

Verslag schriftelijke knelpuntenanalyse

Er is een schriftelijke knelpuntenanalyse uitgevoerd om partijen de gelegenheid te geven om te reageren op het concept raamwerk en (aanvullende) knelpunten in te brengen ten aanzien van de diagnostiek en behandeling van patiënten met NAFLD/NASH.

De volgende verenigingen of organisaties zijn gevraagd om input te leveren, waarbij de partijen die knelpunten hebben ingediend zijn aangegeven met #:

- IGJ (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd)#
- NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra)
- NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap)
- NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen)#
- Patiëntenfederatie Nederland
- STZ (Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen)
- V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland)#
- NAPA (Nederlandse Associatie Physician Assistants)
- ZiNL (Zorginstituut Nederland)
- ZKN (Zelfstandige Klinieken Nederland)
- ZN (Zorgverzekeraars Nederland)
- NVMDL (Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen)#
- NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap)
- NIV (Nederlandse Internisten Vereniging)#
- NVD (Nederlandse Vereniging Diëtisten)
- NLV (Nederlandse Leverpatiënten Vereniging)
- NVK (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde)
- NVvH (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde)
- NVvC (Nederlandse Vereniging voor Cardiologie)
- NVKG (Nederlandse Vereniging voor Klinisch Geriaters)
- NVvR (Nederlandse Vereniging voor Radiologie)
- NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie)
- NVKC (Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde)#

In onderstaande tabellen zijn de ingediende reacties per vraag weergegeven:

Genodigde organisatie	Zijn er wat u betreft knelpunten rondom non-alcoholische leververvetting (NAFLD/NASH) die nog niet geadresseerd worden in het raamwerk?
IGJ (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd)	Aandacht voor implementatie. Ziet er goed, de inspectie is benieuwd naar de richtlijn.
NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen)	Organisatie van zorg omvat niet alle onderdelen die nodig zijn om een richtlijn te kunnen implementeren (inzet personeel, kosten, implementatietermijn, risico's/barrières en hoe deze op te lossen als wordt toegezien op naleving van de richtlijn, etc.) Implementatie onderdeel ontbreekt nog, inclusief te zaken die daarvoor nodig zijn (tevens verschil ten opzichte van de huidige aanpak + monitoring kwaliteit van zorg/evaluatie huidige richtlijn en toekomstige richtlijn met oog op update in de toekomst) . Alleen kennis en awareness is niet alles wat nodig is om als medisch specialistisch bedrijf te kunnen voldoen aan de richtlijn om deze te implementeren.

V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland)	Ik mis de rol van de verpleegkundig specialist (VS) in deze (preventie/screening/uitleg/informatieverstrekking/motivational interviewing/fibroscaan/regie rol tussen de hulpverleners, en etc.)
NVMDL (Nederlandse vereniging maag-darm-leverartsen)	<p>Wat mij betreft kan er niet genoeg nadruk gegeven worden aan vroegdetectie (onderdeel van uw agenda). Omdat de behandeling van (de gevolgen van) MAFLD mijn inziens (en met alle respect) gerommel in de marge is denk ik dat het belangrijkste onderdeel van de richtlijn wordt gevormd door een agenda voor de preventie van MAFLD. Ik begrijp dat dit zaken betreft die zich vooral buiten de spreekkamer afspelen, maar het lijkt me wel de enige manier om verandering te brengen in deze epidemie.</p> <p>Dank voor het toezenden van het voorstel voor de ontwikkeling van een richtlijn NAFLD/NASH, hetgeen een goed initiatief is!</p> <p>Bij deze nog enkele suggesties n.a.v. het conceptraamwerk van de richtlijn.</p> <p>Behandeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaatsbepaling bariatrische chirurgie <p>Organisatie van zorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergoeding van (eventuele) medicamenteuze behandelopties • Organisatie en vergoeding leefstijlinterventies (in eerste en/of tweede lijn) <p>- JA: een groot knelpunt binnen de organisatie van de zorg is de organisatorische route van patiënt naar een geschikt en vergoed leefstijlprogramma, omdat er grote onduidelijkheden/kennistekorten zijn over vergoedingen voor leefstijlbegeleiding, kwaliteit van leefstijlbegeleiding, welk type leefstijlbegeleiding hoor bij welke type patiënt (bijv de obese leverpatiënt met sarcopenie), dit kost nu allemaal heel veel tijd om uit te zoeken voor arts en patiënten en huisarts -> we hebben 'leefstijlmanagers' nodig, die de intermediair kunnen vormen tussen arts, verzekeraar, en het passende leefstijlprogramma voor elke specifieke groep, zoals de maatschappelijk werkers die tol vervullen bij patiënten met maatschappelijke problemen.</p>
NIV (Nederlandse internisten vereniging)	Ik denk dat het van belang zou zijn om ook de cardiologen hierbij te betrekken evenals de bariatrisch chirurgen. Tevens verdient aanbeveling nadruk te leggen op de endometabole aspecten van NAFLD/NASH.
NVKC (Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde)	<p>Algemene reactie: De betrokkenheid van een laboratoriumsPECIALIST ontbreekt.</p> <p>Aangedragen knelpunten:</p> <p>A. Duidelijke beschrijving van high-risk populaties voor screening op NAFLD:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alle (on)behandelde CVRM/DM2 patiënten 2. Patiënten at risk voor DM2: (pre-)obesitas. 3. Patiënten met chronische aandoeningen die geassocieerd zijn met een verhoogd cardiovasculair risico <p>B. Duidelijke beschrijving van welke patiënten met asymptomatische NAFLD willen we opsporen in het geval van screening en op welke manier? Bv alle high-risk NAFLD-populatie moet worden benoemd m.b.v. toepassing van de FIB4-score als screeningstool.</p> <p>C. Vaststelling klinische beslisingrenzen bij FIB4:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FIB4-score < 1.3: lage verdenking op gevorderde leverfibrose - FIB4-score 1.3 – 3.25: intermediaire verdenking op leverfibrose - FIB4-score > 3.25: hoge verdenking op leverfibrose <p>D. Vaststelling van frequentie van periodieke controle NAFLD-pro/regressie en bij vaststelling NAFLD of pro/regressie van bekende NAFLD: duidelijke beschrijving van plan van aanpak:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. FIB4-score < 1.3: lage verdenking op gevorderde leverfibrose <p>Advies:</p> <ol style="list-style-type: none"> A. Leefstijl coaching en counseling van cardiovasculaire risicofactoren. B. (Overweeg:) baseline fibroscaan. C. Herhalen FIB4-parameters na 1 jaar. D. Herhalen NAFLD-diagnostiek in 3-5 jaar. E. Beoordeling individuele FIB4-parameters: bv hoge trombo's door andere reden?

	<p>II. FIB4-score 1.3 - 3.25: intermediaire verdenking op gevorderde leverfibrose</p> <p>Advies:</p> <p>A. Leefstijl coaching en counseling van cardiovasculaire risicofactoren.</p> <p>B. Baseline fibroscan.</p> <p>C. Herhalen FIB4-parameters na 1 jaar.</p> <p>D. Herhalen NAFLD-diagnostiek in 1-2 jaar.</p> <p>E. Beoordeling individuele FIB4-parameters: bv lagere trombo's door andere reden?</p> <p>III. FIB4-score > 3.25: hoge verdenking op leverfibrose</p> <p>Advies:</p> <p>A. Leefstijl coaching en counseling van cardiovasculaire risicofactoren.</p> <p>B. Verwijzing hepatoloog</p> <p>C. Beoordeling individuele FIB4-parameters: bv lage trombo's door andere reden?</p> <p>E. Graag een statement over de noodzaak van optimalisatie van het cardiovasculaire risicoprofiel bij at-risk NAFLD-patiënten i.e. lipids (LDL < 1.8 mmol/L), systolische RR < 130mmHg) inclusief bespreking therapieontrouw</p> <p>F. Hoe wordt NAFLD duidelijk afgebakend van alcoholische leververvetting? Traditioneel worden levermarkers nog vaak gebruikt en bij de interpretatie daarvan is een laboratoriumspecialist wenselijk</p>
--	--

Genodigde organisatie	Welke 3 concept knelpunten hebben voor u de hoogste prioriteit?
IGJ (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd)	<ol style="list-style-type: none"> 1.Netwerkzorg (transregionale afspraken) 2.Multidisciplinairiteit
NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen)	
V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland)	<ol style="list-style-type: none"> 1.Rol van de VS 2.Knelpunt 1 3.Knelpunt 2
NVMDL (Nederlandse vereniging maag-darm-leverartsen)	1. Organisatie van zorg: dwz hoe krijgen we de bulk van deze groep, die bij geen een dokter komt, tijdig in beeld. -> we hebben een 'consultatiebureau voor volwassenen' nodig, zoals de JGZ die rol vervuld bij het zien van kinderen op de consultatiebureaus. Die rol moet worden opgepakt door de huisartsen/praktijkondersteuners en verzekeraars.
NIV (Nederlandse internisten vereniging)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Afspraken t.a.v. diagnostiek en besluiten rondom actieve screening in hoog risico groepen (door de eerste lijn) 2. Welke streefwaarden moeten worden gehanteerd bij CVRM van patiënten met NAFLD 3. Vastleggen van een zorgpad met de afkapwaarden voor diagnostiek en verwijzing
NVKC (Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vaststelling populaties at risk in het kader van preventie 2. Vaststelling diagnostisch screeningsroute: met behulp van klinische beslisgrenzen FIB4, wanneer wel/geen fibroscan, wanneer wel/geen leverbiopt 3. Vaststelling van de frequentie van de periodieke NAFLD-controles en inhoud van therapeutisch plan bij verschillende FIB4-scores