

## **Juiste zorg**

### Stand van de Wetenschap en Praktijk

Onderbouwing van de behandelingen die niet of niet altijd voldoen aan de Stand van de Wetenschap en Praktijk

Datum	14-07-2020
Auteur(s)	Medisch Advies
Versie	V2.0
Status	Definitief <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> © Zilveren Kruis. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

# Inhoudsopgave

## 1. Toelichting beleid Juiste Zorg

### 2. Onderbouwing per gekwantificeerde behandeling

- 2.1. Injectie- en denervatietechnieken lage rugklachten
- 2.2. Adenotomie bij otitis media en bij LWI (luchtweginfectie)
- 2.3. Artroskopische ingreep bij meniscusleasies zonder slotklachten of bij patellofemoraal pijnsyndroom
- 2.4. Hysterectomie bij overmatig bloedverlies
- 2.5. Spondylodeses bij chronische aspecifieke lage rugklachten tenzij conservatief maximaal behandeld, of spodylolisthesis symptomatisch en sterker dan graad 1, die toeneemt bij dynamisch röntgenonderzoek
- 2.6. Operatief en/of percutaan ingrijpen bij PAOD (ook wel PAV) zonder voorafgaande gesuperviseerde looptraining uitgevoerd conform KNGF-richtlijnen
- 2.7. MSR bij chronische pijn en psychische stoornissen tenzij WPN3 en zeer zelden WPN4, waarbij duidelijk gemotiveerd dat er sprake is van meervoudige complexe en zeer complexe problematiek waarbij sprake is van interactie tussen de behandeldoelen en/of ernstige functiestoornissen en waarbij eerst alle andere minder dure behandelopties zijn doorlopen en onvoldoende effect hebben gesorteerd
- 2.8. Lichttherapie bij andere indicaties dan psoriasis, vitiligo of dialysepatiënten die last hebben van uremische jeukklachten
- 2.9. Hyperbare zuurstoftherapie bij andere indicaties dan door het Zorginstituut Nederland toegestaan
- 2.10. Operatieve of invasieve behandeling van subacromiaal pijnsyndroom
- 2.11. Hartrevalidatie bij stabiele Angina Pectoris; Zinnige zorg voor mensen met pijn op de borst (verdenking stabiele angina pectoris)
- 2.12. Invasieve ingrepen bij stabiele Angina Pectoris; Zinnige zorg voor mensen met pijn op de borst (verdenking stabiele angina pectoris)
- 2.13. Longrevalidatie bij COPD – Zinnige zorg verbeter-signalement COPD

### 3. Onderbouwing nog niet gekwantificeerde behandeling

- 3.1. Schildwachtklierbiopsie bij DCIS achteraf
- 3.2. Radiotherapie gehele hersenen bij metastasen
- 3.3. Sclerocompressietherapie varices anders dan bij en verzekerde zorg indicaties ZINI en uitzonderingssituatie ulcus cruris venosum of (preventie van) recidief ulcera of behandeling van verzekerde indicatie die gemotiveerd niet op een andere wijze te behandelen is
- 3.4. Radiotherapie bij benigne aandoeningen;
- 3.5. Implanteerbare neurostimulatoren, anders dan binnen de voorwaardelijke toelatingstrajecten en de vigerende standpunten van het ZINI
- 3.6. Oncologische Medisch Specialistische Revalidatie (MSR) tenzij duidelijk gemotiveerd dat er sprake is van meervoudige complexe problematiek waarbij sprake is van interactie tussen de behandeldoelen en/of ernstige functiestoornissen en waarbij eerst alle andere minder dure behandelopties zijn doorlopen en onvoldoende effect hebben gesorteerd
- 3.7. Zinnige zorg verbeter-signalement bij artrose van knie en heup
- 3.8. Zinnige zorg verbeter-signalementen bij kanker
  - Zinnige Zorg verbeter-signalement: 'Zorg in de laatste levensfase bij mensen met ongeneeslijke darmkanker of longkanker'
  - Zinnige Zorg verdiepingstraject zinnig nacontrole bij patiënten met niet-melanoom huidkanker of actinische keratose
  - Zinnige Zorg verbeter-signalement: Zinnige nacontrole bij vrouwen behandeld voor borstkanker
  - Zinnige Zorg verbeter-signalement: Zinnig gebruik van geneesmiddelen bij patiënten met castratie refractair prostaatacarcinoom
  - Zinnige Zorg verbeter-signalement: Dure oncolytica - Zinnig gebruik van dure geneesmiddelen bij het uitgezaaide niercelcarcinoom

Op de website van Zorginstituut Nederland kunt u alle standpunten vinden. U vindt daar ook het actuele overzicht van zorgproducten met een aanspraakcode<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/07/13/overzicht-zorgactiviteiten-met-aanspraakcode-zvw>

# 1 Toelichting beleid Juiste Zorg

## **Toelichting achtergronden beleid Juiste Zorg**

Als Zilveren Kruis geven we met ons beleid Juiste zorg invulling aan de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord MSZ op dit onderwerp. Daarnaast geven wij met dit beleid invulling aan onze wettelijke plicht om de Zorgverzekeringswet uit te voeren.

### **Zorg die niet behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk is niet verzekerde zorg**

Op grond van de wet behoort zorg uitsluitend tot het verzekerde pakket indien de betreffende zorg behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk. Zorg die niet behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk mogen wij niet vergoeden (en mag door zorgaanbieders ook niet bij ons worden gedeclareerd). Wij willen en moeten zorg die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk dus zoveel mogelijk terugdringen en niet vergoeden. Dat vloeit voort uit de wet en wij maken daarover afspraken met zorgaanbieders met wie wij een overeenkomst sluiten. Die zorgaanbieders zijn op grond van de wet en die overeenkomst dus ook verplicht het declareren van zorg die niet behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk zoveel mogelijk terug te dringen.

### **Zilveren Kruis maakt met zorgaanbieders afspraken over afbouw van zorg die niet voldoet aan Stand van Wetenschap en Praktijk**

Zilveren Kruis heeft al een aantal jaar het onderwerp stand van de wetenschap & praktijk (SW&P) op de agenda van het overleg met zorgaanbieders staan. Dit jaar willen we wederom toetsbare afspraken maken over de afbouw van zorg die bewezen niet effectief is, of waarvoor onvoldoende onderbouwing van de effectiviteit bestaat. Ook zorg die even effectief is, maar waarvoor een goedkopere variant beschikbaar is, verdient uit oogpunt van kosteneffectiviteit de voorkeur. Wij hebben een lijst opgesteld met 21 behandelingen die we gebruiken om het gesprek hierover aan te gaan. Voor 13 behandelingen hebben we dit gekwantificeerd aan de hand van analyses op onze declaratiedata. Deze medische onderbouwing licht voor al deze behandelingen toe waarom en hoe wij tot onze analyses zijn gekomen. Daarbij weten we dat landelijke gemiddelde percentages niet altijd representatief zijn voor individuele instellingen. Bovendien behoren sommige zorgvormen voor sommige indicaties uitsluitend onder voorwaarden tot de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom maken we conservatieve berekeningen.

### **In de navolgende hoofdstukken vindt u de medische onderbouwing voor keuze van de onderwerpen en voor de bijbehorende analyses**

In de inkoopgesprekken heeft de inkoper ons beleid nader toegelicht. Desgewenst zijn de daarvoor gebruikte presentaties beschikbaar. En wij sturen u 2x per jaar spiegelinformatie over deze behandelingen. Deze medische onderbouwing concretiseert een aantal onderwerpen waar we mogelijkheden zien om zorg af te bouwen die aan bovengenoemde omschrijvingen voldoet

### **De behandelingen op deze lijst zijn gekozen n.a.v. rapporten en publicaties**

De keuze voor de onderwerpen op deze lijst is tot stand gekomen door het doen van analyses naar aanleiding van publicaties in binnen- en buitenlandse literatuur, standpunten en rapporten van het Zorginstituut, de implementatieagenda van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG), uitspraken van een Zorg AdviesTraject van ZN (ZAT), signalen uit het veld en uit programma's als 'Choosing Wisely', 'Doen of Laten'.

### **Zilveren Kruis sluit aan bij het landelijk programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik**

Het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) richt zich ook op Juiste Zorg. Vanuit dit programma wordt een actieplan opgesteld voor het uitvoeren, implementeren en monitoren van afgeronde zorgevaluaties. In dit programma worden kennishiaten geagendeerd, zorgevaluaties uitgevoerd en wordt gewerkt aan de implementatie van opgedane kennis. De implementatieagenda is te vinden op de website van ZE&GG ([www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl](http://www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl)) die sinds 10 maart 2020 operationeel is. Op de website van ZE&GG vindt u de implementatieagenda. Een groot deel van de daargenoemde onderwerpen overlapt met de lijst die wij hier met u delen.

### **De term 'Stand van de wetenschap en praktijk' wordt gehanteerd zoals door het Zorginstituut in het gelijknamige rapport beschreven**

Bij 'de stand van de wetenschap en praktijk' gaat het om de effectiviteit van de zorg en dus de kwaliteit van het beschikbare wetenschappelijke bewijs dat de interventie bij patiënten met de betreffende indicatie(s) effectief is, dat wil zeggen: in voldoende mate gezondheidswinst oplevert boven en over de tot dan toe als effectief geziene behandelingen.

Om te kunnen beoordelen of een zorgvorm behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk, moet de methodiek van het ZiNL, zoals neergelegd in het document "De beoordeling van de Stand van de Wetenschap en Praktijk" uit januari 2015, worden toegepast. Daarin beschrijft het ZiNL een aantal stappen om tot passend bewijs voor de effectiviteit en, in tweede instantie, voor de doelmatigheid van medische interventies te komen. Drie zaken spelen daarin een rol te weten:

- de mate waarin in de wetenschappelijke literatuur bewijs te vinden is voor de werkzaamheid van de interventie;
- de mate waarin de interventie beter is dan een standaardbehandeling die we al kennen, (uitgedrukt in verschillen tussen de groepen op relevante uitkomsten) met behulp van geëigende statistische maten, en
- de mate waarin de beroepsgroep kwalitatief afdoende argumenten heeft om, ondanks onvoldoende bewijs, de interventie toch te willen toepassen.

Het ZIN hanteert in haar beoordeling de uitgangspunten van Evidence Based Medicine. Ze stelt nadrukkelijk dat de beroepsgroep, in geval van onvoldoende evidentie, haar argumenten voor het desalniettemin toepassen van de interventie, beargumenteerd in een richtlijn of ander document moet hebben neergelegd. Als een goede Randomised Clinical Trial (RCT) niet uit te voeren is dan dienen de argumenten daarvoor duidelijk te worden aangegeven. Of in het geval van een onvoldoende stand van effectiviteit (GRADE/EBRO) waarom niet meer evidentie verwacht mag worden van nader onderzoek.

#### **Zilveren Kruis voert niet zelf systematic reviews uit**

Zilveren Kruis voert zelf geen systematic reviews uit, maar beperkt zich tot de uitspraken van het ZiNL<sup>1</sup> en genoemde programma's. Bij beoordeling van literatuur worden de genoemde richtlijnen uit het rapport Stand van de Wetenschap en Praktijk gevolgd, zijnde Systematic Reviews en niveau A1 of A2 RCT's. Dit laatste echter bij uitzondering. Afwijkende formats van studies (dus afwijkend van RCT's of Reviews) zijn alleen dan van belang voor de bepaling van de stand van de wetenschap en praktijk (SW&P) als van RCT's geen nadere onderbouwing verwacht mag worden om redenen aangegeven in het ZIN-document.<sup>1</sup>

#### **Een zorgstandaard of behandelkader zonder wetenschappelijk bewijs voldoet niet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'**

Een behandelkader, beroepskader of zorgstandaard van de beroepsgroep(en), waarin bijvoorbeeld wordt aangegeven dat een bepaalde behandelaar of instelling de aangewezen partner is voor het aanbieden van een type zorg zónder dat wetenschappelijk bewijs of onderbouwing daarvoor geleverd is, is daarmee onvoldoende.

#### **Hoe hebben we de vertaling gemaakt van Juiste zorg naar de declaraties?**

Op basis van de inhoudelijke toelichting hebben wij per onderwerp een analyse gemaakt van de bijpassende declaraties. Per onderwerp geven we een toelichting hoe die analyse is gemaakt en welke uitgangspunten we daarbij hebben gehanteerd om de omvang van het totale bestand dat we als niet SW&P beschouwen in beeld te brengen. Voor elk onderwerp hebben we een schatting gemaakt van het percentage dat we beschouwen als niet SW&P. Hierbij hebben we een terughoudende opstelling gekozen. Landelijk gemiddelde percentages zijn namelijk niet altijd representatief voor individuele instellingen. Wij maken daarom conservatieve berekeningen en houden er rekening mee dat sommige zorgvormen voor sommige indicaties onder voorwaarden (wel) kunnen behoren tot de stand van de wetenschap en praktijk. Indien noodzakelijk kunnen we in overleg met de zorgaanbieder een verdiepende analyse opstellen, mits de daarvoor voortschrijdende inzichten wetenschappelijk zijn onderbouwd.

We hebben op basis van reacties en nieuwe inzichten onze analyses voor 2021 waar nodig aangescherpt. Per behandeling geven we daarom eerst een beschrijving van de huidige analyses en beschrijven we vervolgens wat er is aangepast.

**Niet alle behandelingen op deze lijst zijn gekwantificeerd**

Soms was het niet mogelijk de gesignaleerde issues eenduidig uit de declaratiedata te halen of was het ermee gemoeide bedrag zo gering dat we de verdere analyse gestaakt hebben. Wij zijn voornemens deze lijst jaarlijks uit te breiden. Daarbij blijven we aansluiten bij het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik. Het voornemen vanuit ZE&GG is om spiegelinformatie op te stellen; zodra die er is zullen we aansluiting zoeken bij deze informatie. Op dit moment (juni 2020) is er echter nog geen spiegelinformatie vanuit het programma ZE&GG beschikbaar.

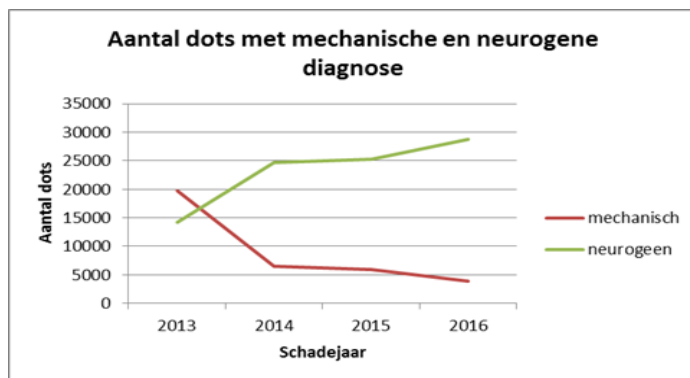
## 2 Uitwerking per behandeling

### 2.1 Injectie- en denervatietechnieken bij chronische aspecifieke lage rugklachten

#### Achtergrond en literatuur

Uit het voorwaardelijk toelatingstraject<sup>3</sup> van ZiNI is gebleken dat facetdenervaties bij chronische aspecifieke lage rugklachten niet voldoen aan het criterium SW&P<sup>4</sup>. Het ZiNI oordeelde al eerder over injecties bij chronische aspecifieke rugklachten<sup>5</sup>. Het ZiNI heeft een definitie gegeven van het begrip chronische aspecifieke lage rugklachten. In haar standpunt uit 2015 zegt ze er het volgende over: “In de internationale literatuur wordt voor de aanduiding specifieke klachten de volgende definitie gehanteerd: er is sprake van een aanwijsbare oorzaak zoals een infectie, ontsteking, wervelfractuur, wervelinzakking door osteoporose, een tumor of een HNP. Bij ongeveer 90% van de mensen met lage rugklachten is niet een dergelijke oorzaak aan te wijzen; deze klachten worden aspecifiek genoemd.”

In het kader van de voorwaardelijke toelatingsstudie werden denervatietechnieken gecodeerd onder de diagnosecode mechanisch/ discogene lage rugklachten. Interessant is de ontwikkeling in coderingen die wij in onze declaratiedata zien. In de afgelopen jaren zien wij een verschuiving van de diagnoses voor de gedeclareerde DOT's:



Bovenstaande figuur laat zien dat het totale volume nog niet afneemt. De grafiek suggereert dat beelden die voorheen onder mechanisch/ discogeen gecodeerd werden steeds meer als neurogeen gecodeerd worden. Het lijkt zo dat de beelden die onder het begrip aspecifieke rugklachten vallen in beide groepen zitten.

Juist gezien de afname van de codering op de diagnosecode mechanische/ discogeen nemen we aan dat in die diagnosecode groep voornamelijk de aspecifieke beelden zitten en daarbij is geen enkele invasieve interventie verzekerde zorg. Daarmee is een groot deel van de injectie- en denervatietechnieken geen verzekerde zorg bij de diagnosecode mechanisch/ discogene lage rugklachten. Onder voorwaarden (in bijzondere gevallen) kan deze zorg wel behoren tot de stand van de wetenschap en praktijk.

Het is niet nodig de data te corrigeren voor de specifieke rugklachten, aangezien ook daarbij weinig bewijs is voor injectie en denervatietechnieken. Van deze specifieke rugklachten komt alleen een rughernia (HNP) redelijk frequent voor, maar ook bij een HNP bestaat zelden een wetenschappelijke basis voor een injectie- of denervatiebehandeling. Een HNP wordt doorgaans met een conservatief traject behandeld, of in sommige gevallen met een operatie. Slechts in het geval van acute ondraaglijke pijn door een HNP (of andere reden voor evidente wortelbeklemming) kan een kortdurende behandeling

<sup>3</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-en-verduidelijken-van-het-basispakket-aan-zorg/beoordeling-voor-voorwaardelijke-toelating-van-zorg>

<sup>4</sup> ZiNI standpunt Anesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken bij chronische aspecifieke lage rugklachten, december 2015

<sup>5</sup> CVZ standpunt behandeling van chronisch aspecifieke lage rugklachten, maart 2011

met één of enkele injecties aangewezen zijn<sup>6 7 8 9 10 11 12 13</sup>. Voor een denervatiebehandeling bij een HNP is geen wetenschappelijke evidence. Samenvattend komt het erop neer dat er alleen voldoende wetenschappelijke onderbouwing is voor injectietechnieken bij een HNP in de acute fase (of andere, zeldzamere en specifieke redenen van evidente wortelbeklemming) om te kunnen spreken van een behandeling conform SW&P. Voor (radiofrequente) denervaties hebben wij voor geen enkele indicatie bewijs van effectiviteit kunnen vinden die maakt dat deze behandeling verzekerde zorg is (behoudens in de bijzondere gevallen waarin aan de zojuist genoemde voorwaarden is voldaan).<sup>12 14 15 16 17 18 19 20 21</sup>.

Uit meerdere materiële controles is gebleken dat ook in de diagnosecode neurogene rugklachten (veelal) specifieke beelden zitten. Bovendien is een injectietechniek slechts voor een heel klein aantal bij de specifieke beelden SW&P. We zien dus dat nog veel van deze behandelingen uitgevoerd worden en zijn van mening dat deze zorg afgebouwd kan worden. Hierbij houden we uiteraard wel rekening met de zojuist genoemde bijzondere gevallen en het feit dat er bij wortelprikkelingsbeelden soms kortdurend met injecties wordt behandeld.

### **Uitgangspunten analyse van de declaraties**

#### Specialismecode:

389 Anesthesiologie

En

#### Zorgproductcode:

990089002 Lage rugklachten | Pijnbestrijding zwaar | Anesthesiologie/ Pijnbestrijding , of  
990089004 Lage rugklachten | Pijnbestrijding middel | Anesthesiologie/ Pijnbestrijding , of  
990089010 Lage rugklachten | Pijnbestrijding licht | Anesthesiologie/ Pijnbestrijding

En

#### Diagnosecode:

071 Mechanisch/discogene lage rugklacht (incl. pseudoradiculair syndroom), of  
075 (Sub)acut neurogene lage rugklacht / radiculair syndroom (excl. pseudoradiculair syndroom),  
of  
076 Chronische neurogene lage rugklacht

En

#### Zorgactiviteit:

030547 Epidurale injectie, lumbaal, of

---

<sup>6</sup> Epidural Corticosteroid Injections in the Management of Sciatica. A Systematic Review and Meta-analysis, Pinto e.a., 2012

<sup>7</sup> Surgery versus conservative management of sciatica due to a lumbar herniated disc: a systematic review, Jacobs e.a., 2011.

<sup>8</sup> Effectiveness of conservative treatments for the lumbosacral radicular syndrome: a systematic review, Luijsterburg e.a., 2007

<sup>9</sup> Conservative treatment of sciatica: a systematic review, Vroomen e.a., 2000

<sup>10</sup> Efficacy of epidural steroid injections for low back pain and sciatica: a systematic review of randomized clinical trials, Koes e.a., 1995

<sup>11</sup> Richtlijn wervelkolom gerelateerde pijn in de lage rug, NVA, 2011

<sup>12</sup> Ketenzorg richtlijn specifieke lage rugklachten, CBO, KNGF, NHG, NOV en NVAB, 2010

<sup>13</sup> NICE, 2009

<sup>14</sup> Richtlijn wervelkolom gerelateerde pijn in de lage rug, NVA, 2011

<sup>15</sup> Nonsurgical Good or fair evidence that interventional therapies prolotherapy, facet joint for low back pain: a injection, intradiscal steroid review of the evidence injection and percutaneous for intradiscal radiofrequency an American Pain thermocoagulation are not Society clinical practice effective. Insufficient evidence exists to reliably evaluate other Society guideline, American pain society, 2009

<sup>16</sup> National disease management guideline, Programm für nationale Versorgungsleitlinien, 2015

<sup>17</sup> An update of comprehensive evidence based guidelines for interventional techniques in chronic spinal pain. Part II: guidance and recommendations. American Society of interventional pain physicians, 2013

<sup>18</sup> Invasive procedure, Aetna, 2015

<sup>19</sup> Low back pain, NICE, 2013

<sup>20</sup> Facet Joint denervation, Blue Cross, 2015.

<sup>21</sup> Minimally invasive treatment of back and neck pain, 2015



- 030552 Percutane facetdenervatie met behulp van thermolaesies onder beeldvormende techniek, inclusief prognostische blokkade, lumbaal, of
- 030555 Percutane thermolaesie van het dorsale ganglion, ongeacht het aantal, inclusief prognostische blokkade, lumbosacraal, of
- 030556 Percutane thermolaesie van het dorsale ganglion, ongeacht het aantal, inclusief prognostische blokkades, een tweede wortel in een aparte zitting, binnen een half jaar, of
- 030560 Epidurale injectie, sacraal, of
- 030564 Epidurale of subarachnoidale injecties van een neurolytische vloeistof, of
- 030583 Neurolytisch lumbaal sympathicusblok, onder beeldvormende techniek, of
- 030584 Diagnostische epiduroscopie, of
- 030585 Inbrengen getunnelde epiduraal- of spinaalkatheter, of

- Voor diagnosecode 071 geldt dat 85% van de genoemde combinatie van declaratiegegevens door ons wordt beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P
- Voor diagnosecode 075 en 076 geldt dat 50% van de genoemde combinatie van declaratiegegevens door ons wordt beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P
- Voor zorgactiviteit 030584 met diagnosecode 071, 075 en 076 geldt dat 100% door ons wordt beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P

### Aanpassing ten opzichte van eerdere uitgangspunten

Er is geen wetenschappelijk bewijs gevonden voor diagnostische epiduroscopie (zorgactiviteit 030584) in combinatie met lage rugklachten. Wij beschouwen deze zorg dan ook als zorg die volledig niet voldoet aan SW&P.

## 2.2 Adenotomie bij otitis media en bij luchtweginfectie (LWI)

### Achtergrond en literatuur

Het verrichten van een adenotomie (verwijderen neusamandelen) bij kinderen wordt in de geldende richtlijn en in een systematic review afgeraden als behandeling voor otitis media (middenoorontsteking)<sup>22 23 24</sup>. De Dutch Hospital Data (DHD) geeft aan dat een adenotomie in 23% van de gevallen uitgevoerd wordt i.v.m. een otitis media. Ook bij recidiverende bovenste luchtweginfecties is de behandeling doorgaans niet effectief zo blijkt uit literatuur en de richtlijn<sup>25 26</sup>: Het artikel "Effectiviteit adenotomie of afwachtend beleid bij kinderen met recidiverende bovenste luchtweginfecties"<sup>24</sup> beschrijft dat in 2012 60% van de adenotomieën deze ingreep plaatsvindt i.v.m. recidiverende bovenste luchtweginfecties. Deze twee (samenhangende) indicaties lijken dus het grootste deel van de argumenten voor een adenotomie te vormen.

Het is ons bekend dat in sommige gevallen de ingreep ook bij deze diagnoses, een goed te verantwoorden keuze kan zijn. Gezien de wetenschappelijke literatuur zou dit echter niet op grote schaal moeten plaatsvinden. Elk jaar wordt deze ingreep toch verricht bij duizenden Zilveren Kruis verzekerde kinderen. Landelijke cijfers zijn te vinden in het in de richtlijn uit 2014<sup>27</sup>.

Wij schatten op basis van de medisch inhoudelijke onderbouwing dat in één derde (33%) van de uitgevoerde adenotomieën verricht in verband met de diagnoses OMA, OME, tubadysfunctie, chronische otitis media en ziekten van adenoïd en tonsillen, er geen sprake is van een behandeling conform de SW&P.

### Uitgangspunten analyse van de declaraties

Specialismecode:

302 KNO

<sup>22</sup> Otitis media with effusion in under 12s: surgery. NICE, 2008

<sup>23</sup> Adenoidectomy for otitis media in children. Cochrane Database. Van der Aardweg

<sup>24</sup> Richtlijn otitis media bij kinderen in de tweede lijn, laatste revisie 01-01-2014

<sup>25</sup> Effectiviteit adenotomie of afwachtend beleid bij kinderen met recidiverende bovenste luchtweginfecties. Boonacker e.a., 2012

<sup>26</sup> Richtlijn ziekten van adenoïd en tonsillen in de Tweede lijn; 2012 (gereviseerd 2014)

<sup>27</sup> Richtlijn 01-01-214: jaarlijks circa 42.500 (adeno)tonsillectomieën en bijna 30.000 adenotomieën

En

Zorgproductcode:

89999030 OMA/ OME/ tubadysfunctie | Oper middel | Ooraandoening , of  
89999083 Ontsteking middenoor/ gehoorgang | Oper middel | Ooraandoening, of  
100101005 - Oper adenoid/ tonsillen | Zonder VPLD | Ademh bov luchtw infectie acuut , of  
100101006 - Oper adenoid/ tonsillen | Met VPLD | Ademh bov luchtw infectie acuut

En

Diagnosecode:

13 OMA, OME, tubadysfunctie, of  
14 Chronische otitis media , of  
52 Ziekten van adenoïd en tonsillen

En

Zorgactiviteit:

32330 Adenotomie

En

Overig:

Leeftijd ≤ 9 jaar

Van de genoemde combinatie van declaratiegegevens wordt 33% door ons beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P.

**Aanpassing ten opzichte van eerdere uitgangspunten**

Het zorgproduct 89999065 is niet meer opgenomen in de criteria. Uit een nadere analyse bleek dat dit zorgproduct geen betrekking heeft op adenotomieën. Er is daarnaast een leeftijdsgrens van 9 jaar toegevoegd. Er kunnen boven deze leeftijd namelijk bijzondere indicaties zijn voor een adenotomie waarbij de zorg wel voldoet aan SW&P.

## 2.3 Artroskopische ingreep bij meniscuslesies zonder slotklachten of bij patellofemoraal pijnsyndroom

### Achtergrond en literatuur

Arthroscopieën van de knie worden afgeraden in de richtlijn, systematische reviews en de programma's Doen of laten en Choosing Wisely bij artrose in de knie<sup>28 29 30 31 32</sup> zonder slotklachten door grote fragmenten bij oudere patiënten. Voor degeneratieve meniscusletsels wordt in de richtlijn aanbevolen om te starten met conservatieve behandeling en om tenminste voor een duur van drie maanden niet-operatief te behandelen in geval van een meniscusscheur. Bekend is dat er in 964 keer per jaar in Nederland een artroscopie van de knie wordt verricht bij artrose (Bron: Dutch Hospital Data: National Registration Hospital Care(2012); voortzetting van de LMR). In het onderzoek is op basis van expert opinion geschat dat er zeker in 50% geen sprake was van slotklachten. Dat betekent dat er waarschijnlijk meer dan 450 keer een artroscopie van de knie wordt verricht bij artrose zonder slotklachten.

<sup>28</sup> Richtlijn arthroscopie van de knie (NOV; 2010; aangevuld met opmerkingen uit het programma Doen of Laten, met name toegespitst op de artrose en arthroscopie)

[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/artroscopie\\_van\\_de\\_knie/artroscopische\\_behandeling\\_van\\_knieklachten/behandeling\\_meniscusletsels.html#onderbouwing](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/artroscopie_van_de_knie/artroscopische_behandeling_van_knieklachten/behandeling_meniscusletsels.html#onderbouwing)

<sup>29</sup> Joint Lavage for osteoarthritis of the Knee. Reichenbach S. et al. 2010

<sup>30</sup> Knee arthroscopy versus conservative management in patients with degenerative knee disease: a systematic review. Brignardello-Petersen e.a., 2016

<sup>31</sup> Programma Choosing Wisely, ABIM foundation <http://www.choosingwisely.org/>

<sup>32</sup> Programma doen of laten, NFU en ZonMW [Doen of laten](#)

In de declaratiedata van Zilveren Kruis (2017) zien we dat 1523 artroscopieën van de knie plaatsvinden bij oudere patiënten (> 55 jaar)<sup>33</sup> terwijl volgens de richtlijn bij ouderen zelden een reden voor artroscopie bestaat bij artrose: "Overweeg alleen artroscopie in geval van behandeling van slotverschijnselen door grote fragmenten in de knie". De leeftijd > 55 jaar is een ruime marge ten opzichte van de literatuur, waar >50 jaar als grens wordt aangehouden.

Over het Patellofemoraal pijnsyndroom staat in de richtlijn:

*"Verricht geen artroscopie bij patiënten met patellofemoraal pijnsyndroom"*<sup>34</sup>.

In de analyse van onze declaratiegegevens zien we nog met enige regelmaat declaraties met de diagnosecode 1850(patellofemoraal syndroom). Het totale bedrag dat hiermee gemoeid is, is gering. Daarom hebben we dit niet verder gekwantificeerd. Wij beschouwen deze ingreep bij deze indicatie als niet stand van de wetenschap en praktijk.

### **Uitgangspunten analyse van de declaraties**

Specialismecode:

305 Orthopedie

En

Zorgproductcode:

131999199 Oper knie zwaar | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma

En

Diagnosecode:

1805 Meniscuslaesie

En

Zorgactiviteit:

038643 Totale of partiële meniscectomie

En

Overig:

Leeftijd > 55 jaar

Van de genoemde combinatie van declaratiegegevens wordt 80% door ons beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P.

---

<sup>33</sup> Declaratie data ZK.

<sup>34</sup> richtlijndatabase.nl/richtlijn/artroscopie\_van\_de\_knie

## 2.4 Hysterectomie bij overmatig bloedverlies

### Achtergrond en literatuur

Hysterectomie ofwel baarmoederverwijdering is bij overmatig bloedverlies sec vrijwel nooit aangewezen. Dit wordt alleen aanbevolen als laatste redmiddel in de richtlijnen, systematische review en de programma's 'Choosing wisely' en 'Doen of laten'<sup>35 36</sup>. Expert opinion (externe deskundigen) schat dat 50% van deze hysterectomieën in 2017 niet SW&P is. Wij vinden in onze declaraties hysterectomieën gekoppeld aan de diagnosecode cyclusstoornissen. De verwachting is dat een groot deel van deze cyclusstoornissen overmatig bloedverlies betreffen.

### Uitgangspunten analyse van de declaraties

#### Specialismecode:

307 Gynaecologie

En

#### Zorgproductcode:

149399003 Cyclusstoornissen | Oper groep 3 | Urogenitaal vrouwelijk org, of  
149399007 Cyclusstoornissen | Oper groep 2 open | Urogenitaal vrouwelijk org

En

#### Diagnosecode:

0G11 Cyclusstoornis (benigne- of geen afwijking, inclusief PM-bloedverlies)

En

#### Zorgactiviteit:

37113 Laparoscopische uterus extirpatie, LAVH/LASH, of  
37111 Abdominale uterus extirpatie, of  
37131 Vaginale uterus extirpatie.

Van de genoemde combinatie van declaratiegegevens wordt 25% door ons beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P.

## 2.5 Spondylodeses bij chronische aspecifieke lage rugklachten tenzij conservatief maximaal behandeld, of spondylolisthesis symptomatisch en sterker dan graad 1, die toeneemt bij dynamisch röntgenonderzoek

### Achtergrond en literatuur

Er is een evidence based richtlijn<sup>37</sup> gepubliceerd waarin het bewijs voor effectiviteit van een spondylodese bij aspecifieke lage rugklachten, spondylolisthesis en degeneratieve scoliose is onderzocht en als afwezig tot zeer laag is geclassificeerd. Voor de onderliggende literatuur verwijzen we naar deze richtlijn. Deze richtlijn beschrijft dat de geïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie in de praktijk vooral wordt ingezet bij deze genoemde indicaties. Met andere woorden: in de huidige praktijk worden de spondylodeses vooral ingezet bij indicaties waarvoor het wetenschappelijk bewijs te laag is om van SW&P te spreken.

Hoewel er ook onvoldoende bewijs is (om van SW&P te spreken), wordt bij een spondylolisthesis erger dan graad 1 en toenemend bij dynamisch röntgenonderzoek, in de richtlijn aanbevolen om een spondylodese te verrichten. In de richtlijn zijn geen studies of aanbevelingen genoemd voor

<sup>35</sup> Richtlijn Hevig menstrueel bloedverlies 2013 (bijgewerkt met aanbevelingen van het programma Doen of Laten); hoofdstuk: Alternatieven voor hysterectomie in de behandeling van hevig menstrueel bloedverlies.

<sup>36</sup> Surgery versus medical therapy for heavy menstrual bleeding. Cochrane Systematic Reviews, Marjoribanks e.a., 2016

<sup>37</sup> Richtlijn geïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie, NOV, 2017

spondylodese bij Failed Back Surgery syndrome (FBSS). Kortom voor enkele in onze declaraties veel voorkomende diagnosecodes bij een spondylodese is deze feitelijk geen SW&P.

Een spondylodese operatie is ook zeker niet zonder risico's op zowel korte termijn (infecties, loslating, lokale iatrogene schade) als lange termijn (loslating, pijnklachten en artrotische veranderingen op andere plekken door veranderde anatomie). Wij willen focussen op de juiste indicatiestelling voor deze behandeling en denken dat het volume daardoor afgebouwd kan worden.

### **Uitgangspunten analyse van de declaraties**

#### Specialismecode:

305 Orthopedie, of  
308 Neurochirurgie

En

#### Zorgproductcode:

131999257 Oper wervelkolom zeer complex | Met VPLD | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma, of  
131999258 Oper wervelkolom zeer complex | Zonder VPLD | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma, of  
131999259 Oper wervelkolom complex | Met VPLD | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma, of  
131999260 Oper wervelkolom complex | Zonder VPLD | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma, of  
131999261 Oper wervelkolom zeer zwaar | Met VPLD | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma, of  
131999262 Oper wervelkolom zeer zwaar | Zonder VPLD | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma, of  
199299091 Oper wervelkolom zeer complex | Met VPLD | Letsel overig, of  
199299092 Oper wervelkolom zeer complex | Zonder VPLD | Letsel overig, of  
199299093 Oper wervelkolom complex | Met VPLD | Letsel overig, of  
199299094 Oper wervelkolom complex | Zonder VPLD | Letsel overig, of  
199299095 Oper wervelkolom zeer zwaar | Met VPLD | Letsel overig, of  
199299096 Oper wervelkolom zeer zwaar | Zonder VPLD | Letsel overig

En

#### Diagnosecode:

1340 Chronische aspecifieke lage rugklachten, of  
1365 Failed back surgery syndroom, of  
1370 Spondylolysis/listhesis, of  
1382 Secundaire scoliose, of  
1398 Pijn e.c.i. thoracale/lumbale wervelkolom, of  
2501 Degeneratieve afwijkingen wervelkolom, conservatieve behandeling

En

#### Zorgactiviteit:

038463 Circumferente (re)spondylodese 1 segment, fixatie van C2-C3 of van lager gelegen wervels via 1 incisie (bij meer incisies zie 038464), of  
038464 Circumferente spondylodese (360 graden fusie middels 2 of meer incisies).  
038471 (Re)spondylodese 2, 3 of 4 segmenten.

Van de genoemde combinatie van declaratiegegevens wordt 50% door ons beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P.

### **Aanpassing ten opzichte van eerdere uitgangspunten**

Wij hebben onze analyses aangescherpt door enkele diagnoses (1340, 1382 en 1398) toe te voegen waarbinnen wij ook hebben geconstateerd dat de zorg niet of niet altijd voldoet aan SW&P. We hebben diagnosecode 1301 daarentegen uit onze analyse gehaald. De selectie van zorgactiviteiten is verkleind zodat alleen de juiste verrichtingen worden meegenomen in de analyses.

## 2.6 Operatief en/of percutaan ingrijpen (incl. stens) bij PAOD (ook wel perifeer arterieel vaatlijden PAV) zonder voorafgaande gesuperviseerde looptraining uitgevoerd conform KNGF-richtlijnen

### Achtergrond en literatuur

Voor perifeer arterieel obstructieve ziekte/ disease (PAOD), ook wel claudicatio intermittens (CI) of perifeer arterieel vaatlijden (PAV) genoemd, is gesuperviseerde looptraining de eerst aangewezen behandeling. Alleen als (een deel van) het been dreigt af te sterven is operatief ingrijpen aangewezen. Dat is relatief zeldzaam. Zo luidt de aanbeveling in de op evidence gebaseerde Nederlandse richtlijn Perifeer Arterieel Vaatlijden<sup>38</sup>: *“De primaire behandeling van patiënten met claudicatio intermittens, ongeacht het niveau van de laesie, is gesuperviseerde looptraining waarbij de supervisie wordt verricht door een hiervoor voldoende geschoolde fysio- of oefentherapeut conform de KNGF richtlijn Perifeer Arterieel Vaatlijden.”* *“Wanneer GLT wordt vergeleken met alternatieven, met name ten opzichte van invasieve interventies, geeft GLT nauwelijks tot geen complicaties en significant minder kosten. Het verschil tussen de conservatieve therapie, zoals GLT, en invasieve behandeling zoals PTA is het invasieve karakter van laatstgenoemde behandeling en de daarmee geassocieerde risico’s op morbiditeit en mortaliteit”.*

Deze aanbeveling is in lijn met de aanbeveling in de NICE richtlijn<sup>39</sup>. *“Offer a supervised exercise programme to all people with intermittent claudication”.*

Het belang van een speciaal daartoe opgeleide fysiotherapeut wordt ook onderstreept in de richtlijn: *“Het is dan ook van essentieel belang dat de patiënt begeleid wordt door een fysiotherapeut die daar speciaal voor is opgeleid conform de KNGF-richtlijn ‘Symptomatisch Perifeer Arterieel Vaatlijden’.”*

Het valt ons op dat bij veel verzekerden, voor wie wij een declaratie voor een PTA, stent of bypass aan de benen ontvangen, voorafgaand hieraan geen declaratie voor GLT is gedaan<sup>40</sup>. Invasieve ingrepen zonder deze looptraining zijn feitelijk geen SW&P, want de voorafgaande stap in de behandeling is niet gezet.

### Uitgangspunten analyse van de declaraties

#### Specialismecode:

303 Heelkunde

En

#### Zorgproductcode:

99699004 PAOD | Oper perifere vaten zeer zwaar/ vaatprothese/ -stent | Zonder VPLD | Hart/Vaat arterie/arteriole/capillair, of

99699040 PAOD | Oper huid/ weke delen zwaar/ middel | Zonder VPLD | Hart/Vaat arterie/arteriole/capillair, of

99699041 PAOD | Oper huid/ weke delen zwaar/ middel | Met VPLD | Hart/Vaat, arterie/arteriole/capillair, of

99699098 PAOD 2 | Oper perifere vaten zeer zwaar | Met VPLD | Hart/Vaat

En

#### Diagnosecode:

0418 PAOD 2

En

#### Overig:

In de 2 jaar voorafgaand aan de ingreep geen declaratie voor gesuperviseerde looptraining (GLT).

Van de genoemde combinatie van declaratiegegevens wordt 80% door ons beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P.

<sup>38</sup> Nederlandse richtlijn Perifeer Arterieel Vaatlijden

<sup>39</sup> NICE richtlijn peripheral arterial disease, diagnosis and management, 2012

<sup>40</sup> Declaratiedate Zilveren Kruis

## Aanpassing ten opzichte van eerdere uitgangspunten

- In de eerdere analyse werd gekeken of er voorafgaand aan de behandeling fysiotherapie had plaatsgevonden. Wij hebben dit aangescherpt naar gesuperviseerde looptraining die binnen de paramedie te herkennen is aan CSI-code 011. We hebben daarnaast op basis van ontvangen reacties de periode waarbinnen deze looptraining moet hebben plaatsgevonden verlengd naar twee jaar.
- We hebben het percentage van de combinatie van declaratiegegevens dat door ons wordt beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P verhoogd van 50% naar 80%. De reden hiervoor is dat de analyse is verruimd naar 2 jaar en de richtlijn voor gesuperviseerde looptraining nu al langer van kracht is. Wij veronderstellen dat deze richtlijn steeds beter wordt geïmplementeerd.

## 2.7 MSR voor chronische pijn tenzij WPN 3 en zeer zelden WPN 4, waarbij duidelijk gemotiveerd dat er sprake is van meervoudige complexe (WPN 3) en zeer complexe (WPN 4) problematiek waarbij sprake is van interactie tussen de behandeldoelen en/ of ernstige functiestoornissen en waarbij eerst alle andere minder dure behandelopties zijn doorlopen en onvoldoende effect hebben gesorteerd

### Achtergrond en literatuur

Met betrekking tot de evidentie voor de behandeling van specifieke chronische pijn in Medisch Specialistische Revalidatiezorg, is primair gebruik gemaakt van (recente) systematische reviews<sup>41</sup>. Ook is een aantal artikelen uit The Lancet (2018) gebruikt<sup>42</sup>. In de Lancet wordt de evidentie voor de wetenschappelijke effectiviteit en daarmee voor de meerwaarde van behandeling volgens het bio-psycho-sociaal model zoals dat gebruikt zou worden in MSR, samengevat en besproken. Deze artikelen zijn meegenomen in de afwegingen. Bij beschikbaarheid van recente reviews baseert Zilveren Kruis (ZK) zich niet op de afzonderlijke RCT's daaraan ten grondslag liggend.

### De centrale vraag van ZK

Is er evidentie te vinden dat de in MSR aangeboden interventies (bio-psycho-sociale model), bestemd voor de behandeling van patiënten met chronische specifieke pijn en aanverwante diagnoses, een beter of gelijkwaardig alternatief is dan (veelal dezelfde of vergelijkbare) enkelvoudige of parallel aangeboden interventies zoals die gebruikelijk zijn in de "eerste lijn". Hierbij moet gedacht worden aan het geven van fysiotherapeutische, gedragsmatige (GGZ) en/of aanvullende hulp als interventie op zichzelf staand of in combinatie met elkaar.

Er is dus primair gezocht op de (relatieve) meerwaarde van de aangeboden interventies in medisch specialistische revalidatie (MSR) ten opzichte van diezelfde of vergelijkbare interventies in de eerste lijn. De verschillende diagnostische entiteiten en de daarvoor bestemde of daarop gerichte interventies afzonderlijk zijn niet expliciet onderwerp van deze literatuurstudie. In die gevallen dat dat opportuun lijkt, is soms ingezoomd op een onderscheidenlijke diagnostische entiteit en/of interventie, maar deze zijn niet bepalend voor de beantwoording van de hoofdvraag<sup>43</sup>.

### Beoordeling Systematic Reviews

De recente review van Ecorys (2019), laat zien dat er lage tot ten hoogste redelijke evidentie voor effectiviteit van MSR ten opzichte van enkelvoudige of parallel aangeboden behandelingen te vinden is. De Cochrane Collaboration heeft een speciale subsectie die diverse (aspecten van) behandelingen heeft onderzocht en in diverse systematische literatuuronderzoeken samengevat<sup>44</sup>. De meeste reviews in het lijstje van de Back and Neck Group zijn gebaseerd op enkele RCT's van, meestal, lage kwaliteit. Het artikel van Marin et al. (2017) beschrijft deze zorg voor de groep mensen met specifieke rugklachten. De groep van mensen die, in MSR, behandeld wordt voor chronische pijn bestaat voor het

41 <https://www.ecorys.com/nl/nederland/latest-news/effectiviteit-van-interdisciplinaire-medische-specialistische-revalidatie>  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28656659/>

42 Lancet. 2018 Jun 9;391(10137):2368-2383. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30489-6. Epub 2018 Mar 21

43 Alleen die Systematic Reviews die uitgebreid berichten over het zoekproces dat is gebruikt, de criteria waarmee de verschillende studies zijn geïncludeerd, tabellen bevatten over de grootte van het effect en de kwaliteit van de opzet van de studie en een "waardering" aan de geïncludeerde studies toekennen met behulp van een wetenschappelijk geaccepteerd waarderingskader (EBRO en/of GRADE), worden gebruikt.

Voor de inschatting van de resultaten van de in de review bestudeerde onderzoeken, worden relevante tabellen, de waardering en de aard, grootte en richting van de waargenomen vertekening of bias meegenomen bij de beantwoording van de centrale vraag van ZK.

44 <http://back.cochrane.org/our-reviews>

grootste deel uit mensen met musculoskeletale pijn en daarbinnen neemt de chronische specifieke rugpijn (lage rug) de belangrijkste plaats in<sup>45</sup>. De review van Marin, van Eerd en Kamper (2017) is in dit kader dan ook van belang (zie voor details hieronder).

In het algemeen moet worden geconcludeerd dat de kennisbasis onder alle behandelingen op dit gebied uiterst dun is. Dit wordt door een serie artikelen in de Lancet uit het voorjaar van 2017<sup>52</sup> bevestigd.

Geneen et al. (2017) evalueren alle Cochrane reviews over bovengenoemd onderwerp met als centrale vraag wat het effect van bewegen en oefenprogramma's is in relatie tot pijnvermindering en verhoging van de "quality of life". Meer specifiek wordt gezocht naar het effect van oefentherapie en fysiotherapie bij mensen met chronische pijn al dan niet in multidisciplinair verband aangeboden vanuit het bio-psycho-sociaal referentiekader<sup>46</sup>. Er is alleen "laag bewijs" voor het effect van deze interventies bij de doelgroep met beperkte follow-up (1 jaar). Omdat het geen schade veroorzaakt adviseren de auteurs dergelijke interventies toch te proberen<sup>47</sup>.

### Beoordeling in het kader van de vraagstelling ZK

Het argument dat behandelingen vanuit het bio-psycho-sociaal denk- en behandelkader van de MSR het beste soelaas bieden voor patiënten met chronische specifieke pijn, wordt door de review van Marin, van Eerd, Kamper et al. uit 2017 niet bevestigd. Deze 2017 review is een update van de 2014 review (Kamper et al, 2014).

De resultaten uit deze Marin, van Eerd, (2017)<sup>48</sup> studie wijzen op zeer kleine effecten, die bovendien komen uit studies met een lage tot zeer lage wetenschappelijke kwaliteit en daarmee geringe

---

<sup>45</sup> Zilveren Kruis declaratiedata

<sup>46</sup> In ons omringende landen en in de USA worden deze interventies vanuit dit gedachtengoed niet of niet altijd in een MSR-achtige context aangeboden.

<sup>47</sup> Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH.

Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD011279.

DOI: 10.1002/14651858.CD011279.pub3.

#### **Key results and quality of the evidence**

In January 2016, we identified 21 Cochrane Reviews which covered 10 different diagnoses (osteoarthritis (a joint disease), rheumatoid arthritis (joint pain and swelling), fibromyalgia (widespread pain condition), low back pain, intermittent claudication (cramping pain in the legs), dysmenorrhoea (period pain), mechanical neck disorders (neck pain), spinal cord injury, postpolio syndrome (a condition occurring in people who have had polio), patellofemoral pain (pain at the front of the knee)). The physical activity or exercise programme used in the trials ranged in frequency, intensity, and type, including land- and water-based activities, those focusing on building strength, endurance, flexibility and range of motion, and muscle activation exercises.

The quality of the evidence was low. This was mostly due to the small numbers of people with chronic pain who participated in each reviewed study. Ideally, a study should have hundreds of people assigned to each group, whereas most of the studies included in the review process here had fewer than 50 people in total.

There was evidence that physical activity reduced the severity of pain, improved physical function, and had a variable effect on both psychological function and quality of life. However, these results were not found in all studies. The inconsistency could be due to the quality of the studies or because of the mix of different types of physical activity tested in the studies. Additionally, participants had predominantly mild-to-moderate pain, not moderate-to-severe pain.

### Conclusions

According to the available evidence (only 25% of included studies reported on possible harm or injury from the intervention), physical activity did not cause harm. Muscle soreness that sometimes occurs with starting a new exercise subsided as the participants adapted to the new activities. This is important as it shows physical activity in general is acceptable and unlikely to cause harm in people with chronic pain, many of whom may have previously feared it would increase their pain further. Future studies should focus on increasing participant numbers, including a wider range of severity of pain (more people with more severe pain), and lengthening both the intervention (exercise programme) itself, and the follow-up period. This pain is chronic in nature, and so a long-term intervention, with longer periods of recovery or follow-up, may be more effective.

<sup>48</sup> 19 <https://www-cochranelibrary-com.ru.idm.oclc.org/central/doi/10.1002/central/CN-01520516/full?highlightAbstract=withdrawn%7Ckamper>

Pooled estimates from 16 RCTs provided moderate to low quality evidence that MBR is more effective than usual care in reducing pain and disability, with standardised mean differences (SMDs) in the long term of 0.21 (95% CI 0.04 to 0.37) and 0.23 (95% CI 0.06 to 0.4) respectively. The range across all time points equated to approximately 0.5 to 1.4 units on a 0 to 10 numerical rating scale for pain and 1.4 to 2.5 points on the Roland Morris disability scale (0 to 24). There was moderate to low quality evidence of no difference on work outcomes (odds ratio (OR) at long term 1.04, 95% CI 0.73 to 1.47). Pooled estimates from 19 RCTs provided moderate to low quality evidence that MBR was more effective than physical treatment for pain and disability with SMDs in the long term of 0.51 (95% CI -0.01 to 1.04) and 0.68 (95% CI 0.16 to 1.19) respectively. Across all time points this translated to approximately 0.6 to 1.2 units on the pain scale and 1.2 to 4.0 points on the Roland Morris scale. There was moderate to low quality evidence of an effect on work outcomes (OR at long term 1.87, 95% CI 1.39 to 2.53). There was insufficient evidence to assess whether MBR interventions were associated with more adverse events than usual care or physical interventions.



wetenschappelijke evidentie. Marin, van Eerd et al. (waaronder Kamper). (2017) onderzochten 41 RCT's met 858 geïnccludeerde patiënten. Er worden diverse vergelijkingen gepresenteerd in deze Review.<sup>49</sup>

Ofschoon alle studies formeel als RCT geormerkt zijn, waren op één studie na, in alle studies observatoren en patiënten niet geblindeerd. Daardoor wordt de kwaliteit van de studie sterk omlaag gebracht omdat allerlei andere factoren de uitkomst kunnen beïnvloeden naast of behoudens de behandeling zelf. Daarmee wordt het onduidelijk wat de bijdrage van de behandeling zelf is.

De voor de vraag van ZK relevante vergelijkingen, laten het volgende zien (figuur 3 in betreffende review en de toelichting daarbij pagina's 3 en volgende):

Voor de verlichting van de pijn (*very low evidence*) op korte termijn in 4 studies met in totaal 272 patiënten wordt enig resultaat gezien,

Voor de verlichting van pijn (*very low evidence*) op middellange termijn met 155 patiënten uit 2 studies wordt geen effect gezien,

Voor langetermijneffecten op pijn waren 5 studies en 532 patiënten beschikbaar (*moderate evidence*). Deze konden niet allen in één meta-analyse worden verwerkt vanwege de wijze waarop de effecten in de verschillende studies werden gerapporteerd. 4 Studies gaven enig (klein) effect en één studie gaf geen effect te zien.

Met betrekking tot disability:

Very low quality evidence voor korte termijn effecten

Very low quality evidence voor middellange termijn effecten

Low quality evidence voor lange termijn effecten.

Opmerkelijk was dat ook hier hetzelfde patroon te zien was (mits de kwaliteit van de studies even niet wordt meegeteld dan wel buiten beschouwing wordt gelaten): korte termijn enig effect, middellange termijn geen effect en lange termijn tegenstellingen in gebruikte studies (sommige wel en één geen effect).

Terugkeer naar werk/absentie: Zeer lage kwaliteit studies

Zoals uit de uitgebreide voetnoot nummer 11 moge blijken, gaat het om zeer kleine effecten in studies met een grote kans op vertekening. Zo al van effecten gesproken zou mogen worden, dan zou MSR een beter effect sorteren op de gebruikte uitkomstmaten, maar hoe lang die effecten behouden blijven is onbekend. In deze context concluderen de auteurs: "More intensive interventions were not responsible for effects that were substantially different to those of less intensive interventions". Een gevoeligheidsanalyse wees uit dat de effecten ook echt gering waren en niet voornamelijk te wijten waren aan de slechte kwaliteit van de studies<sup>50</sup>.

## Samenvatting reviews

---

Sensitivity analyses did not suggest that the pooled estimates were unduly influenced by the results from low quality studies. Subgroup analyses were inconclusive regarding the influence of baseline symptom severity and intervention intensity.

20 Pooled estimates from 16 RCTs provided moderate to low quality evidence that MBR is more effective than usual care in reducing pain and disability, with standardised mean differences (SMDs) in the long term of 0.21 (95% CI 0.04 to 0.37) and 0.23 (95% CI 0.06 to 0.4) respectively. The range across all time points equated to approximately 0.5 to 1.4 units on a 0 to 10 numerical rating scale for pain and 1.4 to 2.5 points on the Roland Morris disability scale (0 to 24). There was moderate to low quality evidence of no difference on work outcomes (odds ratio (OR) at long term 1.04, 95% CI 0.73 to 1.47). Pooled estimates from 19 RCTs provided moderate to low quality evidence that MBR was more effective than physical treatment for pain and disability with SMDs in the long term of 0.51 (95% CI -0.01 to 1.04) and 0.68 (95% CI 0.16 to 1.19) respectively. Across all time points this translated to approximately 0.6 to 1.2 units on the pain scale and 1.2 to 4.0 points on the Roland Morris scale. There was moderate to low quality evidence of an effect on work outcomes (OR at long term 1.87, 95% CI 1.39 to 2.53)

<sup>49</sup> SJ Marin TJ, Van Eerd D, Irvin E, Couban R, Koes BW, Malmivaara A, van Tulder MW, Kamper SJ.

Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD002193.

DOI: 10.1002/14651858.CD002193.pub2.

<sup>50</sup> In deze review zijn de publicaties van Smeets et al uit 2006 en 2008 meegenomen en gewogen.

Ook al lijken er effecten te zijn van MSR, de kwaliteit van de studies is zodanig laag dat op grond daarvan niet gezegd kan worden dat er bewijs voor de effectiviteit van MSR boven en over de individuele interventies is<sup>51</sup>.

Verder is nog gekeken naar reviews die niet de uitgangsvraag van Zilveren Kruis behandelen, maar mogelijk relevante informatie bevatten. Naast de groep met specifieke rugklachten worden ook vaak patiënten met fibromyalgie (zelfs toenemend) en mensen met hoofdpijn, buikpijn en prikkelbaar darmsyndroom in de MSR behandeld. Er is een Cochrane Review (systematisch literatuuronderzoek) beschikbaar uit 2017, naar het effect van oefentherapie en fysiotherapie bij mensen met chronische pijn (zonder nadere differentiatie). Er is alleen laag bewijs voor het effect van deze interventies bij de doelgroep met beperkte follow-up (1 jaar).<sup>52</sup>

In 2017 onderzochten Bidonde e.a. het effect van aerobe training bij mensen die lijden aan fibromyalgie<sup>53</sup>. Zij vonden studies van lage kwaliteit en stellen vast dat er geen conclusies getrokken kunnen worden over het effect van aerobe training ten opzichte van welke andere interventie dan ook omdat er zeer laag bewijs voor de effectiviteit ervan is.

In 2014<sup>54</sup> geven Eccleston e.a. in een Cochrane Review een overzicht van de werkzaamheid van psychologische interventies bij de hoofdpijn, buikpijn, fibromyalgie en andere klachten bij kinderen en adolescenten. Er komt een gemengde conclusie uit. Psychologische interventies in de brede zin van het woord hebben wel effecten, maar geen duidelijke. De hoofdpijn en buikklachten lijken iets minder goed te behandelen te zijn dan de musculoskeletale pijn en fibromyalgie. Overall is de evidentie als beperkt aan te merken en de follow-up is onvoldoende zodat niet duidelijk is of eventuele effecten behouden blijven.

In 2018 verscheen een serie artikelen in The Lancet, die de stand van wetenschap van verschillende aspecten van chronische lage rugpijn onder de loep nam. Forster et al (2018) gaven aan dat zij moesten concluderen dat zowel bij acute lage rugpijn als bij chronische lage rugpijn, de MSR slechts als tweede keus optie overwogen zou kunnen worden bij gebrek aan bewijs voor de werkzaamheid hiervan (bij deze indicatie (tabel 2 blz. 3))<sup>55</sup>. In hun artikel bespreken de auteurs ook de gap tussen de aanbevelingen in de richtlijnen en de praktijk. Opvallend is de grote discrepantie tussen deze richtlijnen en de implementatie ervan, omdat de richtlijnen stellen dat CLBP in de eerste lijn behandeld zou moeten worden en vooral non-invasief en non-farmacologisch.

#### Conclusie:

- Ook al lijken er (kleine) effecten te zijn van MSR boven en over de aanbidding van dezelfde of vergelijkbare interventies parallel of sequentieel, de kwaliteit van de studies is zodanig laag dat op grond daarvan niet gezegd kan worden dat er bewijs voor de effectiviteit van MSR boven en over de individuele interventies is.
- De mensen die behandeld worden voor chronische pijn bestaan voor het grootste deel uit mensen met musculoskeletale pijn en daarbinnen neemt de chronische specifieke rugpijn (lage rug) de belangrijkste plaats in. Naast deze groep worden ook vaak patiënten met fibromyalgie (zelfs toenemend) en mensen met hoofdpijn, buikpijn en prikkelbaar darmsyndroom in de MSR behandeld. In 2018 verscheen een serie artikelen in The Lancet, die de stand van wetenschap van verschillende aspecten van chronische specifieke lage rugpijn onder de loep nam. Forster et al (2018)<sup>69</sup> gaven aan dat zij moesten concluderen dat zowel bij acute lage rugpijn als bij chronische lage rugpijn, de MSR slechts als tweede keus optie overwogen zou kunnen worden bij gebrek aan bewijs voor de werkzaamheid bij deze indicatie (tabel 2 blz. 3 van hun artikel). In hun artikel bespreken de auteurs ook de gap tussen de

<sup>51</sup> Beoordeling Stand van Wetenschap en Praktijk. ZiNL, 2015

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2015/01/15/boek-betreffende-stand-van-wetenschap-en-praktijk>

<sup>52</sup> Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD011279.

<sup>53</sup> Bidonde et al. 2017; Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia; Cochrane Database of Systematic Reviews; DOI: 10.1002/14651858.CD012700

<sup>54</sup> Eccleston C, Palermo TM, Williams ACDC, Lewandowski Holley A, Morley S, Fisher E, Law E.

Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 5. Art. No.: CD003968.

DOI: 10.1002/14651858.CD003968.pub4.

<sup>55</sup> Lancet. 2018 Jun 9;391(10137):2368-2383. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30489-6. Epub 2018 Mar 21

aanbevelingen in de richtlijnen en de praktijk. Opvallend is de grote discrepantie tussen deze richtlijnen (ook al zijn ze grotendeels of helemaal consensus based) en de implementatie ervan omdat de richtlijnen stellen dat chronische aspecifieke lage rugklachten in de eerste lijn behandeld zou moeten worden en vooral non-invasief en non-farmacologisch.

## Uitgangspunten analyse van de declaraties

### Specialismecode:

0327 Revalidatiegeneeskunde

En

### Zorgproductcode:

990027187	Diagn chron pijn/ psych stoornissen   Klin >14   Multidisciplinair behandelen klasse 7   Revalidatiegeneeskunde, of
990027188	Diagn chron pijn/ psych stoornissen   Klin >14   Multidisciplinair behandelen klasse 6   Revalidatiegeneeskunde, of
990027189	Diagn chron pijn/ psych stoornissen   Klin >14   Multidisciplinair behandelen klasse 5   Revalidatiegeneeskunde, of
990027190	Diagn chron pijn/ psych stoornissen   Klin >14   Multidisciplinair behandelen klasse 4   Revalidatiegeneeskunde, of
990027191	Diagn chron pijn/ psych stoornissen   Klin >14   Multidisciplinair behandelen klasse 3   Revalidatiegeneeskunde, of
990027193	Diagn chron pijn/ psych stoornissen   Ambulant   Multidisciplinair behandelen klasse 5   Revalidatiegeneeskunde, of
990027194	Diagn chron pijn/ psych stoornissen   Ambulant   Multidisciplinair behandelen klasse 4   Revalidatiegeneeskunde, of
990027195	Diagn chron pijn/ psych stoornissen   Ambulant   Multidisciplinair behandelen klasse 3   Revalidatiegeneeskunde

En

### Diagnosecode:

0711	Chronische Pijnsyndroom WPN 1, of
0712	Chronische Pijnsyndroom WPN 2, of
0713	Chronische Pijnsyndroom WPN 3, of
0714	Chronische Pijnsyndroom WPN 4, of
0715	Overige pijn, of
0716	Psychische stoornissen

- Voor diagnosecode 0711, 0712 en 0716 geldt dat 95% van de genoemde combinatie van declaratiegegevens door ons wordt beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P
- Voor diagnosecode 0713 geldt dat 40% van de genoemde combinatie van declaratiegegevens door ons wordt beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P
- Voor diagnosecode 0714 geldt dat 25% van de genoemde combinatie van declaratiegegevens door ons wordt beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P
- Voor diagnosecode 0715 geldt dat 50% van de genoemde combinatie van declaratiegegevens door ons wordt beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P

### **Aanpassing ten opzichte van eerdere uitgangspunten**

- Wij hebben voor diagnosecode 0713 het percentage van de genoemde combinatie van declaratiegegevens dat door ons wordt beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P verhoogd van 25% naar 40%
- Wij hebben voor diagnosecode 0714 het percentage van de genoemde combinatie van declaratiegegevens dat door ons wordt beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P verhoogd van 0% naar 25%

De reden hiervoor is het verschijnen van aanvullende recente literatuur<sup>41</sup> waarin nogmaals wordt benadrukt dat er weinig tot geen evidence is dat MSR beter is dan interventies in de eerste lijn.

## 2.8 Lichttherapie bij een andere indicatie dan psoriasis, vitiligo of dialysepatiënten die last hebben van uremische jeukklachten

### Achtergrond en literatuur

In de wetenschappelijke literatuur en in de standpunten van het Zorginstituut vinden wij een beperkt aantal indicaties voor de toepassing van lichttherapie die voldoen aan SW&P<sup>56</sup>. Dit betreft de diagnoses psoriasis, vitiligo en uremische jeuk bij dialysepatiënten. Ook lichttherapie voor de behandeling van hyperbilirubinemie bij pasgeborenen is verzekerde zorg

Wij zien in onze declaraties echter ook veel andere diagnoses voorkomen waarvoor we geen wetenschappelijke onderbouwing kunnen vinden die voldoet aan de criteria uit het rapport Stand van de Wetenschap en Praktijk.

Wij zien onder andere onvoldoende onderbouwing voor:

- Lichen Planus: in de richtlijn van de beroepsgroep<sup>57</sup> staat: Lichttherapie behoort niet tot de standaardbehandeling van Lichen Planus maar is een goed alternatief als corticosteroiden niet werken. Er zijn geen systematische reviews<sup>58</sup> of meta-analyses gevonden voor alleen de combinatie Lichttherapie en Lichen Planus. Er is één systematische review uit 2014 waarin lichttherapie met de kwalificatie zwak wordt aanbevolen op grond van matige bewijskracht.
- Maligne dermatosen<sup>59</sup>: in de richtlijn basaalcelcarcinoom van de beroepsgroep staat een aanbeveling met waarschuwing dat de resultaten waarop de aanbeveling is gebaseerd vanwege de matige tot slechte kwaliteit van de studies, met grote voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Tevens verwijzen wij naar een Systematische Review.<sup>60</sup> Voor een melanoom wordt geen fotodynamische therapie geadviseerd.
- Chronisch eczeem<sup>61</sup>: de richtlijn van de beroepsgroep lichttherapie beveelt lichttherapie aan zonder adequate onderbouwing. Daarmee voldoet dit niet aan het criterium SW&P.  
"De geïncorporeerde gerandomiseerde studies zijn over het algemeen heterogeen van opzet, van korte duur, zonder lange termijn follow up en bevatten vaak weinig patiënten. Desalniettemin kan worden geconcludeerd dat foto(chemo)therapie een goede therapeutische optie kan zijn voor patiënten met eczeem. Klinische eczeem scores, jeukklachten en slaapproblemen verbeteren, remissie perioden tot 6 maanden worden vermeld en geen serieuze korte termijn bijwerkingen werden gedocumenteerd. Helaas zijn goede lange termijn data voor de meeste vergelijkingen niet beschikbaar.  
Het meeste bewijs van voldoende kwaliteit is beschikbaar voor UVA1 en NB-UVB. Beide behandelopties zijn effectief voor de reductie van klinische symptomen van chronisch eczeem. Studies die beide opties direct met elkaar vergeleken, lieten geen significante verschillen zien. Aan de hand van de beschikbare gerandomiseerde studies kan geen voorkeur worden uitgesproken voor het gebruik van NB-UVB of UVA1, noch voor de behandeling van acuut versus chronisch CE."
- Contacteczeem: wij vinden in de richtlijn dat de beroepsvereniging van mening is dat lichttherapie een plaats heeft in de behandeling van contacteczeem. De onderbouwing (een

<sup>56</sup><https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/07/13/overzicht-zorgactiviteiten-met-aanspraakcode-zvw>

<sup>57</sup>[https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/lichen\\_planus/therapie\\_lichen\\_planus/behandeling\\_cutane\\_lichen\\_planus/lichttherapie\\_cutane\\_lichen\\_planus.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/lichen_planus/therapie_lichen_planus/behandeling_cutane_lichen_planus/lichttherapie_cutane_lichen_planus.html)

<sup>58</sup> Mucosal Lichen Planus: An Evidence-Based Treatment Update Parastoo Davari • Hui-Hua Hsiao • Nasim Fazel Am.J Clin Dermatol (2014) 15:181–195 DOI 10.1007/s40257-014-0068-6

<sup>59</sup> Search malignant dermatoses AND UV-B therapy AND treatment Sort by: Relevance Filters: Review; published in the last 10 years 3 04:21:04

Search malignant dermatoses AND UV therapy AND treatment Sort by: Relevance Filters: Review; published in the last 10 years

Search (skin cancer AND UV-B treatment AND (Review[ptyp] OR systematic[sb]) AND (Review[ptyp] OR systematic[sb] OR Meta-Analysis[sb]) AND ( ( Review[ptyp] OR systematic[sb] ) ) ) Sort by: Relevance Filters: Review; Systematic Reviews; published in the last 10 years; Humans **Opbrengst 11 artikelen; geen relevantie**

<sup>60</sup> Basal Cell Carcinoma: An Evidence-Based Treatment Update Charlotte M. Clark • Megan Furniss • Julian M. Mackay-Wiggan Am J Clin Dermatol (2014) 15:197–216 DOI 10.1007/s40257-014-0070-z

<sup>61</sup> Search ((eczema AND light OR UV-B AND treatment) AND ( ( Review[ptyp] OR systematic[sb] ) AND "last 10 years"[PDat] AND Humans[Mesh])) Sort by: Relevance Filters: Review; Systematic Reviews; published in the last 10 years; Humans **Opbrengst : 57 artikelen**

Search (eczema AND phototherapy AND ((eczema AND light OR UV-B AND treatment) AND ( ( Review[ptyp] OR systematic[sb] ) AND "last 10 years"[PDat] AND Humans[Mesh])) Sort by: Relevance Filters: Review; Systematic Reviews; published in the last 10 years; Humans **Opbrengst 5 artikelen (waaronder Garretsen in Br. J. Dermatology); geen nieuwe**

observationale studie) voldoet niet aan hedendaagse eisen van ZiNI (niet volgens de GRADE criteria op risico voor vertekening bekeken, volgens EBRO classificatie waarde B). Alleen als er geen RCT kan worden uitgevoerd, kan een observationale studie als afdoend bewijs gelden. Contacteczeem behandeling met lichttherapie is dus geen stand van wetenschap en praktijk.

- Inflammatoire dermatosen<sup>62</sup> (diagnosecode 13) is een containerbegrip, hieronder vallen ook diagnosen die in andere diagnosecodes van de typeringslijst thuishoren. Wij gaan ervan uit dat psoriasis en alle vormen van eczeem worden gecodeerd in de desbetreffende diagnosecode en hier dus niet. Voor de overige inflammatoire diagnosen nemen wij dat deze wel onder diagnosecode 13 vallen (bijvoorbeeld systemische immunologische aandoeningen zoals lupus erythematodes, vasculitis, dermatomyositis, sclerodermie). Wij zien geen argumentatie voor de behandeling met lichttherapie bij deze diagnosen. Evenmin zien wij een argumentatie voor lichttherapie bij diagnosecode 0027 'diagnose niet nader omschreven'.

### **Uitgangspunten analyse van de declaraties**

#### Specialismecode:

0310 Dermatologie

En

#### Diagnosecode:

Alle diagnosecodes met uitzondering van 16 (pigmentstoornissen), 20 (psoriatiforme dermatosen) en 9902 (basiszorg pasgeborene/kind)

En

#### Zorgactiviteit:

39992 Lichttherapie

Van de genoemde combinatie van declaratiegegevens wordt 80% door ons beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P.

### **Aanpassing ten opzichte van eerdere uitgangspunten**

Wij hebben het percentage van de genoemde combinatie van declaratiegegevens dat door ons wordt beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P verlaagd van 100% naar 80%. In de praktijk bleek dat een aantal minder vaak voorkomende situaties, maar met zeer uiteenlopende diagnoses toch voor een behandeling met lichttherapie in aanmerking komen. Wij hebben hiervoor een marge van 20% opgenomen. Photodynamische therapie (zorgproduct 02499027) is niet in deze analyse betrokken.

---

<sup>62</sup> <https://www.erasmusmc.nl/dermatologie/Inflammatoire-dermatologie/4387596/>

## 2.9 Hyperbare zuurstoftherapie bij indicaties anders dan door ZiNI vastgesteld

### Achtergrond en literatuur

Het Zorginstituut heeft in 2009 in een standpunt<sup>63</sup> vastgelegd bij welke indicaties HBOT wel een te verzekeren prestatie is ingevolge de Zorgverzekeringswet (Zvw) en bij welke indicaties dat niet het geval is. Dit standpunt geldt nog steeds. Inmiddels is voor een aantal van de al vanaf 2009 tot het basispakket behorende indicaties voor HBOT landelijke protocollen opgesteld teneinde gepast gebruik van deze zorg te bevorderen. Deze protocollen geven een onderbouwing en aanscherping van de betreffende indicatiegebieden<sup>64</sup>. Uit eerder onderzoek door Zilveren Kruis op basis van een steekproef met individuele casuïstiek is gebleken dat veel indicaties niet voldoen aan de bovenstaande indicaties. Door zorgvuldige implementatie van de protocollen verwachten we een daling van het volume.

Het ZiNI heeft voor onderstaande indicaties vastgelegd dat er wel een te verzekerde prestatie is ingevolge de Zorgverzekeringswet (Zvw)

- decompressieziekte, gasembolieën
- koolmonoxide intoxicatie in geval van: verlaagd bewustzijn bij opname, zwangerschap of klinische neurologische, cardiale, pulmonale of psychische symptomen.
- Weke-delen-infecties anaëroob of gemengd (uitsluitend ernstige, levensbedreigende infecties zoals gasgangreen of necrotiserende fasciitis)
- crush letsels, andere acute traumatische ischemie met gecompromiteerde circulatie, compartimentsyndroom, replantatie extremiteiten, huid- en myocutane plastieken met gecompromiteerde circulatie
- diabetische ulcera
- (osteo)radionecrose (ongeacht in welk gebied zich dit bevindt)
- radiatiecystitis, proctitis en enteritis
- chronische diabetische ulcera
- (osteo)radionecrose therapieresistente osteomyelitis.

### Uitgangspunten analyse van de declaraties

#### Zorgactiviteit:

39995 Behandeling met hyperbare zuurstof per zitting per patiënt, al dan niet in groepsverband, inclusief medisch specialistische supervisie

Van de genoemde combinatie van declaratiegegevens wordt 50% door ons beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P.

<sup>63</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2009/02/23/standpunt-hyperbare-zuurstoftherapie-hbot-alleen-voor-specifieke-indicaties-een-verzekerde-prestatie>

<sup>64</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2019/06/11/standpunt-hyperbare-zuurstoftherapie-hbot>

## 2.10 Operatieve/invasieve behandeling van subacromiaal pijnsyndroom

### Achtergrond en literatuur

In de NHG-richtlijn van 2014<sup>65</sup> wordt gesteld dat:

- Bij pijn van de schouder (subacromiaal pijnsyndroom genoemd), er vaak geen directe relatie is tussen de klachten en een anatomisch substraat (een aandoening),
- Er geen overtuigend bewijs is dat operatieve behandeling effectiever is dan conservatieve behandeling
- Er geen indicatie is voor de chirurgische behandeling van asymptomatische scheuren van het Rotatorenmanchet.

In de richtlijn van de NOV staat (laatst beoordeeld: 08-02-2013)<sup>66</sup>:

- De werkgroep beveelt aan om SAPS bij voorkeur conservatief te behandelen. Indien de patiënt niet of onvoldoende reageert op uitputtende conservatieve behandeling, valt operatieve behandeling (subacromiale decompressie of bursectomie) te overwegen.
- Operatieve behandeling van symptomatische rotator cuff scheuren valt te overwegen, waarbij leeftijd en activiteitsniveau van de patiënt een rol spelen bij de beslissing tot operatie.
- De werkgroep adviseert een afwachtend of conservatief beleid te voeren bij tendinosis calcarea. Zelden is een chirurgische interventie geïndiceerd.

De behandeling is dus voornamelijk conservatief van aard, met uitleg en adequate pijnstilling. In geval van blijvende of terugkerende klachten, zou een injectie in de schouder aangewezen kunnen zijn.

Anno 2019 is aanvullende informatie beschikbaar<sup>67</sup>. Paavola et al. (2018) constateerden in hun RT dat er geen klinisch voordeel is van een arthroscopische subacromiale decompressie bij een impingement (subacromiaal pijnsyndroom) boven een diagnostische arthroscopie na 24 maanden.

Met andere woorden; het louter in de schouder kijken had hetzelfde resultaat (klinisch) als het ruimte maken in die schouder bij een vermeende inklemming van de zenuw die de pijn zou moeten veroorzaken (placebo-effect). Dit leidde ertoe dat Burgers et. al<sup>68</sup> (2018) in het NTVG in een publicatie schreven: “Hebben volwassenen met atraumatische schouderpijn gedurende meer dan 3 maanden, gediagnosticeerd als ‘subacromiaal pijnsyndroom’ (SAPS), baat bij chirurgie? Een internationale, multidisciplinaire werkgroep, bestaande uit artsen, paramedici, methodologen en patiënten, geeft een sterke aanbeveling om niet te opereren.” Zij baseren zich op twee reviews die uitmondde in een clinical practice guideline<sup>69</sup>. Deze richtlijn is heel stellig als het gaat om wat er nu bewezen is en wat niet: Chirurgie gaf geen klinisch relevante verbeteringen in pijn, functioneren of kwaliteit van leven vergeleken met placebo chirurgie (nep-behandeling) of andere behandelmogelijkheden. Wel kan er bij chirurgie eerder een vastzittende (frozen) schouder ontstaan.

Er is dus geen wetenschappelijke onderbouwing beschikbaar om invasieve ingrepen aan de schouder te rechtvaardigen bij patiënten die een subacromiaal pijnsyndroom (en/of de daaronder begrepen aandoeningen) hebben. Voor mensen onder de 50 jaar met een rotatorcuff ruptuur na een trauma maken we een uitzondering, die laten we buiten de analyse, vanwege de aanbeveling om leeftijd en activiteitsniveau te betrekken bij de behandeling.

<sup>65</sup> <https://www-ntvg-nl.ru.idm.oclc.org/system/files/publications/a6985.pdf>

<sup>66</sup> [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/saps/saps\\_-\\_korte\\_beschrijving.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/saps/saps_-_korte_beschrijving.html)

<sup>67</sup> Subacromial decompression versus diagnostic arthroscopy for shoulder impingement: randomised, placebo surgery controlled clinical trial. *BMJ* 2018;362:k2860 | doi: 10.1136/bmj.k2860

<sup>68</sup> <https://www.ntvg.nl/artikelen/decompressiechirurgie-bij-subacromiaal-pijnsyndroom>

<sup>69</sup> *BMJ* 2019;364:l294; <https://www.bmj.com/content/364/bmj.l294>

## Uitgangspunten analyse van de declaraties

### Specialismecode:

305 Orthopedie

En

### Diagnosecode:

1450 Tendinitis supraspinatus/biceps, cq. Impingement  
1460 Ruptuur rotator cuff /bicepspees  
1470 Frozen shoulder  
1480 AC en SC afwijking  
1498 Pijn eci schoudergordel/bovenarm

En

### Zorgproduct:

131999164 - Ov diagnosen | Diagnostisch (zwaar)/ Therapeutisch licht | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma

En

### Zorgactiviteit:

038126 Barbotage schouder (Needle Aspiration of Calcific Deposits, NACD), onder echocontrole, of  
084257 Barbotage schouder (Needle Aspiration of Calcific Deposits, NACD), onder röntgencontrole, of  
084277 Barbotage schouder (Needle Aspiration of Calcific Deposits, NACD), onder echocontrole

Of

### Zorgproduct:

131999072 - Operatie aan de schouder bij Een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel, of  
131999146 - Oper herstel cuff ruptuur | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma, of  
131999177 - Oper schouder overig middel | Botspierstelsel ziekte/laat gev trauma

- Voor zorgproduct 131999072, 131999146 en 131999177 in combinatie met diagnosecode 1460 en de leeftijd < 50 jaar voldoet de zorg volgens ons wel aan SW&P.
- Van de overige genoemde combinatie van declaratiegegevens wordt 80% door ons beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P.

## 2.11 Hartrevalidatie bij Stabiele Angina Pectoris

### Achtergrond en literatuur

Het Zorginstituut heeft in 2018 een verbeteringsignalement<sup>70</sup> uitgebracht omdat zij meent dat de zorg voor mensen met pijn op de borst sterk verbeterd kan worden. Zilveren Kruis concentreert zich op twee behandelingen te weten het plaatsen van een “stent” bij stabiele angina pectoris (zie verder) en het aanbieden van hartrevalidatie bij stabiele angina pectoris.

Met betrekking tot het nut van hartrevalidatie bij Stabiele Angina Pectoris(SAP) stelt het verbeteringsignalement van ZINI:

*“In dit rapport wordt het begrip ‘hartrevalidatie’ gebruikt voor de multidisciplinaire zorg die onder verantwoordelijkheid van de cardioloog wordt aangeboden aan patiënten met als doel afname van cardiovasculaire incidenten en verhoging van de kwaliteit van leven. De multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie hanteert deze definitie en stelt dat er voor mensen met stabiele angina pectoris een absolute indicatie is voor hartrevalidatie. De ook in Nederland geldende ESC-richtlijn (European Society of Cardiology) geeft hartrevalidatie slechts ter overweging en de NHG-standaard pleit voor*

<sup>70</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2018/01/31/zinnige-zorg-verbetersignalement-%E2%80%98pijn-op-de-borst%E2%80%99>



cardiovasculair risicomanagement. Geen van de richtlijnen heeft (heldere) stopcriteria voor hartrevalidatie of bespreekt de overgang naar CVRM-begeleiding. Publiek toegankelijke gezondheid gerelateerde uitkomstindicatoren over hartrevalidatie zijn er niet. Evenmin zijn er cliëntversies van richtlijnen beschikbaar.

De effectiviteit van hartrevalidatie voor patiënten met stabiele angina pectoris staat wetenschappelijk niet vast, zo blijkt uit de systematische review uitgevoerd in opdracht van het Zorginstituut. De gevonden gerandomiseerde studies laten hierover niet of nauwelijks conclusies toe. De aanvullend geanalyseerde cohort studies rapporteren slechts over één uitkomstmaat en geven aan dat hartrevalidatie mogelijk de sterfttekans op lange termijn reduceert bij patiënten met stabiele angina pectoris die een CABG of PCI hebben ondergaan, maar deze effectschatting is onzeker. Er werden in het geheel geen studies gevonden die enige conclusie toelaten over de effectiviteit van hartrevalidatie bij patiënten met stabiele angina pectoris die uitsluitend medicamenteus worden behandeld. Het aantal mensen dat hartrevalidatie ontvangt is in de laatste jaren door de aanbeveling in de richtlijn sterk toegenomen.”

Hieruit leidt Zilveren Kruis af dat hartrevalidatie bij SAP niet wetenschappelijk onderbouwd is en derhalve niet tot de stand van wetenschap en praktijk behoort.

Daarom nemen wij de afspraken in het verbeter signalement als uitgangspunt dat:

- Patiënten met stabiele angina pectoris die een CABG (bypass operatie) ondergaan krijgen allen (een verwijzing voor) multidisciplinaire hartrevalidatie. Die worden dus niet meegenomen in de analyse.
- Patiënten met stabiele angina pectoris die alleen medicamenteus of met PCI (stent) worden behandeld slechts bij uitzondering op individuele gronden (een verwijzing voor) multidisciplinaire hartrevalidatie krijgen.

#### **Uitgangspunten analyse van de declaraties**

##### Specialismecode:

320 Cardiologie

En

##### Zorgproductcode

219799024 Niet complexe hartrevalidatie | Integraal met spiro-ergometrie | Hart- en longrevalidatie, of  
219799025 Niet complexe hartrevalidatie | Integraal zonder spiro-ergometrie | Hart- en longrevalidatie, of  
219799027 Niet complexe hartrevalidatie | PEP (>=2 sessies) en FIT (>=6 sessies) | Hart- en longrevalidatie, of  
219799028 Niet complexe hartrevalidatie | FIT (>=6 sessies) met (para)medische ondersteuning | Hart- en longrevalidatie, of  
219799030 Niet complexe hartrevalidatie | FIT (>=6 sessies) | Hart- en longrevalidatie

En

##### Diagnosecode:

0821 Hartrevalidatie

Van de genoemde combinatie van declaratiegegevens is gekeken of in de declaraties ook diagnosecode 202 (stabiele angina pectoris) voorkomt. Er is vervolgens gekeken of er cardio chirurgische diagnoses in hetzelfde jaar zijn gedeclareerd, om de patiënten die een CABG hebben ondergaan en dus wel een indicatie hebben voor hartrevalidatie, eruit te halen. Als er geen andere cardio chirurgische diagnoses zijn gedeclareerd wordt 80% door ons beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P.

## 2.12 Invasieve ingrepen bij stabiele Angina Pectoris

### Achtergrond en literatuur

Pijn op de borst (Angina Pectoris (AP)) heeft in de huisartsenpraktijk in 10-15% van de gevallen een cardiovasculaire oorzaak. Het aantal nieuwe gevallen op jaarbasis is in de huisartsenpraktijk ongeveer 2,6 per 1000 mannen en 2,5 per 1000 vrouwen per jaar. Het aantal mensen met AP in de huisartsenpraktijk op jaarbasis (dus nieuwe en bekende patiënten samen) is ongeveer 26 per 1000 mannen en 21 per 1000 vrouwen per jaar. Het voorkomen van AP neemt sterk toe met de leeftijd, zowel bij mannen als bij vrouwen en vooral boven de 65 jaar<sup>71</sup>.

### Wat is Stabiele Angina Pectoris<sup>72</sup>

Patiënten met stabiele angina pectoris hebben het meestal over een onaangenaam, achter het borstbeen gelokaliseerd, drukkend gevoel dat met name optreedt bij inspanning, emotie, overgang van warmte naar koude of na zware maaltijden. De klachten verdwijnen binnen 15 minuten na het elimineren van de uitlokkende factor of binnen enkele minuten na toedienen van nitraat onder de tong. Het klachtenpatroon treedt bij herhaling op bij dezelfde mate van inspanning of bezigheid. De klachten kunnen jarenlang hetzelfde blijven met een geringe neiging tot verergering; de prognose is dan gunstig. Angina pectoris wordt instabiel genoemd als:

- de AP optreedt in rust
- er sprake is van recent ontstane AP (korter dan 2 maanden geleden), die ernstig is (optredend bij normale dagelijkse activiteiten) of frequent optreedt (>3 episodes per dag);
- de AP-klachten duidelijk vaker, ernstiger, langduriger of bij minder inspanning optreden dan voorheen (ondanks rust en nitraten sublinguaal), en in ernst toenemen van klasse I naar ten minste klasse III (volgens de NYHA);
- de AP op treedt binnen 2 weken na een AMI of binnen 2 weken na percutane coronaire interventie (Zie NHG-Standaard Acuut coronair syndroom).

### Verbetersignalement

Het Zorginstituut heeft in 2018 een verbetersignalement<sup>73</sup> uitgebracht, omdat zij meent dat de zorg voor mensen met pijn op de borst sterk verbeterd kan worden. Zilveren Kruis concentreert zich op twee behandelingen te weten het plaatsen van een “stent” bij stabiele angina pectoris en het aanbieden van hartrevalidatie bij stabiele angina pectoris omdat die in de declaratie data te volgen zijn. In de tabel op blz. 30 van het signalement, staat: “dat een invasieve behandeling bij patiënten met stabiele angina pectoris niet resulteert in een afname van sterfte” (ZiNI, 2018 (blz. 30 e.v.)<sup>74</sup>.

### Stents en Coronaire bypasses

Omdat alle door het ZiNI geraadpleegde richtlijnen eenduidig zijn met betrekking tot hun voorkeur voor behandeling van stabiele angina pectoris (voortaan SAP) met leefstijlaanpassingen eventueel ondersteund door geneesmiddelen, zijn de aanbevelingen voor stepped care als volgt:

- Elke patiënt met stabiele angina pectoris gebruikt een bloedplaatjes aggregatiemiddel en een lipiden verlagend middel,
- Voordat een invasieve behandeling wordt overwogen, gebruikt iedere patiënt minimaal 1 anti-ischemisch medicament

Als dit niet afdoende werkt, wordt geadviseerd:

- een invasieve behandeling als een dotterbehandeling (PCI) of een bypassoperatie (CABG) te overwegen.

In de gemeenschappelijke publicatie ‘Verstandige keuzes voor patiënten met hartaandoeningen’ van de NVVC en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), wordt eveneens het belang van medicamenteuze therapie bij stabiele angina pectoris onderstreept. Zij stellen dat alleen als de patiënten klachten houden, ondanks een adequate farmacotherapeutische behandeling, een invasieve ingreep aangeboden kan worden.

<sup>71</sup> <https://www.nhg.org/?tmp-no-mobile=1&q=node/1808>

<sup>72</sup> <https://www.nhg.org/?tmp-no-mobile=1&q=node/1808>

<sup>73</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2018/01/31/zinnige-zorg-verbetersignalement-%E2%80%98pijn-op-de-borst%E2%80%99>

<sup>74</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2018/01/31/zinnige-zorg-verbetersignalement-%E2%80%98pijn-op-de-borst%E2%80%99>

In het verbeteringsignalement zinnige zorg pijn op de borst is geconstateerd dan 36-63% van de patiënten mogelijk onnodig wordt geopereerd.

### Uitgangspunten analyse van de declaraties

Specialismecode:  
320 Cardiologie

En

Zorgproductcode:

979001217	Percutane coronaire interventie klasse 5   Met VPLD   Hartoperatie/hart-/longtransplantatie, of
979001219	Percutane coronaire interventie klasse 4   Met VPLD   Hartoperatie/hart-/longtransplantatie, of
979001220	Percutane coronaire interventie klasse 4   Zonder VPLD   Hartoperatie/hart-/longtransplantatie, of
979001221	Percutane coronaire interventie klasse 3   Met VPLD   Hartoperatie/hart-/longtransplantatie, of
979001222	Percutane coronaire interventie klasse 3   Zonder VPLD   Hartoperatie/hart-/longtransplantatie, of
979001223	Percutane coronaire interventie klasse 2   Met VPLD   Hartoperatie/hart-/longtransplantatie, of
979001224	Percutane coronaire interventie klasse 2   Zonder VPLD   Hartoperatie/hart-/longtransplantatie, of
979001225	Percutane coronaire interventie klasse 1   Met VPLD   Hartoperatie/hart-/longtransplantatie, of
979001226	Percutane coronaire interventie klasse 1   Zonder VPLD   Hartoperatie/hart-/longtransplantatie

En

Diagnosecode:  
202 Angina pectoris, stabiel

Van de genoemde combinatie van declaratiegegevens wordt 40% door ons beschouwd als zorg die niet voldoet aan SW&P.
--

## 2.13 Zinnige Zorg - Verbetersignalement COPD

### Achtergrond en literatuur

Kort samengevat signaleert het programma Zinnige Zorg in het verbeteringsignalement<sup>75</sup>:

- Er is slechts bewijs van effectiviteit voor minder intensieve vormen van longrevalidatie. Van de complexe multidisciplinaire longrevalidatie is de meerwaarde ten opzichte van minder intensieve longrevalidatie voor COPD-patiënten nog onvoldoende aangetoond.
- Longrevalidatie bij de diagnose "Complex Chronisch Longfalen" (Longgeneeskunde (0322) Diagnose: COPD (1241) Zorgproductcodegroep: 990022) wordt door tertiaire longrevalidatiecentra en het Radboud UMC aangeboden.

Het ZiNI komt tot de conclusie dat in de eerste en tweede lijn oefentherapie en longrevalidatie slechts beperkt worden ingezet in verhouding tot het aantal COPD-patiënten dat er baat bij zou kunnen hebben. Fysiotherapeuten kunnen zich bekwamen in deze vorm van behandelen. Eerst nadat in voldoende mate (duur en intensiteit) ondersteuning in de eerste lijn geleverd is, zou een intensievere behandeling overwogen kunnen worden. Ondanks het feit dat de effectiviteit niet afdoende is bewezen, kan een patiënt in zijn/haar specifieke omstandigheden op die intensievere vorm zijn aangewezen. Vooral nog wordt gesignaleerd, dat er in onvoldoende mate sprake is van 'stepped care'. Uit de door het ZiNI

<sup>75</sup> Zinnige Zorg Verbetersignalement | Zorgtraject van mensen met COPD | ICD-10: J40-J44

gebruikte declaratiegegevens blijkt dat een minderheid van de patiënten fysio- of oefentherapie heeft gehad in de eerste en tweede lijn. Ook constateren zij dat in sommige ziekenhuizen zelfs minder dan 5% van de patiënten met een DBC-COPD wordt verwezen naar fysio- of oefentherapie. In andere ziekenhuizen loopt dit op tot maximaal 35%. Deze praktijkvariatie is niet gerelateerd aan patiëntkenmerken.

Dit staat in schril contrast met de richtlijnen inzake COPD die grote waarde toekennen aan bewegen bij COPD.

De meerwaarde van klinische, complexe multidisciplinaire longrevalidatie zoals die in Nederland in tertiaire centra wordt geboden, ten opzichte van minder intensieve vormen van longrevalidatie moet dan ook voor mensen met COPD als niet aangetoond worden aangemerkt. Het ZINI concludeert dat er én slechts in beperkte mate onderzoek gedaan is naar deze vorm van longrevalidatie; én de kwaliteit van het beschikbare bewijs dat de meerwaarde aan zou moeten tonen ten opzichte van minder intensieve longrevalidatie, laag is.

### **Uitgangspunten analyse van de declaraties**

Specialismecode:

322 Longgeneeskunde

En

Zorgproductcode:

990022 Complex Chronisch Longfalen

En

Diagnosecode:

1241 COPD

Beoordeling:

In de analyse is in kaart gebracht voor welke patiënten bovenstaande combinatie van declaratiegegevens in 2018 heeft plaatsgevonden. Vervolgens is er gekeken of er in de 2 jaar voorafgaand aan de behandeling een declaratie voor fysiotherapie (codes eindigend met 53, 54 of 56) zichtbaar is.

- Heeft deze fysiotherapie plaatsgevonden? De geleverde zorg voldoet dan aan SW&P
- Heeft de fysiotherapie niet plaatsgevonden? De geleverde zorg voldoet dan niet aan SW&P.

Wij beschouwen dan 50% van de zorg als niet SW&P. De reden hiervoor is dat niet altijd alle fysiotherapie behandelingen zichtbaar zijn. Van nieuwe verzekerden kunnen nog geen 2 jaar bij ons verzekerd zijn en/of een verzekerde kan geen aanvullend pakket voor fysiotherapie en mogelijk uit eigen zak de behandeling betalen. Wij kunnen daarom niet met zekerheid zeggen dat deze patiënten daadwerkelijk geen fysiotherapie hebben gehad. We houden hier dus een marge aan.

## 3 Uitwerking per behandeling

### 3.1 Schildwachtkliebiopsie bij Ductaal Carcinoma In Situ (DCIS)

#### Achtergrond en literatuur

Wanneer een borstsparende operatie plaatsvindt in verband met Ductaal Carcinoma In Situ (DCIS) ter voorkoming van mogelijke ontwikkeling tot kanker, is het bijkomend verrichten van een schildwachtkliebiopsie geen SW&P. Dit wordt dan ook afgeraden in de richtlijnen<sup>76</sup>: *“Een SWK-biopsie achteraf wordt niet aanbevolen”*. Het is voor de patiënt wenselijk dat deze verrichting niet meer plaatsvindt bij deze patiëntengroep. Wij kunnen dit niet apart uit declaratiedata isoleren, daarom wordt deze ingreep niet meegenomen in de kwantitatieve uitwerking van deze lijst.

### 3.2 Radiotherapie gehele hersenen bij metastasen

#### Achtergrond en literatuur

WBRT (whole brain radiotherapy oftewel bestraling van gehele hersenen) bij hersenmetastasen is bij de meeste patiënten met hersenmetastasen niet effectief terwijl het wel nare bijwerkingen geeft. De aanbeveling, om standaard bij alle mensen met hersenmetastasen die niet geopereerd kunnen worden of met stereotactische bestraling geholpen kunnen worden (en die twee behandelingen kunnen maar in een kleine minderheid van de gevallen worden gebruikt), staat nog wel in de richtlijn hersenmetastasen uit 2012<sup>77</sup>. Er ontbreekt het bewijs voor effectiviteit van WBRT bij hersenmetastasen, ook bij andere indicaties. Er wordt in de richtlijn niet beargumenteerd waarom de WBRT toch (anders dan in een goed onderbouwde uitzondering) standaard gegeven zou moeten worden. De huidige Nederlandse richtlijn uit zegt het volgende:

*“Hoewel beschouwd als standaardbehandeling is de waarde van WBRT ten opzichte van best supportive care niet goed onderzocht”*

*“Naast de (meestal tijdelijke) bijwerkingen op korte termijn zoals alopecia, misselijkheid, hoofdpijn en vermoeidheid, zijn vooral de mogelijke late bijwerkingen m.b.t. het cognitief functioneren de reden dat de behandeling met WBRT tot discussie leidt.”*

*“Uit de literatuur vallen geen eenduidige conclusies te trekken. Hoewel WBRT als standaardbehandeling voor multipole hersenmetastasen wordt beschouwd is de precieze meerwaarde van WBRT t.o.v. ondersteunende behandeling met steroïden niet goed onderzocht.”*

Steeds vaker wordt er gepleit voor grotere terughoudendheid, zeker in combinatie met stereotactische interventies<sup>78,79</sup>, onder andere ook door een Nederlandse neuroloog vanuit het NKI.<sup>80</sup>

Het is voor de patiënt wenselijk dat deze verrichting alleen nog bij uitzondering plaatsvindt bij deze patiëntengroep. Wij kunnen deze behandelingen niet uit declaratiedata isoleren, daarom wordt deze ingreep niet meegenomen in de kwantitatieve uitwerking van deze lijst. Onze schatting is dat elk jaar ongeveer 1000 Zilveren Kruis verzekerden WBRT ontvangen zonder dat zij hier een indicatie voor hebben, terwijl zij wel de bijwerkingen krijgen.

<sup>76</sup> [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/borstkanker/dcis/swk\\_biopsie.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/borstkanker/dcis/swk_biopsie.html)

<sup>77</sup> Richtlijn hersenmetastasen, 2011

<sup>78</sup> Choosing Wisely NICE aanbeveling: Voeg niet standaard als routine WBRT toe aan een gelokaliseerde interventie (stereotactische interventies) in geval van een beperkt aantal hersenmetastasen.

<sup>79</sup> Whole brain radiation for some patients with brain metastases worsens cognitive decline, NIH, national cancer institute, 2015.

<sup>80</sup> <https://www.oncologieinperspectief.avl.nl/media/820115/1%20II%20Verlies%20van%20hersenvoer%20door%20bestraling%20van%20de%20hersenen%20-%20Boogerd.pdf>

### 3.3 Sclerocompressietherapie (SCT) bij varices anders dan bij EN verzekerde zorg indicaties ZiNI EN uitzonderingssituatie ulcus cruris venosum of (preventie van) recidief ulcera of behandeling van verzekerde indicatie die gemotiveerd niet op een andere wijze te behandelen is

#### Achtergrond en literatuur

De diagnostiek en behandeling van varices (spataderen) is medisch noodzakelijk en behoort tot de verzekerde zorg van de Zorgverzekeringswet (Zvw) als voldaan wordt aan de voorwaarden die in 2014 gesteld zijn door het ZINI. SCT bij varices is door het ZINI niet als verzekerde prestatie aangemerkt bij stamvarices<sup>81</sup> <sup>82</sup>. Wij verwijzen voor de onderbouwing hiervan naar de betreffende uitspraak. SCT is ineffectief bij verzekerde indicaties voor varices behandeling en leidt vaker tot een heringreep, daarom is het ook geen SW&P.

SCT kan alleen bij uitzonderingen worden toegepast, wanneer echt niet op andere wijze is te behandelen.

Toch hebben we ook in de afgelopen periode weer bedragen teruggevorderd tijdens materiële controles omdat de SCT bij stamvarices is ingezet (waarbij het niet effectief is) of is ingezet bij een niet verzekerde (cosmetische) indicatie. Om deze reden staat dit onderwerp in deze lijst voor de toelichting bij het beleid Juiste Zorg. Gezien het feit dat het niet objectief uit in declaratiedata te isoleren is, wordt deze ingreep niet meegenomen in de kwantitatieve uitwerking van deze lijst.

### 3.4 Radiotherapie bij benigne aandoeningen

#### Achtergrond en literatuur

Radiotherapie bij de diagnosecode benigne aandoeningen is geen SW&P. In een Circulaire van ZN<sup>83</sup> van juni 2018 is onderbouwd dat radiotherapie bij de diagnoses M. Dupuytren, M. Ledderhose, Achillodynieën en Epicondylitiden geen behandeling is die voldoet aan de criteria voor SW&P.

Wij verwachten daarom een afbouw van deze zorg. In onze declaraties zien wij inderdaad een daling en is de omvang op dit moment per instelling te klein om analyse per instelling te maken. Wij nemen het nog steeds op in deze lijst om aandacht te blijven vragen voor dit onderwerp.

---

<sup>81</sup> Invasieve behandeling varices: wanneer te verzekeren basiszorg? ZiNI, 2014

<sup>82</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/convenant/2017/02/20/afspraken-over-aanspraken-en-declaraties-chronische-oppervlakkige-veneuze-pathologie-spataderen>

<sup>83</sup> <https://www.zn.nl/336986126/Document?documentregistratieid=3175317505> radiotherapie bij benigne aandoeningen

### 3.5 Implanterbare neurostimulatoren, anders dan binnen de voorwaardelijke toelatingstrajecten en de vigerende standpunten van het ZiNI

#### **Achtergrond en literatuur**

De afgelopen jaren heeft ZiNI diverse uitspraken gedaan over neurostimulatie en neuromodulatie<sup>84</sup>. Deze standpunten en uitspraken zijn uitgangspunt bij onze zorginkoop.

Op 12 november 2019 heeft het ZiNI een standpunt uitgebracht over neuromodulatie bij chronische pijn. In dit standpunt concludeert ZiNI, dat neuromodulatie voor een aantal aandoeningen onder de basisverzekering valt en voor een aantal niet. Voor patiënten met chronische pijn die al met neuromodulatie zijn behandeld en geen verzekerde indicatie hebben, is een overgangsregeling opgesteld. De aanbieders die neuromodulatie bij chronische pijn aanbieden dienen gecertificeerd te zijn door de NVA en te voldoen aan in standpunt geformuleerde overgangsregeling.

Bij neuromodulatie krijgt de patiënt operatief een klein apparaat in het lichaam geïmplant. Dit moet pijnprikkels tegenhouden.

Aandoeningen waarbij neuromodulatie wordt vergoed

Neuromodulatie via *Spinal Cord Stimulation* (SCS) of *Dorsal Root Ganglion Stimulation* (DRGS) wordt vergoed voor de volgende aandoeningen:

1. failed back surgery syndroom (FBSS) met aanhoudende radiculare (uitstralende) beenpijn na een rugoperatie (SCS).
2. failed neck surgery syndroom (FNSS) met aanhoudende radiculare (uitstralende) armpijn na een nekoperatie(SCS);
3. complex regionaal pijnsyndroom (CRPS, verstoring van weefsel na een ongeluk of operatie) met voet- of beenpijn (SCS en DRGS);
4. complex regionaal pijnsyndroom anders dan onder 3 (SCS);
5. pijnlijke diabetische neuropathie (PDN, zenuwpijn door suikerziekte) en dunnevezelneuropathie (ziekte waarbij dunne zenuwvezels zijn aangedaan, SCS).

Voor deze aandoeningen geldt, dat neuromodulatie uit het basispakket wordt vergoed als het protocol is gevolgd voor de indicatiestelling en de behandeling. Dat betekent dat het om volwassen patiënten gaat, bij wie onder andere:

- sprake is van ernstige pijn;
- de proefbehandeling positief is; en
- de indicatiestelling plaatsvindt in multidisciplinair teamverband.

Dit jaar hebben wij geen kwantitatieve analyse gemaakt van de declaraties voor deze aandoening. In onze overeenkomst voor 2021 zullen wij wel een specificatie hierover opnemen voor deze zorg.

---

<sup>84</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2011/11/22/occipitale-neurostimulatie-bij-chronische-clusterhoofdpijn>  
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2008/12/15/sacrale-neurostimulatie-modulatie-bij-faecale-incontinentie-eeen-te-verzekeren-prestatie>  
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2007/07/27/neurostimulatie-en-microvasculaire-decompressie-mvd-bij-tinnitus-is-geen-te-verzekeren-prestatie>  
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2014/11/24/standpunt-sacrale-neurostimulatie-bij-kinderen-en-volwassenen-met-therapieresistente-functionele-obstipatie>  
<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/v/voorwaardelijke-toegelaten-zorghttps://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/spijsvertering-en-mondzorg/voorwaardelijke-toelating-sacrale-neuromodulatie-bij-therapieresistente-functionele-obstipatie-met-vertraagde-darmpassage>  
<https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/zenuwstelsel/occipitale-zenuwstimulatie-bij-medicamenteus-onbehandelbare-chronische-clusterhoofdpijn>  
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2007/09/07/transcraniele-magnetische-stimulatie-bij-tinnitus-oorsuizen-geen-te-verzekeren-prestatie>  
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2019/11/12/standpunt-neuromodulatie-bij-chronische-pijn>

### 3.6 Oncologische Medisch Specialistische Revalidatie (MSR) tenzij duidelijk gemotiveerd dat er sprake is van meervoudige complexe problematiek waarbij sprake is van interactie tussen de behandeldoelen en/ of ernstige functiestoornissen OF waarbij eerst alle andere minder dure behandelopties zijn doorlopen en onvoldoende effect hebben gesorteerd;

#### Achtergrond en literatuur

In de richtlijn oncologisch revalidatie van het IKNL uit 2011<sup>85</sup> wordt de term MSR of medisch specialistische revalidatie niet genoemd. Er wordt gesteld: “*Het is aannemelijk dat inspanningstherapie na afloop van de behandeling voor solide tumoren kanker gerelateerde vermoeidheid verbetert.*”

Blijkt er sprake van complexe en onderling samenhangende problemen en is interdisciplinaire behandeling nodig, waarbij onderlinge afstemming van het behandelplan noodzakelijk is, dan vindt verwijzing plaats naar interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. Als sprake is van problematiek op verscheidene vlakken (meervoudig), maar dit niet complex is, dan geeft de richtlijn aan dat behandeling door naast elkaar bestaande monodisciplinaire behandelingen, gecoördineerd door een medisch specialist/oncoloog, mogelijk geïndiceerd is. Dit is dus geen medisch-specialistische revalidatie.

In deze richtlijn wordt ook een voorbeeld genoemd van wat we moeten verstaan onder complexe problematiek: “*Bij complexe problematiek (bijvoorbeeld amputatie na osteosaroom) is er sprake van een sterke interactie tussen problemen op fysiek gebied en psychosociaal gebied en/of van zeer uitgebreide functiestoornissen dat interdisciplinaire behandeling door een revalidatiegeneeskundig team noodzakelijk is.*”

De conceptrichtlijn MSR bij oncologie is te raadplegen<sup>86</sup>. De richtlijn komt tot de conclusie: “De effectiviteit van interdisciplinaire medische specialistische revalidatie bij oncologie tijdens de in opzet curatieve behandeling op de geselecteerde uitkomstmaten is vooralsnog onbekend. Er is onderzoek geweest die deze benadering vergelijkt met monodisciplinaire interventies.

Er is een studie beschikbaar waarin: “het effect van fysieke revalidatie vergeleken (is) met een combinatie van fysieke revalidatie en cognitieve gedragstherapie (CGT) bij patiënten wier laatste antikankerbehandeling minstens 3 maanden geleden was en die naast fysieke ook psychische en andere klachten hadden. Er werden geen verschillen in effect waargenomen op het uithoudingsvermogen of kwaliteit van leven.” In een open label trial die na 1 jaar na afsluiten van de behandeling gestart werd, waren dergelijke effecten wel te vinden, maar, wetenschappelijk gezien, is een open label trial inferieur aan een RCT, vanwege de grote kans op vertekening van de uitkomsten.

Het ZiNI heeft in 2015<sup>87</sup> ook al geconstateerd dat het onduidelijk is wie na kanker baat zou hebben bij MSR. Zij stelt (zonder nog te hebben gekeken naar de SW&P) dat in elk geval de meeste patiënten na kanker niet voor MSR in aanmerking zullen komen:

Bij enkelvoudige problematiek is verwijzing door de oncoloog naar de eerste lijn aangewezen.

Bij meervoudige problematiek is oncologische revalidatie door een multidisciplinair revalidatieteam onder leiding van de oncoloog aangewezen.

Bij complexe en samenhangende problematiek kan er sprake zijn van verwijzing naar een revalidatiearts voor een consult. De revalidatiearts beoordeelt of terugverwezen kan worden met een advies of dat MSR noodzakelijk is.

We weten niet precies hoe de oncologische revalidatie meestal gecodeerd wordt, (mogelijk ook als overige pijn of als overige orgaanstoornissen). Gezien het feit dat het daarom niet objectief uit de declaratiedata te isoleren is, wordt deze ingreep niet meegenomen in de kwantitatieve uitwerking van deze lijst.

<sup>85</sup> Richtlijn oncologische revalidatie, IKNL, 2011

<sup>86</sup> Conceptrichtlijn Medisch Specialistische Revalidatie bij Oncologie, maart 2017, versie 2.0 <https://www.oncoline.nl/medisch-specialistische-revalidatie-bij-oncologie>

<sup>87</sup> Rapport Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoalsrevalidatieartsen plegen te bieden. ZiNL, 2015 (blz. 30 en volgenden)



### 3.7 Zinnige Zorg – Verbetersignalement zorg bij artrose van knie en heup

#### Achtergrond en literatuur

In juni 2014 is het 'Verbetersignalement zorg bij artrose van knie en heup'<sup>88</sup> gepubliceerd door het Zorginstituut(ZiNI). In dit signalement staan afspraken die het ZiNI met alle betrokken partijen heeft gemaakt om de zorg bij artrose van knie en heup te verbeteren. Het ZiNI constateert dat alle betrokken partijen constructieve acties hebben ondernomen, waardoor de voorwaarden voor meer doelmatige inzet van beeldvormende diagnostiek en selectievere protheseplaatsing grotendeels zijn gerealiseerd. Het Zorginstituut is het moment van het beschikbaar maken van dit document nog bezig met een evaluatie. Daarin wil zij aan de hand van kwantitatieve gegevens nagaan in hoeverre de verbeterafspraken zijn bereikt. Bij een tussenmeting in 2018 werd geconstateerd dat er in kwantitatieve zin nog niet veel verandering kon worden gezien in de jaren 2014 en 2015.

Het consequenter toepassen van stepped care dan in de praktijk het geval was, is een belangrijk onderdeel van de verbeterafspraken. De inzet van fysio- en oefentherapie is een onderdeel van stepped care. Daarom gaan het ZiNI in kaart brengen in hoeverre patiënten voorafgaand aan een gewrichtsvervangende operatie fysio- of oefentherapie hebben ontvangen. Toen ZiNI het verbetersignalement uitbracht, konden dit nog onvoldoende in beeld gebracht worden vanwege het ontbreken van data. Inmiddels is afgesproken hoe de definitieve nulmeting wordt uitgevoerd. Deze nulmeting geeft een overzicht van de toepassing van zorg voor artrose bij knie en heup in 2014. In 2019 zal deze zorg op een vergelijkbare manier in kaart worden gebracht.

Zilveren Kruis wil in haar analyses graag aansluiten bij de methode van het ZiNI, daarom is deze behandeling nog niet door ons gekwantificeerd. Het evaluatierapport van het ZiNI wordt naar verwachting in het 3e kwartaal van 2020 gepubliceerd.

---

<sup>88</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/bewegingsapparaat/zinnige-zorg---artrose-knie-heup-evaluatiefase>

### 3.8 Zinnige Zorg – Verbetersignalen bij kanker

#### Achtergrond en literatuur

Zorginstituut Nederland heeft in 2015 in het kader van het programma Zinnige Zorg<sup>89</sup> een systematische doorlichting uitgevoerd voor de zorg van het ICD-10 domein 'Nieuwvormingen' (C00-D48). De analyse was specifiek gericht op de nazorg bij de 5 meest voorkomende kwaadaardige aandoeningen. Het perspectief van de patiënt en de zorg die deze nodig heeft vormden het uitgangspunt van elke doorlichting. Op grond van de systematische analyse en de inbreng van partijen tijdens de gezamenlijke bijeenkomsten en in de consultaties zijn er toen 5 verdiepingsonderwerpen benoemd.

De 5 geselecteerde onderwerpen zijn:

- Zinnige Zorg verbetersignaleмент: 'Zorg in de laatste levensfase bij mensen met ongeneeslijke darmkanker of longkanker'<sup>90</sup>
- Zinnige Zorg verdiepingstraject zinnig nacontrole bij patiënten met niet-melanoom huidkanker of actinische keratose<sup>91</sup>
- Zinnige Zorg verbetersignaleмент: Zinnige nacontrole bij vrouwen behandeld voor borstkanker<sup>92</sup>
- Zinnige Zorg verbetersignaleмент: Zinnig gebruik van geneesmiddelen bij patiënten met castratie refractair prostaatacarcinoom<sup>93</sup>
- Zinnige Zorg verbetersignaleмент: Dure oncolytica - Zinnig gebruik van dure geneesmiddelen bij het uitgezaaide niercelcarcinoom<sup>94</sup>

#### Darmkanker of longkanker

Op 29 september 2017 publiceerde het Zorginstituut het Verbetersignaleмент 'Zorg in de laatste levensfase bij mensen met longkanker of darmkanker'. Inmiddels is ook de voortgangsrapportage verschenen, gecombineerd met de voortgang betreffende prostaatacarcinoom.<sup>95</sup> Het voornemen van het Zorginstituut is om in de zomer van 2021 contact op te nemen met de betrokken stakeholders en mogelijk een vervolgbijeenkomst organiseren om te vernemen welke acties zijn ondernomen ten aanzien van de actiepunten.

Eén van die actiepunten betrof de registratie van een langer consult. Inmiddels heeft de NZA een aantal zorgactiviteiten palliatieve zorg als onderdeel van de dbc-productstructuur ontwikkeld. In de dbc-productstructuur is het vanaf 2018 mogelijk om een 'uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging' te registreren. Wij achten het nu nog te vroeg om een zinvolle analyse op grond van de declaraties te maken van de toepassing van deze mogelijkheid.

#### Niet-melanoom huidkanker of actinische keratose

Basaalcelcarcinoom (BCC), plaveiselcelcarcinoom (PCC) en de (pre)maligniteit actinische keratose (AK) zijn de belangrijkste vormen van niet-melanoom huidkanker. Door de vergrijzing van de bevolking en de toegenomen blootstelling aan zon zal het aantal patiënten met niet-melanoom huidkanker of actinische keratose in de nabije toekomst toenemen. Hierdoor neemt mogelijk ook het aantal mensen toe dat zorg en controle na de initiële behandeling (nacontrole) nodig heeft. Het Zorginstituut is samen met de (relevante) stakeholders tot de conclusie gekomen dat het geen toegevoegde waarde heeft om een verbetersignaleмент op te stellen om de nazorg bij niet-melanoom huidkanker of actinische keratose te verbeteren. Er zijn richtlijnen en huisartsen standaard aangepast en deze bieden houvast voor het verbeteren van de invulling van de nazorg bij niet-melanoom huidkanker of actinische keratose. Het Zorginstituut komt nog met informatie over de voortgang van het implementatie proces. Wij concluderen dat het niet goed mogelijk is op grond van declaratiedata een analyse te maken.

#### Borstkanker

<sup>89</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/zinnige-zorg---doorlichting-van-het-basispakket>

<sup>90</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/rapport/2017/09/29/verbetersignaleмент-zorg-in-de-laatste-levensfase-longkanker-en-darmkanker>

<sup>91</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/brief/2018/10/24/zinnige-zorg-verdiepingstraject-zinnig-nacontrole-bij-patienten-met-niet-melanoom-huidkanker-of-actinische-keratose-brief-aan-vws-en-stakeholders>

<sup>92</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/kanker/zinnige-zorg---borstkanker-nacontrole-implementatiefase>

<sup>93</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/publicaties/brief/2018/08/23/zinnige-zorg---afronding-implementatie-zinnig-gebruik-van-dure-geneesmiddelen-bij-het-castratierefractair-prostaatacarcinoom>

<sup>94</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2018/01/31/zinnige-zorg-verbetersignaleмент-dure-oncolytica---zinnig-gebruik-van-dure-geneesmiddelen-bij-het-uitgezaaide-niercelcarcinoom>

<sup>95</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/04/24/voortgangsrapportage-zz-kanker-darm-long-prostaat>

De nacontrole bij borstkanker wordt zinniger wanneer er rekening gehouden wordt met het daadwerkelijk individuele risico op de eventuele terugkeer van de ziekte. De kans dat (eerder behandelde) borstkanker namelijk opnieuw optreedt, ligt voor de meeste vrouwen laag, maar bij anderen hoger. Er zijn inmiddels een aantal verbeteringen ingezet om tot betere risicostratificatie te komen. In hoeverre dit zal leiden tot daadwerkelijke vermindering van kosten voor de nacontrole van borstkanker is op grond van de declaratiedata waarover wij beschikken niet te bepalen. We wachten de voortgangsrapportage van het Zorginstituut af om te zien of nadere analyses gemaakt kunnen worden. Naar verwachting zal dat in de loop van 2020 verschijnen.

#### Castratie refractair prostaatkarcinoom

Castratie refractair prostaatkanker (CRPC) is het laatste stadium van prostaatkanker en wordt als ongeneeslijk beschouwd. De inzet van geneesmiddelen bij CRPC is de afgelopen jaren sterk geëvolueerd. Er zijn meer middelen beschikbaar gekomen en middelen kunnen in meer fases van de ziekte worden ingezet waardoor patiënten een langere overleving en betere kwaliteit van leven kunnen hebben. In april 2018 is al geconstateerd dat de verbeteringsignalen door alle relevante partijen met urgentie zijn opgepakt en dat er veel initiatieven een structurele plek hebben gekregen in de dagelijkse praktijk. De verbeteringsignalen voor de inzet van dure geneesmiddelen in de laatste levensfase worden meegenomen in de implementatiefase van het grotere Zinnige Zorg traject 'zorg in de laatste levensfase bij mensen met long- en darmkanker' vanwege de sterke inhoudelijke samenhang tussen deze twee onderwerpen. Hierdoor kan dit onderwerp integraal worden geïmplementeerd in een overkoepelend traject wat inmiddels gestart is. Er wordt gewerkt aan een invoering van advance care planning. Wij achten het nu nog te vroeg om een zinvolle analyse op grond van de declaraties te maken.

#### Niercelcarcinoom

In het kader van het verbeteringsignalement over de zorg met dure geneesmiddelen bij niercelkanker is door het Zorginstituut onderzoek gedaan. Het onderzoek bevestigt voor de periode van 2008-2015, de observatie van de richtlijnanalyse uit 2011 dat ongeveer de helft van de patiënten een van de richtlijn afwijkend advies voor eerstelijnsbehandeling kreeg. Of hier sprake was van gepaste inzet van geneesmiddelen is echter niet goed te bepalen op basis van de beschikbare data. De geneesmiddelen voor deze en andere kankers veranderen echter snel. Wij volgen de berichtgeving over implementatie van het verbeteringsignalement van het ZiNI om te bezien in hoeverre wij vanuit declaratiedata het gepast gebruik zichtbaar kunnen maken.

---