

## Bijlage 1. Uitkomsten knelpuntenanalyse

Door de werkgroep zijn knelpunten in de zorg voor patiënten met (verdenking op) nierstenen genoemd. Deze lijst met knelpunten is ter commentaar, aanvulling en prioritering gestuurd naar alle urologen in Nederland en naar een groep stakeholders:

### Geprioriteerde knelpunten: Richtlijn Nierstenen

#### Toelichting

Urolithiasis (niersteenlijden, lithos = steen) is een oud probleem. De prevalentie van nierstenen in de algemene bevolking is ongeveer 5,5% met een maximale incidentie tussen de 30-50 jaar. Na een eerste steen is de kans op een recidief 50-70%.

Er bestaat geen Nederlandstalige evidence-based richtlijn over nierstenen. Daarnaast is er geen eenduidig beleid op bepaalde punten m.b.t. de diagnostiek, behandeling en nazorg/controlle bij nierstenen. Om te zorgen voor een meer eenduidig beleid is een richtlijnwerkgroep 'nierstenen' opgericht. In **bijlage 1** vindt u een overzicht van de betrokken partijen.

De richtlijnwerkgroep heeft knelpunten in de zorg rondom nierstenen geformuleerd. In totaal werden ongeveer 40 knelpunten geformuleerd. Deze knelpunten zijn vervolgens geprioriteerd om tot een lijst van ongeveer 20 knelpunten te komen. Deze knelpunten leggen we nu graag aan u voor als belanghebbende partij.

De werkgroep zal aan de hand van uw reacties een definitieve prioritering maken van ongeveer 10 knelpunten die nader uitgezocht worden.

#### Wij hebben de volgende vragen voor u:

1. Kunt u zich vinden in deze knelpunten?
2. Kunt u een top 5 geven welke knelpunten voor u de hoogste prioriteit hebben?
3. Heeft u opmerkingen over de knelpunten?
4. Heeft u nog aanvullingen op deze knelpunten?

U kunt uw reactie geven op het **bijgevoegde antwoordformulier**.

Wij vragen u dit antwoordformulier te retourneren **vòòr 14 januari 2013** naar mevr. R. Lammers.

E-mail: [r.lammers@nvu.nl](mailto:r.lammers@nvu.nl). Adres: Postbus 20078, 3502 LB UTRECHT

#### Lijst met geprioriteerde knelpunten

##### Diagnostiek

	<b>Knelpunt</b>
1.	Het is onduidelijk of bij acute koliekpijn een buikoverzichtsfoto en/of echo voldoende is als primaire diagnostiek, of dat hierbij ook een blanco CT gemaakt moet worden / Het is onduidelijk of bij klinische symptomen zonder koliekpijn een buikoverzichtsfoto en/of echo voldoende is als primaire diagnostiek, of dat hierbij ook een blanco CT gemaakt moet worden
2.	Het optimale (getrapte) radiologische beleid (traject CT) bij de verdenking op nierstenen is niet bekend (in relatie tot sensitiviteit, stralingsbelasting en kosten)
3.	Het is niet duidelijk wanneer de meting van Hounsfield Units moet worden ingezet en welk gewenst type (DECT) CT of protocol moet worden gebruikt ten aanzien van steenkaracterisatie

	of voorspeller van behandelresultaat
4.	Diagnostiek met behulp van low-dose CT is lastig bij mensen met een lage BMI. Het is niet bekend of er een afkappunt voor de inzet van low-dose CT kan worden vastgesteld.

### Behandeling (onderscheid symptomatisch en asymptomatisch)

	Knelpunt
5.	De effectiviteit van butylscopolamine (buscopan®) voor behandeling van nierstenen is niet bekend
6.	Het is onduidelijk welke leefstijladviezen (bijv. t.a.v. drinken) zinvol zijn bij niersteenkolieken
7.	Het is niet bekend wat de absolute indicaties zijn voor de behandeling van nierstenen (bijv. stuwings, infectie, groeiende steen, mononier, locatie, hematurie)
8.	Het is niet bekend in welke situaties behandeling evt. kan worden uitgesteld (bijv. stuwings zonder infectie, risico op nierschade).
9.	Het is niet bekend of er indicaties zijn waarbij acuut moet worden ingegrepen (met als gevolg inzet van de anesthesioloog)
10.	De keuze voor percutane ingrepen dan wel URS dient te worden geobjectiveerd.
11.	Het is niet bekend of er een maximale duur is voor een URS waarbij een access sheath wordt gebruikt, in verband met mogelijke schade op lange termijn door fibrosering in verband met mogelijk gecompromitteerde doorbloeding van de ureter

### Nazorg/controle/follow-up

	Knelpunt
12.	Het follow-up beleid na niersteenbehandeling is niet goed omschreven (duur, welke diagnostiek, terugverwijzing naar huisarts)
13.	Het follow-up beleid van mensen met asymptomatische nierstenen is niet goed omschreven (duur, welke diagnostiek, terugverwijzing naar huisarts)
14.	Het nut van (herhaling van) steenanalyse is niet bekend
15.	Het is onduidelijk welk metafylaxe onderzoek wordt aanbevolen bij patiënten met een hoog, dan wel laag risico op een recidief
16.	Het is niet bekend welke leefstijladviezen worden aanbevolen bij patiënten met een hoog, dan wel laag risico op een recidief
17.	Er is geen eenduidig beleid welke specialismen leidend en betrokken zijn bij metafylaxe onderzoek, leefstijladviezen en medicamenteuze adviezen (bijv. uroloog, diëtist, internist-nefroloog)
18.	Het is niet bekend op basis van welke parameters het risico op een recidief het beste is te bepalen
19.	Het is niet bekend of een stenepoli met inzet van een multidisciplinaire team meerwaarde heeft bij het voorkomen van steen recidieven

### Afkortingen

**URS** Ureterorenoscopie

**DECT** dubbel energieCT

### Bijlage 1: Betrokken partijen

Organisatie/Vereniging	Afvaardiging in werkgroep
Nederlandse Vereniging voor Urologie	Ja
Nederlandse Vereniging voor Radiologie	Ja
Nederlandse Internisten Vereniging (incl. nefrologen, infectiologen,	Ja

endocrinologen)	
Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde	Ja
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie	
Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen	
Verenso (vereniging van verpleeghuisartsen en geriater)	
Nederlands Huisartsen Genootschap	
Verpleegkundigen & Verzorgenden Urologie	
Inspectie voor de Gezondheidszorg	
Zorgverzekeraars Nederland en afzonderlijke zorgverzekeraars	
Nierstichting	

De individuele reacties van urologen of stakeholders en de geprioriteerde scores zijn bij het bureau van de Nederlandse Vereniging voor Urologie opvraagbaar.

De reacties vanuit de knelpunteninventarisatie zijn door de werkgroep besproken en hebben tot de volgende prioritering geleid (rode tekst: knelpunt is door de werkgroep in de vergadering van januari 2013 geprioriteerd en wordt in de richtlijn behandeld):

### Diagnostiek

#### Diagnostiek

Nr. nieuw	Nr. oud	Knelpunt
1	5+6	Het is onduidelijk of bij acute koliekpijn een buikoverzichtsfoto en/of echo voldoende is als primaire diagnostiek, of dat hierbij ook een blanco CT gemaakt moet worden Het is onduidelijk of bij klinische symptomen zonder koliekpijn een buikoverzichtsfoto en/of echo voldoende is als primaire diagnostiek, of dat hierbij ook een blanco CT gemaakt moet worden
2	8	Het optimale (getrapte) radiologische beleid (traject CT) bij de verdenking op nierstenen is niet bekend (in relatie tot sensitiviteit, stralingsbelasting en kosten)
3	10	Het is niet duidelijk wanneer een meting van de steendensiteit (Hounsfield Units) moet worden ingezet en welk gewenst type (Dual Energy of Spectral) CT protocol moet worden gebruikt ten aanzien van steenkaracterisatie of voorspellen van (ESWL) behandelresultaat
4	11	Definitie van low-dose is onduidelijk en diagnostiek met behulp van low-dose CT is lastig bij mensen met een erg lage en erg hoge BMI. Het is niet bekend of er een afkappunt voor de inzet van low-dose CT kan worden vastgesteld.

### Behandeling (onderscheid symptomatisch en asymptomatisch)

Nr. Nieuw	Nr. oud	Knelpunt
5	13	De effectiviteit van butylscopolamine (Buscopan®) voor behandeling van nierstenen is niet bekend
6	14	Het is onduidelijk welke leefstijladviezen (bijv. t.a.v. drinken) zinvol zijn bij niersteenkoliëken
7	15	Het is niet bekend wat de absolute indicaties zijn voor de behandeling van nierstenen (bijv. stuwings, infectie, groeiende steen, mononier, locatie, hematurie)
8	16	Het is niet bekend in welke situaties behandeling evt. kan worden uitgesteld (bijv. stuwings zonder infectie, risico op nierschade).
9	18	Het is niet bekend of er indicaties zijn waarbij acuut moet worden ingegrepen (met als gevolg inzet van de anesthesioloog)
10	19	De keuze voor percutane ingrepen dan wel ureterorenoscopie (URS) dient te worden geobjectiveerd.
11	20	Het is niet bekend of er een maximale duur is voor een URS waarbij een access sheethet wordt gebruikt, in verband met mogelijke schade op lange termijn door fibrosering in verband met mogelijk gecompromitteerde doorbloeding van de ureter

### Nazorg/controlerefollow-up

Nr. nieuw	Nr. oud	Knelpunt
12	31	Het follow-up beleid na niersteenbehandeling is niet goed omschreven (duur, welke diagnostiek,

		terugverwijzing naar huisarts)
13	32	Het follow-up beleid van mensen met asymptomatische nierstenen is niet goed omschreven (duur, welke diagnostiek, terugverwijzing naar huisarts)
14	33	Het nut van (herhaling van) steenanalyse is niet bekend
15	34	Het is onduidelijk welk metafylaxe onderzoek wordt aanbevolen bij patiënten met een hoog, dan wel laag risico op een recidief
16	35	Het is niet bekend welke leefstijladviezen worden aanbevolen bij patiënten met een hoog, dan wel laag risico op een recidief
17	36	Er is geen eenduidig beleid welke specialismen leidend en betrokken zijn bij metafylaxe onderzoek, leefstijladviezen en medicamenteuze adviezen (bijv. uroloog, diëtist, internist-nefroloog)
18	37	Het is niet bekend op basis van welke parameters het risico op een recidief het beste is te bepalen
19	38	Het is niet bekend of een stenepoli met inzet van een multidisciplinaire team meerwaarde heeft bij het voorkomen van steen recidieven