

## Verslag knelpuntenanalyse

Tijdens de voorbereidende fase inventariseerde de werkgroep de knelpunten in de zorg voor patiënten met GORZ. Tevens zijn er (aanvullende) knelpunten aangedragen door de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen, Nederlandse Internisten Vereniging, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, Nederlands Huisartsen Genootschap, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, Nederlandse Vereniging van ZiekenhuisApothekers, Zorginstituut Nederland, Nederlandse Vereniging van Diëtisten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten, Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie en Obstetrie, Nederlandse Vereniging voor Pathologie, Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen via een schriftelijke knelpuntenanalyse. De binnengekomen knelpunten zijn opgenomen in onderstaand overzicht. Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de werkgroep concept-uitgangsvragen opgesteld en definitief vastgesteld.

Knelpunt	Partij
<b>BEHANDELING</b>	
<b>PPI</b>	
Hoe voorkomen onnodig lang gebruik PPI (via herhaalreceptuur, elke 3 maanden een nieuw recept etc). Behandelingsduur afspreken en evaluatie. Communicatie richting eerstelijns (als tweedelijns voorschrijft), apotheker en huisarts. Als patiënt om in principe voor een afgeronde periode een PPI krijgt voorgeschreven, dit bekend maken bij de apotheker. Dus reden van voorschrijven en beoogde gebruiksduur.	KNMP
Voorlichting bij starten PPI: Bij start PPI (mits kortdurende indicatie) moet behalve over het middel PPI, ook al wat over het stoppen worden verteld aan de patiënt. Of beter, dat het gebruik maar voor een beperkte duur is	KNMP
Onvoldoende urgentiegevoel bij de behandelende sector voor de noodzaak PPI's zoveel mogelijk tijdelijk te gebruiken	NHG
En ik mis: indicaties PPI gebruik inclusief stop criteria en eventueel aanvullende medicamenteuze therapie	NIV
Bij staken PPI na langdurig gebruik: op welke wijze wordt PPI gestopt? Is dat in één keer, afbouwen? En als het afbouwen is in welk tempo etc?	KNMP
Bij prioritering medicatie genoemd omdat dit op ons vakgebied ligt, en er steeds meer bekend wordt over langdurig gebruik van PPI's en de (negatieve) gevolgen daarvan. Het zou goed zijn wanneer dit stuk herzien wordt naar de laatste stand van zaken. Hierbij zou het gewenst zijn aan te geven of en wat bij langdurig gebruik (wat bij GORZ vaak het geval is) evt gemonitord moet worden.	NVZA
Het zou mooi zijn wanneer de nieuwe richtlijn handvatten kan bieden om de consumptie van PPI's te kunnen verminderen.	NVMDL
Gezien de prevalentie van GORZ bij ouderen is specifieke aandacht voor ouderen bij alle geplande thema's van belang met name: 5. Handvatten voor behandelingsduur, doseringen, stopcriteria PPI en indicaties voor chronische behandeling met PPI (dus bij wie mag dit niet worden gestopt?)	NVKG
Farmacogenetische profiel van mensen, dit speelt m.n. bij (es)omeprazol (CYP2C19 UM). Wanneer een farmacogenetisch profiel laten maken? Of voorkeur voor ander PPI?	KNMP

<b>Medicamenteus - overig</b>	
Wat is de plaats van antacida/ H2-antagonisten t.o.v. PPI? H2-antagonisten, ook in relatie tot ranitidine-vervuiling kwestie.	
Slechte uitvoerbaarheid medicamenteus stappenplan ivm leverings/beschikbaarheids-problemen H2-antagonisten	NHG
Medicamenteuze behandeling: andere maagzuuremmers dan PPI's en het step-up beleid.	ZINL
Plaats on-demand gebruik, is dat dit nog gebruikelijke toepassing bij GORZ?	KNMP
<b>Chirurgie</b>	
antireflux chirurgie: welk type operatie heeft de voorkeur?	ZINL
<b>Overig niet-medicamenteus</b>	
Niet-medicamenteuze behandelingen van refluxziekte (die niet vallen binnen de categorie 'leefstijladviezen'), zie bijvoorbeeld Am J Gastroenterol. 2021 Jan 1;116(1):86-94.	NVMDL
Leefstijl meer toespitsen: voedingsadviezen bij maagklachten, overgewicht, alcohol, (stoppen met) roken, slaap, stress. Hebben mensen met GORZ een ongezondere leefstijl/voedingsgewoonte en is het zinvol om zo vroeg mogelijk dieetinterventie in te zetten met als doel verbeteren van de leefstijl? samen beslissen, persoonsgerichte zorg, zelfmanagement. Toelichting: in de literatuur worden verschillende dieetbehandeling beschreven: Low FODMap (wat is de relatie met IBS klachten). Voedingsadviezen bij GORZ (frequente kleine maaltijden, lager in vet verminderen/vermijden van triggers zoals CO2 dranken, sinaasappel, chocolade, pepermint etc). Verminderen druk in addomen (voldoende vezels ter voorkoming van obstipatie)	NVD
Gezien de prevalentie van GORZ bij ouderen is specifieke aandacht voor ouderen bij alle geplande thema's van belang met name: 4. Effectiviteit en wijze van aanpak van lifestyle interventies op oudere leeftijd (hoe zorgen we dat het hoogste rendement wordt bereikt ikv kwaliteit van leven bij deze kwetsbare groep)?	NVKG
Naast leefstijladviezen mis ik nog de inzet van alternatieve geneeswijze bij functionele klachten.	VenVN
<b>DIAGNOSTIEK</b>	
<b>Ouderen</b>	
Gezien de prevalentie van GORZ bij ouderen is specifieke aandacht voor ouderen bij alle geplande thema's van belang met name: 1. specifieke aandacht voor de atypische geriatrische presentatie en DD van GORZ bij ouderen	NVKG
Gezien de prevalentie van GORZ bij ouderen is specifieke aandacht voor ouderen bij alle geplande thema's van belang met name: 2. indicaties voor aanvullende diagnostiek specifiek bij kwetsbare ouderen (oa endoscopie, refluxmeting, H Pylori diagnostiek) mede rekening houdend met kwaliteit van leven en evt behandelbeperkingen (welke diagnostiek kan bij welke ouderen informatief zijn en winst ikv kwaliteit van leven opleveren en wanneer is dit juist niet meer zinvol?)	NVKG
Gezien de prevalentie van GORZ bij ouderen is specifieke aandacht voor ouderen bij alle geplande thema's van belang met name: 3. patiëntkarakteristieken van ouderen met een verhoogd risico op Erosive Reflux Disease vs Non Erosive Reflux Disease	NVKG
<b>Overig diagnostiek</b>	

In de dagelijkse praktijk zien we veel verwijzingen vanuit de eerste lijn die niet voldoen aan de NHG richtlijn. (zowel gastroscopie als poli) Hierbij vragen wij ons vaak af of de verwijzing geïndiceerd is. Wellicht is het een idee om in het nieuwe document op te nemen waaraan een verwijzing naar de 2e of 3e lijn idealiter aan zou moeten voldoen? (poli / gastroscopie) <- deels overlap met indicatie endoscopie.	NVMDL
Bij reflux meting moeten we wellicht toch ook de manometrie besproken worden?	NVMDL
Standaardiseren van de wijze waarop functieonderzoeken (i.h.b. pH/impedantiemeting) verricht en beoordeeld worden.	NVMDL
Het is bekend dat een aantal patiënten met GORZ refractair is voor therapie en niet voldoende reageert op behandeling met protonpompremmers (PPI). De huidige richtlijn bevat een stroomdiagram voor patiënten met alarm- of refractaire symptomen. Volgens dit stroomdiagram kan het in een aantal gevallen noodzakelijk zijn een andere diagnose te overwegen. Een andere diagnose waar bij patiënten met PPI-refractaire GORZ sprake van kan zijn is eosinofiele oesofagitis (EoE). De afgelopen jaren is veel onderzoek naar EoE verricht, wat blijkt uit de vele publicaties over dit ziektebeeld. Uit een recent onderzoek van Oude Nijhuis et al, Amsterdam UMC, (Am J Gastroenterol 2021) blijkt dat het bij patiënten met PPI-refractaire GORZ in combinatie met dysfagie klachten zinvol is om aanvullend onderzoek te verrichten door middel van het afnemen van meerdere slokdarmmucosabioten om EoE uit te sluiten of aan te tonen. Indien EoE is aangetoond kan gerichte therapie worden ingezet. In de huidige richtlijn wordt EoE bij de differentiaal diagnose benoemd, echter is het o.i. daarbij zinvol bovenstaande informatie toe te voegen om de arts te ondersteunen bij het stellen van de juiste diagnose, en daarmee de patiënt te kunnen voorzien van de juiste behandeling.	VIG
Elke patiënt met refluxziekte verdient één keer in zijn of haar leven een scopie verdient (wel of geen Barrett)	NVMDL
Elke twee jaar opnieuw een scopie vanwege nog steeds klachten in zinloos: dan verwijzing om de diagnose duidelijk te maken (dus sensitive esophagus, functioneel zuurbranden enz. daarvoor ook andere therapie, uitstapje naar de tweede lijn kan daarvoor buitengewoon zinvol zijn)	NVMDL
<b>SUPRA-OESOFAGEALE REFLUXZIEKTE</b>	
Een stelling nemen mbt KNO klachten en hoestklachten door reflux, en welk aanvullend onderzoek (gastroscopie + ph impedantie?) en behandeling hier geïndiceerd lijkt. (bij hoest bv alleen PPI niet wetenschappelijk bewezen effectief).	NVMDL
Diagnosestelling en behandeling van extra-oesofageale refluxziekte. Nu staat er enkel diagnosestelling en er staat supra-oesofageaal in plaats van extra-oesofageaal.	NVMDL
Vermoeden op extra-oesofageale symptomen is duidelijk een andere tak van sport. Vastleggen welke diagnostische volgorde: bij hoesten met een gastroscopie beginnen is wellicht wat eenvoudige redenatie maar gebeurt best wel met enige regelmaat.	NVMDL
<b>ORGANISATIE VAN ZORG</b>	
Zoals reeds in de inleiding vermeld wordt het grootste deel van de patiënten gediagnostiseerd en behandeld in de eerste lijn. Deze richtlijn heeft als doelgroep de behandelaars in tweede en derde lijn. Het zou goed zijn om als los hoofdstuk op te nemen hoe diagnostiek en behandeling voor de grote groep in de eerste lijn plaatsvindt met de middelen die daar gebruikt kunnen worden. Om daarna te beschrijven voor welke categorie patiënten er aanvullend verwijzing voor diagnostiek en of behandeling in tweede lijn geïndiceerd is. Het lopende zinnige zorg traject over dit onderwerp richt zich in de aanbevelingen ook op vermindering van onnodige diagnostiek en (chronische) behandeling. Dit wordt reeds in verschillende samenwerkingen tussen de eerste lijn en tweede lijn opgepakt. Ook de zorgverzekeraars proberen hier al op te sturen. Deze link tussen eerste en tweede/derde lijn is naar mijn mening een belangrijk item waar in deze richtlijn aandacht voor nodig is.	NIV
<b>OVERIGE PUNTEN</b>	

Huisartsen maken in de NHG-Standaard maagklachten geen onderscheid in wel/geen refluxklachten en baseren hun beleid op maagklachten. Hoe wordt hier door MDL-artsen mee omgegaan?	ZINL
Classificatie ziektebeelden: non-erosieve refluxziekte, erosieve refluxziekte, functionele refluxklachten en reflux hypersensitiviteit	ZINL
Wellicht opnemen typisch a typische refluxklachten	NVMDL
Goed vaststellen en ons daar allemaal aan houden: Barrett tenminste eenmaal in de tweede lijn voor goede uitleg en controles volgens de richtlijnen	NVMDL
Nog eens goed vastleggen ook voor ons als tweede lijn Barrett correct diagnosticeren: er vindt veel overdiagnosestelling door te hard blazen en de maagplooien niet goed zien enz.	NVMDL
Samenhang met functionele gastroparese	NVD
Wij zien graag dat de indicaties voor endoscopie worden verbreed naar maagklachten ipv verdenking op reflux(ziekte), omdat de voorspellende waarde van refluxklachten beperkt is. Wordt er ook aandacht besteed aan wanneer een gastroscopie niet nodig is bij verdenking op gastro-oesofageale refluxziekte en wanneer gastroscopieën niet herhaald dienen te worden bij gastro-oesofageale refluxziekte (bijv. bij refluxoesofagitis graad A?). Tijdens de verdiepingfase Zinnige Zorg maagklachten is namelijk door afgevaardigden van de NVMDL aangegeven dat een gastroscopie niet altijd nodig is bij verdenking op gastro-oesofageale refluxziekte.	ZINL
In het raamwerk staat leefstijl opgenomen. Leefstijl is de 1e behandelkeuze én als dat onvoldoende bijdraagt dan de volgende stap in de behandeling. Medicamenteuze behandeling nadelige bijwerkingen bij langdurig gebruik (nadelige consequenties op o.a. microbiom, darminfecties, verhoogd risico op botbreuken, chronische nierschade of tot vitaminen- en/of mineralen tekorten, zoals vitamine B12 en magnesium). Hou deze volgorde ook aan in de uiteindelijke richtlijn, bij behandeling eerst leefstijl dan en dan de andere behandelopties.	NVD
Graag ook specifieke aandacht voor de indicatiestelling van evt invasieve behandelmethoden bij ouderen (bij wie zinvol, bij wie niet?)	NVKG
De richtlijn dient organisatorisch, juridisch en financieel uitvoerbaar te zijn voor alle organisaties voor medisch specialistische zorg (algemene, categorale, topklinische ziekenhuizen, revalidatie-instellingen), zonder ingrijpende consequenties op deze gebieden. Tevens dient rekening gehouden te worden met het verminderen van de regeldruk, evaluatie van de huidige zorg en eventuele andere algemene richtlijnen die de betreffende richtlijn raken. Dit maakt een bijhorend implementatieplan met inzicht in financiële, juridische en organisatorische consequenties noodzakelijk. In de samenvatting van de richtlijn dient het onderdeel organisatie van zorg ook terug te komen. Het is daarbij van belang om ook inzicht te geven in het verschil tussen de huidige situatie en de nieuwe situatie om de impact te kunnen beoordelen. Bij eventuele consequenties en/of knelpunten op het gebied van de implementatie en de uiteindelijke naleving van de richtlijn dienen aspecten zoals kosten, veranderde inzet van FTE, IT zaken of anderszins concreet te worden uitgewerkt voor alle soorten organisaties op het gebied van medisch specialistische zorg. Daarbij dient de governance-afspraken van 2019 te worden nagegaan, waarbij nieuwe en te wijzigen richtlijnen worden gecategoriseerd naar impact (categorie 1, 2 of 3) voor de haalbaarheid. Afhankelijk van de categorie dient eventueel een BIA te worden uitgevoerd, met als doel dat alle organisaties de richtlijn kunnen naleven zodra daar toezicht op wordt gehouden.	NVZ

Wij worden graag betrokken bij het vervolg en verzoeken u daarbij een overzicht te verstrekken van de verschillen tussen de huidige en de nieuwe situatie om de impact beter te kunnen inschatten.	
Bij prioritering medicatie genoemd omdat dit op ons vakgebied ligt, en er steeds meer bekend wordt over langdurig gebruik van PPI's en de (negatieve) gevolgen daarvan. Het zou goed zijn wanneer dit stuk herzien wordt naar de laatste stand van zaken. Hierbij zou het gewenst zijn aan te geven of en wat bij langdurig gebruik (wat bij GORZ vaak het geval is) evt gemonitord moet worden.	NVZA
Barrett metaplasie valt buiten de richtlijn maar hopelijk wordt wel behouden dat in dat geval PPI's niet afgebouwd kunnen worden. Overige prioritering kunnen wij niet aangeven omdat de onderwerpen buiten ons expertisegebied liggen.	NVZA
Als VenVN MDL denken we graag mee hoe we het beleid bij functionele zuurbrandklachten beter kunnen organiseren. Denk aan 1,5lijns zorg of inzet van de Verpleegkundig specialist in de 2de lijn	VenVN
Het is bekend dat een aantal patiënten met GORZ refractair is voor therapie en niet voldoende reageert op behandeling met protonpompremmers (PPI). De huidige richtlijn bevat een stroomdiagram voor patiënten met alarm- of refractaire symptomen. Volgens dit stroomdiagram kan het in een aantal gevallen noodzakelijk zijn een andere diagnose te overwegen. Een andere diagnose waar bij patiënten met PPI-refractaire GORZ sprake van kan zijn is eosinofiele oesofagitis (EoE). De afgelopen jaren is veel onderzoek naar EoE verricht, wat blijkt uit de vele publicaties over dit ziektebeeld. Uit een recent onderzoek van Oude Nijhuis et al, Amsterdam UMC, (Am J Gastroenterol 2021) blijkt dat het bij patiënten met PPI-refractaire GORZ in combinatie met dysfagie klachten zinvol is om aanvullend onderzoek te verrichten door middel van het afnemen van meerdere slokdarmmucosabiopten om EoE uit te sluiten of aan te tonen. Indien EoE is aangetoond kan gerichte therapie worden ingezet. In de huidige richtlijn wordt EoE bij de differentiaal diagnose benoemd, echter is het o.i. daarbij zinvol bovenstaande informatie toe te voegen om de arts te ondersteunen bij het stellen van de juiste diagnose, en daarmee de patiënt te kunnen voorzien van de juiste behandeling.	VIG
pH metrie: graag aandacht voor: welke parameters meten en welke zijn voldoende gevalideerd? Wanneer dient een pH metrie i.c.m. met een impedantiemeting verricht te worden? Welke kwaliteitseisen zijn van belang voor het verrichten van een pH metrie?	ZINL
hoe is ZN betrokken bij de ontwikkeling van deze richtlijn?	ZINL
Zorg voor goede aansluiting en verwijst naar relevante richtlijnen zoals de NHG-S maagklachten, Zorgmodule voeding (NVD), Richtlijn Barrett-oesofagus (NVMDL)/deze richtlijn is gericht op gastro-oesofageale refluxziekte en niet op maagklachten. Graag willen wij jullie meegeven om na te denken over aansluiting op de herziene NHG-S maagklachten. Dit punt is ook als verbeterafpraak opgenomen in het verbeter signalement Zinnige Zorg maagklachten, in afstemming met afgevaardigden van o.a. het NHG en de NVMDL	ZINL
De Aqua leidraad geeft aandachtspunten en overwegingen voor de herziening van richtlijnen. Deze leidraad houdt rekening met criteria die in het toetsingskader worden gesteld, wat de opname van de richtlijn in het register van het Zorginstituut (Zorginzicht.nl) vergemakkelijkt. Wij willen jullie vragen plaatsing van deze richtlijn op Zorginzicht.nl te overwegen.	ZINL
Het Zorginstituut heeft eerder standpunten ingenomen over interventies bij gastro-oesofageale refluxziekte. Hierbij verwijzen wij jullie naar deze standpunten: <a href="https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2014/07/31/electrische-stimulatie-van-de-lagere-oesofageale-sfincter-bij-gastro-oesofageale-reflux-ziekte">https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2014/07/31/electrische-stimulatie-van-de-lagere-oesofageale-sfincter-bij-gastro-oesofageale-reflux-ziekte</a> . <a href="https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2013/02/18/endoluminale-funduplicatie-met-esophyx-bij-gastro-oesofageale-reflux">https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2013/02/18/endoluminale-funduplicatie-met-esophyx-bij-gastro-oesofageale-reflux</a> .	ZINL

Kan de richtlijn GORZ samen gaan met een (functionele) gastroparese? Of ziet de werkgroep geen samenhang ?

NVD