

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/25916>

Please be advised that this information was generated on 2019-06-19 and may be subject to change.

Gezondheidsraad-rapport 'Preoperatief onderzoek: een herijking van uitgangspunten'

P.M.J. STUYT EN J.W.M. VAN DER MEER

In februari 1997 publiceerde de Gezondheidsraad het rapport 'Preoperatief onderzoek; een herijking van uitgangspunten'.¹ Het rapport bevat advies over de inhoud en de opzet van het preoperatieve onderzoek en over de verantwoordelijkheid en de organisatie van de uitvoering. Het is een helder geschreven en goed gedocumenteerd rapport met belangrijke aanbevelingen voor de dagelijkse praktijkvoering; de uitgangspunten zijn kostenbesparing en vergroting van de doelmatigheid. Voor overigens gezonde patiënten zijn anamnese en lichamelijk onderzoek voldoende voor een preoperatief oordeel en alleen in bepaalde gevallen is minimaal aanvullend onderzoek noodzakelijk. De verantwoordelijkheid voor het preoperatieve onderzoek ligt bij de chirurg en de anesthesioloog gezamenlijk. Wat betreft organisatie draagt een poliklinisch spreekuur door de anesthesioloog bij tot kwaliteitsverbetering.

VRAAGSTELLING EN UITGANGSPUNTEN

Eerdere aanbevelingen van de Gezondheidsraad over het preoperatieve onderzoek dateren uit 1978. Deze gingen uit van een uitgebreid programma van aanvullend onderzoek bij vrijwel alle patiënten. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering werd primair bij de chirurg gelegd. Inmiddels zijn in de verschillende beroepsgroepen andere inzichten ontstaan, zowel ten aanzien van de inhoud als van de organisatie van het preoperatieve onderzoek. Uitkomsten van allerlei preoperatief verricht aanvullend onderzoek blijken namelijk geen consequenties voor het perioperatieve beleid te hebben, terwijl er wel aanzienlijke kosten mee gemoeid zijn.

Preoperatief onderzoek heeft alleen tot doel het gezondheidsrisico van de ingreep en de daarbij toegepaste anesthesie te kunnen schatten en eventueel voorzorgen te kunnen nemen om het risico te beperken. Het doel is derhalve niet te komen tot een algehele screening van de gezondheid of het vastleggen van een uitgangssituatie; het gaat om het opsporen van afwijkingen die consequenties hebben voor het verdere beleid. Twee jaar geleden werd in dit tijdschrift in een aantal artikelen en commentaren reeds uitvoerig aandacht aan dit onderwerp geschonken.²⁻⁷

AANBEVELINGEN

Inhoud en omvang van het preoperatieve onderzoek. De kern van het preoperatieve onderzoek bestaat uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek. Op grond van de hiermee verkregen informatie is het mogelijk een goed oordeel te vormen omtrent de gezondheidstoestand van een patiënt en de risico's die deze bij een operatieve ingreep loopt. Routinematig aanvullend onderzoek is niet langer geïndiceerd en derhalve overbodig bij een overigens gezond persoon (volgens de classificatie van de American Society of Anesthesiologists (ASA) klasse I; tabel 1).⁸ In een beperkt aantal gevallen is routinematig enig aanvullend onderzoek nodig (tabel 2); opvallend is de verschuiving van een uitgebreid onderzoek boven de leeftijd van 40 jaar in het oude advies naar een zeer beperkt onderzoek boven 60 jaar in de nieuwe richtlijnen. Het rapport geeft goede argumenten waarom allerlei soorten van routinematig aanvullend onderzoek niet van waarde zijn; daarom is het merkwaardig dat voor een wel geadviseerde routinematige serumcreatininebepaling bij patiënten ouder dan 60 jaar geen onderbouwing wordt gegeven.

Gericht aanvullend bloed- en functieonderzoek is alleen nodig indien men vermoedt dat de patiënt aandoeningen heeft die het perioperatieve beloop ongunstig zouden kunnen beïnvloeden (ASA-klasse II en hoger); in het rapport worden voor veel voorkomende situaties concrete aanbevelingen van dergelijk aanvullend onderzoek gedaan. Uitgangspunt is ook dat routinematige consulten van internist, cardioloog of longarts, waarbij er geen duidelijke vraagstelling is (er is bijvoorbeeld alleen een bepaalde leeftijd bereikt), overbodig zijn; dit werd eerder ook door ons bepleit en beargumenteerd.⁴

TABEL 1. Waardeschaal voor het beoordelen van anesthesierisico opgesteld in 1974 door de American Society of Anesthesiologists (ASA-classificatie)⁸

klasse	omschrijving
I	patiënten zonder lichamelijke of psychische aandoeningen behalve waarvoor zij geopereerd worden
II	patiënten met geringe systemische aandoeningen zonder functionele beperkingen
III	patiënten met ernstige invaliderende systemische aandoeningen
IV	patiënten met ernstige systemische aandoeningen die levensbedreigend zijn
V	stervende patiënten, van wie verwacht kan worden dat zij binnen 24 uur met of zonder operatie zullen overlijden

Academisch Ziekenhuis, afd. Algemeen Interne Geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
Dr.P.M.J.Stuyt en prof.dr.J.W.M.van der Meer, internisten.
Correspondentieadres: dr.P.M.J.Stuyt.

TABLE 2. Preoperatief onderzoek bij patiënten in klasse I volgens de classificatie van de American Society of Anesthesiologists⁵

<i>patiëntencategorie</i>	<i>bepaling</i>
alle patiënten	anamnese en lichamelijk onderzoek
kinderen < 1 jaar	hemoglobine
ouderen > 60 jaar	serumcreatinine, elektrocardiogram
te verwachten bloedtransfusie	hemoglobine, bloedgroep
niet-blanke achtergrond	hemoglobine, sikkeleeltest

Internistische consulten hebben tot doel de gezondheidstoestand van een patiënt te optimaliseren en niet om een verklaring 'geen bezwaar tegen operatie en anesthesie' te verkrijgen.

Indien aanvullend laboratorium- of functieonderzoek geïndiceerd is, is het goed te bedenken dat reeds eerder verkregen uitslagen weken tot maanden geldig blijven als in de toestand van patiënt geen essentiële wijziging is opgetreden; ook dit maakt de gewoonte om bij opname voor de operatie allerlei onderzoek te herhalen, overbodig.

Verantwoordelijkheid. In het Gezondheidsraad-rapport uit 1978 werd gesteld dat de verantwoordelijkheid voor het preoperatieve onderzoek formeel bij de chirurg ligt en dat de anesthesioloog slechts de rol van adviseur heeft. In dit nieuwe rapport worden praktische en inhoudelijke (ook juridische) argumenten aangevoerd dat dit in de huidige tijd een gezamenlijke verantwoordelijkheid van chirurg en anesthesioloog dient te zijn. De anesthesioloog schat het anesthesierisico in op basis van door hemzelf verricht onderzoek, al of niet met aanvullende gegevens uit laboratorium- of functieonderzoek of via een consult; vervolgens stellen anesthesioloog en chirurg gezamenlijk het perioperatieve beleid vast. Het is niet meer dan logisch dat de anesthesioloog die perioperatief over de vitale functies waakt, zelf daadwerkelijk betrokken is bij het verzamelen en het interpreteren van de noodzakelijke gegevens voor de operatie. Hierdoor is hij of zij ook beter in staat de patiënt voor te lichten en te betrekken bij de voorbereiding van de ingreep met de bijbehorende anesthesie.

Organisatie. Als de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het preoperatieve onderzoek niet bij de anesthesioloog, maar bij de chirurg ligt (zoals tot op heden het geval is), ontstaan in de dagelijkse praktijk problemen: de anesthesioloog beschikt over onvoldoende gegevens om de conditie van de patiënt te schatten of er is vlak voor een geplande ingreep te weinig tijd beschikbaar om aanvullende gegevens of consulten te vragen. Steeds meer ingrepen worden in dagbehandeling gedaan; ook dit vraagt een adequate organisatie om op tijd voldoende gegevens te verkrijgen en op grond hiervan het perioperatieve beleid te kunnen vaststellen en de patiënt hierover voor te lichten.

In het rapport wordt dan ook sterk gepleit voor een andere opzet van preoperatief onderzoek, namelijk een poliklinisch spreekuur door de anesthesioloog waarbij deze enige tijd voor de geplande ingreep de patiënt ziet. De anesthesioloog doet zelf het preoperatieve onderzoek, vraagt ontbrekende gegevens op, vraagt eventueel

aanvullend onderzoek en consulten aan en stelt een perioperatief beleid voor dat aan de chirurg ter accordering wordt voorgelegd. Het blijkt dat inmiddels in 25% van de ziekenhuizen waar patiënten in dagbehandeling worden geopereerd, voor de preoperatieve voorbereiding gebruikgemaakt wordt van dergelijke poliklinische faciliteiten voor de anesthesioloog.

In verschillende ziekenhuizen is inmiddels ook ervaring opgedaan met een poliklinisch spreekuur waarbij de anesthesioloog de patiënt vóór een opname wegens operatie ziet. Hierover is ook in dit tijdschrift gerapporteerd, waarbij wordt ingegaan op de werkwijze en de geconstateerde besparingen in kosten (minder verrichtingen, consulten en ligdagen); tevens werd een kwaliteitsverbetering geconstateerd.^{6 7 9} In andere ziekenhuizen wordt gebruikgemaakt van een gestandaardiseerd vragenformulier met een checklist voor aanvullend onderzoek: de verantwoordelijkheid voor de verzameling van de benodigde gegevens blijft bij de chirurg, waarbij deze ervoor zorgt dat de anesthesioloog op de dag voor de operatie hierover kan beschikken; doelmatigheidsonderzoek waarbij ook naar het effect op de kosten is gekeken, is tot nu toe niet uitgevoerd.

CONCLUSIE

De aanbevelingen van de Gezondheidsraad-commissie zijn van grote betekenis voor de dagelijkse gang van zaken rond de operatieve zorg in de Nederlandse ziekenhuizen; derhalve verdient het rapport uitvoerige bestudering en aandacht van alle direct betrokken specialisten. Het is eveneens van grote waarde voor leidinggevenden in de ziekenhuizen en voor de zorgverzekeraars. Gezien de te verwachten kwaliteitsverbetering en besparing in kosten van aanvullend onderzoek, consulten en van opnamedagen dienen protocollen en de organisatie van preoperatief onderzoek aangepast te worden. Het rapport legt terecht een grotere verantwoordelijkheid voor de direct preoperatieve zorg bij de anesthesioloog, waardoor deze beter in staat moet worden geacht het risico van operatie en de bijbehorende anesthesie te schatten en voorzorgen te nemen. Tot nu toe is de chirurg alleen verantwoordelijk, waarbij deze het onderzoek in de praktijk veelal overlaat aan een (onervaren) co-assistent of assistent-geneeskundige, wel of niet in opleiding tot specialist; ook komt het voor dat preoperatief in het geheel geen anamnese wordt opgenomen en geen lichamelijk onderzoek wordt gedaan en vertrouwd wordt op niet-geïndiceerde aanvullende technische onderzoeken of onterechte internistische consulten.

Het creëren van poliklinische faciliteiten voor de anesthesioloog vraagt om aanpassing van de ziekenhuisorganisatie; ook in de honorering van de verschillende betrokken specialisten dienen verschuivingen plaats te vinden. De voordelen van de in het rapport geschetste aanbevelingen wegen echter ruimschoots op tegen deze nadelen. Bovendien is het te verwachten dat de benodigde investeringen via kostenbesparing op ander gebied worden terugverdiend. Afhankelijk van de lokale omstandigheden dient op enigerlei wijze uitvoering te worden gegeven aan de strekking van dit rapport.

ABSTRACT

Health Council Report 'Preoperative evaluation: reconsideration of basic assumptions'. – In February 1997 the Health Council of the Netherlands published the report 'Preoperative evaluation'; it contains recommendations about the content and organization of preoperative evaluation. The aim is to reduce expenses and to increase efficiency. For a preoperative assessment of an otherwise healthy patient history taking and physical examination will do; minimal additional examination is necessary only in certain cases. Selective additional examination may be needed in patients showing signs of disease that may adversely affect the perioperative course; routine consultations of other specialists are redundant. The surgeon and the anaesthesiologist share the responsibility for the preoperative evaluation, but the anaesthesiologist collects the data. Outpatient facilities for the anaesthesiologist contribute to improvement in quality. The report is well-documented; it deserves attention of the medical staff and implementation in the hospitals.

LITERATUUR

¹ Gezondheidsraad: Commissie Preoperatief onderzoek. Preoperatief onderzoek. Publicatienr 1997/02. Rijswijk: Gezondheidsraad. 1997.

- ² Moerman N. Het preoperatieve onderzoek: herbezinning. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:1012-4.
- ³ Booij LHDJ. Wie moet wanneer welk preoperatief onderzoek uitvoeren? Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:1014-8.
- ⁴ Koopmans PP, Wollersheim H, Kroon AA, Dekhuijzen PNR, Lutterman JA, Stuyt PMJ. Preoperatief internistisch consult. I. Algemene aspecten en beleid bij diabetes mellitus en obstructieve longziekte. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:1019-23.
- ⁵ Kroon AA, Wollersheim H, Koopmans PP, Aengevaeren W, Thien Th, Stuyt PMJ. Preoperatief internistisch consult. II. Beleid bij hypertensie en cardiale ziekte. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:1023-7.
- ⁶ Rutten CLG, Post D, Smelt WLH. Het poliklinische preoperatieve onderzoek door de anesthesioloog. I. Minder verrichtingen en preoperatieve opnamedagen. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:1028-32.
- ⁷ Rutten CLG, Gubbels JW, Smelt WLH, Cramwinckel MSM, Post D. Het poliklinische preoperatieve onderzoek door de anesthesioloog. II. Tevredenheid bij patiënten. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:1032-6.
- ⁸ Owens WD, Felts JA, Spitznagel EL. ASA physical status classifications: a study of consistency of rating. Anesthesiology 1978;49:239-43.
- ⁹ Langemeijer JJM, Hemrika MH, Lange JJ de. Doelmatig preoperatief onderzoek in de polikliniek Anesthesiologie. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1723-6.

Aanvaard op 29 mei 1997

Capita selecta

Een nieuwe chirurgische behandeling met longvolumereductie voor ernstig longemfyseem

J.STOLK, M.I.M.VERSTEEGH, I.D.VAN DER PEIJL EN V.W.V.JADDOE

Longemfyseem is een ziekte waarbij de luchthoudendheid in de longen is toegenomen door verlies van alveoli. Deze verandering heeft allerlei gevolgen voor de longen. Zo ontstaan er geleidelijk een gastransportstoornis en luchtwegobstructie. Bovendien ontstaat er toename van het intrathoracale gasvolume, waardoor de diafragma-koepels worden afgeplat en de ademhalingspijpen minder goed functioneren.

In 1957 publiceerde de chirurg Brantigan de resultaten van een onderzoek waarin hij aantoonde dat verwijdering van longweefsel uit meerdere emfysemateuze lobben van beide longen resulteerde in een vermindering van de luchtwegobstructie direct postoperatief.¹ Nadien hebben wereldwijd thoraxchirurgen de door Brantigan beschreven techniek toegepast, ook in Nederland. Aanvankelijk werd een postoperatieve sterfte van 16% gemeld, die later niet veel verminderde, waardoor de techniek begin jaren zeventig werd verlaten.

SAMENVATTING

- De medicamenteuze behandeling van longemfyseem heeft tot op heden weinig effect op kwaliteit van leven en overlevingsduur.
 - Onlangs is een chirurgische behandeling voor patiënten met ernstig longemfyseem geïntroduceerd, waarbij longweefsel dat slecht geventileerd en geperfundeed wordt, wordt geresect.
 - Bij de longvolumereductiechirurgie verbetert het geforceerde expiratoire eensecondevolume met 80-100%, van 0,8 naar 1,5 l. Hierdoor neemt de inspanningstolerantie toe en kan de patiënt beter functioneren in het dagelijks leven. De postoperatieve sterfte en morbiditeit zijn acceptabel.
-

Door observaties van longtransplantatiechirurgen in St. Louis en Pittsburgh, USA, bij patiënten met longemfyseem is een nieuwe techniek van longvolumereductie tot stand gekomen. Bij longtransplantatie was gebleken dat tot op zekere hoogte de donorlong in verhouding tot de thoraxholte van de ontvanger kleiner kan zijn. Na de operatie bleek dat de thoraxholte in volume afnam en dat de donorlong geheel kwam aan te liggen aan de pleura parietalis van de ontvanger. Bovendien was het opgevallen dat tijdens transplantatie van één long de

Leids Universitair Medisch Centrum, Postbus 9600, 2300 RC Leiden.
Afd. Longziekten: dr.J.Stolk, longarts; V.W.V.Jaddoe, medisch student.

Afd. Thoraxchirurgie: M.I.M.Versteegh, thoraxchirurg.
Afd. Fysiotherapie: mw.dr.s.I.D.van der Peijl, fysiotherapeut.
Correspondentieadres: dr.J.Stolk.