



KENNISAGENDA

NVMDL



NVMDL

Initiatief

Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL)

In samenwerking met

Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie (NVGE)

Nederlandse Vereniging voor Hepatologie (NVH)

Met ondersteuning van

Kennisinstituut van Medisch Specialisten

Financiering

Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

Samenstelling van de werkgroep

Dr. M.P. Schwartz (voorzitter), MDL-arts, Meander MC

Prof. dr. J.J.G. Bergman, MDL-arts, Amsterdam UMC

Prof. dr. J.P.H. Drenth, MDL-arts, Radboudumc

Dr. M. de Jong, aios-MDL, LUMC

Prof. dr. D. Keszthelyi, MDL-arts, MUMC+

Prof. dr. M.E. van Leerdam, MDL-arts, LUMC/NKI

Prof. dr. W.B. Nagengast, MDL-arts, UMCG

Dr. H. van Soest, MDL-arts, HMC

Dr. R.C. Verdonk, MDL-arts, St. Antonius Ziekenhuis

Prof. dr. C.J. van der Woude, MDL-arts, Erasmus MC

Met dank aan:

Dr. M.K. Neijenhuis (lid Raad W&I), aios-MDL, Radboudumc

Met ondersteuning van:

H. Olthuis – van Essen, adviseur, Kennisinstituut van Medisch Specialisten

Colofon

KENNISAGENDA NVMDL

© 2023 Nederlandse vereniging van Maag-Darm-Leverartsen

Postbus 657

2003 RR Haarlem

Tel. 023-5513016

Email: secretariaat@mdl.nl

Website: <https://www.mdl.nl/>

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de NVMDL aanvragen.

Adres en e-mailadres: zie boven.

Samenvatting 'Kennisagenda NVMDL'	4
1. Inleiding	5
2. Resultaten	7
2.1. Meta-thema Kennisagenda	7
2.2. Top-9 onderzoeksvragen	7
2.3. Vragenlijst onderzoeklijnen	9
3. Implementatie	11
3.1 Organisatie en financiering	11
3.2 Netwerken	12
3.3 Rol van de NVMDL	13
4. Aanpak/methodologie	14
4.1. Inventarisatie kennishiaten	14
4.2. Prioritering en opstellen Kennisagenda	15
4.3. Inzicht in wetenschappelijke activiteiten	16
5. Evaluatie NVMDL-Kennisagenda 2016	17
5.1. Stand van zaken	17
Bijlage 1 Begrippenlijst	19
Bijlage 2 Onderzoeklijnen in UMC's en STZ-ziekenhuizen	20
Bijlage 3 Richtlijnen	24
Bijlage 4 Overige belanghebbenden	25
Bijlage 5 Prioriteringsbijeenkomst	26
Bijlage 6 Vragenlijst UMC's en STZ-ziekenhuizen	28
Bijlage 7 Literatuurlijst	29
Bijlage 8 Steunbrief Patiëntenfederatie Nederland	30

In 2016 werd de eerste NVMDL-Kennisagenda gepubliceerd. De NVMDL was destijds de 7e medische beroepsvereniging die een agenda presenteerde van belangrijke, nog onvoldoende wetenschappelijk onderbouwde vragen. Vragen waarop de antwoorden zouden kunnen leiden tot aanpassing en verbetering van richtlijnen, met als doelen kwalitatief-hoogwaardigere en vaak ook doelmatigere en goedkopere zorg. Inmiddels is het tijd om de Kennisagenda te vervolgen en te updaten, maar ook om de effectiviteit van onze eigen Kennisagenda te evalueren en te verbeteren, want de thematiek van stimulatie van effectieve en zinvollere zorg is actueler dan ooit.

Inleiding

Meer technologische en financiële mogelijkheden én de wens tot een gezond en vooral lang leven leiden tot een almaar toenemende medische consumptie en kosten. De laatste jaren hebben de coronacrisis en het dreigende 'zorginfarct' ons nog eens verder met de neus op de feiten gedrukt dat een grens bereikt is. Er is dus behoefte aan een rem op de huidige ontwikkelingen, met als doel gepaste zorg ofwel 'minder is meer' (less is more). Deze tweede Kennisagenda staat daarom volledig in het teken van kennisvragen die betrekking hebben op een reductie van mogelijk minder effectieve of ineffectieve MDL-zorg en daarmee stimulering van gepast gebruik van MDL-zorg.

Aanpak

De kennishiaten zijn geïnventariseerd door middel van een analyse van alle relevante richtlijnen, enquête onder leden van de NVMDL, NVGE, NVH, patiëntenorganisaties en overige betrokken organisaties en analyse van Kennisagenda's van andere wetenschappelijke verenigingen. De werkgroep heeft aan de hand van vooraf vastgestelde criteria een voorselectie uitgevoerd. Vervolgens zijn de resterende kennishiaten besproken en geprioriteerd tijdens de prioriteringsbijeenkomst, waarop zowel MDL-artsen, patiëntenorganisaties als overige organisaties aanwezig waren. De werkgroep heeft de definitieve Top-10 kennisvragen vastgesteld op basis van discussie en de uitkomsten van de prioriteringsbijeenkomst.

Top-10 kennisvragen, inclusief meta-thema

Deze NVMDL-Kennisagenda richt zich volledig op onderwerpen die leiden tot een impactvolle reductie van mogelijk minder effectieve/ineffectieve MDL-zorg, om hiermee een significante bijdrage te leveren aan gepast gebruik van MDL-zorg. Om deze reden heeft de werkgroep een overkoepelende kennisvraag opgesteld, ook wel het

meta-thema, de 10e kennisvraag, van deze kennisagenda genoemd:

Hoe gebruiken we de NVMDL-Kennisagenda om per direct en op verantwoorde wijze een significante reductie van zorg te bewerkstelligen en tegelijkertijd passend onderzoek te initiëren om het ontbreken van kennis over die zorg op te lossen?

De reguliere Top-9 ziet er - in willekeurige volgorde - als volgt uit:

- Hoe bereiken we reductie van zorg bij diagnostiek, behandeling en surveillance van kleine colonpoliepen?
- Welke strategieën verhogen de opbrengst van surveillance van patiënten met Barrett-epitheel zonder dysplasie en leiden tegelijkertijd tot een reductie van zorg?
- Wat is de optimale monitoring bij patiënten met IBD in stabiele remissie onder medicamenteuze behandeling?
- Wat zijn (kosten)effectieve leefstijlinterventies ter preventie van opvlammingen bij patiënten met IBD?
- Hoe reduceren we de CO₂-voetafdruk op de endoscopiekamer?
- Welke risicostatificatie kan bij patiënten met pancreascysten worden toegepast om surveillance te reduceren?
- Wat is de waarde van een standaard-EUS voorafgaand aan ERCP bij hoge verdenking op choledocholithiasis?
- Wat is de optimale risicostatificatie om onnodige diagnostiek bij patiënten met mogelijke functionele MDL-aandoeningen te voorkomen?
- Bij welke patiënten met levercirrose kan veilig worden afgezien van HCC-surveillance of het interval worden verlengd?

Implementatie Less Is More

Behalve het gebruikelijke zorgevaluatieonderzoek, uitgevoerd door al dan niet bestaande onderzoeksnetwerken, zal in deze 2e NVMDL-Kennisagenda een nieuw concept worden gepresenteerd waarbij in het kader van het meta-thema per direct reductie van mogelijk ineffectieve zorg zal plaatsvinden en tegelijkertijd financiering van goed wetenschappelijk onderzoek naar de kennisvraag bij die zorg mogelijk wordt gemaakt. Hiervoor is uitgebreide voorbereiding en samenwerking met de NVMDL-leden, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, richtlijncommissies en Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) een vereiste.

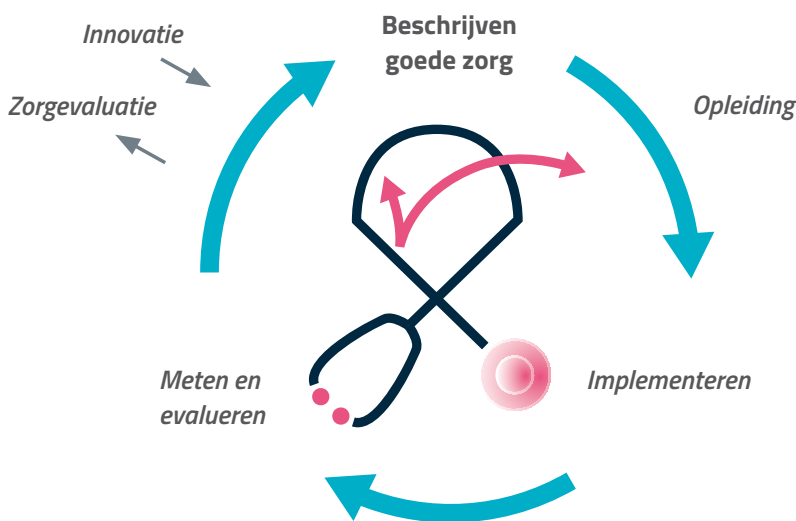
De NVMDL heeft de afgelopen jaren in het kader van het integraal kwaliteitsbeleid gewerkt aan optimalisering van de zorg voor de patiënt. Hiervoor worden instrumenten ingezet, zoals (fundamenteel) wetenschappelijk onderzoek, richtlijn- en indicatorontwikkeling, uitkomstenregistratie, kwaliteitsvisities, accreditatie, (na) scholing en voorlichting. Het integraal kwaliteitsbeleid kan grafisch worden weergegeven in de zogenaamde 'kwaliteitscyclus' (Figuur 1).

Deze kwaliteitscyclus geeft een aantal stappen of stadia weer: het beschrijven van goede zorg in richtlijnen voor het medisch handelen, deze richtlijnen vervolgens implementeren en daarna evalueren of de implementatie (in de vorm van aanpassingen en vernieuwingen), ook daadwerkelijk plaatsvindt en de kwaliteit van zorg verbetert. Op basis van deze evaluatie kan de implementatie verbeterd worden en/of geconstateerd worden dat er kennishiaten zijn en dat er nieuwe kennis nodig is om richtlijnen aan te passen. Deze zorgevaluatie is onderdeel van de primaire zorgverlening en is noodzakelijk voor continue verbetering van kwaliteit van zorg.

De NVMDL-Kennisagenda werd in 2016 opgezet om de zorg te versterken door het verzamelen van wetenschappelijk bewijs voor belangrijke kennishiaten, hetgeen uiteindelijk heeft geleid en verder zal moeten leiden tot een kwalitatief betere, effectievere en doelmatigere zorg. De hele kwaliteitscyclus, van identificatie van kennishiaten

tot het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek en implementatie van de resultaten, is een tijdrovend proces dat meestal pas na jaren leidt tot belangrijke veranderingen. Inmiddels is het zes jaar later en is er sprake van een aantal grote uitdagingen in de gezondheidszorg. Meer technologische en financiële mogelijkheden én de wens tot een gezond en vooral lang leven leiden tot een almaar toenemende medische consumptie. Innovatieve medische technologie, resulterend in steeds betere diagnostiek, medicamenten en behandelingsmethoden, kunnen bijdragen aan efficiëntere zorg, maar maken ook dat de consumptie, kosten en complexiteit zijn gestegen. De laatste jaren is er daarom ook meer en meer een roep te horen naar een rem op deze ontwikkeling, met als doel: gepast gebruik van zorg. Ook de coronacrisis en het personeelstekort hebben ons nog eens (op soms pijnlijke wijze) hierop gewezen. Soms kunnen en moeten we minder doen van het ene om het andere meer mogelijk te maken. Gedurfde keuzes maken, die leiden tot kwalitatief betere, optimalere en effectievere zorg. Beschikbaar en toegankelijk voor iedereen, in dit vak met extreem lange wachttijden.

De Top-9 van deze 2e Kennisagenda staat daarom geheel in het teken van kennisvragen die na oplossing kunnen leiden tot een reductie van minder effectieve of ineffectieve MDL-zorg en daarmee tot stimulering van gepast gebruik van MDL-zorg. We hebben daarbij, vanwege de urgentie en ter bevordering van de daadkracht, besloten een radicaal andere aanpak te kiezen met betrekking tot de identificatie



Figuur 1:
De kwaliteitscyclus.

en implementatie van de belangrijkste kennishiaten. Op deze manier willen we dit project 'Kennisagenda NVMDL' zinniger, effectiever en efficiënter maken ten behoeve van een betere gezondheidszorg. Om deze reden heeft de werkgroep een overkoepelende kennisvraag opgesteld, ook wel het meta-thema, de 10e kennisvraag, van deze kennisagenda genoemd.

Zoals eerder bestond een groot deel van het project uit een update van de kennisagenda met een beschrijving van de belangrijkste kennishiaten. Ook zijn de huidige onderzoeksvelden van de afdelingen Maag-Darm-Leverziekten in de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhui-

zen (STZ) en de Universitair Medische Centra (UMC) in Nederland beknopt in kaart gebracht, voor zover deze relevant kunnen zijn voor de reguliere Top-9 kennisvragen.

Leeswijzer

De resultaten van het project, de Top-9 kennisvragen en het meta-thema, worden beschreven in Hoofdstuk 2. Hoofdstuk 3 gaat in op de stappen die nodig zijn voor implementatie en praktische realisatie van de Kennisagenda. In Hoofdstuk 4 wordt de methodologie beschreven. Tot slot wordt in Hoofdstuk 5 ingegaan op de stand van zaken van de NVMDL-Kennisagenda uit 2016.



NVMDL-Kennisagenda uit 2016.

Dit hoofdstuk beschrijft de geprioriteerde kennisvragen en de resultaten van de vragenlijst naar de onderzoeklijnen die aansluiten bij de geformuleerde Top-9.

2.1. Meta-thema Kennisagenda

Deze NVMDL-Kennisagenda richt zich volledig op onderwerpen die kunnen leiden tot een impactvolle reductie van minder effectieve/ineffectieve MDL-zorg, om hiermee een significante bijdrage te leveren aan gepast gebruik van MDL-zorg. Om deze reden heeft de werkgroep een overkoepelende, 10e kennisvraag opgesteld, ook wel het meta-thema van deze Kennisagenda genoemd:

Hoe gebruiken we de NVMDL-Kennisagenda om per direct en op verantwoorde wijze een significante reductie van zorg te bewerkstelligen en tegelijkertijd passend onderzoek te initiëren om het ontbreken van kennis over die zorg op te lossen?

Van de eerste Kennisagenda hebben we geleerd dat de stap van beantwoorden van de kennisvraag via wetenschappelijk (zorgevaluatie)onderzoek en implementatie tot opname in een richtlijn, laat staan implementatie in de praktijk, een langdurig proces van vele jaren is. De almaar toenemende zorgconsumptie en zorgvraag in een tijd van gelimiteerde financiële en personele middelen dwingt ons, artsen en andere zorgprofessionals, tot verstandigere en betere keuzes ten aanzien van de uitvoering van die zorg. Welke zorg is belangrijker, welke zorg is gepaster of effectiever dan de andere? Kunnen we tot reductie van minder gepaste of minder effectieve zorg komen om meer gepaste en effectieve zorg te kunnen verrichten? De Kennisagenda kan onderwerpen helpen identificeren die veel impact hebben en waarbij reductie van zorg per direct kan worden voorgesteld. Door samenwerking met andere partijen (zoals ZE&GG – Zorgevaluatie en Gepast Gebruik) kan deze reductie van zorg als vliegwiel worden gebruikt om grootschalig onderzoek naar het kennishiaat mogelijk te maken en de kwaliteit van zorg te verbeteren.

2.2. Top-9 kennisvragen

De Top-9 die op basis van de prioriteringsbijeenkomst en discussie binnen de werkgroep is samengesteld ziet er - in willekeurige volgorde - als volgt uit:

- Hoe bereiken we reductie van zorg bij diagnostiek, behandeling en surveillance van kleine colonpoliepen?
- Welke strategieën verhogen de opbrengst van surveil-

lance van patiënten met Barrett-epitheel zonder dysplasie en leiden tegelijkertijd tot een reductie van zorg?

- Wat is de optimale monitoring bij patiënten met IBD in stabiele remissie onder medicamenteuze behandeling?
- Wat zijn (kosten)effectieve leefstijlinterventies ter preventie van opvlammingen bij patiënten met IBD?
- Hoe reduceren we de CO₂-voetafdruk op de endoscopiekamer?
- Welke risicostratificatie kan bij patiënten met pancreascysten worden toegepast om surveillance te reduceren?
- Wat is de waarde van een standaard-EUS voorafgaand aan ERCP bij hoge verdenking op choledocholithiasis?
- Wat is de optimale risicostratificatie om onnodige diagnostiek bij patiënten met mogelijke functionele MDL-aandoeningen te voorkomen?
- Bij welke patiënten met levercirrose kan veilig worden afgezien van HCC-surveillance of het interval worden verlengd?

2.2.1. Toelichting bij Top-9 kennisvragen

Hoe bereiken we reductie van zorg bij diagnostiek, behandeling en surveillance van kleine colonpoliepen?
Deelgebied Oncologie

Door betere beeldkwaliteit van de processoren en endoscopen en door betere methode van darmvoorbereiding worden er meer kleine poliepen (≤ 5 mm) gevonden. De kans dat deze zeer kleine poliepen geavanceerde histologische kenmerken hebben of kanker bevatten is klein (Vleugels, 2019). Momenteel is het advies om alle poliepen te verwijderen en in te sturen voor histologische beoordeling, om zo het surveillance interval te bepalen. De ASGE Preservation and Incorporation of Valuable Endoscopic Innovations (PIVI) heeft hiervoor afkapwaarden vastgesteld (Dayyeh, 2015). Een Nederlandse studie liet zien dat endoscopisten na training voor optische diagnose deze PIVI-criteria haalden (Vleugels, 2018). Echter, een andere studie toonde aan dat in de Nederlandse klinische praktijk de optische beoordeling zonder specifieke training, ondanks gebruik van geavanceerde technologieën nog onvoldoende is om de histologie goed te voorspellen (van de Wetering, 2020). Verder onderzoek is nodig of training of het gebruik van nieuwe geavanceerde technieken zoals Artificial Intelligence (AI) de implementatie wel veilig maakt. Dit zal leiden tot een belangrijke reductie van werk en kosten, zonder nadelige effecten voor patiënten.

Welke strategieën verhogen de opbrengst van surveillance van patiënten met Barrett-epitheel zonder dysplasie en leiden tegelijkertijd tot een reductie van zorg?

Deelgebied Oncologie

Er is geen wetenschappelijk bewijs dat Barrett-surveillance effectief is. Surveillance is echter op logische gronden gestoeld en is 'common practice' geworden, omdat het al decennialang in alle richtlijnen staat. De opbrengst van de huidige surveillance is echter beperkt en de zorgbelasting aanzienlijk. Er lijkt winst te behalen door bij laagrisicogroepen de surveillance te staken. Ook kan de weefselsafname tijdens de endoscopieën mogelijk worden verbeterd (bijvoorbeeld door randombiopsen te vervangen door endoscopische brushes) of kunnen niet-endoscopische technieken en toepassing van biomarkers de kosten en belasting van Barrett-surveillance mogelijk reduceren.

Wat is de optimale monitoring bij patiënten met IBD in stabiele remissie onder medicamenteuze behandeling?

Deelgebied IBD

Inflammatoire darmziekten (IBD) kenmerken zich door periodes van remissie en periodes van opvlamming. Een groot deel van de patiënten met IBD gebruikt langdurig medicatie om de ziekte zoveel mogelijk onder controle te houden. Echter deze medicatie kan gepaard gaan met eventuele bijwerkingen zoals leverfunctiestoornissen, beenmergdepressie en nierfunctiestoornissen. Vanwege deze mogelijke bijwerkingen is het gebruikelijk dat patiënten regelmatig bloedonderzoek laten verrichten, zodat eventuele bijwerkingen tijdig opgespoord kunnen worden. Daarnaast worden er verschillende strategieën ingezet om de ziekteactiviteit te monitoren en tijdig de medicamenteuze behandeling te optimaliseren bij een opvlamming. Deze strategieën bestaan onder meer uit bloedonderzoeken en ontlastingsonderzoeken. Echter, over de frequentie, aard en setting van deze monitoring worden geen eenduidige adviezen gegeven. Er is veel onduidelijkheid over de impact van deze monitoring op het zorgsysteem, de effectiviteit van deze monitoring en de belasting hiervan voor de patiënten.

Wat zijn (kosten)effectieve leefstijlinterventies ter preventie van opvlammingen bij patiënten met IBD?

Deelgebied IBD

Leefstijlinterventies worden in toenemende mate onderzocht en ook al toegepast in de behandeling van patiënten met IBD. Leefstijlinterventies kunnen een kosteneffectieve aanvulling zijn in de behandeling van patiënten met IBD, als deze interventies (kosten)effectief en breed toepasbaar zijn. Er zijn in Nederland meerdere lopende onderzoeken die zich richten op het voorkomen of behandelen van de complicaties van IBD, zoals bijvoorbeeld moeheid, door de inzet van leefstijlinterventies. Echter een groot Nederlands onderzoek naar toepasbare/toegankelijke leefstijlinterventies op het behouden van remissie lijkt nog niet te zijn opgestart. Dit onderzoek is noodzakelijk om te voorkomen dat er een wildgroei ontstaat van verschillende 'therapieën' die niet effectief zijn, hoge kosten met zich meebrengen en waarvan de resultaten ook voor patiënten teleurstellend zullen zijn.

Hoe reduceren we de CO₂-voetafdruk op de endoscopiekamer?

Deelgebied Endoscopie

De gezondheidszorg levert een grote bijdrage aan de CO₂-voetafdruk in Nederland (7%). Operatie- maar ook endoscopiekamers zijn plekken waar hieraan een belangrijk aandeel wordt geleverd, vooral door het gebruik van disposables. In het kader van de Green Deal Duurzame Zorg zal een aanzienlijke reductie moeten en kunnen worden bewerkstelligd in de komende jaren.

Wat is de waarde van een standaard-EUS voorafgaand aan ERCP bij hoge verdenking op choledocholithiasis?

Deelgebied Hepatopancreaticobiliair

Endoscopisch Retrograde Cholangio- en Pancreaticografie (ERCP) is de huidige gouden standaard voor de behandeling van choledocholithiasis. Het besluit om wel of geen ERCP te verrichten, hangt af van de kans om uiteindelijk choledocholithiasis vast te stellen. Bij hoogrisicogroepen wordt vaak direct voor ERCP gekozen, maar in een recent, groot Nederlands cohort werd bij 22% van de patiënten, bij wie onder verdenking van stenen een ERCP werd gedaan, geen steen gevonden (Sperna Weiland, 2022). Dit is nadelig, omdat een ERCP invasief is, potentiële complicaties

met zich meebrengt en duur is. De kans op een negatieve ERCP is mogelijk te voorkomen door het verrichten van een standaard Endo-Echografie (EUS) direct voorafgaand aan ERCP en in geval van een negatieve EUS af te zien van ERCP. Met een 'universele EUS-strategie' worden wel meer EUS verricht, maar minder ERCP's en mogelijke ziekenhuisopnames als gevolg van complicaties. De vraag is of een dergelijke strategie veilig is (kans op missen van stenen, en onterecht geen ERCP) en kosteneffectief (meer EUS, maar potentieel +/- 20% reductie in aantallen ERCP's), ook als de kans a-priori hoog is op galwegstenen.

Welke risicostratificatie kan bij patiënten met pancreascysten worden toegepast om surveillance te reduceren?

Deelgebied Hepatopancreaticobiliair

Pancreascysten worden steeds vaker gevonden bij beeldvorming die om een andere reden wordt verricht. De prevalentie in de algemene populatie is, deels afhankelijk van de leeftijd, vermoedelijk tussen de 5-10%. Afhankelijk van het type cyste is er een klein maar duidelijk maligne potentieel aanwezig. Daarom wordt in internationale richtlijnen geadviseerd tot verdere diagnostiek en follow-up met tumormarkers, MRI of EUS. Een belangrijke uitdaging hierbij is dat we steeds meer cystes vinden, zeer veel langdurige follow-up en diagnostiek doen, tegen een zeer geringe opbrengst en meerwaarde voor patiënt en maatschappij. Daarnaast zijn internationale richtlijnen niet met elkaar in overeenstemming en is veel van de literatuur gebaseerd op chirurgische series die niet representatief zijn voor de patiënten die momenteel gecontroleerd worden. Identificatie van een groep laagrisicopatiënten, bij wie follow-up van pancreascysten geen meerwaarde heeft, zou kunnen leiden tot een aanzienlijke reductie in belasting voor het zorgsysteem, kosten, en psychologische belasting voor de patiënt.

Wat is de optimale risicostratificatie om onnodige diagnostiek bij patiënten met mogelijke functionele MDL-aandoeningen te voorkomen?

Deelgebied Motoriek Functioneel

Functionele maag-darmklachten komen heel vaak voor en vormen samen ongeveer 35% van het totaal aantal MDL-diagnosen (NVMDL, 2016). In de diagnostische work-up wordt echter veelvuldig aanvullend onderzoek ingezet hetgeen, in de afwezigheid van alarmsymptomen, zelden

leidt tot klinisch-relevante bevindingen en vaak alleen ter geruststelling gebruikt wordt. Uit eerder onderzoek weten we echter dat een dergelijke strategie onvoldoende geruststellend werkt. Er is daarom behoefte aan optimale risicostratificatie, zodat er een betere inschatting gemaakt kan worden bij welke patiënten aanvullend onderzoek effectief en noodzakelijk is. Dit kan onnodige diagnostische (soms ook invasieve) onderzoeken voorkomen, wat kan leiden tot een reductie in kosten en in de belasting voor patiënten.

Bij welke patiënten met levercirrose kan veilig worden afgezien van HCC-surveillance of het interval worden verlengd?

Deelgebied Hepatologie

Hepatocellulair carcinoom (HCC) is de meest voorkomende kwaadaardige vorm van kanker in de lever. Veel van de patiënten die HCC ontwikkelen, hebben levercirrose. Het jaarlijkse risico op HCC is het hoogste in patiënten met virale cirrose (Hepatitis B 3 tot 8%/jaar, Hepatitis C 3 tot 5%/jaar), gevolgd door primaire biliare cholangitis (3 tot 5%/jaar), alcoholische cirrose (1,3 tot 3%/jaar) en Non-alcoholic Fatty Liver Disease (>1,5%/jaar) (Cisneros-Garza, 2022). Patiënten met levercirrose worden door middel van een echo periodiek gecontroleerd op de ontwikkeling HCC. Er zijn aanwijzingen dat dit niet voor alle patiënten met levercirrose nodig is. Ook zou bij een deel van de patiënten de tijd tussen de monitoringsonderzoeken verlengd kunnen worden. Hiermee zouden onnodige onderzoeken bij patiënten voorkomen kunnen worden, wat zal leiden tot een reductie in kosten en belasting voor de patiënt.

2.2.2. Aansluiting bij richtlijnen

Het is belangrijk dat de resultaten van het onderzoek snel hun weg vinden naar de praktijk, door opname in richtlijnen en andere kwaliteitsdocumenten. Door de modulaire opbouw van de richtlijnen die in de Richtlijnendatabase zijn opgenomen, is het mogelijk om alleen de relevante modules aan te passen. In Tabel 1 is aangegeven bij welke richtlijnen en modules de Top-9 kennisvragen kunnen aansluiten.

2.3. Vragenlijst onderzoekslijnen

Het resultaat van de inventarisatie van onderzoekslijnen bij de UMC's en STZ-ziekenhuizen staat in Bijlage 2. De onderzoekslijnen worden per kennisvraag weergegeven.

Tabel 1: Koppeling van de Top-9 kennisvragen met modules in de richtlijnen

Kennisvraag	Richtlijn	Module
Hoe bereiken we reductie van zorg bij diagnostiek, behandeling en surveillance van kleine colonpoliepen?	Coloscopie surveillance	Coloscopie surveillance voor personen met adenomen en/of serrated poliepen
Welke strategieën verhogen de opbrengst van surveillance van patiënten met Barrett-epitheel zonder dysplasie en leiden tegelijkertijd tot een reductie van zorg?	Barrett-oesofagus	Surveillance van Barrett-oesofagus
Hoe reduceren we de CO2-voetafdruk op de endoscopiekamer?	n.v.t.	n.v.t.
Wat is de optimale risicostratificatie om onnodige diagnostiek bij patiënten met mogelijke functionele MDL-aandoeningen te voorkomen?	PDS, chronische buikpijn	PDS: diagnostiek – coloscopie Chronische buikpijn: Integrale behandeling
Bij welke patiënten met levercirrose kan veilig worden afgezien van HCC-surveillance of het interval worden verlengd?	HCC (in herziening), NAFLD/NASH (nog in ontwikkeling)	HCC-surveillance
Wat is de optimale monitoring bij patiënten met IBD in stabiele remissie onder medicamenteuze behandeling?	IBD	Geen
Wat zijn (kosten)effectieve leefstijlinterventies ter preventie van opvlammingen bij IBD?	IBD	Voeding
Wat is de waarde van een standaard-EUS voorafgaand aan ERCP bij hoge verdenking op choledocholithiasis?	Galsteenlijden	Diagnose gecompliceerde galstenen
Welke risicostratificatie kan bij patiënten met pancreascysten worden toegepast om surveillance te reduceren?	n.v.t.	n.v.t.

Dit hoofdstuk beschrijft een plan van aanpak voor de implementatie van de Kennisagenda, waarbij er in de geest van het meta-thema, de 10e kennisvraag, aandacht is voor de organisatie, financiering en onderzoeksnetwerken.

3.1 Organisatie en financiering

De NVMDL-Kennisagenda dient als basis van een continu zorgevaluatieproces binnen de kwaliteitscyclus van het MDL-vakgebied. Hierbij richt deze herziene Kennisagenda zich volledig op onderwerpen waarmee mogelijk een impactvolle reductie van minder effectieve of minder gepaste zorg bewerkstelligd kan worden. De werkgroep heeft voor de organisatie en financiering een plan van aanpak opgesteld, die onder te verdelen is in drie delen:

- Less Is More: directe implementatie (reductie van zorg) gekoppeld aan zorgevaluatieonderzoek en veiligheidsnormen
- Regulier zorgevaluatieonderzoek
- Algemene opmerkingen

3.1.1. Less Is More (< = >)

Er zijn tal van onderwerpen binnen de MDL waarbij zorg wordt geleverd die mogelijk effectief noch bewezen is, maar die toch op brede schaal wordt toegepast. Soms betreft dit zorg die wordt aanbevolen in richtlijnen, veelal uit defensieve overwegingen. Doen is vaak makkelijker dan laten, met soms grote consequenties en kosten. Dit soort onderwerpen of kennishiaten zouden aan de volgende criteria moeten voldoen:

- Breed toegepaste/uitgevoerde zorg (veel impact, hoge kosten, veel tijdsinvestering);
- Een algemeen door zorgverleners gevoelde twijfel aan het nut van deze zorg;
- Het niet-doen van de zorg leidt niet tot onomkeerbare, grote gezondheidsschade;
- Gerandomiseerd, vergelijkend zorgevaluatieonderzoek naar het nut van dit onderwerp is goed haalbaar, inclusief een arm met 'niet-doen';
- Het niet-doen of laten van de zorg leidt direct tot een kostenbesparing.

In dit nieuwe concept wordt een gedachtesprong gemaakt, waarbij we per direct ophouden met het doen van bepaalde zorg, hetgeen uiteindelijk zal kunnen gaan leiden tot het doen en mogelijk maken van andere, meer gepaste zorg. In deze situatie zal deze, mogelijk minder effectieve of

minder gepaste zorg alleen nog uitgevoerd worden in het kader van gerandomiseerd zorgevaluatieonderzoek. In alle overige situaties zal de betreffende zorg dan niet meer uitgevoerd worden. Zo kan er op de juiste manier antwoord verkregen worden op de vraag of deze zorg effectief is of niet. Daarbij leidt dit al direct tot een kostenbesparing, die vervolgens deels ingezet kan worden voor de financiering van het wetenschappelijk onderzoek. De werkgroep adviseert om een deel van de Top-9-kennisvragen volgens deze principes uit te gaan werken, namelijk:

- Welke strategieën verhogen de opbrengst van surveillance van patiënten met Barrett-epitheel zonder dysplasie en leiden tegelijkertijd tot een reductie van zorg?
- Welke risicostratificatie kan bij patiënten met pancreascysten worden toegepast om surveillance te reduceren?

In kleinere werkgroepen kunnen andere geschikte onderwerpen uit de Top-9 worden geïdentificeerd en geformuleerd. Na identificatie van de juiste onderwerpen zal een proces op gang gebracht worden, waarbij in samenwerking met patiëntenorganisaties, de NVMDL-leden, de Raad Kwaliteit (en betreffende richtlijncommissie) van de NVMDL en andere partijen, zoals ZE&GG, breed draagvlak gecreëerd wordt om deze werkwijze te gaan volgen. De impact van de betreffende zorg op de zorgconsumptie en financiering dient eerst te worden vastgesteld (spiegelinformatie). De betreffende kennisvragen worden uitgewerkt in goed opgezette protocollen met gerandomiseerde vergelijkende wetenschappelijke onderzoeksvoorstellen, waarbij minstens vergeleken wordt tussen laten en doen. Hierbij dient het patiëntenperspectief een centrale plaats te hebben, bijvoorbeeld door de instelling van geprotocolleerde tussentijdse evaluatiemomenten waarbij beoordeeld wordt of de vooraf afgesproken veiligheidsnormen in acht worden genomen. Het protocol zal een gedegen plan voor de financiering van het onderzoek moeten bevatten, inclusief de inzet van een deel van de verwachte kostenreductie. Brede samenwerking en steun van de diverse partijen, waaronder de patiëntenorganisaties en de zorgverzekeraars, is essentieel. Om te bewerkstelligen dat de betreffende zorg alleen in het kader van wetenschappelijk onderzoek wordt uitgevoerd, zal dit als advies in een module van de richtlijn moeten worden vastgelegd/aangepast en landelijk moeten worden gecommuniceerd. De werkgroep acht het daarom van groot belang dat de betreffende onderzoekstrajecten uitgevoerd worden in nauw overleg met/vanuit het programma ZE&GG. Dit programma is voortgekomen uit het Hoofdlijnenakkoord (HLA)

Medisch Specialistische Zorg 2019-2022 en wordt uitgevoerd in opdracht en onder regie van alle HLA-partijen. Op deze manier zou dit initiatief, wat hopelijk leidt tot een zinnigere en efficiëntere NVMDL-Kennisagenda met directe reductie van zorg én financiering van onderzoek hiernaar (het meta-thema van deze agenda), tot inspiratie en een vliegwiel kunnen leiden voor andere wetenschappelijke verenigingen en kennisagenda's om dezelfde methodiek te gaan volgen.

3.1.2. Reguliere cyclus zorgevaluatieonderzoek

Ook met de beantwoording van de andere geprioriteerde kennisvragen zal er een belangrijke bijdrage geleverd worden aan de reductie van mogelijk minder effectieve zorg. Voor de uitwerking van deze kennisvragen is de reguliere cyclus zorgevaluatieonderzoek passend. Dit betekent dat de kennisvragen uitgewerkt dienen te worden in goede en gedragen onderzoeksvoorstellen en er vervolgens financiering wordt aangevraagd via indiening bij een van de subsidieverstrekkers. Belangrijke bronnen voor financiering van zorgevaluatieonderzoek zijn:

- Reguliere subsidierondes via het ZonMw-programma Doelmatigheidsonderzoek (DO), Goed Gebruik Geneesmiddelen (GGG) of Gezondheidsfondsen als de MLDS.
- Subsidierondes van het programma ZE&GG.

Bij het uitwerken van de onderzoeksvoorstellen dient rekening gehouden te worden met de programmakaders die de beoogde financiers stellen. De uitkomsten van het onderzoek zullen vervolgens geïmplementeerd worden in de richtlijn (zie paragraaf 3.1.3.3.).

3.1.3. Algemene opmerkingen

3.1.3.1. Stuurgroep

De werkgroep adviseert een stuurgroep 'Less Is More' in te stellen, bestaande uit een aantal vertegenwoordigers van uit de werkgroep. Deze stuurgroep zal namens de NVMDL zorgdragen voor het uitdragen en verder uitwerken van het nieuwe concept waarbij diverse belanghebbende partijen bijeengebracht worden en dit belangrijke deel van de Kennisagenda ondersteund wordt.

3.1.3.2. Onderzoeksvoorstellen

De geprioriteerde kennisvragen moeten worden uitgewerkt tot goede en gedragen onderzoeksvoorstellen. Nieuw te vormen of - bij voorkeur - bestaande onderzoeksnetwerken kunnen hierbij het initiatief nemen. Er kan

gekozen worden voor verschillende evaluatievormen, zoals vergelijkend onderzoek in bestaande kwaliteitsregistraties of een RCT. De evaluatievorm is contextspecifiek en hangt onder andere af van het onderwerp van het onderzoek, behandeling of diagnostiek, langetermijneffecten en de benodigde bewijskracht.

De werkgroep wil hier benadrukken dat het belangrijk is 1) dat het onderzoek wordt uitgevoerd door een breed gedragen onderzoeksnetwerk (zie paragraaf 3.2), 2) dat het onderzoek relevant is voor patiënten en 3) dat het onderzoek resulteert in bevindingen die goed te implementeren zijn in een richtlijn en vervolgens in de praktijk.

3.1.3.3. Implementatie onderzoeksresultaten in de richtlijn

Het is belangrijk dat de resultaten van het onderzoek snel hun weg vinden naar de praktijk, door opname in richtlijnen en andere kwaliteitsdocumenten. Door de modulaire opbouw van de richtlijnen die in de Richtlijnen-database zijn opgenomen, is het mogelijk om alleen de relevante modules aan te passen (Tabel 1). Hierdoor kunnen de resultaten van de onderzoeken makkelijk en snel verwerkt worden. De richtlijnen in de Richtlijnen-database worden ontwikkeld door medisch specialisten en geautoriseerd door wetenschappelijke verenigingen. Zij zijn dan ook de eigenaar van de inhoud van de richtlijnen. Nieuwe richtlijnen, modules of updates van modules zullen in de eerste plaats gefinancierd worden uit de gelden van de Stichting Kwaliteit Medisch Specialisten (SKMS) en worden aangevraagd door het NVMDL-bestuur na voordracht door de NVMDL-Raad Kwaliteit.

3.1.3.4. Evaluatie en update

Het is belangrijk dat de Top-9 in deze Kennisagenda de eerste onderwerpen zijn die worden uitgevoerd. Na een periode van uiterlijk drie jaar (2026) wordt de actualiteit van de agenda getoetst en zo nodig geüpdatet. Dit is afhankelijk van de uitvoering en voortgang van de onderzoeken en de ontwikkelingen in het veld. Dit is een verantwoordelijkheid van de NVMDL (Raad Wetenschap & Innovatie).

3.2 Netwerken

3.2.1. Onderzoeksnetwerken binnen de NVMDL

Het is bekend dat het uitvoeren van klinisch toegepast onderzoek door netwerken van ziekenhuizen bijdraagt aan een versnelde implementatie van de gevonden resultaten. Binnen de NVMDL zijn er diverse onderzoeksnetwerken,

zoals eerder uitgewerkt in het project 'Netwerkvorming voor zorgevaluatie binnen de NVMDL' (Tabel 2). Het volledige rapport is hier beschikbaar:

<https://www.mdl.nl/Beleidsplan-en-Kennisagenda-o>.

De werkgroep vindt het nastrevenswaardig dat de kennisvragen zoveel mogelijk binnen (een van) de bestaande netwerken worden opgepakt. Als er nog geen passend onderzoeksnetwerk is, kan er een nieuw onderzoeksnetwerk worden opgezet. Hierbij is het belangrijk dat er meerdere maatschappen/vakgroepen van ziekenhuizen en UMC's participeren en het onderzoek ook daadwerkelijk in meerdere centra wordt uitgevoerd. Op deze manier kunnen onderzoeksvragen op korte termijn met grote aantallen patiënten worden beantwoord, met als doel gezondheidswinst voor de patiënt.

3.2.2. Samenwerking binnen onderzoeksnetwerken

Voor draagvlak binnen het gehele netwerk is het belangrijk dat het onderwerp van onderzoek gezamenlijk wordt geselecteerd en dat vervolgens de onderzoeksvraag ook in gezamenlijkheid wordt geformuleerd. Bovendien geldt dat hoofdonderzoekers (Principal Investigators, PI) van een onderzoeksvraag ook bij voorkeur patiënten leveren voor onderzoeksvragen waar ze geen inhoudelijke PI van zijn.

3.3 Rol van de NVMDL

De NVMDL heeft een cruciale, faciliterende rol in het uitvoeren van de Kennisagenda. Naast de al genoemde punten, adviseert de werkgroep aan de NVMDL om:

- Op de hoogte te blijven van de stand van zaken van lopende studies, zodat eventuele knelpunten tijdig gesignaleerd kunnen worden én nieuwe resultaten snel gedeeld kunnen worden in de richtlijnen;
- De studies onder de aandacht te brengen via de beschikbare communicatiekanalen (MAGMA, Nieuwsbrief NVMDL, DDD News) en bij themagroepen in ziekenhuizen, om zo de inclusie van patiënten te bevorderen;
- Het werken in onderzoeksnetwerken verder te faciliteren, door bijvoorbeeld:
 - Praktische zaken te faciliteren, zoals het beschikbaar maken van een platform voor onderzoeknetwerken ten behoeve van kennisdeling;
 - Deelnemende centra van onderzoeksnetwerken te erkennen als expertisecentra, om zo de implementatie te bevorderen;
 - Secretariële ondersteuning en een researchcoördinator aan te stellen voor de onderzoeksnetwerken.

Tabel 2:

Overzicht van bestaande onderzoeksnetwerken binnen de MDL, zoals uitgewerkt in het project 'Netwerkvorming voor zorgevaluatie binnen de NVMDL'.

Oncologie

T1 Werkgroep NL
Dutch Colorectal Cancer Group
Dutch Pancreatic Cancer Group
Barrett Expert Centra
Dutch Upper GI Cancer Group

Endoscopie

EMR Study Group
EFTR Study Group
Quality in Endosonography Team

Motoriek/functioneel

Taskforce Neurogastroenterology & Motility

Hepatologie

Werkgroep NAFLD/NASH
Werkgroep Auto Immuun Hepatitis
Werkgroep Cholestase
Werkgroep Portale Hypertensie
Dutch Benign Liver Tumor Group (DHCG)
Dutch PBC Study Group
EpiPSC2 Study Group
Rotterdam Hepatology Network
Dutch Hepatocellular Carcinoma Group

Inflammatoire darmziekten (IBD)

Initiative on Crohn and Colitis

Voeding

Voeding en IBD
Taskforce Voeding

Hepatopancreaticobiliair (HPB)

Pancreatitis Werkgroep NL

Overig

Dutch Mesenteric Ischemia Studygroup

4. Aanpak/methodologie

In dit hoofdstuk wordt het proces van de totstandkoming van de Kennisagenda beschreven.

Het project bestond uit drie delen:

- inventariseren van kennisvragen in het geneeskundig handelen in de Maag-Darm-Leverziekten;
- verkrijgen van inzicht in de huidige wetenschappelijke activiteiten op het gebied van de Maag-Darm-Leverziekten in Nederland, die aansluiten op de geformuleerde Top-9 van kennisvragen;
- opstellen van de Top-9 kennisvragen die de komende tijd de Kennisagenda zullen bepalen om te komen tot een betere patiëntenzorg en een aanzet geven tot een gezamenlijke uitvoering van deze agenda door STZ-ziekenhuizen en UMC's (onderzoeksnetwerken).

De aanpak/methodiek van elk onderdeel wordt hieronder afzonderlijk beschreven.

4.1. Inventarisatie kennishiaten

De inventarisatie van onderwerpen en de wetenschappelijke onderbouwing van het dagelijks geneeskundig handelen in de MDL-zorg heeft plaatsgevonden via een analyse van richtlijnen waarbij de NVMDL de initiatief nemende partij en/of betrokken partij was, een enquête onder leden van de NVMDL, NVH en NVGE en een enquête onder overige belanghebbenden, zoals patiëntenverenigingen en HLA-partijen. Ook zijn de (relevante) kennisvragen uit de kennisagenda's van andere wetenschappelijke verenigingen geïnventariseerd.

4.1.1. Kennishiaten richtlijnen > 2016

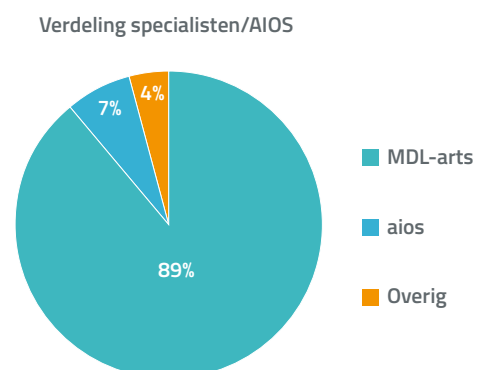
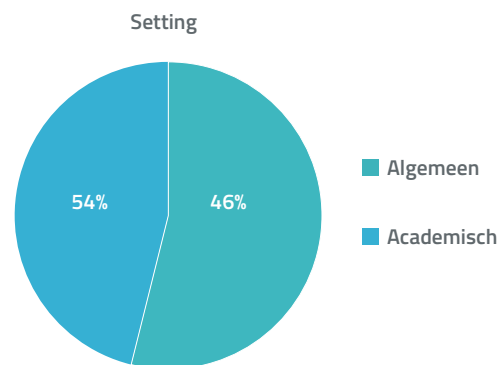
De NVMDL is de initiatiefnemer van acht richtlijnen die na 2016 zijn uitgekomen, en waarin aanbevelingen gedaan worden waarvoor wetenschappelijke bewijskracht is meegenomen. Vijftien andere richtlijnen, waar de NVMDL bij betrokken is geweest werden door de werkgroep relevant geacht om te betrekken bij de inventarisatie van kennishiaten (Bijlage 3). Uit deze 23 richtlijnen werden de conclusies met een laag of zeer laag niveau van bewijskracht (niveau 3 en 4) en de aanbevelingen voor verder onderzoek geïnventariseerd, en vervolgens aangewezen als kennishiaat. Bij recentere richtlijnen is er een bijlage beschikbaar waarin ingegaan wordt op de kennislacunes in de richtlijn. Als dit document volledig bleek, zijn alleen de kennisvragen uit dit document meegenomen in het proces. Er werden vanuit de richtlijnen 295 mogelijke kennishiaten meegenomen in de inventarisatie.

4.1.2. Kennishiaten richtlijnen < 2016

Bij de ontwikkeling van de Kennisagenda in 2016 is ook een groot aantal richtlijnen geanalyseerd. De kennishiaten uit de richtlijnen die voor 2016 zijn verschenen en die in tussentijd niet zijn herzien, zijn ook meegenomen in de inventarisatie voor deze update van de Kennisagenda. Dit geldt alleen voor de kennishiaten die toentertijd tijdens de voorselectie door de toenmalige werkgroep zijn geselecteerd voor de prioriteringsbijeenkomst. Dit leverde 95 aanvullende kennishiaten op.

4.1.3. Kennishiaten leden

Alle leden van de NVMDL, NVGE en NVH zijn door middel van een online-enquête gevraagd om maximaal vijf kennishiaten te benoemen met betrekking tot de uitoefening van het vak in de dagelijkse praktijk van de MDL-zorg. Het verzoek was om de kennishiaten in de vorm van een onderzoeksvraag te formuleren en hierbij een korte toelichting te geven. In totaal hebben 54 leden gereageerd (zie onderstaande figuren). Dit heeft geresulteerd in een uitgebreide lijst met ervaren kennishiaten. In totaal zijn er 150 onderzoeksvragen aangeleverd door de leden van de NVMDL, NVGE en NVH.



4.1.4. Kennishiaten overige belanghebbenden

De overige belanghebbenden, zoals patiëntenorganisaties en HLA-partijen (Bijlage 4) kregen via e-mail een vragenlijst gestuurd met het verzoek om maximaal vijf kennishiaten aan te geven. Ook aan hen werd gevraagd om deze bij voorkeur in de vorm van een onderzoeksvraag te formuleren, met een korte toelichting. Twaalf organisaties (40%) hebben hierop gereageerd. In totaal zijn er 46 kennishiaten genoemd, waarvan er 22 (48%) door patiëntenorganisaties zijn ingebracht.

4.1.5. Kennishiaten in andere kennisagenda's

De kennisagenda's van de volgende verenigingen zijn bekeken op kennishiaten die raken aan de MDL-zorg: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Nederlandse Internisten Vereniging, Nederlandse Vereniging voor Radiologie, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en de Nederlandse Vereniging voor Pathologie. Deze inventarisatie leverde 28 kennishiaten op.

4.1.6. Totaal geïdentificeerde kennishiaten

In totaal zijn er 614 onderwerpen geïdentificeerd. Deze onderwerpen zijn onderverdeeld naar de volgende deelgebieden:

- Oncologie;
- Endoscopie;
- Motoriek/functioneel;
- Hepatologie;
- Chronische inflammatoire darmziekten (IBD);
- Voeding;
- Hepatopancreaticobiliair (HPB).

Vervolgens is deze lijst is door de werkgroep gereduceerd tot 222 onderwerpen voor de prioriteringsbijeenkomst. Deze grove selectie is gedaan op basis van:

- verwijderen van kennishiaten die meerdere keren op de lijst staan;
- verwijderen van kennishiaten die zich niet richten op reductie van mogelijk weinig effectieve zorg;
- verwijderen van individuele kennishiaten waarbij de benodigde kennis aanwezig is en in een richtlijn is opgenomen, aangezien dit een implementatieprobleem is;
- verwijderen van kennishiaten waar momenteel al onderzoek naar gedaan wordt;
- verwijderen van kennishiaten waar al kennis voorhanden is, maar nog geen standpunt over opgenomen is in een richtlijn;

- verwijderen van kennishiaten die niet vallen onder de MDL-zorg;
- verwijderen van kennishiaten die niet vallen onder zorg-evaluatie;
- verwijderen van kennishiaten die niet onderzoekbaar zijn.

De lijst van 222 door de werkgroep geselecteerde onderwerpen is te uitgebreid voor opname in dit rapport en is beschikbaar als bijlage bij de digitale versie op de website van de NVMDL (www.mdl.nl).

4.2. Prioritering en opstellen Kennisagenda

4.2.1 Prioriteringsbijeenkomst

Op 2 juni 2022 is een prioriteringsbijeenkomst georganiseerd. Hierbij waren 42 MDL-artsen/AIOS, 5 patiënt-vertegenwoordigers en 1 vertegenwoordiger van overige organisaties aanwezig (Bijlage 4). Tijdens deze bijeenkomst werden de geselecteerde 222 onderwerpen (zie paragraaf 4.1.6.) per deelgebied in subgroepen besproken. De kennishiaten werden - zo nodig - geherformuleerd en vervolgens geprioriteerd op basis van de volgende criteria:

- Reductie van weinig effectieve/ineffectieve zorg;
- Onderzoekbaarheid/haalbaarheid (onderzoek kan het kennishiaat oplossen, financierbaarheid etc.);
- Relevantie (ernst, prevalentie, kosten);
- Urgentie;
- Impact op vakgebied;
- Impact op maatschappij;
- Aansluiting bij patiënteninbreng;
- Diversiteit (o.a. gender).

De kennishiaten werden per deelgebied in twee rondes beoordeeld. In de eerste ronde werden de aanwezigen at random ingedeeld en was het doel om tot een Top-10 te komen. Vervolgens werd men in de tweede ronde op basis van expertise ingedeeld, waarbij de Top-10 gereduceerd moest worden tot een Top-5. Voor een aantal deelgebieden werd er een Top-4 of een Top-3 opgesteld. In Bijlage 5 zijn alle geprioriteerde kennishiaten per deelgebied weergegeven. Aan het einde van de prioriteringsbijeenkomst werden de aanwezigen gevraagd om door middel van Survey Monkey een Top-5 kennishiaten te selecteren, over alle deelgebieden heen. Hierbij kon men maximaal twee kennishiaten per deelgebied prioriteren.

4.2.2 Methodiek definitieve prioritering Kennisagenda

In elk vakgebied is er een veelheid aan kennishiaten en onderwerpen die in wetenschappelijk onderzoek kunnen worden uitgezocht. Het is belangrijk dat de onderwerpen waarmee gestart wordt ook een grote kans op succes hebben. Daarom werd bij de definitieve keuze van de onderwerpen in de Kennisagenda door de werkgroep allereerst gekeken naar de prioritering door de twee subgroepen en motivatie hierbij tijdens de prioriteringsbijeenkomst. Vervolgens heeft de werkgroep gekeken naar de resultaten van de overkoepelende prioriteringsronde, waarbij alle aanwezigen hun Top-5 hebben doorgegeven. De werkgroep beoordeelde de onderwerpen die negen keer of meer geprioriteerd zijn door de deelnemers en onderwerpen die door patiëntvertegenwoordigers zijn geprioriteerd, nogmaals op basis van de criteria (zie paragraaf 4.2.1.).

Daarnaast heeft de werkgroep bij de keus van de tien onderwerpen voor de Kennisagenda extra waarde toegekend aan de volgende factoren:

- de mate waarin de kennisvragen bijdragen aan een reductie van mogelijk minder effectieve/ineffectieve zorg. De werkgroep heeft zich gericht op de onderwerpen waarmee er op dit vlak een grote impact gemaakt kan worden.
- de onderzoekbaarheid. Het opzetten van wetenschappelijk onderzoek is kostbaar en vergt veel tijd. Het benodigde onderzoek moet haalbaar zijn met een grote kans op succes. Hierbij sluit het onderwerp bij voorkeur aan bij bestaande onderzoekslijnen op het gebied van de betreffende kennisvraag;
- de relevantie van de kennisvragen voor andere stakeholders, zoals patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en overheid. Dit is belangrijk voor het creëren van draagvlak, maar ook voor de hieraan gerelateerde financieringsmogelijkheden voor de uitvoering van het wetenschappelijk onderzoek;
- lopend onderzoek dat de kennisvraag zal beantwoorden. De werkgroep heeft – waar nodig en relevant – een oriënterende literatuursearch verricht om te verifiëren of de geselecteerde kennisvragen niet al onderwerp zijn van lopend wetenschappelijk onderzoek.
- de aansluiting bij bestaande NVMDL-richtlijnen. Het is belangrijk dat kennisvragen aansluiten bij bestaande richtlijnen, zodat de resultaten van het onderzoek makkelijker kunnen worden opgenomen en geïmplementeerd.

- de vertegenwoordiging van belangrijke thema's binnen de Maag-Darm-Leverziekten, namelijk:
 - oncologie;
 - endoscopie;
 - motoriek/functioneel;
 - hepatologie;
 - inflammatoire darmziekten (IBD);
 - voeding;
 - hepatopancreaticobiliair (HPB).

Een goede vertegenwoordiging van deze belangrijke thema's is van belang voor het creëren van draagvlak binnen het specialisme.

Op basis van deze bespreking bleek dat er niet voor alle deelgebieden een kennisvraag geprioriteerd kon worden voor opname in de Top-9. Daarom heeft de werkgroep voor een aantal deelgebieden vervolgens ook gekeken naar de kennisvragen die volgden in de prioritering, maar dus minder dan negen stemmen hadden gekregen.

4.3. Inzicht in wetenschappelijke activiteiten

4.3.1. Vragenlijst UMC's en STZ-ziekenhuizen

In januari 2023 zijn alle MDL-afdelingen van de STZ-ziekenhuizen en UMC's benaderd met een vragenlijst per e-mail (Bijlage 6). Deze vragenlijst was gericht op het inventariseren van onderzoekslijnen van klinisch patiëntgebonden onderzoek, indien relevant voor de opgestelde Top-9 kennisvragen.

In dit hoofdstuk wordt er kort teruggekeken naar de Kennisagenda die opgesteld is in 2016. Hierbij wordt er met name ingegaan op de stand van zaken van de Top-10 kennisvragen.

5.1. Stand van zaken

In 2016 is de eerste Kennisagenda van de NVMDL verschenen, met daarin een Top-10 kennisvragen. Na publicatie van deze Kennisagenda zijn er meerdere zorgevaluatieonderzoeken opgestart (Tabel 3). De eerste studies zijn inmiddels afgerond. Andere studies zullen op korte termijn volgen. Voor een deel van de toen opgestelde kennisvragen geldt dat deze helaas niet zijn opgepakt. Ook zijn er kennisvragen waarvoor het niet is gelukt om de financiering te regelen.

Daarnaast heeft de Kennisagenda ook een zogenaamd vliegwieleffect gehad. Naast de studies die zijn opgestart om de specifieke kennisvragen op te lossen, zijn er ook meerdere studies opgestart die aanverwante vragen beantwoorden. De kennisagenda uit 2016 blijft nog beschikbaar op de website van de NVMDL (www.mdl.nl), waarbij er aandacht blijft voor de resultaten van het zorgevaluatieonderzoek dat is opgestart naar aanleiding van de Top-10 kennisvragen. De kennisvragen waarvoor het niet is gelukt om zorgevaluatieonderzoeken op te starten, hebben geen prioriteit meer of zijn in – aangepaste vorm – meegenomen in het proces van de totstandkoming deze kennisagenda.



Tabel 3: Overzicht stand van zaken kennisvragen uit NVMDL-Kennisagenda 2016.

Kennisvraag	Stand van zaken
Wat is de effectiviteit van het niet weghalen of opsturen naar de PA van kleine poliepen die zijn ontdekt na poliep-screening bij normaal-risicopatiënten versus het weghalen en opsturen van alle gevonden kleine poliepen?	Subsidieaanvragen zijn afgewezen
Wat is de effectiviteit van een gastroscopie bij patiënten met bovenbuikklasten bij het vinden van significante (premaligne en maligne) afwijkingen?	Onderzoek naar het nut van een gastroscopie bij dys-pepsieklachten zonder alarmsymptomen (TRIODE-trial, afgerond)
Wat is de (kosten)effectiviteit van eenvoudige psychologische interventies (relaxatietraining, mindfulness, cognitieve gedragstherapie, dynamische psychotherapie, hypnotherapie) bij het verminderen van pijn bij functionele buikklasten, vergeleken met behandeling met antidepressiva (amitriptyline) en standaard reassurancebehandeling?	Onderzoek naar het effect van nortriptyline bij functionele dyspepsie (TENDER-studie, afronding 2022) en naar online vs face-to-face hypnotherapie (FORTITUDE-studie, afronding 2023)
Wat is de optimale combinatie van medicamenteuze behandeling bij obstipatie?	N.a.v. deze vraag is de multidisciplinaire richtlijn PDS herzien.
Op basis van welke parameters (noninvasieve biomarkers voor diagnose/prognose versus leverbiopsie of een NAFLD fibrosis score) kunnen patiënten met een verhoogd risico op complicaties (HCC, vasculair) van NAFLD/NASH worden geïdentificeerd?	Deze kennisvraag is (nog) niet opgepakt.
Wat is de beste behandeling van extrahepatische manifestaties van immuungemedieerde leverziekten?	Deze kennisvraag is (nog) niet opgepakt.
Wat is de optimale behandelduur voor onderhoudsbehandeling en behandeling met biologicals bij volwassen patiënten met IBD en wat zijn concrete stopcriteria bij deze behandeling?	Onderzoek naar indicatoren die het risico op een opvlaming kunnen voorspellen, nadat de medicatie is stopgezet (CEASE-trial, afronding 2023)
Wat is een optimale surveillancestrategie bij patiënten met een bewezen Barrett-oesofagus (intestinale metaplasie)?	Deze kennisvraag is (nog) niet opgepakt.
Wat is de effectiviteit van dieetaanpassingen en/of voedingssupplementen bij de behandeling van patiënten met IBD?	Diverse onderzoeken naar IBD en voeding, zoals anti-inflammatoir dieet als 'add-on' bij medicamenteuze therapie (cross-sectionele studie, afgerond); anti-inflammatoire voeding bij de ziekte van Crohn (GrAID-studie, lopend) en anti-inflammatoire voeding naast standaardbehandeling bij colitis ulcerosa (RISE-UP studie, afgerond);
Wat is de effectiviteit van de implementatie van een gestructureerd, evidence-based zorgprotocol ten opzichte van standaard medicamenteuze pijnbehandeling via anesthesiologische pijnservice op pijnscore en pijnvrije dagen per maand bij patiënten met een chronische pancreatitis?	Retrospectieve studie en onderzoek naar de implementatie van een evidence-based behandelprotocol in 26 centra in Nederland (COMBO-trial, afronding 2023)

AI	Artificial Intelligence
DO	Doelmatigheidsonderzoek
ERCP	Endoscopische retrograde cholangiopancreaticografie
EUS	Endoscopische ultrasonografie
GGG	Goed Gebruik Geneesmiddelen
GORZ	Gastro-oesofageale refluxziekte
HLA	Hoofdlijnenakkoord
HCC	Hepatocellulair carcinoom
HPB	Hepatopancreaticobiliair
IBD	Inflammatoire Darmziekten
MCAS	Mestcelactivatiesyndroom
MDL	Maag-Darm-Lever
MLDS	Maag Lever Darm Stichting
NAFLD	Non-alcoholic Fatty Liver Disease
NASH	Niet-alcoholische steatohepatitis
NVGE	Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie
NVH	Nederlandse Vereniging voor Hepatologie
NVMDL	Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen
PDS	Prikkelbaredarmsyndroom
PI	Principal Investigator
PIVI	Preservation and Incorporation of Valuable endoscopic Innovations
SKMS	Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten
STZ	Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen
UMC	Universitair Medisch Centrum

Bijlage 2 Onderzoekslijnen in UMC's en STZ-ziekenhuizen

In deze bijlage worden per kennisvraag de doorgegeven onderzoekslijnen weergegeven. De centra die niet hebben gereageerd staan benoemd in de laatste tabel.

Kennisvraag: Hoe bereiken we reductie van zorg bij diagnostiek, behandeling en surveillance van kleine colonpoliepen?

Ziekenhuis	Onderzoekslijn
UMC	
Amsterdam UMC	Machine learning voor CADE en CADx bij poliepen; Prospectieve studies voor reductie van poliepsurveillance; Prospectieve studies voor verbetering bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker; Nieuwe endoscopische behandeltechnieken voor niet-chirurgische behandeling van T1a/T1b carcinomen.
Maastricht Universitair Medisch Centrum	Inzetten van artificial intelligence bij herkennen van poliepen
Radboudumc	Green endoscopy
STZ-ziekenhuizen	
Catharina Ziekenhuis	Artificial intelligence voor poliepkaracterisatie in kader van resect and discard
Noordwest Ziekenhuisgroep (Alkmaar)	EPOS studie
Overig	
NKI Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis	Screening: Verbeteren van bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker middels een nieuw ontlastingstest; Surveillance: Gebruik van ontlastingstesten als triage testen om onnodig coloscopie te voorkomen

Kennisvraag: Welke strategieën verhogen de opbrengst van surveillance van patiënten met Barrett-epitheel zonder dysplasie en leiden tegelijkertijd tot een reductie van zorg?

Ziekenhuis	Onderzoekslijn
UMC	
Amsterdam UMC	Machine learning voor CADE en CADx in Barrett-surveillance; risicostatificatie in Barrett-surveillance met biomarkeronderzoek in meerdere prospectieve Barrett-cohorten; Ontwikkeling van nieuwe ablatietechnieken voor Barrett-neoplasie (electroporatie, cryoballon ablatie, stoom-ablatie); Internationaal multicenter onderzoek naar wait-and-see voor T1b EAC.
Radboudumc	Reductie van onnodige zorg
Universitair Medisch Centrum Utrecht	Barrett / upper-GI- vroegcarcinoomlijn

Kennisvraag: Welke strategieën verhogen de opbrengst van surveillance van patiënten met Barrett-epitheel zonder dysplasie en leiden tegelijkertijd tot een reductie van zorg?

STZ-ziekenhuizen	
Albert Schweitzer Ziekenhuis	[Participatie ACID-studie]
Catharina Ziekenhuis	Effectiviteit van surveillance, behandeling en kwaliteit van leven van Barrett-patiënten
Gelre Ziekenhuizen	[Participatie ACID-studie]
Isala	[Participatie landelijke Barrett-studie]
Jeroen Bosch Ziekenhuis	[Participatie ACID-studie]
Meander Medisch Centrum	[Participatie ACID-studie]

Kennisvraag: Wat is de optimale monitoring bij patiënten met IBD in stabiele remissie onder medicamenteuze behandeling?

Ziekenhuis	Onderzoekslijn
UMC	
Amsterdam UMC	Monitoring van stabiele remissie bij IBD: vingerprikconcentraties antibody therapy; echografische opvolging; optimalisatie surveillancescopieën in de HELIOS-studie; dosisreductie vedolizumab in de SILVER-studie en gepersonaliseerde stop van anti-TNF bij ziekte van Crohn in de CEASE-studie
Maastricht Universitair Medisch Centrum	IBD-coach
Radboudumc	IBD
Universitair Medisch Centrum Utrecht	IBD
STZ-ziekenhuizen	
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Optimale monitoring: IBD Value studie (regionale zorgpad IBD vanuit de BeterKeten); in opstartfase. Project vanuit STZ-ziekenhuizen ook hierop gericht (Zorg op afstand, maar ook noodzaak/invulling van controle bij remissie).
Jeroen Bosch Ziekenhuis	OPTIMISE-studie
Meander Medisch Centrum	AWARE-studie (stoppen anti-TNF of stoppen immuunmodulator)
Zuyderland Medisch Centrum (Heerlen en Sittard-Geleen)	Opvolging IBD-coach, inclusief vragenlijsten

Kennisvraag: **Wat zijn (kosten)effectieve leefstijlinterventies ter preventie van opvlammingen bij patiënten met IBD?**

Ziekenhuis	Onderzoekslijn
UMC	
Amsterdam UMC	Leefstijl polikliniek; monitoring patch; studies naar vermoeidheidsinterventies
Maastricht Universitair Medisch Centrum	IBD-coach
Radboudumc	IBD
STZ-ziekenhuizen	
Albert Schweitzer Ziekenhuis	Leefstijlinterventies: IBD Fit (revalidatie/sportprogramma in samenwerking met SFG en SPC Rijnmond/JERA movement)
Jeroen Bosch Ziekenhuis	MINDIBD; MBCT for IBD, ENERGIZE-IBD

Kennisvraag: **Hoe reduceren we de CO2-voetafdruk op de endoscopiekamer?**

Ziekenhuis	Onderzoekslijn
UMC	
Amsterdam UMC	Green team op de endoscopie onderzoekt less is more in afvalproductie
Radboudumc	Green endoscopy

Kennisvraag: **Welke risicostratificatie kan bij patiënten met pancreascysten worden toegepast om surveillance te reduceren?**

Ziekenhuis	Onderzoekslijn
STZ-ziekenhuizen	
Albert Schweitzer Ziekenhuis	[PACYFIC-trial doet onderzoek om de surveillance te kunnen reduceren bij pancreascysten]
Meander Medisch Centrum	[Participatie PACYFIC-trial]

Kennisvraag: **Wat is de waarde van een standaard-EUS voorafgaand aan ERCP bij hoge verdenking op choledocholithiasis?**

Ziekenhuis	Onderzoekslijn
UMC	
Amsterdam UMC	Initiator en deelnemer aan meerdere projecten via de Pancreatitis Werkgroep Nederland
STZ-ziekenhuizen	
Albert Schweitzer Ziekenhuis	[SELECT-studie bekijkt EUS voor ERCP (niet helemaal als standaardprocedure voor ERCP, maar raakt daar wel aan)]
Jeroen Bosch Ziekenhuis	[SELECT-studie]

*Kennisvraag: **Wat is de optimale risicostratificatie om onnodige diagnostiek bij patiënten met mogelijke functionele MDL-aandoeningen te voorkomen?***

Ziekenhuis	Onderzoekslijn
UMC	
Maastricht Universitair Medisch Centrum	Functionele buikklachten: diagnostiek en behandeling in brede zin
Radboudumc	Reductie onnodige zorg

*Kennisvraag: **Bij welke patiënten met levercirrose kan veilig worden afgezien van HCC-surveillance of het interval worden verlengd?***

Ziekenhuis	Onderzoekslijn
UMC	
Amsterdam UMC	HCC-zorgpad
Radboudumc	HCC-zorgpad

De volgende centra hebben niet gereageerd:

UMC

Erasmus MC
Leids Universitair Medisch Centrum
Universitair Medisch Centrum Groningen

STZ-ziekenhuizen

St. Franciscus Gasthuis en Vlietland
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
ETZ Elisabeth en ETZ Tweesteden
HagaZiekenhuis
Maasstad Ziekenhuis
Máxima Medisch Centrum
Medisch Spectrum Twente
OLVG, loc. Oost en West
Spaarne Gasthuis (Haarlem en Hoofddorp)
St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein)
VieCuri MC voor Noord Limburg
ZGT Almelo en Hengelo
Ziekenhuis Rijnstate

Bijlage 3 Richtlijnen

De onderstaande richtlijnen, waarbij de NVMDL de initiatiefnemer is, zijn gebruikt voor de inventarisatie van de onderwerpen.

Titel richtlijn	Jaartal
Acuut leverfalen	2020
Benigne levertumoren	2016
Bloedingen tractus digestivus	2017
Poliepectomie van het rectum en colon	2022
Enterale toegang	2022
IBD bij volwassenen	2022
Maagcarcinoom	2017
Obstipatie (palliatieve zorg)	2022

De onderstaande richtlijnen, waarbij de NVMDL geen initiatiefnemer is, zijn gebruikt voor de inventarisatie van de onderwerpen. Alleen de hoofdstukken die relevant zijn voor het MDL-vakgebied zijn meegenomen in de inventarisatie.

Titel richtlijn	Jaartal
Acute diverticulitis	2018
Algemene Chirurgie - Anterior Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome (ACNES)	2021
Chirurgische behandeling van obesitas	2020
Chronische bekkenpijn	2021
Chronische buikpijn	2020
Colorectaal carcinoom (CRC)	2020
Controle op microbiologische veiligheid van thermolabiele flexibele hoog-risico gastro-intestinale endoscopen	2018
Galsteenlijden	2016
Kwaliteitsstandaard Cystic Fibrosis (CF)	2019
Lichen planus	2021
Orofaryngeale dysfagie	2017
Pancreascarcinoom	2019
Perioperatief voedingsbeleid	2022
Rectumprolaps	2017
Tuberculosescreening voorafgaand aan immuunsuppressieve medicatie	2019

De onderstaande patiëntenorganisaties en overige belanghebbenden zijn benaderd om onderwerpen aan te leveren en om aanwezig te zijn bij de prioriteringsbijeenkomst.

- Alveeskliervereniging
- Crohn & Colitis NL*#
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
- Lotgenotencontact Achalasie Patiënten
- Maag Lever Darm Stichting (MLDS)*#
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Nederlandse Coeliakie Vereniging*#
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen (NFK)*
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)*
- Nederlandse Leverpatiënten Vereniging
- Nederlandse Patientenfederatie
- Nederlandse Stoma Vereniging
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- PDS Belangenvereniging (PDSB) *
- Stichting Darmkanker #
- Stichting EDS-fonds*
- Stichting voor Patiënten met Kanker aan het Spijsverteringskanaal (SPKS)
- Stichting Lynch Polyposis
- Stichting Neuro-Endocriene Tumoren (NET)
- Stichting Over Gewicht
- Stichting Voedselallergie*#
- Vereniging van Ehlers-Danlos patiënten*
- Vereniging voor Nederlandstalige patiënten met GIST
- Vereniging ziekte van Hirschsprung
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)*
- VSOP*
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
- Zorginstituut Nederland (ZIN)*

* Partijen die kennisvragen hebben aangeleverd.

Partijen die vertegenwoordigd waren op de prioriteringsbijeenkomst.

Bijlage 5 Prioriteringsbijeenkomst

Per deelgebied hebben 2 subgroepen (1^e ronde at random en 2^e ronde door experts) per deelgebied de groslijst met kennishiaten beoordeeld en geprioriteerd. Hieruit kwam een Top-3 tot Top-5 per deelgebied. Vervolgens hebben alle deelnemers met behulp van Survey Monkey hun Top-5 kennisvragen over alle deelnemers heen doorgegeven. Hierbij kon men maximaal twee kennisvragen uit eenzelfde deelgebied prioriteren. Hieronder worden voor alle deelgebieden de geprioriteerde vragen weergegeven.

Endoscopie (Top-5)

Kennisvraag 1:

Hoe bereiken we reductie van zorg bij diagnostiek, behandeling en surveillance van kleine colonpoliepen?

Aantal keer geprioriteerd: **17 (35,4%)**

Kennisvraag 2:

Hoe reduceren we de CO2-voetafdruk op de endoscopiekamer?

Aantal keer geprioriteerd: **13 (27,1%)**

Kennisvraag 3:

Kunnen non-invasieve selectiecriteria bijdragen aan verlagen van het aantal negatieve coloscopieën?

Aantal keer geprioriteerd: **12 (25%)**

Kennisvraag 4:

Wat is het effect van een intensief follow-up-schema versus completerende chirurgie bij patiënten na resectie van een T1-colorectaalcarcinoom met intermediair risico op lymfkliermetastasen?

Aantal keer geprioriteerd: **7 (14,6%)**

Kennisvraag 5:

Hoe zinvol zijn surveillancecoloscopieën bij linkszijdige IBD-colitis?

Aantal keer geprioriteerd: **4 (8,3%)**

Hepatologie (Top-5)

Kennisvraag 1:

Bij welke patiënten met levercirrose kan veilig worden afgezien van HCC-surveillance?

Aantal keer geprioriteerd: **8 (16,8%)**

Kennisvraag 2:

Welke non-invasieve risicofatificatietool selecteert patiënten met NASH en met levergerelateerde morbiditeit en mortaliteit het beste?

Aantal keer geprioriteerd: **10 (20,8%)**

Kennisvraag 3:

Wat is de beste behandeling voor patiënten met NASH wat betreft medicatie- en leefstijlinterventies en waar dient deze plaats te vinden?

Aantal keer geprioriteerd: **3 (6,3%)**

Kennisvraag 4:

Is het mogelijk om het MRI-interval te verlengen bij premenopauzale vrouwen met een hepatocellulair adenoom?

Aantal keer geprioriteerd: **2 (4,2%)**

Kennisvraag 5:

Kan een beter begrip van de Interactie tussen leverziekte en geneesmiddelen leiden tot een doelmatigere inzet van medicatie bij levercirrosepatiënten?

Aantal keer geprioriteerd: **1 (2,1%)**

HepatoPancreatoBiliair (Top-4)

Kennisvraag 1:

Welke risicofatificatietool voorspelt het beste welke patiënten met pancreascysten veilig uit controle kunnen worden ontslagen?

Aantal keer geprioriteerd: **17 (35,4%)**

Kennisvraag 2:

Wat is de waarde van een standaard-EUS voorafgaand aan ERCP bij hoge verdenking op choledocholithiasis?

Aantal keer geprioriteerd: **12 (25%)**

Kennisvraag 3:

Wat is de impact op kwaliteit van leven van een gestructureerd 'shared-decision'-model over wel of geen chirurgie bij patiënten met een potentieel resectabel pancreascarcinoom?

Aantal keer geprioriteerd: **2 (4,2%)**

Kennisvraag 4:

Welke modaliteit kan betrouwbaarder dan de huidige strategie van CT-scan en tumormarkers aantonen welke patiënten met pancreascarcinoom geen voordeel hebben van chirurgie?

Aantal keer geprioriteerd: **1 (2,1%)**

Inflammatoire darmziekten (Top-4)

Kennisvraag 1:

Wat is de optimale monitoring bij patiënten met IBD in stabiele remissie onder medicamenteuze behandeling?

Aantal keer geprioriteerd: **17 (35,4%)**

Kennisvraag 2:

Wat zijn (kosten)effectieve leefstijlinterventies ter preventie van opvlammingen bij patiënten met IBD?

Aantal keer geprioriteerd: **13 (27,1%)**

Kennisvraag 3:

Levert levensfasegerichte zorg een betere effectiviteit en veiligheid voor patiënten met IBD?

Aantal keer geprioriteerd: **7 (14,6%)**

Kennisvraag 4:

Welke IBD-patiënt heeft baat bij surveillance coloscopie?

Aantal keer geprioriteerd: **6 (12,5%)**

Motoriek/functioneel (Top-5)

Kennisvraag 1:

Wat is de optimale risicostratificatie om onnodige diagnostiek bij patiënten met mogelijke functionele MDL-aandoeningen te voorkomen?

Aantal keer geprioriteerd: **14 (29,2%)**

Kennisvraag 2:

Wat is de (kosten)effectiviteit van een multidisciplinaire interventie gericht op dieet/leefstijl/educatie bij functionele klachten?

Aantal keer geprioriteerd: **7 (14,6%)**

Kennisvraag 3:

Wat is de (kosten)effectiviteit van een educatieve tool gericht op dieet en leefstijl ten aanzien van de reductie van PPI-gebruik bij functionele maagklachten?

Aantal keer geprioriteerd: **4 (8,3%)**

Kennisvraag 4:

Wat is de meest (kosten)effectieve behandeling bij obstipatie met of zonder gebruik van opiaten?

Aantal keer geprioriteerd: **2 (4,2%)**

Kennisvraag 5:

Wat is de beste behandelstrategie bij functionele klachten na chirurgische resectie?

Aantal keer geprioriteerd: **2 (4,2%)**

Oncologie (Top-3)

Kennisvraag 1:

Welke strategieën verhogen de opbrengst van surveillance van patiënten met Barrett-epitheel zonder dysplasie en leiden tegelijkertijd tot een reductie van zorg?

Aantal keer geprioriteerd: **10 (20,8%)**

Kennisvraag 2:

Wat is het optimale nazorgtraject voor de patiënt na de behandeling van een MDL-maligniteit?

Aantal keer geprioriteerd: **10 (20,8%)**

Kennisvraag 3:

Welke Barrett-patiënten hebben baat bij surveillance en in welke frequentie en tot wanneer?

Aantal keer geprioriteerd: **6 (12,5%)**

Voeding (Top-5)

Kennisvraag 1:

Welke klinische en serologische indicatoren hebben een voorspellende waarde voor het optreden van klachten en complicaties bij coeliakie en in welke frequentie moeten deze worden gevolgd?

Aantal keer geprioriteerd: **9 (18,8%)**

Kennisvraag 2:

Is er een rol voor anderhalvelijnszorg bij patiënten met chronische buikpijn of dyspepsie en in welke vorm (e-health of gecombineerde spreekuren met huisarts?)

Aantal keer geprioriteerd: **6 (12,5%)**

Kennisvraag 3:

Hoe kun je een PEG met plaatje in de maag het beste verwijderen: endoscopisch of uitwendig afknippen?

Aantal keer geprioriteerd: **4 (8,3%)**

Kennisvraag 4:

Zijn er objectieve diagnostische criteria voor het onderscheid van MCAS (mestcelactivatiesyndroom) versus prikkelba-redarmsyndroom?

Aantal keer geprioriteerd: **2 (4,2%)**

Kennisvraag 5:

Is antibioticaprofylaxe bij PEG/PRG-plaatsing nuttig en geef je dit dan vooraf intraveneus of nadien per PEG?

Aantal keer geprioriteerd: **2 (4,2%)**

Algemene vragen

1. Naam:
2. Functie:
3. Werkzaam in/bij: (naam ziekenhuis of organisatie)
4. E-mailadres:

Op de volgende pagina's kunt u per kennisvraag aangeven of er in uw centrum onderzoekslijnen zijn die hierbij aansluiten. Onder een onderzoekslijn verstaan we het volgende: *een structureel, over meerdere jaren lopend onderzoek met minimaal één promovendus.*

Onderzoekslijnen per kennisvraag

Per kennisvraag een pagina, waarop telkens de volgende vragen worden gesteld:

- a) Lopen er onderzoekslijnen in uw centrum die aansluiten bij deze kennisvraag?
 - Ja (gaat naar b)
 - Nee (gaat naar volgende kennisvraag)
- b) Welke onderzoekslijn is dit?
[tekst invoeren]
- c) Wie is de contactpersoon voor deze onderzoekslijn(en)?
[naam + mailadres invoeren]

Cisneros-Garza, L. E., González-Huezo, M. S., Moctezuma-Velázquez, C. et al (2022). The second Mexican consensus on hepatocellular carcinoma. Part I: Epidemiology and diagnosis. *Revista de Gastroenterología de México (English Edition)*, 87(2), 216-234.

Dayyeh, B. K. A., Thosani, N., Konda, V. et al & ASGE Technology Committee. (2015). ASGE Technology Committee systematic review and meta-analysis assessing the ASGE PIVI thresholds for adopting real-time endoscopic assessment of the histology of diminutive colorectal polyps. *Gastrointestinal endoscopy*, 81(3), 502-e1.

Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (2016) Kennisagenda. Geraadpleegd in februari 2023 via mdl.nl.

Sperna Weiland, C. J., Verschoor, E. C., Poen, A. C. et al (2022). Suspected common bile duct stones: reduction of unnecessary ERCP by pre-procedural imaging and timing of ERCP. *Surgical Endoscopy*, 1-9.

Vleugels, J. L., Dijkgraaf, M. G., Hazewinkel, Y. et al (2018). Effects of training and feedback on accuracy of predicting rectosigmoid neoplastic lesions and selection of surveillance intervals by endoscopists performing optical diagnosis of diminutive polyps. *Gastroenterology*, 154(6), 1682-1693.

Vleugels, J. L., Hassan, C., Senore, C. et al (2019). Diminutive polyps with advanced histologic features do not increase risk for metachronous advanced colon neoplasia. *Gastroenterology*, 156(3), 623-634.

van de Wetering, A. J., Meulen, L. W., Bogie, R. M. et al (2020). Optical diagnosis of diminutive polyps in the Dutch Bowel Cancer Screening Program: Are we ready to start?. *Endoscopy international open*, 8(03), E257-E265.



Nederlandse Vereniging voor Maag-Darm-Leverartsen
t.a.v. Dr. T. Schwartz
Postbus 657
2003 RR Haarlem

Datum 23-02-2023
ons kenmerk 2023-15
voor informatie kennisagendas@patientenfederatie.nl
uw kenmerk -
onderwerp **Kennisagenda Nederlandse Vereniging voor Maag-Darm-Leverartsen**

Geacht bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Maag-Darm-Leverartsen,

Middels deze brief geven wij aan dat de kennisagenda van de NVMDL met inbreng van patiënten(organisaties) tot stand is gekomen.

De geprioriteerde thema's worden zowel door de specialisten als patiënten onderkend als belangrijke kennishiaten.

Namens Patiëntenfederatie Nederland,



Mr. Linda Daniels
Manager Medisch Specialistische Zorg



NVMDL