

Project *ASAP*

Analyse Maatschappelijke Waarde Orthopedische Behandelingen

Leden task-force:

Jan Willem Louwerens (NOV bestuur), Freerk Jonkers, Rudolf Poolman,
Wim Schreurs, Bart Swierstra, Kirsten Veenstra, Taco Gosens (NOV bestuur),
Karen Wiegant (NOV bureau)

Inhoud

- Inleiding blz 3
Waar is dit document voor bedoeld?

- De patiënt vertelt blz 4
Verhalen uit de praktijk die de aanzet zijn geweest tot ASAP

- Ziektelast blz 5
Van de patiënt met een orthopedische aandoening

- Ficties en feiten; een korte presentatie blz 8

- Maatschappelijke waarde van orthopedische behandelingen blz 9
 - *DALY's en QALY's inzake orthopedische operaties*
 - *Kosteneffectiviteit van orthopedische zorg*
 - *Werkhervatting*
 - *COVID-19, effecten uitstel van orthopedische zorg*
 - *Urgentielijsten, welke zorg ging wel door?*

- Addendum: Beroepsprofiel orthopedisch chirurg blz 22
Welke aandoeningen aan het steun en bewegingsstelsel worden primair behandeld door de orthopedisch chirurg

Inleiding

Honderdduizenden mensen hebben in meer of mindere mate pijnklachten aan het steun- en bewegingsstel en de voorspelling is dat dit aantal gaat verdubbelen. Tegelijkertijd weten we hoe belangrijk het is voor de gezondheid en voor het (sociale) leven om zonder pijn te kunnen bewegen. Het gaat daarbij niet alleen om sport, maar ook om werk, normaal lopen, het gewone dagelijkse leven, zonder pijn hobby's kunnen uitoefenen, uitgaan, kortom om van het leven te kunnen genieten. Zonder pijn kunnen bewegen is niet alleen essentieel voor het welbevinden van de persoon, maar is bijna net zo belangrijk voor het gezin, de vrienden van die persoon en is ook van groot belang voor de hele maatschappij. Dit is niet bekend bij het grote publiek en weegt niet altijd zwaar bij de mensen die het beleid in de gezondheidszorg maken. De orthopedisch chirurg, de medisch specialist die samen met andere partners in de gezondheidszorg-keten zorgt voor patiënten met pijn en beperkingen van hun steun- en bewegingsstelsel, wil zo goed mogelijk opkomen voor de belangen van deze patiënten en vraagt hier veel meer aandacht voor. Immers: "Orthopedie houdt Nederland in beweging". Een van de belangrijkste doelen van het nieuwe Strategisch Plan van de NOV is om hieraan gehoor te geven. Onze andere stakeholders, waaronder zorgverzekeraars, de Nederlandse Zorgautoriteit en het Zorginstituut NL, maar ook ziekenhuisbestuurders en zelfs collegae medisch specialisten blijken dikwijls een beperkte kijk te hebben op het werk van de orthopedisch chirurg. Laat staan het algemeen publiek.

Tijdens de onderhavige COVID-19 pandemie worden de geplande behandelingen van onze orthopedische patiënten regelmatig terzijde geschoven met de opmerking "die knieën en heupen kunnen wel wachten". Hoewel het begrijpelijk is dat de zorg voor deze patiënten geen prioriteit geeft ten opzichte van direct levensbedreigende aandoeningen, blijkt dat het nadelige effect van uitstel van deze behandelingen voor onze patiënten wordt onderschat. Überhaupt is het de vraag of men zich realiseert dat orthopedie veel meer behelst dan het implanteren van heup- en knieprothesen.

De NOV wil optimaal voor het belang van haar patiënten opkomen en dat zal zeker ook moeten op het moment dat achterstallige zorg weer moet worden ingehaald. Daarbij gaat het niet alleen om artrose van de knie en heup, maar ook om patiënten met ernstige problemen aan andere delen van het steun- en bewegingsstelsel. Dit document bevat stellingen over de maatschappelijke waarde van orthopedische behandelingen, bedoeld om assertief de discussie aan te gaan met alle denkbare partijen waar het gaat om het belang van orthopedische zorg. De stellingen zijn kort en krachtig geformuleerd, hierdoor ontbreekt het soms aan de context. Bij iedere stelling vindt U de referentie voor meer achtergrond, wanneer nodig. Daarnaast vindt U algemene informatie over de ziektelast van orthopedische aandoeningen en het beroepsprofiel van de orthopedisch chirurg.

Dit document is ook online beschikbaar op de NOV website (orthopeden.org/beroepsbelangen/ASAP). Online is het een groeiend document en hier zijn alle oorspronkelijke referenties te downloaden. Leden worden verzocht om materiaal in de vorm van stellingen en de bijpassende referentie te blijven aanleveren. Daarnaast is er ook belangstelling voor tekenende patiënten verhalen. Materiaal kunt u aanleveren via nov@orthopeden.org. Beide documenten zijn primair voor gebruik door leden van de NOV.

De patiënt vertelt

“Beste dokter,

Het is vandaag een jaar geleden dat ik geopereerd werd en mijn enkel werd vastgezet. Voor jullie waarschijnlijk een heel gewone operatie, maar voor mij een levens veranderende gebeurtenis. Vandaar dat ik jullie mail met een kleine update over hoe het met me gaat.

Ik ben nu fitter dan ik ooit (of in ieder geval in de afgelopen 15 jaar) geweest ben. Ik heb geen pijn meer, en ik besef nu pas echt wat die pijn met me deed in de voorgaande jaren. Niet alleen fysiek, maar ook mentaal voel ik me nu beter dan ik had durven hopen.

Ik wandel elke dag een flink stuk samen met mijn man en de hond, ik fiets regelmatig en ik ben doordat ik weer volop kan bewegen al bijna 15 kilo afgevallen.

Ik ben zelfs weer aan het paardrijden! Dat was echt de passie uit mijn jeugd die ik al heel lang geleden had opgeven door de pijn en waar ik nu weer 2 keer per week mateloos van geniet.

Ik ben ontzettend dankbaar dat ik de dingen kan doen die ik nu kan doen, juist nu in deze lockdown. Daardoor ben fitter, gezonder en dus weerbaarder. En daarnaast voel ik me mentaal sterker.

Ik moet er echt niet aan denken dat ik in deze lockdown nog steeds de pijn en alle beperkingen had die ik voor mijn operatie had.

Vanwege Corona worden veel operaties vast al een hele poos uitgesteld. Dat is ongetwijfeld nodig. Maar ik wil jullie laten weten dat mijn operatie wellicht niet direct mijn leven gered heeft, maar absoluut wel mijn leven veranderd en verbeterd heeft. En daar wil ik jullie allemaal ontzettend voor bedanken. Juist nu.

Ik wens jullie allemaal sterkte in deze Corona-tijd en hoop van harte dat jullie weer heel snel heel veel mensen net zo blij en gelukkig kunnen maken als mij. Dankjewel!”

Op de website van de NOV zijn verschillende andere patiëntverhalen te vinden.
[Orthopeden.org/beroepsbelangen/ASAP/patientverhalen](https://www.nov.nl/beroepsbelangen/ASAP/patientverhalen)

Ziektelast

Wanneer we spreken over ziektelast gaat het niet alleen om de last die een patiënt ondervindt van een bepaalde ziekte en om alles wat voor de patiënt belangrijk is, maar het gaat ook om de last voor de maatschappij waar de patiënt deel van uitmaakt. Zo maakt men ook onderscheid tussen de directe kosten van een aandoening (bijvoorbeeld, de prijs van medicatie) en de indirecte kosten (bijvoorbeeld, door arbeidsverlies).

De patiënt

In rapporten wordt onterecht, zeker als het gaat om de kosten, dikwijls het accent gelegd op getallen. Het is essentieel om achter deze getallen ook de patiënten te blijven zien. Het gaat om patiënten die pijn lijden en beperkingen ondervinden. Een onlangs verschenen "Baseline Survey Report"¹ meldt dat een aandoening van het steun- en bewegingsstelsel bij:

1. 93% van de personen die lijden aan een of meer van deze aandoeningen een negatieve invloed heeft op hun leven
2. 66% van deze personen invloed heeft op de familie en persoonlijke relaties
3. 65% van deze personen aanleiding geeft tot financiële stress
4. 50% van deze personen een negatieve invloed heeft op de mentale gezondheid.

Er ontstaat een negatieve spiraal: toename van klachten leidt tot minder bewegen en vermindert het vermogen te werken, afname van de algehele gezondheid, vermindering van de inkomsten, toename van de stress en vaak ook depressieve stemmingen en vervolgens weer een verdere toename klachten. Een aandoening van het steun- en bewegingsstelsel is over het algemeen niet direct levensbedreigend, maar een patiënt en zijn omgeving kan er ernstig onder lijden. Ongeveer 20% van de mensen op een wachtlijst voor het vervangen van een heup of knie doormiddel van een prothese ervaart de toestand van hun gezondheid als erger dan de dood². Het adequaat behandelen van ernstige beperkingen, bijvoorbeeld ten gevolge van knieartrose, kan zeker op termijn van levensbelang zijn: door deze behandeling, met een toename van de mobiliteit, ontstaat een kleinere kans op het secundair verkrijgen van hartfalen en overlijden^{3,4}.

De maatschappij

Op dit moment hebben 1,5 miljoen Nederlanders artrose⁵. Jaarlijks komen daar honderdduizenden Nederlanders bij die worden getroffen door andere aandoeningen van het steun- en bewegingsstelsel, soms van tijdelijke aard, maar soms ook van levenslange aard. Disfunctioneren van het steun- en bewegingsstelsel resulteert in een zware persoonlijke en maatschappelijke belasting wat betreft ziektelast en kosten. Rond de 35% van de patiënten die zich bij de huisarts presenteren, hebben pijn aan het steun- en bewegingsstelsel.

Klachten van de rug, schouder, heup en knie staan op de voorgrond. De oorzaak van de klachten is natuurlijk meerderlei, u moet denken aan artrose, sportletsel, werk gerelateerde overbelasting/pijn en traumata. Knieartrose komt het vaakst voor (594.000 personen), gevolgd door heupartrose (359.000 personen) en overige vormen van artrose aan de ledematen (357.000 personen).

Vanwege deze klachten komen ieder jaar 850.000 patiënten bij de orthopedisch chirurg, waarvan zo'n 90.000 met klachten ten gevolge van heupartrose. Per jaar wordt bij 31.000 personen een knieprothese en bij 33.000 personen een heupprothese geplaatst. In 2019 werden in totaal 81.000 gewricht vervangende prothesen geplaatst⁶.

De totale directe zorgkosten van aandoeningen aan het steun- en bewegingsstelsel bedragen in Nederland rond de 8 miljard euro per jaar⁷ en vormen daarmee een substantieel deel van de totale zorgkosten in Nederland. Daarnaast is er sprake van aanzienlijke secundaire (sociale) kosten door verlies van zelfstandigheid en economische inzetbaarheid. Van de meer dan 6 miljoen personen met één of meer aandoeningen van het steun- en bewegingsstelsel, is 58% tussen 25 en 64 jaar⁸. Klachten van het steun- en bewegingsstelsel worden dus gezien in een groot deel van de werkzame bevolking. Er wordt geschat dat in 2025 knieartrose de op één na hoogste werk gerelateerde ziektelast in Nederland zal zijn

Het is een gegeven dat de komende jaren het aantal mensen met aandoeningen van het steun- en bewegingsstelsel nog verder zal toenemen³. De "Global burden of disease" studie⁹ toont dat artrose tussen 1990 en 2007 artrose is toegenomen met 63.1% en tussen 2007 en 2017 met 31.4%. Het is derhalve een belangrijke maatschappelijke uitdaging om de kwaliteit van de zorg voor deze aandoeningen op peil te houden c.q. te verbeteren, terwijl de kosten beheersbaar blijven. Daarbij is duidelijk dat het volume van zorg om deze toename te verwerken toeneemt, dat blijkt ook uit de data van het LROI. Het aantal geplaatste THP is tussen 2010 en 2019 toegenomen van 23.000 naar 33.000 ingrepen en voor TKP van 18.000 naar 25.000 ingrepen.

Wanneer wordt gekeken naar de incidentie van artrose van de knie en de heup laten de cijfers van 2018 zien dat naar schatting 1.467.200 Nederlanders te kampen hebben met de gevolgen van artrose⁴. Knie artrose is de meest voorkomende vorm van artrose met in Nederland 642.000 mensen die lijden aan de gevolgen hiervan. Een andere grote groep van 431.000 mensen wordt gevormd door artrose van de heup.

Kosten

De totale directe zorgkosten voor artrose bedroegen in 2017 meer dan 1.2 miljard euro¹⁰. De kosten voor de zorg van knie- en heupartrose bedroegen gezamenlijk 922.6 miljoen euro⁴ per jaar (data 2017). Wanneer naast de directe ziektekosten ook de indirecte kosten voor de samenleving worden meegenomen kost een patiënt met artrose de samenleving gemiddeld € 15.000 per jaar. Dit lijkt niet heel veel, maar wanneer in ogenschouw genomen wordt dat Nederland ruim 1.4 miljoen patiënten met artrose telt lopen de totale kosten op tot 18 miljard euro op jaarbasis.

Van alle chronische ziektebeelden vertoont, mede als gevolg van het nog ontbreken van een effectieve behandeling, de toename van patiënten met artrose de grootste stijging. De voorspelling is dat het aantal patiënten met artrose de komende 20 jaar zal verdubbelen en de directe en indirecte zorgkosten als gevolg daarvan zullen stijgen tot 54 miljard euro.

Bij het in ogenschouw nemen van deze economische consequenties gaat het niet enkel om de zorgkosten maar het gaat ook om verlies van productiviteit en om verminderde kwaliteit van leven.

Referenties

1. Baseline Survey Report. Making the invisible visible. Australians share the impact of musculoskeletal conditions on their lives. Musculoskeletal Australia, March 2021.
2. Worse than death and waiting for a joint arthroplasty. *Bone Joint J* 2019;101-B:941–950
3. Sloot, R. e.a. (2016). Reumatische aandoeningen in Nederland: ervaringen en kengetallen. Nivel
4. Rapport Reuma Nederland, 2019
5. <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/artrose/cijfers-context/huidige-situatie#:~:text=in%20het%20totaal.,Bijna%201%2C5%20miljoen%20mensen%20met%20artrose,gedurende%20een%20bepaald%20jaar.>
6. LROI jaarrapport 2020
7. Plasman & Slobbe, 2016, Voorlopige toewijzing kosten van ziekten 2015, Kosten van ziekten notities 2016/1, Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid en Zorg. RIVM
8. Economic impact: A problem to solve. Musculoskeletal Australia, 2013
9. Global regional and national incidence prevalence and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries 1990-2016 systematic analysis for global burden of disease. *Lancet* 2017; 390: 1211-59
10. <https://www.volksgezondheidszorg.info/publicaties-kosten-van-ziekten>

Ficties en feiten

Een korte diapresentatie, via de NOV website te downloaden, om u in uw discussie te kunnen ondersteunen.

Artrose van heup en knie

Ficties en feiten

Feiten

ziektelast (economie)

Zorgkosten artrose naar Q4 2017

Medicatie	Medicatie	Verzuim	Totaal
Heupartrose	177,9	306,4	484,3
Knieartrose	114,2	193,0	307,2
Overig artrose	74,4	207,2	281,6
Totaal artrose	366,5	606,6	973,1

Artrose leidt bovendien tot verminderde productiviteit en arbeidsverzuim

Feiten

resultaten THP/TKP

Na een THP of TKP worden de presentatie van pijn, klachten, dagelijkse activiteiten en participatie, in de meerderheid van de patiënten vervuld of overtroffen.

Ook in kwetsbare patiënten kan een THP of TKP tot een sterke afname van artrose-gevoelende klachten leiden.

Feiten

kosten effectiviteit

Review van 23 studies:

- kosteneffectiviteit en kwaliteit van leven na THP en TKP zijn superieur aan een niet-operatieve behandeling.
- Uitsel van THP en TKP kan op korte termijn tot een sterke afname van pijn en klachten tot gevolg hebben, maar op lange termijn niet kosteneffectief.

Ficties

Medicatie

Knie artrose is zwaarder dan heup artrose en leidt tot meer pijn en beperking van de kwaliteit van leven. Het is daarom belangrijk om de pijn te behandelen met medicatie.

Uitsel van knie artrose is beter dan uitsel van heup artrose.

Uitsel van knie artrose is beter dan uitsel van heup artrose.

Feiten

ziektelast (orthopedie)

In 2018 beschikten 89.000 patiënten de grondige van heupartrose.

In 2018 werden 31.931 THP's geplaatst na het falen van conservatieve therapie. (kas naar redeneren wordt onmiddellijk geopereerd)

Feiten

werkvervating

De meerderheid van de werkende patiënten keert na een THP of TKP terug op het werk, 80-90% na 1 jaar.

Feiten

uitsel van operatie

Langdurig uitsel van THP:

- verbodt de optimale timing in het kader van het shared decision making proces
- leidt tot een verhoogde postoperatieve morbiditeit
- leidt tot beperkte postoperatief functioneren

Ficties

Zigzagt uitsel

Uitsel van knie artrose is beter dan uitsel van heup artrose.

Uitsel van knie artrose is beter dan uitsel van heup artrose.

Feiten

kwaliteit van leven bij artrose

20% van de patiënten op de wachtlijst voor een THP of TKP ervaren hun levenskwaliteit als slecht.

20% van de patiënten op de wachtlijst voor een THP of TKP beschouwt zijn levenskwaliteit op het laagst denkbare niveau.

De aantal verdoebde tijdens het uitsel van operatie door COVID-19.

Feiten

gezondheidswinst THP/TKP

Gezondheidswinst na een medische ingreep kan worden uitgedrukt in QALY.

QALY = quality adjusted life year

= 1 jaar leven in goede gezondheid

THP = 0,25 QALY

TKP = 0,75 QALY

Feiten

samenleving

1,5 miljoen mensen zijn beïnvloed met artrose.

Heup- en knie artrose vormen geen lue problemen maar beïnvloeden de kwaliteit van leven negatief met maatschappelijke en economische gevolgen.

Heup- en knie artrose maken pijnloos functioneren in de maatschappij weer mogelijk.

Feiten

ziektelast (huisarts)

In 2019 waren er naar schatting 1.492.200 mensen met artrose bekend bij de huisarts.

Nieuwe gevallen in 2019:

- 48.700 knieartrose
- 29.300 heupartrose

Feiten

resultaten THP (PROMS)

Resultaten THP (PROMS)

Feiten

kosten effectiviteit

Kosten per QALY:

- THP = € 6.700
- TKP = € 13.000

Kosten-effectiviteit volgens Zorginstituut NL

Feiten

samenleving

Heup- en knieartrose behoren tot de meest kosteneffectieve operaties.

Uitsel van heup- en knieartrose verbetert de kwaliteit van leven nog verder, verhoogt de kans op complicaties (incl. overlijden) en vermindert het functioneel resultaat.

Maatschappelijke waarde: DALY's en QALY's inzake orthopedische behandelingen

Gezondheid is lastig in geld uit te drukken. Toch spelen kosten een grote rol binnen de gezondheidszorg. De stijgende zorguitgaven krijgen steeds meer aandacht en het aandeel van de gezondheidskosten binnen het BNP dreigt (volgens sommigen) te hoog te worden.

De door gezondheidseconomen geïntroduceerde begrippen 'DALY' en 'QALY' spelen bij het inzichtelijk maken van de kosten van zorg een belangrijke rol. Kort gezegd: DALY is de impact die de ziekte heeft op een patiënt, QALY is de winst voor de patiënt na een behandeling.

Een DALY of 'Disability Adjusted Life Year' is de meeteenheid die de Wereldgezondheidsorganisatie van de Verenigde Naties (ofwel de WHO) gebruikt om schade voor de gezondheid te meten. Een DALY is het aantal verloren productieve jaren van een persoon door overlijden of ziekte; een DALY is dus een verloren jaar als gevolg van gezondheidsproblemen. Doorgaans worden DALY's gebruikt om beslissingen over de gezondheidszorg te ondersteunen.

Stellingen met betrekking tot DALY's

Artrose komt heel veel voor in de onze populatie boven de 60 jaar, het is na migraine, gehoor problemen en diabetes mellitus het meest voorkomende probleem¹.

Artrose is, na gehoor problemen, de meest voorkomende oorzaak van matige en ernstige invaliditeit bij mensen boven de 60 jaar in onze westerse samenleving¹.

Volgens het meest recente rapport in de Lancet 2020 over de Global Burden of Disease is **de impact van rugklachten op basis van DALY's vanaf 1990 sterk gestegen van wereldwijd plaats 13 naar plaats 9².**

Worden de voor leeftijd gecorrigeerde data in dit rapport bestudeerd dan staan **in de leeftijdsgroep 25 tot 50 jaren (de werkzame populatie) in 2019 rugklachten op de 4^{de} plaats na ongevallen, AIDS en hart- en vaatziekten als veroorzakers van DALY verlies in deze groep. Daarnaast staan andere musculoskeletale klachten op de 8^{ste} plaats in deze leeftijdscategorie.** Worden de percentages van het aandeel in de DALY 's in deze leeftijdsgroep voor rugklachten en andere musculoskeletale klachten opgeteld, dan zijn **klachten van het bewegingsapparaat de grootste veroorzaker van DALY's in deze leeftijd.** De impact van musculoskeletale aandoeningen in deze leeftijdsgroep is dus enorm groot en leidt tot veel gezondheidsschade².

Ook in de leeftijdsgroep van 50 tot 75 jaar is de impact van het bewegingsapparaat op de gezondheidsschade groot, alleen ischemische hartziekten en CVA's hebben op deze leeftijd een grotere impact op de gezondheid².

Een QALY staat voor 'Quality-Adjusted Life Year'. Dat is een maat voor de gewonnen levensjaren die een behandeling naar schatting oplevert, gecorrigeerd voor de kwaliteit van leven in die jaren. Daarbij worden de gewonnen levensjaren vermenigvuldigd met een factor, de zogenoemde 'utiliteit', die kleiner is naarmate de verwachte kwaliteit van leven slechter is. Een QALY staat voor 1 jaar in goede gezondheid. Maar 1 QALY kan bijvoorbeeld ook staan voor 3 levensjaren met een verminderde kwaliteit van leven. De utiliteit is dan 0,33 (0,33 x 3 levensjaren = 1 QALY).

In Nederland wordt aangenomen dat de kosten voor een QALY, afhankelijk van de ernst van de aandoening, ergens tussen de € 10.000 en € 80.000 liggen³. Behandelingen die meer kosten dan € 80.000 per jaar liggen onder een vergrootglas⁴.

Stellingen met betrekking tot QALY's

Een totale heup- of knieprothese leidt tot een veel betere QALY dan onbehandelde heup of knie artrose, namelijk THP 0.85 en TKP 0.75. De kosten per QALY voor een THP bedragen € 6.700, die van een TKP € 13.000, en daarmee zijn deze behandelingen erg kosteneffectief. De verhouding gezondheidswinst in relatie tot de gemaakte kosten is na een primaire THP veel gunstiger dan bijvoorbeeld na een operatieve behandeling van een coronaire bypassoperatie of nierdialyse. Tijdens de implantatieduur worden na een totale heupprothese 3,5 extra volle jaren met een optimale QALY gewonnen en na een totale knieprothese 2 extra volle jaren. Meer dan 90 % van de patiënten na een THP keert binnen een jaar terug op zijn werk, voor de TKP is dat 84%⁵⁻¹⁰.

Het Zorginstituut Nederland hanteert de volgende Ziekteelast Referentiewaarde voor de maximale meerkosten (€) per QALY. Van 0,1 tot en met 0,4 totaal € 20.000 per QALY, vanaf 0,41 tot en met 0,7 totaal € 50.000 per QALY en vanaf 0,71 tot en met 1,0 totaal € 80.000 per QALY. **De kosten voor een THP en TKP staan dus in een zeer redelijke verhouding tot de effecten van de behandeling⁴.**

In het RIVM rapport wordt gesteld **dat heup- en knieprothese met een prothese bij de top van meest kwaliteit-van-leven (QALY's) verbeterende behandelingen behoren⁹** In 2019 bezochten 90.000 patiënten de orthopedisch chirurg met klachten ten gevolge van heup-artrose en vonden in totaal 29.300 THP operaties plaats.

Nederlandse orthopeden hanteren 'snel herstel' protocollen, waardoor mensen vroeg weer mobiel zijn na een prothese zonder daarbij aan kwaliteit van zorg in te boeten, ook dit zorgt nog voor lagere kosten¹¹.

Ook het vervangen van een eventueel gefaalde heup- of knieprothese is nog steeds kosteneffectief. Wel zijn de kosten van een revisie operatie na een gefaalde heupprothese gemiddeld bijna 2x hoog dan van een primaire THP. De meeste patiënten blijven ook na een revisie operatie mobiel en zelfstandig en besparen derhalve de maatschappij veel kosten op het gebied van verpleegzorg^{7,12}.

Ook het plaatsen van een schouderprothese is zeer kosteneffectief met \$957/QALY voor een volledige vervanging en \$1.194/QALY voor een halve vervanging van het gewricht. Omdat een totale schouder leidt tot betere resultaten gedurende langere tijd zijn de kosten voor een TSP

inderdaad lager. Een totale schouderprothese levert 2,0 QALY's. Andere niet-prothese gerelateerde schouderoperaties (o.a. rotator cuff repairs) leiden tot een verbetering met 0,70 QALY¹³.

Een voorste kruisband reconstructie bij een jonge sporter geeft levert veel QALY's op. Bij een jongere is de verwachte winst in zijn of haar kwaliteit van leven van 4.6 QALY's na een periode van 6 jaar¹⁴. **Deze winst is bij een volwassene duidelijk lager.**

Ten slotte een stelling over de kinderorthopedie. **Het op tijd ontdekken en adequaat behandelen van orthopedische afwijkingen op kinderleeftijd heeft een enorme invloed op de QALY voor een jong patiëntje, terwijl de besparingen voor de maatschappij is kosten enorm zijn.** Met name voor het op tijd ontdekken van heupdysplasie en het op tijd behandelen van patiëntjes met klompvoeten zijn voorbeelden hiervan.

Referenties

1. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update
2. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. Lancet 2020; 396: 1204–22
3. <https://www.ntvg.nl/artikelen/hoeveel-mag-een-gewonnen-levensjaar-kosten/volledig>
4. https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/rapport/2018/05/07/ziektelast-in-de-praktijk/Ziektelast+in+de+praktijk_definitief.pdf
5. Cost-Effectiveness of Accelerated Perioperative Care and Rehabilitation After Total Hip and Knee Arthroplasty. J Bone Joint Surg Am 2009; 91-A(4):761-772
6. Cost-Effectiveness of Total Hip and Knee Replacements for the Australian Population with Osteoarthritis. PLoS ONE 2011; 6(9)
7. Economics of revision total hip arthroplasty. Current Orthopaedics 2006; 20(3):203-207
8. Effectiveness of hip or knee replacement surgery in terms of quality-adjusted life years and costs. Acta Orthopaedica 2007; 78(1):108-115
9. Verkenning economische evaluaties implantaten. RIVM 2019.
10. Return to work after total hip and knee arthroplasty results from a clinical study. Rheumatol Int 2015; 35(12):2059-67
11. A cost-effectiveness analysis after implementation of a fast-track protocol for total knee arthroplasty. Knee 2020; 27(2):451-458
12. Cost Effectiveness of Revision Total Knee Arthroplasty. Clinical Orthopaedics and Rel Res 2006; 446; 29-33
13. Cost effectiveness analysis of hemiarthroplasty and total shoulder arthroplasty. J Shoulder Elbow Surg 2010; 19; 325-334
14. The cost-effectiveness of anterior cruciate ligament reconstruction in competitive athletes. Am J Sports Med 2016; 45(1):23-33

Maatschappelijke waarde: Kosteneffectiviteit van orthopedische zorg

In de samenstelling van de collectieve zorgverzekering spelen een aantal criteria – ook wel de pakketcriteria genoemd – een rol:

- Noodzakelijkheid (zowel de vraag of een behandeling medisch noodzakelijk is als de vraag of het noodzakelijk is dit in de collectieve verzekering op te nemen).
- Is de zorg effectief?
- Is de zorg kosteneffectief ten opzichte van de gebruikelijke behandeling?
- Uitvoerbaarheid.

De term “kosteneffectiviteit” wordt gebruikt voor de situatie dat een behandeling zowel meerwaarde als meerkosten heeft. De vraag is dan: “vinden we de meerwaarde de extra kosten eigenlijk wel waard?”

De effecten van twee behandelingen worden met elkaar vergeleken en het daarbij moet duidelijk worden hoeveel het verschil in effect (de meerwaarde) ons nu extra kost. Voor uitvoerige uitleg over wat kosteneffectiviteit eigenlijk is verwijzen wij naar documenten van Zorginstituut Nederland^{1,2}.

Stellingen

Op basis van kwalitatief goede publicaties met een hoge index kan geconcludeerd worden dat THP en TKP in hoge mate kosteneffectieve behandelingen zijn³.

TKP en THP zijn kosteneffectief en dienen aanbevolen te worden in kader van behandeling van patiënten met ernstige eindstadium artrose van de knie of heup⁴.

THP en TKP zijn kosteneffectief en zorgen voor verbetering van de kwaliteit van leven in vergelijking met niet-operatieve behandeling. Fysiotherapie heeft kortdurend effect, maar biedt geen uitkomst op lange termijn⁴.

Zowel een THP als een TKP zijn kosteneffectief. In Australische dollars zijn de kosten 5.000 per “averted” DALY voor de THP en 12.000 per “averted” DALY voor de TKP⁵. Met averted DALY wordt bedoeld het voorkomen van een jaar met een ziektelast.

Heup- en knieprothesiologie staan in de top 3 van de meeste gewonnen QALY's voor je geld⁶.

De Health Related Quality of Life score stijgt van gemiddeld (SD) 0.81 (0.084) naar 0.86 (0.12) na het plaatsen van een THP en van 0.81 (0.093) naar 0.84 (0.11) na het plaatsen van een TKP. **Gemiddeld werd in deze studie \$6.710 per QALY betaald bij THP en \$13.995 per QALY bij TKP. Een bedrag van \$29.935 per QALY wordt gezien als kosteneffectief⁷.**

De kosten van een revisie THP zijn gemiddeld bijna 2x zo hoog dan van een primaire THP. **Beide procedures zijn echter kosteneffectief, ook de revisie van een gefaalde heupprothese.** Daarbij zijn de kosten \$1383 voor iedere 10 punten verbetering van de WOMAC score voor de THP en \$2458 voor 10 punten WOMAC score voor de revisie. U moet zich daarbij voorstellen dat de Cost-to-utility-gain na een primaire THP hoger ligt dan die van behandeling van een gemiddelde schildklieraandoening, een coronaire bypass operatie of nierdialyse⁸.

De kans op een **revisie operatie** na een TKP, welke **1.5x tot 2x meer kost** dan een primaire TKP, is vanwege de excellente resultaten op gebied van QALY in het geheel **geen reden om de indicatie voor een primaire TKP niet te stellen**⁹.

Een voorste kruisband reconstructie is kosteneffectief. Daarbij zijn de kosten \$10.326/QALY¹⁰.

Uitstel van het inbrengen van een THP of TKP bij patiënten met invaliderende artrose is niet kosten besparend. De HRQOL score kan gebruikt worden bij het stellen van de indicatie voor THP en TKP. Hoe lager de score voor de operatie hoe groter de verbetering zal zijn. Het plaatsen van een THP bij patiënten onder de 70 jaar bleek meer kosteneffectief dan op hogere leeftijd. Bij de TKP lag die grens bij 60 jaar. Het minst kosteneffectief is een TKP in de oudste patiëntengroep. Overigens mag leeftijd géén obstakel zijn voor het stellen van de indicatie¹¹.

Referenties

1. Kosteneffectiviteit in de zorg. College voor zorgverzekeringen 2013. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2013/09/30/kosteneffectiviteit-in-de-zorg>
2. https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/rapport/2018/05/07/ziektelast-in-de-praktijk/Ziektelast+in+de+praktijk_definitief.pdf
3. The cost-effectiveness of total joint arthroplasty: A systematic review of published literature. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 2012; 26(5)649-658
4. Cost-effectiveness of surgical interventions for the management of osteoarthritis: a systematic review of the literature. BMC Musculoskelet Disord 2017; 18(183)
5. Cost-Effectiveness of Total Hip and Knee Replacements for the Australian Population with Osteoarthritis. PLoS ONE 2011; 6(9)
6. Impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid. RIVM 2020-0183.
7. A cost-utility analysis of a comprehensive orthogeriatric care for hip fracture patients, compared with standard of care treatment. Hip Int 2013; 23(6)570-575
8. Economics of revision total hip arthroplasty. Current Orthopaedics 2006; 20(3)203-207
9. Cost Effectiveness of Revision Total Knee Arthroplasty. Clinical Orthopaedics and Rel Res 2006; 446; 29-33
10. Cost-Effectiveness Analysis of the Most Common Orthopaedic Surgery Procedures - Knee Arthroscopy and Knee Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. J of Arthroscopic and Rel Res 2011; 27(10)1317-1322
11. Health-Related Quality of Life in Total Hip and Total Knee Arthroplasty. J Bone Joint Surg Am 2004; 86-A(5)963-974

Maatschappelijke waarde: Werkhervatting

Naast de totale directe zorgkosten is sprake van aanzienlijke secundaire (sociale) kosten door verlies van zelfstandigheid en economische inzetbaarheid. Van de meer dan 6 miljoen personen met één of meer aandoeningen van het steun- en bewegingsstelsel, is 58% tussen 25 en 64 jaar¹. Klachten van het steun- en bewegingsstelsel worden dus gezien in een groot deel van de werkzame bevolking. Er wordt geschat dat in 2025 knieartrose de op één na hoogste werk gerelateerde ziektelast in Nederland zal zijn. Het behoeft geen betoog dat alle inspanning die wordt geleverd om mensen weer aan het werk te helpen van groot belang is zowel voor de persoon als voor de maatschappij.

Stellingen

Artrose heeft een grote impact op werkverzuim. Zo leidt kniepijn tot zowel **verzuim** als **verminderde productiviteit** tijdens het werk². Studies demonstreren consistent dat **chronische kniepijn of knieartrose geassocieerd is met werkverzuim**¹.

Werkhervatting na een TKP is onder andere afhankelijk van de preoperatieve duur van de afwezigheid van werk bij patiënten onder de 65 jaar. Het is dus belangrijk om patiënten die door hun knie klachten niet kunnen werken niet lang te laten wachten op een TKP omdat daardoor de kans op werkherwinning verkleint³.

Mensen die weer aan het werk zijn na een knieprothese ervaren significant minder moeilijkheden tijdens het uitvoeren van werk dan in de drie maanden voor de operatie⁴.

Een jaar na operatie heeft 90% van de patiënten met een THP 83% van de patiënten met een TKP hun werk weer hervat. De meeste patiënten keerden na ongeveer 12 weken terug naar hun werk. 14% van deze patiënten met een THP en 19% van de patiënten met een TKP werkten gemiddeld gezien ongeveer 15 uur minder dan voor de operatie⁵.

Over het algemeen hebben heup en knie vervangingen een gunstig effect op terugkeer naar werk. **De meeste werkzame patiënten keren binnen een jaar na THP of TKP plaatsing terug naar hun werk**⁶.

Vóór de plaatsing van de TKP had 33% van de patiënten aangepast werk en 28% van de patiënten gaf ziekteverzuim aan. **Een jaar na de operatie was 67% van de patiënten weer geheel aan het werk en was 22% deels teruggekeerd naar werk**⁷.

Na een THP worden preoperatieve verwachtingen betreffende pijn, klachten, dagelijkse activiteiten en participatie in de meerderheid van de patiënten (>60%) vervuld of overtroffen⁸.

Ook in kwetsbare patiënten kan een THP tot een sterke afname van artrose gerelateerde klachten leiden⁹.

De meerderheid van de werkende patiënten keert binnen 3 maanden na hun THP plaatsing terug op het werk¹⁰.

Referenties

1. Burden of reduced work productivity among people with chronic knee pain a systematic review. *Occup Environ Med* 2014; 71; 651-659
2. Risk factors associated with reduced work productivity among people with chronic knee pain. *Osteoarthritis and Cartilage* 2013; 21; 1160-69
3. Return to work after primary total knee arthroplasty under the age of 65y a syst review. *J Knee Surg* 2020
4. Patients return to work sooner after unicompartmental knee arthroplasty than after total knee arthroplasty. *KSSSTA* 2020; 28(9)2905-16
5. Return to work after total hip and knee arthroplasty results from a clinical study. *Rheumatol Int* 2015; 35(12)2059-67
6. Return to work after total hip and knee arthroplasty a systematic review. *Rheumatology* 2014; 53(3)512-525
7. Not physical activity but patients beliefs and expectations are associated with return to work after TKA. *J of Arthroplasty* 2018; 33(4)1094-1100
8. Outcome of total hip arthroplasty, but not of total knee arthroplasty, is related to the preoperative radiographic severity of OA. *Acta Orthopædica* 2016; 87(1)67-71
9. Frailty questionnaire is not a strong prognostic factor for functional outcomes in hip or knee arthroplasty patients. *Geriatric Orthopaedic Surg and Rehabilitation* 2019; 10; 1-7
10. Return to work after primary total hip arthroplasty a nationwide cohort study. *Acta Orthopaedica* 2019; 90(3)209-213

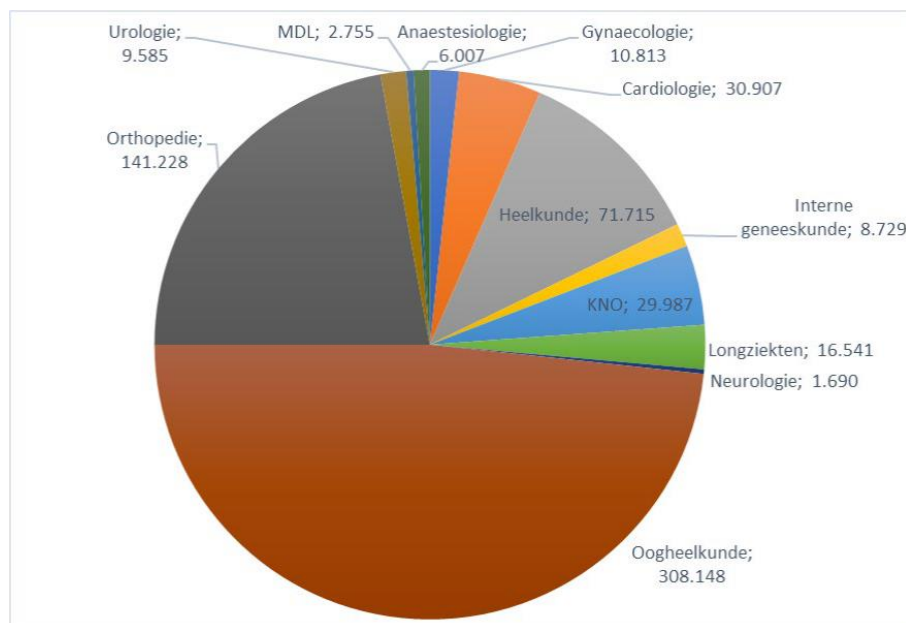
Maatschappelijke waarde: COVID-19, de effecten op de orthopedische zorg.

Hoe erg is uitstel van zorg voor onze patiënten?

Het afgelopen jaar tijdens de COVID-19 pandemie hebben wij de operatieve (maar ook conservatieve) behandeling van onze patiënten tijdens de beide golven moeten afschalen. Getallen vanuit de LROI laten zien dat we in 2020 5.550 minder THP operaties hebben gedaan (PTHA en RTHA samen) en 7.140 minder TKP operaties. Dat zijn 12.690 gemiste operaties in totaal.

In het rapport van het RIVM¹ betreffende dit onderwerp richtte men zich op de 12 grootste specialismen in ziekenhuizen. Tijdens de eerste coronagolf is gemiddeld 23 procent van deze behandelingen niet doorgegaan. De gezondheidswinst die behandelingen normaal gesproken opleveren is daardoor niet bereikt. Dit wordt uitgedrukt in 'verloren gezonde levensjaren', een eenheid die effecten op sterfte en kwaliteit van leven aangeeft. Door de uitgevallen behandelingen zijn er naar schatting 34.000 tot 50.000 minder gezonde levensjaren bereikt. Dit zijn vooral effecten op kwaliteit van leven, en in mindere mate op overlijden.

Een relatief groot deel van de verloren gezonde levensjaren zijn het gevolg van weggevallene behandelingen binnen de specialismen oogheelkunde en orthopedie, zoals staar-, knie- en heupoperaties. Dit wordt geïllustreerd door onderstaand figuur uit het RIVM-rapport.



Figuur 22. De verwachte gezondheidswinst (QALY's) in 2020 per specialisme, voor de 48 geselecteerde aandoeningen, in de counterfactual-situatie, zonder COVID-19-epidemie. NB. De specialismen kunnen niet onderling vergeleken worden omdat er per specialisme een ongelijk aantal behandelingen is meegenomen.

Dit onderzoek laat zien dat COVID-19 niet alleen sterfte en verminderde kwaliteit van leven heeft veroorzaakt bij patiënten die deze ziekte daadwerkelijk hebben doorgemaakt maar dat **ook veel andere patiënten zijn getroffen doordat zorg is uitgesteld, vervallen of anders is geleverd**. Ook hebben patiënten zelf zorg vermeden of werd een behandeling uitgesteld tijdens de eerste COVID-19 golf.

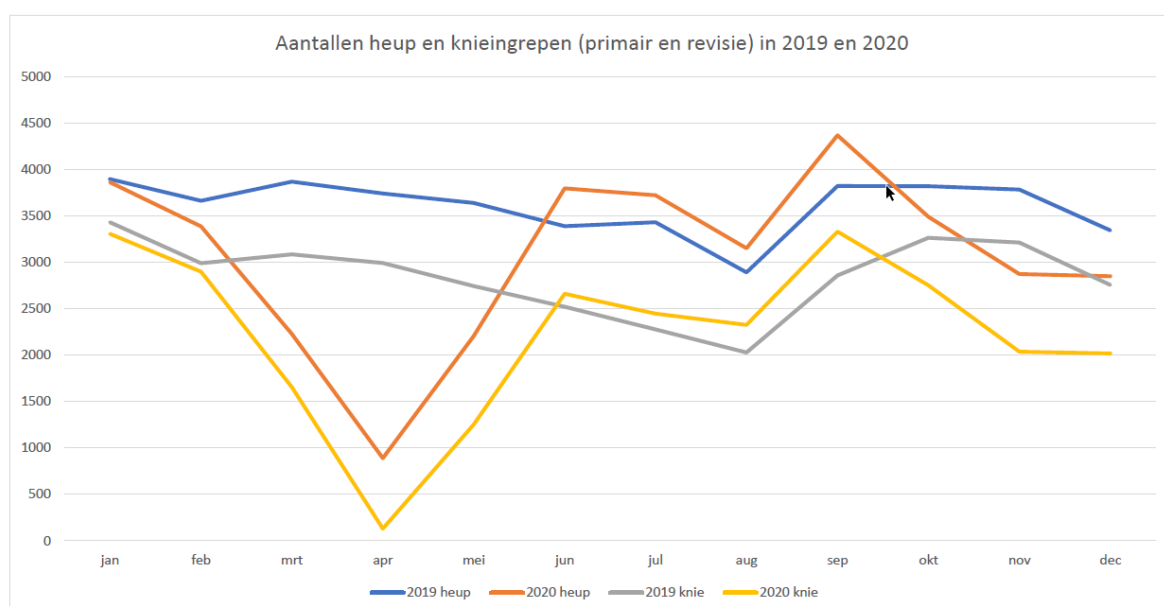
Overigens is het belangrijk om te onderstrepen dat onze benadering uitgaat van een “statistisch” verlies aan gezondheid, berekend op basis van gemiddelden over grote groepen patiënten. **Op individueel niveau kan het leed veroorzaakt door uitstel van diagnostiek of behandeling heel erg groot zijn.**

De verschillen in het afschalen tussen de ziekenhuizen zijn groot. April 2021 meldde de Nederlandse Zorgautoriteit dat een kwart van de ziekenhuizen helemaal geen zogenoemde niet-acute, planbare zorg leverde. Slechts 4% van de instellingen had deze zorg niet afgeschaald. Sinds het begin van de pandemie tot eind maart 2021 zijn er 120.000-130.000 operaties niet doorgegaan. Volgens schattingen zal het inhalen van deze zorg misschien wel twee jaar duren.

De meest accurate informatie over niet geleverde orthopedische zorg in 2020 wordt verkregen uit de getallen van het LROI. Het zijn aantallen betreffende het aantal geplaatste heup- en knieprothesen.

In de onderstaande grafiek ziet u de verschillen tussen 2019 en 2020. Met name in de eerste golf van de pandemie werd de electieve operatieve zorg afgeschaald. Er is daarna een inspanning geleverd om zorg in te halen, waarna in de 2^e golf de operaties opnieuw werden afgeschaald.

Definitieve impact COVID-19 op operatieaantallen in 2020 (Primair + revisie)



Data vanuit LROI.

Geconcludeerd wordt dat **15% minder patiënten met invaliderende heupartrose en 21% minder patiënten met invaliderende knieartrose** operatief werden behandeld.

Het is zeer de vraag of deze zorg op kortere termijn kan worden ingehaald en ook als dat zou gebeuren is er al veel persoonlijke en maatschappelijke schade ontstaan. Men zal, wanneer het gaat om het prioriteren van operaties, terecht beargumenteren dat uitstel van een orthopedische operatie niet direct levensbedreigend is en derhalve op een later moment kan worden uitgevoerd. Het is bij het maken van ziekenhuis-brede afwegingen van belang te beklemtonen hoe ernstig de negatieve gevolgen zijn, van het uitstel van orthopedische operaties, voor onze patiënten.

De NOV ondersteunt, mits voldaan aan voorwaarden, regionale initiatieven (nieuwe samenwerkingen) die gericht zijn op snelle hulp aan orthopedische patiënten bij wie de pijn en verlies van mobiliteit een ernstige wissel trekken op de kwaliteit van leven.

Stellingen

Het meest sprekend is de volgende stelling: **Een-op-de-vijf patiënten op de wachtlijst voor een THP of TKP ervaart hun gezondheid op het laagst denkbare niveau²**. Tijdens de pandemie nam de wachttijd bij deze onderhavige studiegroep ernstig toe³.

Langdurig uitstel van een THP op hogere leeftijd verstoort de optimale timing in het kader van het shared decision making proces, leidt tot een verhoogde postoperatieve mortaliteit en beperkter postoperatief functieherstel⁴⁻⁶.

Te laat opereren leidt tot een verminderd eindresultaat in pijn en/of functioneren. Dat heeft economische consequenties voor de maatschappij. Onderbouwd met spierachterstand, waardoor minder vitaal, en soms uitgebreidere ingrepen nodig door botverlies of ernstigere contracturen⁷.

De COVID-19 pandemie leidt sowieso, en dat behoeft geen uitleg, tot een significante verslechtering van de kwaliteit van leven bij patiënten met chronische pijn (zoals ook door artrose). Veroorzaakt door significante vermindering van stemming en toename van de pijn⁸.

De orthopedie is onevenredig hard geraakt door COVID-19. De impact op orthopedie in alle aspecten, opleiding en kwaliteit van leven, is groot geweest en zal lang duren voor het op het oude niveau is^{9,10}.

Uitstel van orthopedische zorg is ongunstig voor patiënt en maatschappij. Het effect van wachten op een THP is ongunstig voor de uitkomst evenals het effect op verlies van kwaliteit van leven¹¹. **Uitstel van orthopedische operaties vanwege de COVID-19 pandemie heeft tot gevolg dat kwaliteit van leven van de patiënten op de wachtlijst nog slechter is dan voorgaande jaren**. De EQ-5D score pre-operatief in 2020 is lager dan in voorafgaande jaren¹².

In 2020 zijn 5.550 THP en 7.140 TKP minder uitgevoerd in 2020¹². Deze behandelingen zouden samen 17.598 QALY's hebben opgeleverd^{1,13}.

Referenties

1. Impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid. RIVM 2020-0183.
2. Worse than death and waiting for a joint arthroplasty. *Bone Joint J* 2019;101-B:941–950.
3. The number of patients 'worse than death' while waiting for a hip or knee arthroplasty has nearly doubled during the COVID-19 pandemic. *Bone Joint J* 2021; 103-B: 1-9
4. Aanbeveling Richtlijn THP 2010
5. Perioperative short and long term mortality related to fixation in primary total hip arthroplasty a study on 79 557 patients in the Norwegian. *Acta Orthopædica* 2020; 91(2)52-158
6. Influence of Preoperative Functional Status on Outcome After Total Hip Arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am* 2007; 89-A(1)11-17
7. Current position regarding elective activity, waiting list and restart. *Br Orth Assoc* 2020.
8. Chronic pain – COVID-19 disease. PAE 2021. https://pae-eu.eu/wp-content/uploads/2021/03/Full_report_PAE-in-depth-COVID-19-Survey-Final.pdf
9. A look at the global impact of SARS CoV-2 on orthopedic services. *J Clin Orthop and Trauma* 2021; 12: 33-39
10. The impact of COVID-19 on the future of orthopaedic training in the UK. *Acta Orthopaedica* 2020; 91(6)627-632
11. Waiting for total hip arthroplasty; avoidable loss in quality time and preventable deterioration. *J of Arthroplasty* 2004; 19(3)302-309
12. Data vanuit LROI.
13. Conservatieve behandeling van artrose in heup of knie. Richtlijn FMS 2012-2019.

Maatschappelijke waarde: Urgentielijsten. Welke zorg gaat wél door?

Spoed en semi-spoed indicaties, zoals samengevat in onderstaande tabel, vinden in principe doorgang.

Uit het RIVM rapport¹: **Spoedoperaties**, zoals protheseplaatsing na een fractuur, revisie ingrepen na infectie en peri-prothetische fracturen, gingen in de periode maart-mei 2020 in principe door. Toch was ook het aantal spoedoperaties lager dan normaal. In juni lag het niveau spoedoperaties bij de heup weer op 90 procent van normaal, en bij de knie op 65 procent van normaal. Begin volgend jaar kan onderzocht worden welke impact de langere wachttijd op het functioneren van de patiënt heeft en tot welke beperkingen in de activiteiten van het dagelijkse leven dit heeft geleid.

Bij semi-spoed kan ook gedacht worden aan een patiënt met ondraaglijke klachten op basis van een niet als spoed geclassificeerde diagnose of een patiënt met een maatschappelijk vitaal beroep, die door klachten niet zou kunnen werken.

In het online-document treft u informatie opgesteld door de Werkgroep Kinderorthopedie. Deze operaties en ook orthopedisch oncologische operaties vonden zoveel mogelijk doorgang.

Diagnosen met een indicatie **spoed** en **semi-spoed** zoals gepubliceerd door NOV:

Spoed
Septische artritis / discitis / osteomyelitis en abscessen
Dreigende (partiële-) dwarslaesie, belangrijke progressieve neurologische uitval
Luxatie met vaatletsel
Compartimentsyndroom, zeer ernstig weke delen letsel (denk aan deglovement)
Instabiele patiënt met fracturen
Septische artritis / discitis / osteomyelitis en abscessen
Semi-spoed
Luxatie van een (kunst-) gewricht
Fracturen / letsels (extra- en intra-articulair) en peesrupturen die beslist niet conservatief behandeld kunnen worden
Geïnfecteerde gewrichtsprothese

Organisatoren zullen u vragen:

Welke operaties moeten het eerst weer worden uitgevoerd of welke operaties zijn nu niet nodig?

Men wil rugnummers van u horen, zoals de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) tijdens de pandemie het liefst per DBC wilde weten hoe lang een bepaalde operatie van een patiënt kan worden uitgesteld. Of de FMS die verzoekt om te weten welke 25% van de zorg binnen de orthopedie als eerste kan worden afgeschaald. Een Urgentie Leidraad die is gepubliceerd door de NZA gaat uit van DBC-codes en werd oorspronkelijk samengesteld ten behoeve van 'globale capaciteitsplanning'. Daarmee is deze **ongeschikt** om te worden gebruikt als urgentielijst.

De NOV is geen voorstander van dit soort lijsten en vertrouwt liever op het gezonde verstand. Leidend is voor ons de patiënt, de toestand van de patiënt en de situatie per locatie, en **niet** een DBC-code.

De boodschap van de NOV is als volgt: **bij het beoordelen van de urgentie gaat het om de klachten en de ernst van de ziekte van de individuele patiënt, zijn of haar persoonlijke situatie/kenmerken én de lokale mogelijkheden die er in een ziekenhuis zijn (prioriteiten). Binnen deze context moet een afweging gemaakt worden, waarbij eventueel ook de regionale partners betrokken kunnen worden.**

Naar de mening van de NOV is een DBC-code lijst voor prioritering van orthopedische zorg ongeschikt, onduidelijk, geeft discussie en is in sommige gevallen zelfs gevaarlijk voor de patiënt. Zoals in een interview verwoord door de voorzitter van de NOV²:

“Een patiënt is geen diagnosecode. Je kunt urgentie dan ook niet vaststellen aan de hand van een diagnosecode. Urgentie is een professionele inschatting, die een arts maakt in de spreekkamer aan de hand van een gesprek met de individuele patiënt. Dat moet je wikken en wegen en vervolgens moet je binnen je ziekenhuis of binnen regio kijken wat kan.”

Referenties

1. Impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid. RIVM 2020-0183.
2. [Skipt.nl/nieuws/artsen-bezorgd-over-gebruik-urgentielijst-als-triagemiddel](https://www.skipt.nl/nieuws/artsen-bezorgd-over-gebruik-urgentielijst-als-triagemiddel)

Addendum

Beroepsprofiel orthopedisch chirurg

Welke aandoeningen aan het steun en bewegingsstelsel worden primair behandeld door de orthopedisch chirurg.

Het gaat in de toekomst steeds minder om de vraag “wat is er aan de hand?”, maar steeds meer om “wat is belangrijk voor u?”.

In het nieuwe beroepsprofiel staat de patiënt meer dan ooit centraal. Zelfredzaamheid, zeggenschap, kwaliteit van leven, maatschappelijke context en samen beslissen zijn belangrijke thema's. De orthopedisch chirurg zal steeds meer een netwerker worden, zowel binnen als buiten de eigen beroepsgroep waarbij zorg rond de patiënt waar van toepassing wordt nagestreefd. Hoewel de orthopedisch chirurg de medisch specialist is en blijft die indicaties stelt op het gebied van de niet-operatieve en operatieve behandeling van aandoeningen aan het steun- en bewegingsstelsel willen wij niet gepositioneerd worden aan het eind van de “patient journey”. Het behandelspectrum van de orthopedisch chirurg strekt uit zich van preventieve maatregelen (voorzorg), het niet operatieve traject tot en met het operatieve traject (inclusief nazorg). Het moge duidelijk zijn dat de niet operatieve behandeling en onze adviserende rol bij aandoeningen aan het steun- en bewegingsstelsel een belangrijk aspect van ons beroep is. De orthopedisch chirurg dient als zodanig in de toekomst ook in de anderhalve-lijns zorg te participeren.



Beroepsprofiel orthopedisch chirurg

“Medisch Specialist in Beweging”

De orthopedische patiënt

1. Patiënten hebben problemen van het steun- en bewegingsstelsel, die meestal bestaan uit pijn, beperkingen en/of functieverlies. De oorzaak kan zijn een aangeboren afwijking of groeistoornis, letsel na een ongeval of sport, infectie of chronische ontsteking, werkgerelateerde belasting, de gevolgen van inactiviteit en veroudering en goedaardige of kwaadaardige botaandoeningen.
2. Patiënten staan bij de orthopedisch chirurg centraal en mogen rekenen op compassie van de orthopedisch chirurg.
3. Patiënten zijn uniek en bevinden zich in diverse contexten en hebben van daaruit verschillende behoeften en wensen.
4. Zelfredzaamheid (*ability to adapt*), zeggenschap en het vergroten van de kwaliteit van leven voor de patiënt staan centraal.

5. Patiënten verkrijgen, begrijpen, beoordelen en gebruiken informatie en worden daarbij op maat ondersteund door de orthopedisch chirurg bij het nemen van beslissingen over de eigen gezondheid.
6. Patiënten beslissen samen met de orthopedisch chirurg over het individuele behandelplan (shared decision making). Hierbij spelen de verwachtingen van de patiënt en kwaliteit van leven altijd een centrale rol. Het definitieve plan is altijd afgestemd op de specifieke wensen, verwachtingen en technische mogelijkheden en is daarom maatwerk.
7. Patiënten zijn gelijkwaardige (gespreks-)partners voor de medisch specialist en zijn bovendien ervaringsdeskundigen. Zij kunnen de orthopedisch chirurg adviseren ondersteunen bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Wie ben je, wat doe je als orthopedisch chirurg?

1. Orthopedisch chirurgie is het medisch specialisme dat zich bezighoudt met het functioneren van het steun- en bewegingsstelsel (SBS).
2. De orthopedisch chirurg is bij uitstek deskundig in het beoordelen van de relatie tussen klachten van het steun- en bewegingsstelsel en de biomechanische en functioneel anatomische kenmerken van het SBS van iedere, unieke patiënt. Bij het beoordelen van de patiënt in zijn context neemt de orthopedisch chirurg alle domeinen van het leven van de patiënt in ogenschouw.
3. De orthopedisch chirurg is naast zijn rol als vakbekwaam medisch behandelaar ook adviseur van en regisseur voor de patiënt waarbij hij altijd uitgaat van 'shared decision making'.
4. De orthopedisch chirurg is vooral gericht op het optimaliseren van de kwaliteit van leven en zelfredzaamheid voor de patiënt. Voor kwaliteit van leven ervaart de patiënt het mobiel kunnen zijn als het hoogste goed.
5. Het behandelspectrum van de orthopedisch chirurg strekt uit zich van preventieve maatregelen (voorzorg), het niet operatieve traject tot en met het operatieve traject (inclusief nazorg).
6. De orthopedisch chirurg maakt actief deel uit van zorgnetwerken van zorgprofessionals op gebied van preventie en behandeling van aandoeningen van het SBS en speelt een rol in het herstellen, behouden of verbeteren van het functioneren, zowel voor de individuele patiënt als voor de samenleving .
7. Binnen dit netwerk is de orthopedisch chirurg bij uitstek de medisch specialist die operatieve behandelingen van aandoeningen van SBS indiceert en uitvoert.
8. De orthopedische chirurgie is een beschouwend én snijdend vak en heeft daarom een unieke positie in het zorgnetwerk.
9. De orthopedisch chirurg is innovator en klinisch leider.
10. De orthopedisch chirurg is een bevlogen professional die zijn vakkennis graag deelt en overdraagt middels educatie.

Met wie werk je samen, waar bestaat je professionele netwerk en omgeving uit?

1. De orthopedisch chirurg is betrokken en medeverantwoordelijk als deelnemer van interdisciplinaire netwerken zowel binnen als buiten het ziekenhuis betreffende voorzorg tot en met nazorg van aandoeningen van het steun en bewegingsstelsel. Het betreft hier zowel ketenzorg (één aandoening) als participatie aan een zorgnetwerk (multiple problematiek) (leidend tot en met adviserend) rondom de patiënt.
2. De orthopedisch chirurg initieert en participeert in intra-disciplinaire samenwerkingsverbanden waar de uitkomst van de zorg en de behoefte van de patiënt (of een patiëntenvereniging) het uitgangspunt is
3. De orthopedisch chirurg maakt continu de afweging door wie en waar de zorg het beste geleverd kan worden.

4. De orthopedisch chirurg werkt samen met andere zorgprofessionals/ orthopedisch chirurgen aan de ontwikkeling van zorgpaden, richtlijnen, standaarden, protocollen en samenwerkingsverbanden
5. De orthopedisch chirurg is in een open dialoog met collegae, andere zorgprofessionals en patiënten met als doel het eigen handelen kritisch en vanuit verschillend perspectief te beoordelen
6. De orthopedisch chirurg streeft naar een cultuur waar men elkaar aanspreekt op kwaliteit, doelmatigheid en gepast gedrag.
7. De orthopedisch chirurg streeft samen met haar stakeholders en partners naar gepast gebruik, verbetering van de kwaliteit van zorg, duurzaamheid van de zorg en het effectieve en efficiënt gebruik van de zorgbudgetten

Professionaliteit

1. De orthopedisch chirurg stelt het belang van de patiënt voorop
2. De orthopedisch chirurg stelt zich toetsbaar op, staat open voor evaluatie en verbetering van zijn/haar functioneren; 'life-long learning' is vanzelfsprekend
3. De orthopedisch chirurg erkent de grenzen van de eigen competentie en handelt daarbinnen
4. De orthopedisch chirurg oefent de geneeskunde uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep en bespreekt regelmatig issues die wellicht tot aanpassing noodzaken
5. De orthopedisch chirurg levert hoogstaande patiëntenzorg op integere, oprechte en betrokken wijze.
6. De orthopedisch chirurg vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag.
7. De orthopedisch chirurg organiseert het werk binnen zijn persoonlijke en professionele mogelijkheden.

Kennis en wetenschap

1. De orthopedisch chirurg bezit de competentie om de validiteit en de relevantie van wetenschappelijk studies kritisch te beoordelen en in zijn/haar handelen te integreren.
2. De orthopedisch chirurg streeft gedurende zijn/haar werk naar een voortdurende verbetering van kennen en kunnen
3. De orthopedisch chirurg bevordert de verbreding van en ontwikkelt de wetenschappelijke vakkennis
4. Naast kennis uit de literatuur beschouwt de orthopedisch chirurg ook de ervaringen van patiënten en anderen, innovaties, good practices, voorkeuren, dialogen, big data en lokale data als belangrijke kennisbronnen.
5. De orthopedisch chirurg ontwikkelt en staat open voor technologische vernieuwingen.
6. De orthopedisch chirurg bevordert de deskundigheid van studenten, AIOS en ANIOS, collegae, patiënten en andere betrokkenen bij de gezondheidszorg en orthopedie in het bijzonder.