



NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
ANESTHESIOLOGIE

NVA Kennis agenda 2022

De 17 belangrijkste
anesthesiologische
kennishiaten

INHOUD

1 De NVA en haar kwaliteitsbeleid

2 Aanpak en methodologie

2.1 Opschonen kennisagenda 2018

2.2 Inventarisatie van kennishiaten

2.3 Ontdubbelen en bundelen

2.4 Prioriteren

3 Resultaten

4 Implementatie

Leeswijzer

Deze kennisagenda bestaat uit vier hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk lichten we toe waarom een kennisagenda en kwaliteitsbeleid van belang zijn voor de ontwikkeling van het vakgebied en doelmatige patiëntenzorg. Hoofdstuk 2 beschrijft de methode die is gebruikt om tot deze agenda te komen. De resultaten van de inventarisatie van kennishiaten binnen de anesthesiologie worden beschreven in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 gaat tot slot in op de stappen die nodig zijn voor implementatie en praktische realisatie van de kennisagenda.



Voor u ligt de Kennisagenda Anesthesiologie 2022 van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA). Het is de opvolger van de Doelmatigheidsagenda uit 2018. In deze kennisagenda 2022 worden de belangrijkste anesthesiologische kennishiaten van dit moment beschreven, inclusief een plan voor het wegnemen hiervan met wetenschappelijk onderzoek.

De Kennisagenda Anesthesiologie geeft aan welke kennislacunes volgens anesthesiologen, patiëntenverenigingen en andere betrokken partijen het meest urgent zijn voor uitwerking in de komende jaren. Deze kennishiaten kunnen aanwezig zijn in de dagelijkse zorg voor patiënten, in de samenwerking met andere zorgverleners (zorgpaden) en/of in innovatieve- of wetenschappelijke vraagstukken. De kennisagenda beschrijft welke kennis nodig is om gezondheidswinst voor de patiënt te behalen en meer doelmatige zorg te realiseren.

De agenda vormt het uitgangspunt voor een meerjarenplan voor wetenschappelijk onderzoek, waaronder zorgevaluatie- en doelmatigheidsonderzoek.

PROJECTGROEP

Prof. dr. dr. M.W. (Markus) Hollmann, voorzitter

M.L. (Mark) van Zuylen (Sectie Obstetrische anesthesiologie)

Dr. S. (Susanne) Eberl (Sectie Cardioanesthesiologie)

Dr. J.C. (Jurgen) de Graaff (Sectie Kinderanesthesiologie)

H.J. (Huub) van der Werf (Sectie Urgentiegeneeskunde)

A. (Anton) de Bruin (Sectie Intensive Care)

Prof. dr. A.P. (André) Wolff (Sectie Pijn- en palliatieve geneeskunde)

S. (Selma) Bons (Commissie Kwaliteitsdocumenten)

R.G.M. Hortensius (bureau NVA)

01 De NVA en haar kwaleits- beleid

*Vanaf het eerste moment op de **Poli Anesthesiologie** tot en met het herstel na de operatie staan de **2.200 anesthesiologen (i.o.)** patiënten bij, **waken over hun leven** en zorgen voor zo veel mogelijk **comfort**.*

De NVA en haar kwaliteitsbeleid

Anesthesiologie is essentieel in de huidige gezondheidszorg: jaarlijks ontvangen in Nederland maar liefst 1,2 miljoen mensen anesthesie. En dat terwijl het een relatief jong medisch specialisme is dat aan het begin van de twintigste eeuw nog in de kinderschoenen stond. Inmiddels is het vak anesthesiologie uitgegroeid tot één van de grootste medische specialismen. Vanaf het eerste moment op de Poli Anesthesiologie tot en met het herstel na de operatie staan de 2.200 anesthesiologen (i.o.) patiënten bij, waken over hun leven en zorgen voor zo veel mogelijk comfort. Voor, tijdens en na de operatie. Zodat u zo snel mogelijk veilig en gezond weer naar huis kunt. Daarnaast zorgen anesthesioloog-intensivisten ieder jaar voor zo'n 75.000 patiënten opgenomen op de IC. Ook zijn het anesthesiologen die de traumahelikopter en het pijncentrum bemensen, geven ze ruggenprikken bij bevallingen, verlichten ze vervelende onderzoeken door sedatie en verdooving en zijn ze actief op de spoedeisende hulp. Anesthesiologie is daarmee met recht het kloppend hart van de ziekenhuisorganisatie. Met de kennis en helikopterview over alle poortspecialismen, acute geneeskunde, vitale functies, intensive care, acute- en chronische pijn is de anesthesioloog een echte generalist. Onmisbaar voor het optimaliseren van de zorg voor de patiënt.

Vooruitgang door wetenschap

Duurzame vooruitgang kan niet zonder een stevige wetenschappelijke basis. Daarom houdt de NVA de kennisagenda up-to-date en coördineert en stimuleert de vereniging multicenter wetenschappelijk onderzoek, onder meer door het inrichten van een onderzoeksnetwerk. Met het actueel houden van een verenigingsbrede agenda voor klinisch zorgevaluatieonderzoek nemen we als anesthesiologische beroepsgroep het initiatief en de verantwoordelijkheid in het onderzoek naar doelmatige zorg én naar de waarde van de anesthesioloog in het multidisciplinaire team. Het klinisch zorgevaluatieonderzoek is stevig verankerd in het kwaliteitsbeleid van de vereniging. Dat zorgt ervoor dat de anesthesiologische zorg ook echt doorontwikkeld wordt op basis van de uitkomsten.

Anesthesiologie is **essentieel** in de huidige **gezondheidszorg**: jaarlijks ontvangen in Nederland maar liefst **1,2 miljoen** mensen anesthesie.



Zorgevaluatie

Zorgevaluatie is onderzoek naar de (kosten)effectiviteit 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 of de ene behandeling doelmatiger is dan de andere. Hiermee wordt niet alleen gezondheidswinst voor de patiënt bereikt, maar worden ook onnodige kosten bespaard. Het opstellen van een anesthesiologische kennisagenda is een eerste stap in het proces van zorgevaluatie.

Zorgevaluatie is een cruciaal onderdeel van het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten. Het integraal kwaliteitsbeleid van de NVA gaat uit van de zogenoemde 'kwaliteitscirkel'. Figuur 1 geeft de uitgangspunten van deze cirkel grafisch weer.

De kwaliteitscirkel bestaat uit een aantal stappen of stadia:

1. het beschrijven van goede zorg in richtlijnen of andere kwaliteitsdocumenten voor het medisch handelen;
2. het vervolgens implementeren van deze richtlijnen;
3. evalueren of de implementatie ook daadwerkelijk plaatsvindt en de kwaliteit van de zorg verbetert.
4. In de laatste en vierde stap, 'bijstellen', kan ofwel de implementatie verbeterd worden, ofwel blijken dat er nieuwe kennis nodig is om richtlijnen aan te passen om de zorg verder te verbeteren.



Met de **resultaten** van het uitgevoerde evaluatieonderzoek kunnen we als beroepsgroep **samen met stakeholders** nieuwe richtlijnen **ontwikkelen** of bestaande NVA-richtlijnen actualiseren. Op dat moment zijn we weer terug bij de **eerste stap van de cirkel**.

02 Aanpak/ methodo- logie

De NVA vindt het belangrijk dat de inhoud van deze kennisagenda breed gedragen wordt. Daarom stelde het bestuur een brede projectgroep in met vertegenwoordigers namens de verschillende secties (Kinderanesthesiologie, Cardioanesthesiologie, Obstetrische anesthesiologie, Urgentiegeneeskunde, Intensive Care en Pijn- en Palliatieve geneeskunde) met zowel kennis van de dagelijkse praktijkvoering als veelal ook ruime ervaring in (klinisch) onderzoek. Een vertegenwoordiger uit de Commissie Kwaliteitsdocumenten (CKd) completeerde de projectgroep. De CKd heeft namelijk een belangrijke rol in de ontwikkeling en het onderhoud van richtlijnen en andere kwaliteitsdocumenten.

De projectgroep voerde de volgende activiteiten uit die in de paragrafen hierna nader worden beschreven:

- het opschonen van de Kennisagenda 2018 (2.1);
- het inventariseren van kennishiaten (2.2);
- het ontdebelen en bundelen van de kennishiaten (2.3);
- het prioriteren van de kennishiaten (2.4).

2.1 Opschonen Kennisagenda 2018

De Kennis- of Doelmatigheidsagenda 2018 vormde de basis voor deze kennisagenda 2022. Allereerst zijn de kennisvragen die al onderzocht worden of niet meer relevant zijn, uit deze agenda verwijderd. Er is één vraag uit de vorige agenda geschrapt omdat deze op dit moment onderzocht wordt in het kader van het ZonMw-programma Goed Gebruik Geneesmiddelen. Deze vraag is met toelichting opgenomen in het onderstaande kader.

Vraag uit de Doelmatigheidsagenda 2018

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?

PRETREAT-studie ZonMw

The effect of proactive versus reactive treatment of hypotension on postoperative disability and outcome in surgical patients under anesthesia (PRETREAT): an adaptive, multicenter randomized controlled trial.

Tijdens narcose kan een lage bloeddruk (hypotensie) optreden, wat schade aan organen zoals het hart en de nieren kan veroorzaken. Daarom houdt het anesthesieteam de bloeddruk tijdens een operatie voortdurend in de gaten. Een te lage bloeddruk wordt behandeld met medicatie.

Het is alleen niet duidelijk wanneer de bloeddruk voor een patiënt te laag is. Dit is namelijk voor iedere patiënt verschillend. Uit recent onderzoek blijkt dat de bloeddruk met de huidige aanpak mogelijk toch vaak te laag wordt. Patiënten lopen dan het risico op langdurige orgaanschade. Dit kan grote gevolgen hebben voor het herstel na een operatie.

In dit gerandomiseerd onderzoek gaan de onderzoekers op zoek naar een nieuwe strategie om een lage bloeddruk tijdens een operatie te voorkomen. In plaats van het behandelen van de bloeddruk wanneer deze te laag wordt, wordt geprobeerd te voorkomen dat dit gebeurt. Hiermee wordt beoogd orgaanschade te voorkomen en patiënten een beter herstel na een operatie te kunnen bieden.

Kader: PRETREAT in het kader van het ZonMw-programma Goed Gebruik Geneesmiddelen.

De overige vragen uit de agenda van 2018 heeft de projectgroep meestal, al dan niet in aangepaste vorm, meegenomen in de volgende stap. Bijlage 1 bevat de vragen van de Doelmatigheidsagenda 2018 en hun huidige status.

2.2 Inventarisatie van kennishiaten

De projectgroep inventariseerde de kennishiaten in de anesthesiologische zorg via meerdere bronnen:

- De huidige kennisagenda, onbeantwoorde vragen.
- Een online enquête onder alle leden van de secties en onder alle overige NVA-leden, de Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers (NVAM) en de vakgroep Anesthesiologie van de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA). De deelnemers werd gevraagd naar de top 3 kennishiaten die zij tegenkomen (bij de uitoefening van hun vak) in de dagelijkse praktijk. Verder is hun gevraagd om deze hiaten al zoveel mogelijk te formuleren in een onderzoeksvraagstelling conform de PICO-methodiek. Ook selecteerde de projectgroep relevante patiëntenorganisaties (bijlage 2). De Patiëntenfederatie heeft deze organisaties vervolgens benaderd voor input.
- Tot slot zijn de richtlijnen waarvan de NVA initiatiefnemer was gescreend op kennishiaten: conclusies met niveau bewijskracht 3/4 of laag/zeer laag en aanbevelingen voor verder onderzoek.

De volledige hierboven beschreven inventarisatie leverde een longlist op van 170 vragen.

2.3 Ontdubbelen en bundelen

Na het opstellen van de lijst met 170 vraagstukken filterde de projectgroep deze longlist. De leden van de projectgroep:

- beoordeelden of er sprake was van reeds lopend of al afgerond onderzoek;
- ontdubbelden de vraagstukken en bundelden en thematiseerden ze waar mogelijk.
- toetsten de vraagstukken op 'onderzoekbaarheid' door het stellen van drie vragen:
 - Is dit probleem of 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 bleef er een shortlist over van 58 vragen.

2.4 Prioriteren

De laatste stap bij het opstellen van de doelmatigheidsagenda was het prioriteren van de 58 overgebleven vragen. De projectgroep deelde de 58 vraagstellingen eerst in naar differentiatie/ aandachtsgedebied: perioperatief (algemeen, obstetrisch, kinderen, cardio en urgentie), pijn- en palliatief en intensive care. Vervolgens groepeerde de projectgroep de vragen onder elk aandachtsgedebied naar thema. Aan deze prioritering ging een (digitale) informatieavond vooraf waarvoor alle NVA-leden, patiëntenorganisaties en de overige stakeholders werden uitgenodigd. Tijdens deze avond zijn alle 58 kennisvragen toege- licht, daar waar mogelijk door indieners van de vragen of door anesthesiologen met bij- zondere expertise op het gebied van de kennisvraag.

De prioritering zelf vond digitaal plaats. Met een enquête zijn de leden, patiëntenorgani- saties en overige stakeholders uitgenodigd om per differentiatie/aandachtsgedebied maxi- maal de twee belangrijkste kennishiaten te selecteren, waarbij het eerste vraagstuk 10, en het tweede vraagstuk 5 punten kreeg. De deelnemers werd gevraagd om bij het prioriteren de volgende aspecten in gedachten te houden:

- relevantie (impact voor individuele patiënten, kosten, prevalentie oftewel mate van voorkomen);
- potentiële doelmatigheidswinst (gezondheidswinst, volume, kostenreductie);
- urgentie (toegevoegde waarde, praktijkvariatie);
- impact (op het vakgebied of maatschappelijk).

De resultaten van de prioriteringenquête hadden een adviserend karakter: bij de samen- stelling van de kennisagenda is door de projectgroep ook gekeken naar een evenwichtige verdeling over de differentiaties/aandachtsgedebieden. Bovendien zijn de onderwerpen die door zowel professionals als door patiënten hoog werden geprioriteerd het zwaarst gewo- gen.

Onbeantwoorde vragen kennisagenda 2018



Figuur 2: het selectieproces van de kennisvragen in beeld

03 Resultaten

Dit hoofdstuk geeft het resultaat weer van de procedure beschreven in het vorige hoofdstuk: de 17 geselecteerde kennisvragen. In bijlage 3 wordt de achtergrond van iedere vraag nog kort verder toegelicht.

Respons prioriteringsenquête

De prioriteringsenquête is 159 keer ingevuld: 144 formulieren door NVA-leden, 10 door patiëntenorganisaties, 3 formulieren vanuit de NVAM en 2 formulieren vanuit de NAPA.

Lijst van 17 vragen

Op basis van de prioriteringsbijeenkomst en discussie binnen de projectgroep is een lijst van 17 vragen samengesteld. U vindt deze vragen hieronder, in willekeurige volgorde.

- ▶ Leidt prehabilitatie van de patiënt bij complexe chirurgie tot betere uitkomsten in termen van frailty, inflammaging, senescence en stress response? Welke componenten van prehabilitatie spelen een rol: voeding, beweging, cognitieve training?
- ▶ Is digitale preoperatieve screening (met of zonder machine learning-modellen), inclusief digitale voorlichting en consent, net zo goed als een klassiek fysiek face-to-faceconsult in termen van PREMS en PROMS (patiëntvragenlijsten)?
- ▶ Leidt postoperatieve remote monitoring tot een behandeling die doelmatiger is?
- ▶ Leidt nasale sphenopalatine block versus blood patch in de behandeling van postdurale punctiehoofdpijn tot vergelijkbare pijnstilling en patiënttevredenheid?
- ▶ Leidt het gebruik van virtual reality bij pijnstilling tot vergelijkbare pijnstilling en patiënttevredenheid als de standaardpijnstilling?
- ▶ Leidt een geïndividualiseerd en op de procedure gericht perioperatief transfusiebeleid (preoperatieve anemiebehandeling, bloedtransfusie-algoritme, doelgerichte applicatie van stollingsmiddelen) tot minder transfusies, lagere mortaliteit en kortere ziekenhuisopnames?
- ▶ Leidt een vrouwspecifieke bundel van ERACS (Enhanced Recovery After Cardiac Surgery)-maatregelen tot een sneller herstel, lagere mortaliteit en morbiditeit en een kortere ziekenhuisopname?
- ▶ Leidt epidurale en/of locoregionale pijnstilling voor kinderen die een operatie ondergaan tot een kortere opnameduur (sneller starten voeding, minder bijwerkingen en/of complicaties) dan systemische (intraveneuze en/of orale) pijnstilling?
- ▶ Zorgen leeftijdsspecifieke richtlijnen voor vitale parameters (zoals bloeddruk, hartslag en zuurstof, hersenperfusie) in de perioperatieve fase bij kinderen die een operatie krijgen voor sneller herstel en reductie van het aantal complicaties? Verbeterd daardoor de kwaliteit van zorg en treedt er reductie op in het aantal opnamedagen?
- ▶ Leidt een PENG-block bij kwetsbare ouderen met collumfractuur tot een behandeling die doelmatiger is in vergelijking met een chirurgische interventie?
- ▶ Leidt transport van een OHCA (Out of Hospital Cardiac Arrest)-reanimant naar een PCI (dotterbehandeling)-centrum tot een betere uitkomst?
- ▶ Leidt postoperatieve opvang van ASA 2-3-patiënten zonder uitgebreide cardiopulmonale comorbiditeit* op de PACU tot vergelijkbare postoperatieve uitkomsten (complicaties, WHODASS 2.0), maar minder kosten vergeleken met verblijf op een IC?
- ▶ Leidt een geprotocolleerd gesprek over behandeldoelen en behandelbeleidsafspraken (wel of niet reanimeren/beademen/dialyse, etc.) bij ziekenhuisopname (spoed via SEH of gepland via poli) tot een doelmatigere en effectievere behandeling?
- ▶ Leidt de implementatie van een Transitionele PijnService (TPS) bij patiënten met een verhoogd risico op chronische postoperatieve pijn tot een behandeling die doelmatiger is vergeleken met standaardzorg?
- ▶ Leidt psilocybine vergeleken met actief placebo-behandeling bij patiënten met chemotherapie-geïnduceerde neuropatische pijn tot betere pijnbestrijding en betere kwaliteit van leven?
- ▶ Is esketamine in vergelijking met een actief placebo (kosten)effectief in het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten met refractaire chronische pijn?
- ▶ Leidt nocebo-arme en placebo-rijke pijneducatie (door middel van begeleide e-health) van zorgprofessionals én patiënten tot lagere zorgkosten, beter functioneren van patiënten en hogere tevredenheid van zorgprofessionals?

* Met 'zonder uitgebreide cardiopulmonale comorbiditeit' wordt hier onder meer bedoeld: LVEF <25%, Aortaklepstenose <1,0 cm², significante coronair stenose, verminderde ReVF of PHT of levercirrose CP-C

04 Implementatie onderzoeks- netwerk

De NVA Kennisagenda is het startpunt voor het uitvoeren van zorgevaluatieonderzoek. Het uitwerken en uitvoeren van het zorgevaluatieonderzoek is echter geen verenigingstaak. Wel kan en zal de NVA, vanuit haar Commissie Wetenschap en Innovatie, een stimulerende en coördinerende rol spelen. De NVA kan bijvoorbeeld stimuleren door via nieuwsbrieven en andere communicatiekanalen structureel aandacht te besteden aan de zorgevaluaties die starten, lopen en afgerond zijn. Dit creëert voor de studies een breed draagvlak binnen de vereniging. De coördinerende rol van de vereniging zit hem in het opzetten van 'consortia' van onderzoeksgroepen uit UMC's en algemene ziekenhuizen, die een geagendeerde vraagstelling gaan uitwerken en onderzoeken. Deze consortia worden gerekruteerd uit het landelijke onderzoeksnetwerk dat de vereniging heeft ingericht, bestaande uit één contactpersoon wetenschap per vakgroep/maatschap. Deze consortia koppelen we al in

een vroeg stadium aan een kennisvraag waardoor er bij subsidieoproepen snel geschakeld kan worden. Tevens treden deze consortia dan ook al in een vroeg stadium in contact met de vertegenwoordigers van de onderzoekspopulatie zodat de juiste uitkomstmaten vanuit het patiëntenperspectief samen met de juiste doelgroep opgesteld kunnen worden. Samen met de Patiëntenfederatie wordt op zoek gegaan naar de juiste partner (ikzokeenpatient.nl). Voor veel subsidieverstrekkers is patiëntenparticipatie en patiënt-relevante uitkomsten een vereiste.

*Deze consortia **koppelen** we al in een **vroeg stadium** aan een kennisvraag waardoor er bij subsidieoproepen **snel geschakeld** kan worden.*

De kwaliteitscirkel in de praktijk

Een grotere rol heeft de NVA bij het implementeren van de resultaten van het evaluatieonderzoek. In hoofdstuk 1 gaven we met de afbeelding van de kwaliteitscirkel het integraal kwaliteitsbeleid van de vereniging weer. 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 ze vervolgens te implementeren in de anesthesiologische praktijk. De Commissie Wetenschap en Innovatie speelt hierin een belangrijke rol door met de Commissie Kwaliteitsdocumenten de onderzoeksresultaten te bespreken en de kennis over te dragen. De resultaten moeten eerst binnen de totale 'body of evidence' en op klinische meerwaarde worden geïdentificeerd. Dit doet de Commissie Wetenschap en Innovatie door de resultaten in de context te plaatsen van de totale zorg – bijvoorbeeld alternatieve behandelingen, kosten en risico's – voor specifieke patiëntengroepen. Het actueel houden van richtlijnen is noodzakelijk om actuele kennis voor de praktijk beschikbaar te maken. Modulair onderhoud maakt het mogelijk om delen van richtlijnen te updaten.

Daarna dienen we als beroepsgroep te evalueren of de implementatie ook daadwerkelijk plaatsvindt en of de kwaliteit van zorg verbetert. Daarbij kan ofwel de implementatie verbeterd worden, ofwel blijken dat er nieuwe kennis nodig is om richtlijnen aan te passen om de zorg verder te kunnen verbeteren. Door bij zorgevaluatieprojecten (maar waar mogelijk ook in alle andere fases van de kwaliteitscirkel) een gezamenlijke inspanning te vragen en betrokkenheid te leveren, creëren de NVA, de anesthesiologen in de dagelijkse praktijk, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars samen de voorwaarden om de zorg daadwerkelijk doelmatiger en beter te maken. Door het patiëntperspectief bij de implementatie van de kennisagenda te betrekken, sluit de agenda beter aan 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.

Up-to-date houden kennisagenda

We verwachten dat de Kennisagenda Anesthesiologie regelmatig moet worden geactualiseerd. Dit is afhankelijk van de uitvoering van de onderzoeken en van de actualiteiten uit het veld. De subcommissie Zorgevaluatie van de Commissie Wetenschap en Innovatie zal een cyclus opstellen en beschrijven die borgt dat de agenda periodiek wordt geactualiseerd.

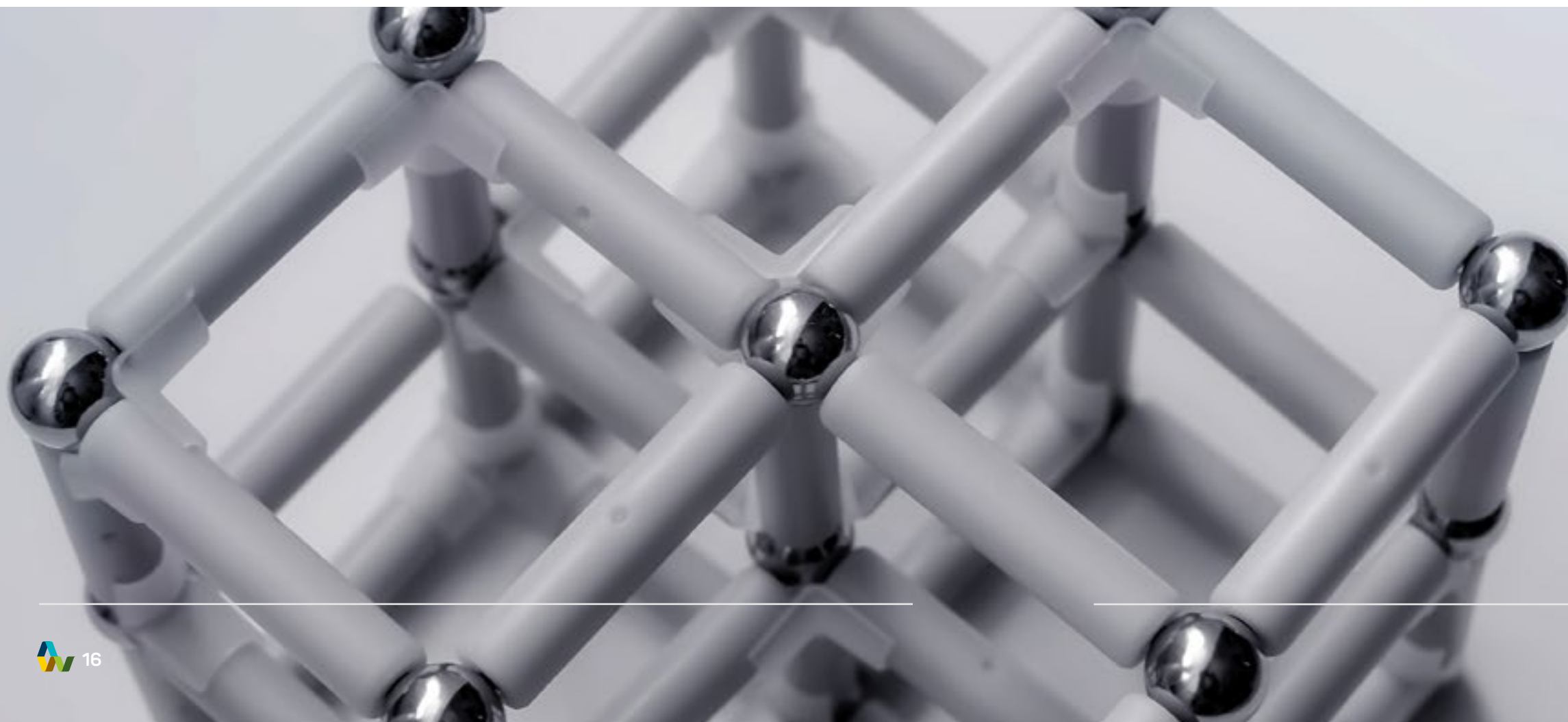
Bijlagen

Bijlage 1: Kennisvragen agenda 2018 inclusief huidige status

Bijlage 2: patiëntenorganisaties die door de Patiëntenfederatie zijn uitgenodigd voor input en prioritering

Bijlage 3: toelichting bij de geprioriteerde 17 kennisvragen

Bijlage 4: Brief Patiëntenfederatie Nederland



Bijlage 1: Kennisvragen agenda 2018 inclusief huidige status

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

➤ Deze vraag is nog steeds relevant en actueel; is meegenomen in de prioritering.

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

➤ Deze vraag is nog steeds relevant en is na herformulering (de app is slechts een middel en niet de interventie zelf) meegenomen in de prioritering.

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

➤ Nog steeds relevant; is meegenomen in de prioritering.

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

➤ Deze vraag blijft staan en wordt na herformulering (ook POS-medewerkers, sedatiemedewerkers, etc. zijn nu opgenomen, ook doelmatigheid met behoud van kwaliteit wordt onderzocht) meegenomen in de prioritering.

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

➤ Deze vraag is nog steeds relevant en is breder geformuleerd meegenomen naar de prioritering.

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

➤ Deze vraag was te specifiek gesteld en al te veel in een oplossingsrichting geformuleerd om kansrijk te zijn voor subsidie. Vraag is geherformuleerd en meegenomen naar de prioritering.

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?

➤ Deze vraag is geschrapt: op dit moment loopt hiernaar een grote studie die door ZonMw wordt gesubsidieerd (de PRETREAT-studie).

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

➤ Deze vraag is geschrapt omdat deze niet meer klinisch relevant is en er voldoende pijn bestrijdende middelen beschikbaar zijn waardoor het gebruik van diclofenac niet dwingend noodzakelijk is.

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

➤ Bij het samenstellen van een FMS-brede agenda is deze vraag niet hoog geprioriteerd: inhoudelijk wel goed beoordeeld, maar een te klein onderwerp, te klein volume voor wat betreft patiëntenaantallen/kostenbesparingen. Deze vraag is uit de agenda 2022 geëlimineerd.

10 Leidt een individueel perioperatief pijnbestrijdingsprogramma op basis van risicofactoren voor chronische pijn tot minder chronificatie van pijn in vergelijking met standaardpijnbestrijding bij patiënten die wervelkolomchirurgie ondergaan?

➤ Vraag blijft staan, maar is nu minder specifiek als volgt geformuleerd: Leidt preoperatieve risicostratificatie en grip krijgen op voorspellende biomarkers die bepalend zijn voor het postoperatieve beleid tot vermindering van chronificatie? Dus niet alleen rond wervelkolomchirurgie.

Bijlage 2: patiëntenorganisaties die door de Patiëntenfederatie zijn uitgenodigd voor input en prioritering

- Bekkenbodem4all
- Care4Neo
- Dwarslaesie Organisatie Nederland (DON)
- Endometriose Stichting
- Freya
- Harteraad
- Hersenletsel.nl
- IC-Connect
- Kind & Ziekenhuis
- Longfonds
- Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) → relevante leden
- Parkinsonvereniging
- Pijnpatiëntennaar1stem → relevante leden
- Spierziekten NL
- Stichting Aortadissectie Nederland
- Stichting Olijf
- Stichting Overgewicht Nederland
- Stichting VrouwenHart
- Transvisie
- Vereniging Verkeersslachtoffers
- Patiëntenkoepel voor zeldzame en genetische aandoeningen VSOP → relevante leden
- Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten

Bijlage 3: toelichting bij de geprioriteerde 17 kennisvragen

De prioriteringsenquête is 159 keer ingevuld: 144 formulieren door NVA-leden, 10 door patiëntenorganisaties, 3 formulieren vanuit de NVAM en 2 formulieren vanuit de NAPA. Van de 144 NVA-leden waren 84 leden ook lid van een sectie (meerdere secties mogelijk), de exacte aantallen staan in de tabel hiernaast.

Sectie	Aantal leden
Cardioanesthesiologie	25
Obstetrische anesthesiologie	10
Kinderanesthesiologie	25
Urgentiegeneeskunde	16
Intensive Care	13
Pijn- en Palliatieve geneeskunde	18
Totaal NVA-leden	144

De 17 hoogst geprioriteerde onderzoeksvragen toegelicht

Leidt prehabilitatie van de patiënt bij complexe chirurgie tot betere uitkomsten in termen van frailty, inflammaging, senescence en stress response? Welke componenten van prehabilitatie spelen een rol: voeding, beweging, cognitieve training?

Dit was binnen het aandachtsgebied perioperatief algemeen de hoogst geprioriteerde vraag, zowel in totaal als door NVA-leden en door de patiëntenorganisaties.

Toelichting Het verbeteren van de algehele conditie van patiënten voor een operatie door beweging, optimalisatie van de voedingstoestand en cognitieve training noemen we prehabilitatie. Prehabilitatie kan mogelijk postoperatieve complicaties verminderen of voorkomen en daarmee de hoge kosten reduceren die daarmee gepaard gaan. Bijvoorbeeld kosten voor re-interventie, een langer IC- of ziekenhuisverblijf en aanvullende therapie. Maar het zou ook nadelige gevolgen voor patiënten op lange termijn kunnen wegnemen, zoals verminderd algemeen functioneren (50%), cognitieve disfunctie (25%) en arbeidsongeschiktheid. Er is op dit moment echter nog onvoldoende bewijs dat prehabilitatie de uitkomst voor de patiënt verbetert. Ook is onbekend wat de individuele bijdrage van de verschillende domeinen (voeding, beweging en cognitieve training) binnen prehabilitatie is of wat de effecten zijn op factoren die bijdragen aan verminderde tolerantie voor chirurgische stress zoals frailty (kwetsbaarheid), inflammaging (ontstekingsreactie door veroudering), immunosenescence (achteruitgang van het afweersysteem door veroudering) en relatieve ondervoeding. Door de vergrijzing en toegenomen kwaliteit van de gezondheidszorg zal het aantal 'kwetsbare' patiënten dat een operatie moet ondergaan in de toekomst alleen maar stijgen. Patiënten met vaak een of meerdere chronische aandoeningen, al dan niet het gevolg van inflammaging, en die vaker leiden aan relatieve ondervoeding. Door inzicht te krijgen in de effecten van prehabilitatie kunnen we risicopatiënten identificeren en hen een prehabilitatieprogramma op maat bieden met als doel een sneller en beter herstel, lagere zorgkosten en snellere herintrede in de maatschappij.

Is digitale preoperatieve screening (met of zonder machine learning-modellen), inclusief digitale voorlichting en consent, net zo goed als een klassiek fysiek face-to-faceconsult in termen van PREMS en PROMS (patiëntvragenlijsten)?

Dit was binnen het aandachtsgebied perioperatief algemeen de op één na hoogst geprioriteerde vraag, zowel in totaal als door NVA-leden en door de patiëntenorganisaties.

Toelichting De NVA heeft de wens om de preoperatieve screening (POS) de komende jaren verder te moderniseren door bijvoorbeeld meer inzet van automatisering en digitale mogelijkheden. Het anesthesiologisch team past daarbij het screeningstraject aan op de persoonlijke situatie van de patiënt: fast track waar het kan, intensief waar nodig. Werkt dat in vergelijking met het klassieke fysieke consult kwalitatief even goed? Hoe ervaren de patiënten dit? In deze onderzoeksvraag worden de patiëntervaringen gemeten met patiëntvragenlijsten: PREMS (Patiënt Reported Experience Measures) en PROMS (Patient Reported Outcome Measures).

Leidt postoperatieve remote monitoring tot een behandeling die doelmatiger is?

Dit was binnen het aandachtsgebied perioperatief algemeen de op twee na hoogst geprioriteerde vraag, zowel in totaal als door NVA-leden en door de patiëntenorganisaties.

Toelichting Klinisch opgenomen patiënten ontwikkelen na electieve chirurgie in circa 17% van de gevallen complicaties, oplopend tot meer dan 30% bij hoogrisico-ingrepen of patiënten met relevante comorbiditeit. Vroege opsporing van complicaties blijft één van de belangrijkste strategieën om postoperatieve mortaliteit en morbiditeit te beperken. De beste manier om hieraan invulling te geven is echter onvoldoende bekend. Met het periodiek (af en toe) meten van vitale functies wordt een belangrijk deel van de episoden met hypoxie (zuurstoftekort in weefsels) en hypotensie (lage bloeddruk) gemist die mogelijk wel opgespoord worden met remote technieken. Het analyseren van trends in deze metingen, en de koppeling aan andere patiënteigenschappen, kan leiden tot algoritmes waarmee achteruitgang van de patiënt kan worden voorspeld en er op tijd kan worden ingegrepen.

Door inzicht te krijgen in de effecten van prehabilitatie kunnen we risicopatiënten identificeren en hen een prehabilitatieprogramma op maat bieden met als doel een sneller en beter herstel, lagere zorgkosten en snellere herintrede in de maatschappij.

Leidt nasale sphenopalatine block versus blood patch in de behandeling van postdurale punctie-hoofdpijn tot vergelijkbare pijnstilling en patiënttevredenheid?

Dit was binnen het aandachtsgebied obstetrisch de hoogst geprioriteerde vraag door NVA- en sectieleden; de vraag is verbreed naar andere patiëntengroepen.

Toelichting De behandeling van postdurale punctie-hoofdpijn (PDPH) is een uitdaging voor anesthesiologen. Het lijden van de patiënt wordt verergerd door PDPH, ook wordt de duur van het verblijf langer en worden de totale kosten van de zorg in het ziekenhuis hoger. Er zijn verschillende behandelingsmogelijkheden, variërend van conservatieve (bijvoorbeeld rugligging, hydratatie, analgetica, cafeïne, sumatriptan) tot meer invasieve benaderingen zoals een autologe epidurale bloodpatch. Deze laatste behandeling wordt beschouwd als de gouden standaard voor de behandeling van aanhoudende PDPH met een werkzaamheid van 75%. Het is een invasieve techniek die gepaard gaat met complicaties zoals meningitis, arachnoïditis (ontsteking van het middelste hersenvlies), toevallen, verlies van gehoor of gezichtsvermogen, radicaire pijn (zenuwwortelpijn), subduraal hematoom, en neurale uitval. Recentelijk rapporteerden onderzoekers de effectiviteit van een nasale sphenopalatine ganglionblok bij de behandeling van PDPH. Deze trans-nasale benadering van de sphenopalatine ganglionblokkade is minimaal invasief en veilig. Door het onderzoeken van deze optie ontstaat er mogelijk een gezondheidswinst die gepaard gaat met kostenreductie.

Leidt het gebruik van virtual reality bij pijnstilling tot vergelijkbare pijnstilling en patiënttevredenheid als de standaardpijnstilling?

Dit was binnen het aandachtsgebied obstetrische anesthesiologie de hoogst geprioriteerde vraag door patiëntenorganisaties; omdat VR mogelijk ook interessant is voor toepassingen buiten de verloskunde is de vraag in de prioritering verbreed naar andere patiëntengroepen.

Toelichting De huidige methoden van pijnbestrijding hebben, naast voordelen, ook mogelijke nadelen (beschikbaarheid anesthesioloog of bijvoorbeeld postspinale punctiehoofdpijn en infectie/bloeding in het geval van epidurale pijnstilling). Virtual reality is een nieuwe mogelijkheid die nog niet bewezen is voor patiënten met een pijnstillingsverzoek. Eventuele voordelen zijn legio en vereisen gedegen onderzoek.

Leidt een geïndividualiseerd en op de procedure gericht perioperatief transfusiebeleid (preoperatieve anemiebehandeling, bloedtransfusie-algoritme, doelgerichte applicatie van stollingsmiddelen) tot minder transfusies, lagere mortaliteit en kortere ziekenhuisopnames?

De twee hoogst geprioriteerde vragen door NVA-/sectieleden binnen het aandachtsgebied cardioanesthesiologie zijn hier samengevoegd tot één vraag en verbreed naar meer patiëntengroepen dan uitsluitend de cardiologische.

Toelichting Bij de patiëntenpopulatie met een zeer hoog peroperatief risico en met vaak een hele hoge transfusie-behoefte, is de stolling regelmatig al preoperatief verstoord. Een vroegtijdige correctie op maat (met behulp van Point of Care Testing, POCT, een vorm van bloedonderzoek die direct naast de patiënt plaatsvindt) zou het risico op massale transfusie en bloedingscomplicaties kunnen verlagen waardoor er een lagere mortaliteit en kortere ligduur in het ziekenhuis worden verwacht.

Leidt een vrouwspecifieke bundel van ERACS (Enhanced Recovery After Cardiac Surgery)-maatregelen tot een sneller herstel, lagere mortaliteit en morbiditeit en een kortere ziekenhuisopname?

Dit was de hoogst geprioriteerde vraag door patiëntenorganisaties binnen het aandachtsgebied cardioanesthesiologie.

Toelichting Om morbiditeit en mortaliteit na een hartoperatie te verminderen en voor een sneller herstel en kortere ziekenhuisverblijfsduur te zorgen, bestaan er perioperatieve maatregelen. Deze maatregelen zijn in een ERACS (Enhanced Recovery After Cardiac Surgery)-bundel samengevat. Omdat echter 80% van alle bypassoperaties bij mannen plaatsvindt (NHR; Matyal et al., PLoS ONE 2021), zijn deze richtlijnen vooral op onderzoek bij mannen gebaseerd. Vrouwspecifieke voorbereidingsalgoritmen binnen de hartchirurgie zijn zeldzaam. Een survey in de VS liet zien dat slechts in 3.9% van alle hartcentra 'bewust' vrouwspecifiek behandeld wordt (Nanegrungsunk et al., J.Cardiothorac.Vasc.Anesth.10/2021). Gezien de hogere mortaliteit en morbiditeit bij vrouwen na hartoperaties, is het waarschijnlijk dat vrouwen daarbij andere perioperatieve zorg nodig hebben dan mannen om mortaliteit en morbiditeit te verminderen.

Leidt epidurale en/of locoregionale pijnstilling voor kinderen die een operatie ondergaan tot een kortere opnameduur (sneller starten voeding, minder bijwerkingen en/of complicaties) dan systemische (intraveneuze en/of orale) pijnstilling?

Binnen het aandachtsgebied kinderanesesthesiologie was deze vraag als hoogste geprioriteerd in totaal en door NVA-leden.

Toelichting Onderzoek wijst uit dat kinderen na een operatie nog veel pijn kunnen hebben. Ook is er een grote diversiteit aan pijnbehandelingen voor specifieke operaties (oraal, intraveneus, morfine, locoregionaal). Dit geldt met name voor kinderen die postoperatief worden opgenomen op de afdeling. Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar optimale pijnbestrijding voor specifieke ingrepen binnen de kinderanesesthesie. Door betere pijnbestrijdingstechnieken en gebruik van locoregionale en epidurale technieken kan de ligduur worden beperkt en het herstel van de kinderen worden versneld, de pijn afnemen en comfort toenemen (bijwerkingen en complicaties afnemen). Hierdoor kunnen kinderen en ouders de normale dagelijkse routine weer sneller oppakken (kind weer naar school, ouders/verzorgers weer werken).

Zorgen leeftijdsspecifieke richtlijnen voor vitale parameters (zoals bloeddruk, hartslag en zuurstof, hersenperfusie) in de perioperatieve fase bij kinderen die een operatie krijgen voor sneller herstel en reductie van het aantal complicaties? Verbeter daardoor de kwaliteit van zorg en treedt er reductie op in het aantal opnamedagen?

Binnen het aandachtsgebied kinderanesesthesiologie werd deze vraag als hoogste geprioriteerd door patiëntenorganisaties en door de leden van de sectie.

Toelichting Tijdens een operatie bewaakt de anesthesioloog de conditie van de patiënt door het regelmatig meten van de vitale parameters (zoals bloeddruk, zuurstof en CO₂). Echter, leeftijdsspecifieke referentiewaarden voor vitale parameters worden in de klinische praktijk veelal niet toegepast. Verder geven deze vitale parameters slechts indirecte informatie over de doorbloeding van de hersenen, het orgaan dat in de perioperatieve fase bij kinderen het meest bedreigd is. Door leeftijdsspecifieke referentiewaarden voor vitale parameters en hersenperfusie op te zetten en te implementeren in de klinische praktijk komen kinderen gezonder door de operatie heen en herstellen zij sneller.

Leidt een PENG-block bij kwetsbare ouderen met collumfractuur tot een behandeling die doelmatiger is in vergelijking met een chirurgische interventie?

Binnen het aandachtsgebied urgentiegeneseskunde was deze vraag als hoogste geprioriteerd in totaal en door patiëntenorganisaties.

Toelichting Hoogbejaarde, kwetsbare patiënten hebben een verhoogde kans om na een val hun heup te breken. Een operatie voor herstel van de breuk is nu de standaard. Doel hiervan is adequate behandeling van de pijn zodat patiënten zo snel mogelijk weer gemobiliseerd en verzorgd kunnen worden. Deze operatie heeft echter ook risico's (bloedverlies, infectie, postoperatieve verwardheid/delir). Een PENG-block is een minimaal invasieve pijnbehandeling, hierbij wordt met een naald rondom de 'pijn-zenuwen' alcohol of fenol ingespoten. Als dit net zo effectief is qua pijnbehandeling in deze groep patiënten, kan dit de chirurgische stress response en mogelijke complicaties van een operatie besparen. Daarnaast is het ook patiëntvriendelijker en goedkoper.

Leidt transport van een OHCA (Out of Hospital Cardiac Arrest)-reanimant naar een PCI (dotterbehandeling)-centrum tot een betere uitkomst?

Binnen het aandachtsgebied urgentiegeneseskunde was deze vraag als één na hoogste geprioriteerd in totaal en als hoogste door de NVA-leden.

Toelichting In Nederland worden per jaar ruim 8.000 patiënten buiten het ziekenhuis gereanimeerd. Op dit moment worden deze patiënten niet standaard naar een PCI-centrum (lees: ziekenhuis met dottermogelijkheid) gebracht. Er is een potentiële gezondheidswinst als in het ontvangende ziekenhuis meteen een PCI uitgevoerd kan worden. In de PCI-centra is veel kennis van reanimatiezorg beschikbaar. Daarnaast past vervoer naar een PCI-centrum binnen het speerpunt 'centralisatie van zorg'. Het is op dit moment nog niet duidelijk of deze interventie ook tot een betere overleving en neurologische uitkomst leidt.

Leidt postoperatieve opvang van ASA 2-3-patiënten zonder uitgebreide cardiopulmonale comorbiditeit* op de PACU tot vergelijkbare postoperatieve uitkomsten (complicaties, WHODASS 2.0), maar minder kosten vergeleken met verblijf op een IC?

Binnen de differentiatie intensive care scoorde deze vraag het hoogst in totaal en het hoogste bij de NVA- en sectieleden.

Toelichting Postoperatieve opvang op een Post Anesthesia Care Unit (PACU) levert mogelijk kostenbesparing op in vergelijking met een IC-opname, doordat de doorlooptijden op de PACU sneller zijn en er minder verpleegkundigen nodig zijn. Ook kan opvang op een PACU ervoor zorgen dat OK-programma's vaker doorgaan omdat deze niet afhankelijk zijn van de beschikbaarheid van een IC-bed. Door snellere doorlooptijd en het niet afzeggen van operaties kan deze opvang ook zorgen voor aanzienlijke gezondheidswinst. Het is daarom belangrijk om de effecten van opvang op een PACU op uitkomsten en kosten in kaart te brengen.

*Met 'zonder uitgebreide cardiopulmonale comorbiditeit' wordt hier onder meer bedoeld LVEF <25%, Aortaklepstenose <1,0 cm², significante coronair stenose, verminderde ReVF of PHT of levercirrose CP-C.

Leidt een geprotocolleerd gesprek over behandeldoelen en behandelbeleidsafspraken (wel of niet reanimeren/beademen/dialyse, etc.) bij ziekenhuisopname (spoed via SEH of gepland via poli) tot een doelmatigere en effectievere behandeling?

Binnen de differentiatie intensive care scoorde deze vraag het hoogst bij de patiëntenorganisaties en als één na hoogste in totaal (totaal NVA- en de sectieleden).

Toelichting Als een arts sterke aanwijzingen heeft dat zijn patiënt het komende jaar gaat overlijden dan wordt aangeraden om een gesprek aan te gaan over behandelwensen en behandelbeperkingen. Zo'n gesprek over passende of zinnige zorg bij zeer kwetsbare ouderen of patiënten in het laatste levensjaar is van groot belang om ook passende en zinnige zorg te kunnen leveren. Patiënten, familie en artsen overzien niet altijd goed wat elkaars verwachtingen zijn over de ingestelde behandeling en spontane communicatie rondom verwachtingen komt niet altijd op gang. Het is ook niet altijd duidelijk wanneer het laatste levensjaar precies aangebroken is. Een gepland en geprotocolleerd gesprek kan curatieve wensen omzetten naar waardegedreven wensen en zo leiden tot kortere ziekenhuisopnames en minder opnames op de IC.

Zo'n gesprek over passende of zinnige zorg bij zeer kwetsbare ouderen of patiënten in het laatste levensjaar is van groot belang om ook passende en zinnige zorg te kunnen leveren

Leidt de implementatie van een Transitionele PijnService (TPS) bij patiënten met een verhoogd risico op chronische postoperatieve pijn tot een behandeling die doelmatiger is vergeleken met standaardzorg?

Binnen de differentiatie pijngeneeskunde is deze vraag als hoogste geprioriteerd in totaal en door NVA-leden. Ook stond deze op de op één na hoogste plaats bij patiëntenorganisaties. Binnen de differentiatie intensive care scoorde deze vraag het hoogst bij de patiëntenorganisaties en als één na hoogste in totaal (totaal NVA- en de sectieleden).

Toelichting Chronische postoperatieve pijn (CPSP) is een veel voorkomende complicatie na chirurgie, met een incidentie van 10%. CPSP heeft grote negatieve impact op de kwaliteit van leven van een patiënt en zorgt daarnaast voor hoge maatschappelijke kosten waardoor CPSP een zeer omvangrijk probleem is. Daarnaast is het ontwikkelen van CPSP een van de grootste drijfveren achter de huidige opioïd-epidemie. Chronisch opiaatgebruik in hoge dosis wordt geassocieerd met afhankelijkheid, morbiditeit, mortaliteit en hoge zorgkosten. Sinds 2013 zijn er 70 dubbelblinde, gerandomiseerde studies verricht om perioperatieve medicatie ter preventie van CPSP te evalueren, zonder veelbelovende resultaten. De oplossing van dit complexe, multifactoriële probleem ligt dan ook niet in één farmacologische of regionale interventie, maar naar verwachting in een meer 'holistische', multimodale en multidisciplinaire aanpak. Een TPS die patiënten met een verhoogd risico op postoperatieve pijn opspoort en intensief begeleidt rondom en na de operatie, kan mogelijk een dergelijke aanpak bieden.

Leidt psilocybine vergeleken met actief placebo-behandeling bij patiënten met chemotherapie-geïnduceerde neuropatische pijn tot betere pijnbestrijding en betere kwaliteit van leven?

Binnen de differentiatie pijngeneeskunde is deze vraag als hoogste geprioriteerd door patiëntenorganisaties. Ook scoorde deze vraag binnen deze differentiatie als op één na hoogste vraag in totaal en als op één na hoogste door NVA-leden.

Toelichting Chemotherapie is een hoeksteen van de behandeling van kanker, maar 6 maanden na chemotherapie heeft 30% van de patiënten chemotherapie-geïnduceerde polyneuropathie (CIPN) met grote impact op dagelijks functioneren. CIPN is beschadiging van zenuwvezels in de armen of benen, die kan leiden tot abnormale gevoelsgevoelens (tintelingen, jeuk, brandend gevoel) en verlies van spierkracht. Op dit moment zijn de behandelmogelijkheden beperkt, maar psilocybine zou een effectieve non-opioïde behandeling kunnen zijn. Het is belangrijk om de potentiële gezondheidswinst en kostenreductie door psilocybine in deze populatie te onderzoeken.

Is esketamine in vergelijking met een actief placebo (kosten) effectief in het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten met refractaire chronische pijn?

Binnen de differentiatie pijngeneeskunde is deze vraag als vierde geprioriteerd in totaal.

Toelichting Chronische pijn is een belangrijke oorzaak van 'years lived with disability' (YLD), de zogenoemde ziektejaar-equivalenten, en veroorzaakt hoge maatschappelijk kosten in de vorm van verzuim en invaliditeit en is vaak resistent tegen conventionele therapie. Slechts 30 - 40% van de patiënten vertoont voldoende tot goede pijnverlichting na conventionele therapie. De behandeling is gebaseerd op een trial and error-benadering met antidepressiva, anti-epileptica en opioïden. Opioïden worden vaak gebruikt met ernstige gevolgen, waaronder verslaving, misbruik, en uiteindelijk sterfte. Esketamine wordt nog steeds off-label gebruikt voor verschillende oorzaken van chronische, met name neuropatische pijn. Hoewel klinische onderzoeken over het algemeen positief zijn over de werkzaamheid van esketamine bij de behandeling van chronische neuropathische pijn (Amerikaanse consensusrichtlijnen, ASRA 2018), is het bewijs meestal beperkt tot kleine RCT's met een grote variabiliteit in patiëntenpopulatie, dosis, toedieningsweg en duur van de behandeling. Klinisch bewijs van hoge kwaliteit is dringend nodig.

Leidt nocebo-arme en placebo-rijke pijneducatie (door middel van begeleide e-health) van zorgprofessionals én patiënten tot lagere zorgkosten, beter functioneren van patiënten en hogere tevredenheid van zorgprofessionals??

Drie educatieonderwerpen binnen de differentiatie pijngeneeskunde, waarvan één vraag hoog scoort, zijn hier gecombineerd tot één vraag.

Toelichting Pijnprofessionals zien pijneducatie als essentieel in de chronische pijnzorg om het zelfmanagement van patiënten te verhogen en kosten voor patiënt en maatschappij te reduceren (zie bijvoorbeeld de NVA-richtlijn Complex Regionaal PijnSyndroom type 1). De pijneducatie heeft echter alleen dit effect, als patiënten de informatie begrijpen en kunnen toepassen. Oftewel: als de patiënt voldoende gezondheidsvaardigheden heeft (Heijmans, Brabers, & Rademakers, 2018). Eén op de drie Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. In academische pijncentra loopt het percentage patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden op tot 54% (Mackey et al., 2019). Het optimaliseren van pijneducatie door het geven van trainingen hierin aan zorgprofessionals kan deze ongelijkheid tussen patiënten verminderen en tot inclusieve chronische pijnzorg leiden. Een training van zorgprofessionals in het geven van pijneducatie kan op deze manier leed en kosten besparen.



Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
 Domus Medica
 Mercatorlaan 1200
 3528 BL Utrecht

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

