarden. Aangezien CZ dit jaar opnieuw gebruikt maakt van de landelijke uitvraag heeft zij geen beschikking meer over deze informatie. Wij gaan ervan uit dat alle geselecteerde ziekenhuizen nog steeds aan deze indicatoren voldoen. Deze indicatoren worden opgenomen in uw contract en ter bevestiging voorgelegd in de bestuursverklaring.

3.3.1 Multidisciplinair team

Volgens het standpunt van de NOV (2015) dient de behandeling multidisciplinair te zijn. In het behandelteam zijn in ieder geval vertegenwoordigd:⁵

- a. Orthopeed met specifieke kennis over orthopedische infecties
- b. Infectioloog met specifieke kennis over de bijzondere antibiotica, de beschikbare antibiofilm antibiotica met de mogelijke bijwerkingen en interacties met co-medicatie of
- c. Medisch microbioloog met specifieke kennis over pathogenen, hun virulentie, en de beschikbare antibiofilm antibiotica met de mogelijke bijwerkingen
- d. Ziekenhuishygiënist, op afroep verantwoordelijk voor de preventie van postoperatieve infecties (POWI) en naleving van de richtlijnen
- e. Plastisch chirurg, op afroep: “bedekking van het gewricht door vitale weke delen is essentieel voor preventie van postoperative joint infection (PJI) en in het kader van een adequate behandeling van PJI. Weke delen defecten kunnen ontstaan als gevolg van infectie en/of een wondgenezingsstoornis. Binnen het behandelteam dient er daarom specialistische adjuvante plastische chirurgie beschikbaar te zijn, soms zelfs semi-acuut (binnen 2 tot 3 dagen).

CZ verwacht dat in een gespecialiseerd centrum het multidisciplinair overleg (MDO) plaatsvindt met de betrokken disciplines waarbij alle patiënten besproken worden met analyse van het infectieuze probleem en de progressie van therapie.

Selectief inkoopbeleid CZ

Een basisinvulling en regelmatige bijeenkomst van het multidisciplinaire team zijn voorwaarden om aan de kwaliteitseisen van CZ te kunnen voldoen. In het MDO dienen alle patiënten, die orthopedische revisieoperaties bij geïnfecteerde knie- en heupprothesen ondergaan, multidisciplinair te worden besproken.

CZ toetst ziekenhuizen op de aanwezigheid van dergelijk MDO, waar in ieder geval standaard de orthopeed en infectioloog en/of medisch microbioloog deel van uitmaken. De landelijke dataset geeft geen informatie over de aanwezigheid van de ziekenhuishygiënist en plastisch chirurg op afroep. CZ verwacht dat alle geselecteerde ziekenhuizen voldoen aan de criteria van de NOV voor het MDO.

Ziekenhuizen die beschikken over een MDO volgens deze basiscriteria, voldoen aan de desbetreffende kwaliteitsnorm van CZ. Ziekenhuizen die niet beschikken over een dergelijk MDO, voldoen niet aan de kwaliteitsnormen van CZ.

(Data ter bevestiging voorgelegd in de bestuursverklaring 2017)

3.3.2 Dataregistratie

Dataregistratie waarin prospectief minimaal de complicaties en outcomeparameters voor infecties worden bijgehouden, is een essentiële voorwaarde voor het verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg. Zonder data kan geen verbetercyclus worden doorlopen.

Selectief inkoopbeleid CZ

In de landelijke uitvraag is de dataregistratie niet opnieuw uitgevraagd. CZ heeft deze gegevens uitgevraagd over 2015 en wij gaan er van uit dat hierin niets veranderd is in de afgelopen jaren. Mocht dit wel zo zijn, dan houdt CZ zich het recht voor hierin inzicht te verkrijgen en waar nodig consequenties aan te verbinden.

(Data ter bevestiging voorgelegd in de bestuursverklaring 2017)

3.3.3 Aantal gespecialiseerde orthopeden

De NOV stelt dat het nodig is dat in een referentiecentrum tenminste twee orthopeden het aandachtsgebied verzorgen en aantoonbaar betrokken zijn bij (inter)nationale ontwikkelingen binnen het aandachtsgebied of het verrichten van wetenschappelijk onderzoek.⁵

Selectief inkoopbeleid CZ

CZ vindt het voor de kwaliteit en continuïteit van zorg belangrijk dat er minimaal twee gespecialiseerde orthopeden werken op de behandellocatie die zich toeleggen op orthopedische revisieoperaties bij geïnfecteerde knie- en heupprothesen. CZ heeft deze gegevens uitgevraagd over 2015 en wij gaan er vanuit dat hierin niets veranderd is in de afgelopen jaren. Mocht er iets veranderd zijn in het aantal orthopeden per behandellocatie, dan houdt CZ zich het recht voor hierin inzicht te verkrijgen en waar nodig consequenties aan te verbinden.

(Data ter bevestiging voorgelegd in de bestuursverklaring 2017)

3.4 Samenvatting indicatoren, weging en transparantie

Voldoet aan kwaliteitsnormen van CZ

Het ziekenhuis:

- Voert 20 of meer orthopedische revisieoperaties bij geïnfecteerde knie- en heupprothesen uit op behandellocatie per jaar (*LROI data 2017*), én
- Alle patiënten worden in het MDO besproken door orthofoon en infectioloog of medisch microbioloog (*Bestuursverklaring 2017*), én
- Heeft 2 jaar achtereen geen bovengemiddelde infectiepercentage bij de reguliere heup- en knieervangingen, althans niet zonder afdoende verklaring (*LROI data 2017*), én
- Er wordt een dataregistratie bijgehouden betreffende de orthopedische revisieoperaties bij geïnfecteerde knie- en heupprothesen (*Bestuursverklaring 2017*), én
- Er zijn twee of meer gespecialiseerde orthopeden per behandellocatie die zich toeleggen op orthopedische revisieoperaties bij geïnfecteerde knie- en heupprothesen (*Bestuursverklaring 2017*)

Voorwaarde voor deze categorie

- Het ziekenhuis garandeert, als expertisecentrum, dat de overname van patiënten in het algemeen binnen twee weken geregeld wordt. (*Bestuursverklaring 2017*)

Voldoet niet aan een of meer van de kwaliteitsnormen van CZ

Het ziekenhuis:

- Voert minder dan 20 orthopedische revisieoperaties bij geïnfecteerde knie- en heupprothesen uit, en/of
- Heeft geen MDO-team of houdt geen infectie-besprekingen, en/of
- Heeft twee jaar achtereen een bovengemiddelde infectiepercentage zonder een afdoende verklaring, en/of
- Er wordt geen dataregistratie bijgehouden, en/of
- Heeft minder dan twee gespecialiseerde orthopeden

Deze ziekenhuizen wordt verzocht om door te verwijzen naar de geselecteerde centra.



Categorie-indeling: niet van toepassing

Ziekenhuizen die geen orthopedische revisieoperaties bij geïnfecteerde knie- en heupprothesen (meer) uitvoeren.

4 Bronnen

1. LROI, 2015. Orthopedische Implantaten in Beeld
2. Diagnosis and Management of Prosthetic Joint Infection: clinical practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America; Douglas R. Osmon et al; Cilical infectious diseases advance Access , 6 december 2013.(CID 2014;56 , 1 January)
3. Oncoline (2015). Beschikbaar via www.oncoline.nl/beentumoren, d.d. 4 juli 2015
4. Protocol Dutch Infection Network versie 1.1 juni 2014; J.H.M. Goosen, G.G. van Hellemond
5. NOV, 2015. Aanbeveling Werkwijze behandeling Prothese Infecties Orthopedie, 1 september 2015
6. Kwaliteitsnormen voor orthopedische zorg, versie 2.1, 31 mei 2014 (NOV)
7. Indicatorenset Totale Knie, Uitvraag 2017 over verslagjaar 2016 (LROI-uitvraag) & Indicatorenset Totale Heup, Uitvraag 2017 over verslagjaar 2016 (LROI-uitvraag)
8. Referentiecijfers 2013/2014: Postoperatieve Wondinfecties. PREZIES – versie: januari 2017. Documentversie: 1.0



Disclaimer

CZ heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van de toetsen en indicatoren. De criteria en normen die zijn gebruikt, zijn waar mogelijk gebaseerd op de laatste standaarden en inzichten. CZ aanvaardt echter geen aansprakelijkheid voor onjuistheden of onvolledigheden van informatie afkomstig van derden, hoewel die informatie wel zoveel mogelijk door CZ is gevalideerd. CZ aanvaardt derhalve geen aansprakelijkheid voor schade, overlast, ongemak of andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de door CZ verstrekte informatie.

Gebruikers kunnen geen rechten ontleen aan de inhoud van de rangschikking. Hoewel de rangschikking na een zorgvuldig proces tot stand is gekomen, kan CZ aan verzekerden geen resultaten van behandelingen garanderen.

© CZ, mei 2017
