

Lezerspost

Europese Medisch Risico Registrerend Anamnesesysteem

Met belangstelling heb ik de bijdragen van de voor- en de tegenstander van het Europese Medisch Risico Registrerend Anamnesesysteem (EMRRA) gelezen (*Ned Tijdschr Tandheelkd* 119; 9: 408-409). Daarbij viel op dat bij beide bijdragen literatuurverwijzingen ontbraken, waardoor niet te verifiëren valt hoe de beweringen wetenschappelijk zijn onderbouwd. De stellingen dat anesthesisten verschillende ASA-scores zouden hanteren en dat het syndroom van Gilbert risico III zou zijn, komen dan ook volstrekt uit de lucht vallen.

Aardig is de persoonlijke noot dat betrokkene allergisch is voor tabaksplanten. Dat wil zeggen dat hij genetisch de aanleg heeft om allergisch te reageren. De vraag: 'Hebt u ooit een allergische reactie, gehad op penicilline, aspirine, latex, tandheelkundige- of medische materialen of iets anders?' zal door de auteur positief worden beantwoord en niet meer opleveren dan een risico II.

Dit risico belemmert zijn dagelijks functioneren niet, maar ergens tussen het schrijven van het artikel en zijn overlijden kan een onverwachte allergische reactie optreden. Een waarschuwing voor zijn tandarts of mondhygiënist.

De stelling dat de categorieën van de ASA-classificatie niet duidelijk zijn, wordt voor een belangrijk deel opgeheven als men de indeling kent zoals deze voor tandheelkundig handelen is aangepast (modificatie of mASA).

Volgens het mASA-systeem worden patiënten in 5 hoofdgroepen ingedeeld:

- klasse I betekent een gezonde patiënt.
- klasse II is een patiënt met een lichte systemische afwijking zonder beperking van de dagelijkse activiteit.
- klasse III betekent een systemische afwijking, waarbij beperking van de dagelijkse activiteit noodzakelijk is.
- klasse IV is een patiënt met een ernstige,

levensbedreigende systemische afwijking.

- klasse V is een patiënt die binnen 24 uur zal overlijden indien geen chirurgische ingreep plaatsvindt.

Sinds kort is klasse VI toegevoegd. Deze klasse betreft het donorschap en heeft, evenals klasse V, geen consequenties voor de tandheelkundige professie.

Alle voorbeelden in de bijdrage van de tegenstander, zoals angina pectoris en diabetes, zullen getoetst aan de boven beschreven indeling van waarde blijken.

Dat de European Medical Risk Related History (EMRRH) niet geldt voor kinderen is vanaf de start van het registratiesysteem naar voren gebracht en dat de EMRRH net zo geschikt is als vergelijkbare vragenlijsten valt te betwijfelen en wordt in elk geval niet onderbouwd.

Het EMRRH heeft boven alle andere in Nederland gebruikte lijsten meerwaarde, omdat het een trias bevat bestaande uit de medische anamnese, risicobepaling en aan elk risico verbonden preventieve maatregelen. Het is de enige vragenlijst waarvan:

- Iedere vraag in verschillende bewoordingen is getoetst op een maximale opbrengst. Dat wil zeggen dat het aantal fout-negatieve antwoorden, het gevaar van een niet-getoetste lijst, tot een minimum is teruggebracht.
- De vragen met risicodeling hebben bewezen acute medische problemen te kunnen voorkomen als men de juiste consequenties daaraan verbindt. Consequenties die in het tandheelkundig curriculum onvoldoende aandacht kregen.
- De kracht ligt in de trias, waarbij bij iedere risicoscore van de EMRRH gekoppelde voorzorgmaatregelen aan de algemeen practicus worden aangeboden.
- De lijst met scores en preventie een consensus vormt van 14 wetenschappelijke centra.

L. Abraham-Inpijn, Amsterdam

Reactie

Als eerste wil ik opmerken dat bijdragen in de rubriek Stellingname van het NTVT nooit zijn voorzien van literatuurverwijzingen, maar deze zijn voor geïnteresseerden altijd bij de auteurs op te vragen.

In haar reactie schrijft mevrouw Abraham-Inpijn verder dat de 5 ASA-categorieën duidelijk zijn. Ik heb in mijn bijdrage nergens beweerd dat de categorieën zelf niet duidelijk zijn. Wel heb ik betoogd dat het indelen van patiënten in deze categorieën een lastige klus is. Immers, wanneer besluit een tandarts een patiënt met een bepaalde ziekte in ASA II in te delen (geen beperking van dagelijkse activiteit) en wanneer in ASA III (wel beperking van dagelijkse activiteit)?

Bij het indelen in ASA-categorieën baseert de tandarts zich op de antwoorden van de patiënt. De vragen van de EMRRA zijn voor patiënten helaas niet altijd duidelijk. Dit bleek bijvoorbeeld een aantal jaren geleden bij een onderzoek in Noord-Ierland, waar sommige vragen van de Engelstalige versie van de vragenlijst door relatief veel patiënten niet goed werden begrepen. Hierdoor ontstaat het risico dat een tandarts patiënten op basis van onjuiste informatie wellicht indeelt in de verkeerde ASA-categorie.

Mevrouw Abraham-Inpijn concludeert dat ik, op grond van mijn allergie voor tabaksplanten, een ASA II risico voor tandheelkundige behandeling vorm. Ik schreef in mijn bijdrage echter dat ik indertijd voor deze allergie in een ziekenhuis ben behandeld. Volgens de subvraag van de EMRRH over allergieën ('Did this require medical or hospital treatment?') dienen patiënten die deze vraag met ja beantwoorden als ASA III risico te worden geclassificeerd. Blijkbaar is het indelen van patiënten in ASA categorieën best wel lastig.

H.S. Brand, Amstelveen

Heeft u lezerspost?

Mail naar: redactielezerspost@ntvt.nl