

# NVA Doelmatig- heidsagenda

klinisch  
evaluatie-  
onderzoek



NEDERLANDSE  
VERENIGING VOOR  
**ANESTHESIOLOGIE**

# INHOUD

## 1 De NVA en haar kwaliteitsbeleid

## 2 Aanpak en methodologie

- 2.1 Inventarisatie van kennishiaten
- 2.2 Filteren van de longlist
- 2.3 Valideren en prioriteren

## 3 Resultaten

- 3.1 Geprioriteerde onderzoeksvragen: de top 10
- 3.2 Toelichting bij de top 10 onderzoeksvragen

## 4 Implementatie

### **Leeswijzer**

*Hoofdstuk 2 beschrijft de methodologie die is gebruikt om tot een agenda te komen. De resultaten van het project worden beschreven in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 gaat tot slot in op de stappen die nodig zijn voor implementatie en praktische realisatie van de doelmatigheidsagenda.*



### PROJECTGROEP

Prof. Dr. Christa Boer  
Dr. L. van den Broek  
Prof. Dr. M.W. Hollmann  
R.T. Werle  
R.G.M. Hortensius

# 01 De NVA en haar kwaleits- beleid

De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie heeft als missie het leveren van veilige en doelmatige anesthesiologische zorg voor de patiënt. Deze zorg wordt geleverd door de anesthesioloog, die als spil in een team met anesthesiologische deskundigheden zorgt voor de juiste zorg, op de juiste plek, op het juiste moment. Het vastleggen van anesthesiologische deskundigheden, maar ook van uitkomsten van anesthesiologische zorg, geeft inzicht in de waarde van de individuele anesthesioloog in het anesthesiologische zorgteam. Om een doelmatigheidsagenda te kunnen realiseren, heeft het bestuur van de NVA een projectgroep ingesteld.

Met het opstellen en actueel houden van een verenigingsbrede agenda voor klinisch evaluatieonderzoek en het op basis van de uitkomsten doorontwikkelen van de anesthesiologische zorg, neemt de anesthesiologische beroepsgroep het initiatief en de verantwoordelijkheid in het onderzoek naar doelmatige zorg en de waarde van de anesthesioloog in het zorgteam.

Zorgevaluatie is onderzoek naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van een (be)handeling die al onderdeel uitmaakt van de gebruikelijke zorg. Zorgevaluaties geven antwoord op de vraag of een patiënt wel baat heeft bij een bepaalde behandeling, of op de vraag welke behandeling meer doelmatig is dan de andere behandeling. Hiermee kan niet alleen gezondheidswinst voor de patiënt bereikt worden, maar kunnen ook onnodige kosten worden bespaard. Het opstellen van een doelmatigheidsagenda is een eerste stap in het proces van zorgevaluatie. Deze agenda beschrijft de belangrijkste kennishiaten binnen een discipline. In een kennisagenda kunnen ook andere typen kennishiaten dan over medische behandelingen zijn opgenomen, zoals bijvoorbeeld de organisatie van zorg of innovatieve onderwerpen.

Zorgevaluatie is een belangrijk onderdeel van het medisch-specialistische kwaliteitsbeleid. Het uitgangspunt bij het integraal kwaliteitsbeleid van de NVA kan grafisch worden weergegeven in de zogenoemde

**Deze kwaliteitscirkel** geeft een aantal stappen of stadia weer: het beschrijven van goede zorg in richtlijnen of andere kwaliteitsdocumenten voor het medisch handelen, deze richtlijnen vervolgens implementeren en daarna evalueren of de implementatie ook daadwerkelijk plaatsvindt en de kwaliteit van zorg verbetert. Tot slot kan ofwel de implementatie verbeterd worden, ofwel blijkt dat er nieuwe kennis nodig is om richtlijnen aan te passen om weer betere zorg te krijgen. Met de resultaten van het uitgevoerde evaluatieonderzoek kunnen nieuwe richtlijnen worden ontwikkeld of bestaande NVA-richtlijnen worden geactualiseerd waarna we weer terug zijn bij de eerste stap van de cirkel.



figuur 1

# 02 Aanpak/ methodologie

Om te zorgen dat een breed gedragen onderzoeksagenda zou worden opgesteld, heeft het NVA bestuur een projectgroep ingesteld met daarin een optimale mix van anesthesiologen met zowel kennis van de dagelijkse praktijkvoering als ook met ruime ervaring in het (klinisch) onderzoek en die zowel afkomstig zijn uit de academie als uit de periferie. De leden zijn geworven binnen de Raad van Hoogleraren en de kwaliteitscommissies.

De activiteiten die binnen dit project zijn uitgevoerd kunnen worden opgesplitst in de volgende onderdelen en worden in de volgende paragraaf beschreven:

- 2.1 het inventariseren en opstellen van een 'longlist' met kennishiaten in het geneeskundig handelen in de anesthesiologie;
- 2.2 het filteren van de lijst
- 2.3 het valideren en prioriteren van de onderwerpen / hiaten op de lijst

## 2.1 Inventarisatie van kennishiaten

De inventarisatie van onderwerpen en de wetenschappelijke onderbouwing van het dagelijks geneeskundig handelen in de anesthesiologische zorg heeft plaatsgevonden door:

- een enquête onder een selecte steekproef van anesthesiologen en overige belanghebbenden zoals de assistenten in opleiding tot anesthesioloog (via de CASA), anesthesiemedewerkers (via de NVAM) en patiëntenverenigingen (via Patiëntenfederatie Nederland).
- het screenen van kennishiaten in bestaande richtlijnen (conclusies met niveau bewijskracht 3/4 of laag/zeer laag; aanbevelingen voor verder onderzoek).

a. Aan de afdelingshoofden anesthesiologie uit de acht UMC's is gevraagd om 2 á 3 perifere anesthesiologen uit hun Opleidings- en Onderwijs Regio (OOR) te selecteren die het klinisch-wetenschappelijk onderzoek in hun aandachtsgebied hebben. Vervolgens zijn zowel de afdelingshoofden uit de UMC's als de genoemde contactpersonen uit de perifere klinieken door de voorzitter van de NVA uitgenodigd om, in gezamenlijkheid met hun collega's uit de afdeling, vakgroep of maatschap, input te leveren voor het opstellen van een gezamenlijke doelmatigheidsagenda van de NVA. Concreet is hen gevraagd de drie belangrijkste doelmatigheidsvraagstukken binnen de anesthesiologie te benoemen en deze te formuleren in de vorm van een onderzoeksvraag. Aan de CASA, (het bestuur van) de NVAM en aan een selectie van patiëntenverenigingen is dezelfde vraag gesteld. Het maken van een selectie van patiëntenverenigingen is gezamenlijk gedaan door de projectgroep en de Patiëntenfederatie; de uitnodiging is vergezeld gegaan met een toelichting van de Patiëntenfederatie. Het maken van een goede selectie is niet eenvoudig omdat de anesthesiologie, met uitzondering van de 'pijnpatiënten', niet gericht is op specifieke patiëntengroepen. Vanuit 8 UMC's en 13 perifere klinieken en vanuit de arts-assistenten (CASA) zijn in totaal 70 vragen / vraagstukken geformuleerd. Van de 70 vragen hadden 34 vraagstukken betrekking op de organisatie van anesthesiologische zorg, in het bijzonder de organisatie van de preoperatieve poli maar ook de inzet van anesthesiemedewerkers, Physician Assistants en Verpleegkundig Specialisten in het anesthesiologische deskundigheidsgebied. Door de NVAM zijn 3 vraagstukken aangeleverd, via de Patiëntenfederatie hebben 7 patiëntenverenigingen in totaal 20 vraagstukken ingediend.

b. De NVA is de (mede-)initiatiefnemer van 12 richtlijnen die vanaf 2007 zijn uitgekomen. Door de projectgroep zijn de 5 richtlijnen gescreend op conclusies met een laag niveau van bewijskracht (niveau 3 en 4 of laag). In sommige richtlijnen worden al kennishiaten benoemd; deze zijn eveneens meegenomen in de inventarisatie. Uit de screening van kennishiaten in de bestaande richtlijnen pijngeneeskunde is nog eens een aantal van 69 hiaten aan de longlist toegevoegd.



## 2.2 Filteren van de longlist

Na het opstellen van de longlist met uiteindelijk 162 vraagstukken / hiaten heeft de projectgroep de lijst gefilterd door:

- het ontdebellen en waar mogelijk bundelen van vraagstukken,
- het beoordelen of sprake was van reeds lopend of al afgerond onderzoek,
- het beoordelen van de vragen op onderzoekbaarheid:
  - is een probleem of een vraagstuk om te zetten in een onderzoekbare vraagstelling (PICO),
  - is de te onderzoeken (te includeren) populatie van voldoende omvang,
  - is de uitkomstmaat voldoende 'hard'.

Na deze filtering zijn 19 vragen overgebleven op de shortlist. Voordat deze vraagstukken de prioriteringsronde zijn ingegaan, is met de Patiëntenfederatie deze shortlist doorgenomen, toegelicht en waar nodig inhoudelijk aangevuld.

## 2.3 valideren en prioriteren

In de laatste stap bij het opstellen van de doelmatigheidsagenda zijn de 19 overgebleven vragen van de shortlist geprioriteerd. De 19 vraagstellingen zijn in te delen in drie categorieën: preventie postoperatieve complicaties / verbeteren functioneel herstel (8x), pijnbestrijding: postoperatief en chronisch en organisatie / doelmatigheid (1x). De prioriteringsronde heeft digitaal plaatsgevonden. Hiervoor zijn alle anesthesiologen en overige belanghebbenden zoals de assistenten in opleiding tot anesthesioloog (via de CASA), anesthesiemedewerkers (via de NVAM) en patiëntenverenigingen (via de Patiëntenfederatie), die in de inventarisatieronde zijn aangeschreven wederom benaderd, nu met de uitnodiging om deel te nemen aan de prioriteringsronde. Bij iedere onderzoeksvraag moest de vraag beantwoord worden in hoeverre men het er mee eens was dat de onderzoeksvraag prioriteit kreeg. Dit kon worden aangegeven op een vijfpuntschaal (van helemaal niet mee eens tot helemaal eens). Gevraagd werd om bij het prioriteren de volgende aspecten in gedachte te houden:

- relevantie (ernst, incidentie/prevalentie, kosten);
- urgentie;
- onderzoekbaarheid / haalbaarheid;
- impact: op vakgebied of de maatschappelijke impact;
- past bij de thema's van de patiëntenorganisaties (lange termijn effecten, complicaties, patiëntgerichte anesthesie, patiëntgerichte multidisciplinaire samenwerking, betere/snelle diagnostiek).

Bij iedere vraag stond reeds een aantal overwegingen die uit de projectgroep waren aangedragen. Aan de respondenten werd eveneens gevraagd om bij iedere vraag de overwegingen te vermelden bij het al dan niet toekennen van een hoge of lage prioriteit. Ten slotte kon iedereen nog één onderzoeksvraag aandienen die naar de mening van de respondent ontbrak. Het laatste heeft niet geleid tot nieuwe inzichten.

Er zijn 41 vragenlijsten ontvangen: 32 vragenlijsten uit de verschillende NVA-gelederen (8x academisch, 18x perifeer, 6x aios), 8x patiëntenvertegenwoordigers (1x Patiëntenfederatie en 7x patiëntenorganisaties<sup>1</sup>) en 1x de Anesthesiemedewerkers.

Per vraagstelling zijn punten toegekend per respondent naar de mate van prioritering: van heel hoog (2 punten) naar heel laag (-2 punten). Op deze wijze is een rangschikking ontstaan van de 19 onderzoeksvra-

gen en een top-10 per respondentencategorie. In de top-19 is ten slotte handmatig de volgende wijziging aangebracht: de top-19 begint met twee onderzoeksvragen die zowel bij anesthesiologen als bij patiënten in de respectievelijke top-10 zijn geëindigd.

Voor de top-10 is een oriënterende literatuursearch gedaan, naar zowel binnenlandse als buitenlandse studies van lopend onderzoek; dit om onnodige herhaling van onderzoek te voorkomen. Dit heeft geleid tot het verwijderen van twee vraagstellingen<sup>2</sup> en het doorschuiven van twee vraagstellingen die in eerste instantie op plaats 11 en 12 waren geëindigd in de prioritering.

- <sup>1</sup> - Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland  
 - Brandwondenstichting / Vereniging voor Mensen met Brandwonden  
 - Nederlandse Federatie Kankerpatiënten: blaas / nierkanker  
 - Stichting Kind en Ziekenhuis  
 - Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten 'de Wervelkolom' (NVVR)  
 - Whiplash Stichting Nederland  
 - Patiëntenvereniging CRPS
- <sup>2</sup> 2. ontwikkelingsproblemen t.g.v. anesthesie bij kinderen, en  
 4. gebruik tranexaminezuur tijdens tonsillectomieën bij kinderen

## Welke anesthesiologische zorg is het meest werkzaam en doelmatig?



# 03 Resul- taten

Dit hoofdstuk geeft het resultaat weer van de in het vorige hoofdstuk beschreven procedure (3.1). Ieder onderwerp uit de top 10 wordt kort toegelicht (3.2). Vijf vraagstukken betreffen de behandeling van pijn en vijf vraagstukken hebben betrekking op het optimaliseren van het perioperatieve proces met het verminderen van postoperatieve complicaties als uitkomst. Eén onderwerp is specifiek gericht op de organisatie van (perioperatieve) zorg.



## 3.1 Geprioriteerde onderzoeksvragen: de top-10

1. Leidt implementatie van een preoperatieve optimalisatie bundel tot een reductie in postoperatieve complicaties en functioneel herstel ten opzichte van patiënten die niet aan een preoperatieve optimalisatie bundel zijn blootgesteld?
2. Leidt structurele begeleiding van chronische pijnpatiënten middels een app tot minder zorgbehoefte en een beter functioneel herstel in vergelijking met patiënten die niet worden begeleid?
3. Leidt preoperatieve correctie van anemie in hoog-risico patiënten tot een verbetering in postoperatieve complicaties en het functionele herstel ten opzichte van onbehandelde patiënten?
4. Leidt preoperatieve screening van ASA 1 en 2 patiënten door een anesthesiemedewerker / PA / VS of een internet/telefonisch consult tot andere perioperatieve uitkomsten in vergelijking met een preoperatieve screening door een anesthesioloog?
5. Leidt methadon tot een betere pijnbestrijding bij patiënten met pijn bij kanker ten opzichte van andere opiaten?
6. Leidt multimodale postoperatieve pijnbestrijding tot een lager risico op chronische postoperatieve pijn in vergelijking met locoregionale pijnbestrijding bij patiënten die een ingreep ondergaan?
7. Leidt intraoperatieve behandeling van hypotensie volgens een vaststaand protocol in patiënten die algehele anesthesie ondergaan tot minder postoperatieve complicaties ten opzichte van onbehandelde patiënten?
8. Verhoogt toevoeging van diclofenac tot het analgetisch behandelplan tot meer postoperatieve bloedingen dan een behandelplan zonder diclofenac?
9. Leidt multimodale pijnbestrijding tot een betere pijnstilling tijdens de wondbehandeling bij patiënten met brandwonden ten opzichte van de conventionele pijnbestrijding?
10. Leidt een individueel perioperatief pijnbestrijdingsprogramma o.b.v. risicofactoren voor chronische pijn tot minder chronificatie van pijn in vergelijking met standaard pijnbestrijding bij patiënten die wervelkolomchirurgie ondergaan.

## 3.2 Geprioriteerde onderzoeksvragen: de top-10

Toelichting bij de top 10 onderzoeksvragen

Hieronder worden de 10 hoogst geprioriteerde onderzoeksvragen toegelicht. Tevens wordt vermeld hoeveel procent van de respondenten de vraagstelling als hoog of zeer hoog hadden geprioriteerd en de gemiddelde score (-2 = zeer laag, +2 is zeer hoog).

## 1 Leidt implementatie van een preoperatieve optimalisatie bundel tot een reductie in postoperatieve complicaties en functioneel herstel ten opzichte van patiënten die niet aan een preoperatieve optimalisatie bundel zijn blootgesteld?

Wereldwijd is in de afgelopen jaren veel aandacht voor preoperatieve optimalisatie ter verbetering van postoperatieve outcome. Hierbij kan men denken aan optimalisatie van preoperatieve voeding, verkorten van de duur van preoperatieve nuchterheid, behandelen van preoperatieve anemie, preoperatieve rehabilitatie en het voorkomen van onnodige premedicatie. Individueel zullen deze deelaspecten niet tot een significante verbetering in patiënten outcome leiden, maar als bundel zouden deze maatregelen een substantiële verbetering van de perioperatieve zorg kunnen geven. Door het implementeren van de bundel kunnen de uiteindelijke zorgkosten ten gevolge van postoperatieve complicaties afnemen, en daarmee is het onderwerp van groot maatschappelijk en economisch belang.

## 2 Leidt structurele begeleiding van chronische pijnpatiënten middels een app tot minder zorgbehoefte en een beter functioneel herstel in vergelijking met patiënten die niet worden begeleid?

Patiënten zelf medeverantwoordelijk maken voor hun herstel (Patient Empowerment) leidt tot een beter en sneller herstel na de operatie. Het gebruiken van een app geeft patiënten een vorm van digitale zelfcontrole en geïntegreerde feedback. Serious gaming met behulp van smartphones heeft in ander gebieden van de geneeskunde tot groot succes geleid. De unieke combinatie van een 'pijn-app' en patiënt empowerment zou een innovatieve manier kunnen zijn om het herstel van patiënten met chronische pijn te verbeteren. Het maatschappelijke belang van dit onderzoek wordt onder meer duidelijk als men realiseert dat rond de 2 miljoen mensen in Nederland chronische pijn ervaren. Hiervan is een substantieel deel niet mee

## 3 Leidt preoperatieve correctie van anemie in hoog-risico patiënten tot een verbetering in postoperatieve complicaties en het functionele herstel ten opzichte van onbehandelde patiënten?

Recent onderzoek heeft aangetoond dat preoperatieve anemie een risicofactor is voor postoperatieve morbiditeit en mortaliteit bij chirurgische patiënten. Er is echter nauwelijks onderzocht of een preoperatieve correctie van anemie tot een verbetering van de postoperatieve outcome leidt. Kleine onderzoeken suggereren wel dat dit zo is, en ook pathofysiologisch redeneren maakt aannemelijk dat dit effect te verwachten is. Grootschalig onderzoek ontbreekt echter nog. Dit probleem is relevant gezien het feit dat 15-25% van alle chirurgische patiënten met een milde of ernstige vorm van anemie een operatie ingaan.

## 4 Leidt preoperatieve screening van ASA 1 en 2 patiënten door een anesthesiemedewerker / PA / VS of een internet/telefonisch consult tot andere perioperatieve uitkomsten in vergelijking met een preoperatieve screening door een anesthesioloog?

Jaarlijks ondergaan 1-2 miljoen patiënten een operatie, en 70% van deze populatie is geclassificeerd als ASA I of ASA II, patiënten met een laag anesthesierisico. In het kader van taakherschikking en taakverschuiving wordt geopperd dat het niet noodzakelijk zou moeten zijn dat alle patiënten een fysieke preoperatieve screening door anesthesiologen hoeven te ondergaan. Zowel het wettelijk kader als het beroepskader taakherschikking geven onder voorwaarden ruimte om deze taak aan niet-anesthesiologen over te dragen. Een studie die antwoord op de vraag geeft of preoperatieve screening door niet-anesthesiologen in combinatie met E-health systemen tot een andere postoperatieve uitkomst leidt dan screening uitgevoerd door anesthesiologen, is van groot economisch en maatschappelijk belang.

## 5 Leidt methadon tot een betere pijnbestrijding bij patiënten met pijn bij kanker ten opzichte van andere opiaten?

Methadon heeft een unieke farmacokinetiek en ook farmacodynamiek. Het is een langwerkend opioïd dat niet alleen een effect op opiaatreceptoren maar ook een remmende werking op NMDA receptoren heeft. De werking van opiaten wordt in de praktijk beperkt door een pro-nociceptieve werking die o.a. gemedieerd worden door activatie van NMDA receptoren (Opioïd geïnduceerde hyperalgesie, OIH). Deze OIH kan goed behandeld worden door remming van NMDA receptoren. Methadon leidt veel minder tot OIH omdat de remmende werking op NMDA receptoren de pronociceptief effect tegengaat. Op basis van de unieke werking van methadon en de grote uitdaging van oncologische pijnbestrijding is het zeer wenselijk om deze vraagstelling na te gaan. De werkgroep vindt de maatschappelijke relevantie van deze vraagstelling hoog.

## 6 Leidt multimodale postoperatieve pijnbestrijding tot een lager risico op chronische postoperatieve pijn in vergelijking met locoregionale pijnbestrijding bij patiënten die een ingreep ondergaan?

Tussen de 5-20% van de postoperatieve patiënten ontwikkelen chronische postchirurgische pijn (CPSP). In een landmark artikel van H. Kehlet, gepubliceerd in de Lancet in 2005, werden de maatschappelijke kosten van CPSP als enorm beschreven. Recent onderzoek liet zien dat voor thoracotomiën een regionale anesthesie de incidentie van CPSP zou kunnen verminderen. Aan de ander kant is in een recente Cochrane meta-analyse beschreven dat ketamine het enige is dat de incidentie van CPSP significant zou kunnen verminderen. Welke vorm van anesthesie nu het beste is om de kans op CPSP te verminderen is op basis van gepubliceerde data niet duidelijk. Deze studie zou daarom een belangrijke antwoord op een maatschappelijk relevante vraag kunnen geven.



## 7 Leidt intra-operatieve behandeling van hypotensie volgens een vaststaand protocol in patiënten die algehele anesthesie ondergaan tot minder postoperatieve complicaties ten opzichte van onbehandelde patiënten?

De relevantie van intraoperatieve hypotensie voor de postoperatieve outcome van perioperatieve patiënten is nog steeds onduidelijk. Onderzoek vanuit het UMC Utrecht (Bijker) suggereert dat de impact van intra-operatieve hypotensie in het algemeen beperkt is en alleen bij langereduur en geselecteerde patiënten een klinische relevant probleem is. Meer recent onderzoek liet zien (o.a. Triple low concept van Dan Sessler, Anesthesiology) dat intra-operatieve hypotensie wel degelijk een risicofactor voor een slechte postoperatieve outcome is. Intra-operatieve hypotensie is een vaak voorkomend fenomeen. Duidelijkheid over de rol van intra-operatieve hypotensie op postoperatieve outcome is van groot belang.

## 8 Verhoogt toevoeging van diclofenac tot het analgetisch behandelplan tot meer postoperatieve bloedingen dan een behandelplan zonder diclofenac?

NSAID's (diclofenac) zijn essentieel in het kader van multimodale perioperatieve pijnstilling. Helaas kennen NSAID's ook klinisch relevante nadelen, waaronder de kans op trombocytenaggregatieremming en daarmee in een chirurgisch context mogelijk een verhoogde kans op postoperatieve bloedingen. Postoperatieve nabloedingen zijn een van de belangrijkste risicofactoren voor verlengde opnameduur of heropname in een ziekenhuis en hebben daarmee groot effect op kosten en kwaliteit van zorg. Heldere getallen over de hoogte van het risico van nabloedingen door een kortdurend gebruik van NSAID's, zijn op dit moment onbekend. Het is daarom relevant om dit risico verder te exploreren.

## 9 Leidt multimodale pijnbestrijding tot een betere pijnstilling tijdens de wondbehandeling bij patiënten met brandwonden ten opzichte van de conventionele pijnbestrijding?

Pijn wordt door de International Association for the Study of Pain (IASP) gezien als de vijfde vitale functie. Pijnstilling bij patiënten met brandwonden stelt de anesthesioloog voor een grote uitdaging, terwijl tegelijkertijd pijn een belangrijke factor voor de kwaliteit van leven bij patiënten met brandwonden is; de verwachting van patiënten over pijnbestrijding komt vaak niet overeen met de mogelijkheden die de anesthesioloog kan aanbieden. In hoeverre een multimodaal pijnbeleid tot een beter pijnbestrijding leidt bij patiënten met brandwonden is onbekend. Vanuit patiënten perspectief is deze vraagstelling zeer relevant.

## 10 Leidt een individueel perioperatief pijnbestrijdingsprogramma o.b.v. risicofactoren voor chronische pijn tot minder chronificatie van pijn in vergelijking met standaard pijnbestrijding bij patiënten die wervelkolomchirurgie ondergaan?

Wervelkolomchirurgie leidt tot een relevante incidentie van chronisch postchirurgische pijn (CPSP). Recent zijn er meerdere onderzoeken verschenen die suggereren dat het afnemen van een pijnanamnese preoperatief een goede voorspellende waarde heeft bij welke patiënten postoperatief moeilijk pijn te behandelen is en daardoor een hogere kans op chronificatie van de pijn en het ontwikkelen van CPSP zouden hebben. Een individueel pijnbeleid op basis van de preoperatief gewonnen inzichten in de pijnanamnese van de patiënt zou kunnen leiden tot een beperkt gebruik van medicatie waar het niet nodig is maar onafhankelijk van de WHO pijnladder een veel agressievere pijnbehandeling bij die patiënten die het op basis van de pijnanamnese nodig zouden hebben. Het snelle onderdrukken van pijnprikkels door een patient-tailored behandelplan zou mogelijk leiden tot een betere pijnbestrijding en daardoor vermindering van CPSP bij patiënten die wervelkolomchirurgie moeten ondergaan.





# 4 Imple- men- tatie

De NVA Doelmatigheidsagenda is het startpunt voor het uitvoeren van het evaluatieonderzoek. Het uitvoeren van het onderzoek is geen verenigings-taak; de NVA kan en zal wel een stimulerende rol hierin spelen, bijvoorbeeld door het creëren van een breed draagvlak binnen de vereniging voor de studie maar ook bij het opzetten van een onderzoeksnetwerk, rondom een geagendeerde vraagstelling, waarin meerdere vakgroepen van ziekenhuizen en UMC's participeren.



Een grotere rol heeft de vereniging bij het implementeren van de resultaten van het evaluatieonderzoek. In de inleiding is met de afbeelding van de kwaliteitscirkel het integraal kwaliteitsbeleid van de NVA weergegeven. Het is essentieel om alle elementen van deze kwaliteitscirkel te doorlopen. Dat betekent dat uitkomsten van klinisch evaluatieonderzoek beschreven / herschreven moeten worden in richtlijnen of andere kwaliteitsdocumenten om deze vervolgens te implementeren in de anesthesiologische praktijk. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen op welke richtlijnen de top-10 doelmatigheidsvraagstukken betrekking hebben. Daarna moet worden geëvalueerd of de implementatie ook daadwerkelijk plaatsvindt en de kwaliteit van zorg verbetert. Tot slot kan ofwel de implementatie verbeterd worden, ofwel blijkt dat er nieuwe kennis nodig is om richtlijnen aan te passen om weer betere zorg te krijgen. Door bij zorgevaluatieprojecten, maar waar mogelijk ook in alle andere fases van de kwaliteitscirkel, een gezamenlijke inspanning te vragen en betrokkenheid te leveren van zowel de NVA, de anesthesiologen in de dagelijkse praktijk, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars, worden voorwaarden gecreëerd om de zorg daadwerkelijk doelmatiger en beter te maken. Door het betrekken van 'de patiënt' bij de implementatie van de doelmatigheidsagenda, zal deze beter aansluiten op de behoefte in de dagelijkse praktijk en zullen projectresultaten eerder en met meer succes worden toegepast. Op deze manier komen de uitkomsten van de zorgevaluatie ten goede aan het algemeen maatschappelijk belang.

Naar verwachting zal de Doelmatigheidsagenda Anesthesiologie regelmatig moeten worden geactualiseerd, dit is afhankelijk van de uitvoering van de onderzoeken en van de actualiteiten uit het veld. De werkgroep Doelmatigheidsagenda zal hiertoe aanbevelingen doen door het opstellen en beschrijven van een cyclus die borgt dat de agenda periodiek geactualiseerd wordt.

## Bijlage 1

Overzicht van top-10 onderzoeksvragen in het kader van het doelmatigheidsproject anesthesiologie en de potentiële verbinding met bestaande NVA-richtlijnen en bestaande richtlijnen waaraan de NVA heeft meegewerkt.

### 1. Reductie van postoperatieve complicaties en functioneel herstel door preoperatieve optimalisatie bundel?

#### NVA-richtlijnen:

- o Anesthesie bij kinderen (concept)
- o Preventie van perioperatieve cardiale complicaties bij niet cardiale chirurgie
- o Preventie van perioperatieve pulmonale complicaties bij niet pulmonale chirurgie bij patiënten met een verhoogd risico op pulmonale complicaties

#### Richtlijnen waaraan NVA mee heeft gewerkt:

- o Behandeling van kwetsbare ouderen bij chirurgie (NVKG)
- o Totale heupprothese (NOV)
- o Totale knieprothese (NOV)
- o Diabetes in de 2e lijn (NIV)

### 2. Structurele begeleiding van chronische pijnpatiënten met een app: minder zorgbehoefte en een beter functioneel herstel?

#### NVA-richtlijnen:

- o Pijn bij kanker
- o Wervelkolomgerelateerde pijnklachten van de lage rug
- o Complex Regionaal PijnSyndroom type 1

#### Richtlijnen waaraan NVA mee heeft gewerkt:

- o Chronische aangezichtspijn (NVvHP)
- o Zorg voor patiënten met brandwonden (Brandwondenzorg)
- o Lumbosacraal radiculair syndroom (NVN)
- o Geïnstrumenteerde spinaalchirurgie (NOV) (concept)

### 3. Verbetering in postoperatieve complicaties en het functionele door preoperatieve correctie van anemie in hoog-risico patiënten?

#### NVA-richtlijnen:

- o Anesthesie bij kinderen (concept)
- o Preventie van perioperatieve cardiale complicaties bij niet cardiale chirurgie
- o Preventie van perioperatieve pulmonale complicaties bij niet pulmonale chirurgie bij patiënten met een verhoogd risico op pulmonale complicaties

#### Richtlijnen waaraan de NVA heeft meegewerkt:

- o Behandeling van kwetsbare ouderen bij chirurgie (NVKG)
- o Totale heupprothese (NOV)
- o Totale knieprothese (NOV)

### 4. Preoperatieve screening van ASA 1 en 2 patiënten door een anesthesiemedewerker / PA / VS of een internet/telefonisch consult: andere perioperatieve uitkomsten?

#### NVA-richtlijn:

- o Preoperatief traject

### 5. Leidt methadon tot een betere pijnbestrijding bij patiënten met pijn bij kanker ten opzichte van andere opiaten?

#### NVA-richtlijn:

- o Pijn bij kanker

### 6. Leidt multimodale postoperatieve pijnbestrijding tot een lager risico op chronische postoperatieve pijn in vergelijking met locoregionale pijnbestrijding bij patiënten?

#### NVA-richtlijn:

- o Postoperatieve pijn

#### Richtlijnen waaraan de NVA heeft meegewerkt:

- o Hallux valgus (NOV)
- o Totale heupprothese (NOV)
- o Totale knieprothese (NOV)

### 7. Minder postoperatieve complicaties door intra-operatieve behandeling van hypotensie volgens een vaststaand protocol?

#### NVA-richtlijnen:

- o Anesthesie bij kinderen (concept)
- o Preventie van perioperatieve cardiale complicaties bij niet cardiale chirurgie
- o Preventie van perioperatieve pulmonale complicaties bij niet pulmonale chirurgie bij patiënten met een verhoogd risico op pulmonale complicaties

#### Richtlijnen waaraan de NVA heeft meegewerkt:

- o Behandeling van kwetsbare ouderen bij chirurgie (NVKG)

### 8. Verhoogt de toevoeging van diclofenac tot het analgetisch behandelplan meer postoperatieve bloedingen?

#### NVA-richtlijn:

- o Postoperatieve pijn

### 9. Leidt multimodale pijnbestrijding tot een betere pijnstilling tijdens de wondbehandeling bij patiënten met brandwonden t.o.v. conventionele pijnbestrijding?

#### NVA-richtlijn:

- o Postoperatieve pijn

#### Richtlijn waaraan de NVA heeft meegewerkt:

- o Zorg voor patiënten met brandwonden (Brandwondenzorg)

### 10. Leidt een individueel perioperatief pijnbestrijdingsprogramma o.b.v. risicofactoren voor chronische pijn tot minder chronificatie van pijn in vergelijking met standaard pijnbestrijding bij patiënten die wervelkolomchirurgie ondergaan.

#### NVA-richtlijn:

- o Postoperatieve pijn
- o Wervelkolomgerelateerde pijnklachten van de lage rug

#### Richtlijn waaraan de NVA heeft meegewerkt:

- o Lumbosacraal radiculair syndroom (NVN)
- o Geïnstrumenteerde spinaalchirurgie (NOV) (concept)



**Patiëntenfederatie  
Nederland**  
samen de zorg beter maken

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie  
Mw. dr. C.D. van der Marel, voorzitter NVA  
Postbus 20063  
3502 LB Utrecht

datum 14-3-2018  
ons kenmerk 2018-25  
voor a.tenbrinke@patientenfederatie.nl  
informatie  
uw kenmerk  
onderwerp **Kennisagenda NVA**

Geacht bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie,

Middels deze brief geven wij aan dat de kennisagenda van de NVA met inbreng van patiënten(organisaties) tot stand is gekomen.

De geprioriteerde thema's worden zowel door de specialisten als patiënten onderkend als belangrijke kennishiaten.

Namens Patiëntenfederatie Nederland,

Mr. Heleen Post  
Manager Kwaliteit

**Nederlandse Vereniging voor  
Anesthesiologie**  
Domus Medica  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht

T 030 28 23 385  
E nva@anesthesiologie.nl  
www.anesthesiologie.nl



**NEDERLANDSE  
VERENIGING VOOR  
ANESTHESIOLOGIE**