

## Schriftelijke knelpuntenanalyse richtlijn chronische rhinosinusitis en neuspoliepen

In februari 2021 is een knelpuntenanalyse uitgevoerd om knelpunten in kaart te brengen voor de zorg voor patiënten met chronische rhinosinusitis en neuspoliepen. Aan de hand van het raamwerk van de richtlijn zoals dat op dat moment gepubliceerd was op de richtlijndatabase, is aan belanghebbende partijen het volgende gevraagd:

1. Zijn er wat u betreft knelpunten rondom chronische rhinosinusitis en neuspoliepen die nog niet geadresseerd worden in het raamwerk?
2. Zijn er concept uitgangsvragen opgenomen in het raamwerk waar u zich niet in kan vinden?
3. Welke 3 concept uitgangsvragen hebben voor u de hoogste prioriteit?
4. Andere vragen of opmerkingen t.a.v. het raamwerk.

Organisatie	Ingebrachte knelpunten	Reactie van de richtlijnwerkgroep
ZKN	<p>Prioriteit:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Wanneer is verwijzing door de huisarts van patiënten met klachten passend bij CRS geïndiceerd?</li><li>2. Hoe relevant is het vaststellen van een inhalatieallergie voor volwassen patiënten met CRS en/of neuspoliepen?</li><li>3. Moet preoperatief altijd een CT van de neusbijholten vervaardigd worden?</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Het NHG heeft afgezien van deelname aan de richtlijnwerkgroep. Er zijn daarom geen onderwerpen behandeld die de eerste lijn betreffen.</li><li>2. De module over inhalatieallergie is door de werkgroep niet geprioriteerd voor herziening. Mogelijk komt deze bij een toekomstige herziening wel aan bod.</li><li>3. Er is een nieuwe module geschreven over de (vroeg) inzet van CT in de diagnostiek en het behandelplan van CRS.</li></ol>
Longfonds	<p>Longfonds heeft een achterbanraadpleging gedaan. 202 resultaten, hiervan hebben 151 mensen naast CRS ook een longziekte. De meeste mensen hebben meerdere behandelingen gehad. 46% zegt geen keuze te hebben tussen verschillende behandelopties, bij 38% kwam verwachting niet overeen met daadwerkelijke beloop. Ook naar ehealth, verwijzing, tevredenheid over verwijzing e.d. is uitvraag gedaan. 99 mensen zien verbeterpunten voor de zorg bij mensen met CRS en/of neuspoliepen. Wij delen deze resultaten graag met u zodat u hier rekening mee kan houden bij het ontwikkelen van deze richtlijn. Na afronding van therapie lijken nog weinig mensen op controle te komen. Ook is er nog geen rol weggelegd voor digitale zorg. Terwijl veel mensen aangeven terugkerende klachten te hebben. Kan digitale zorg (of</p>	<p>Hartelijk dank voor het delen van de resultaten van jullie achterbanraadpleging. In de uitwerking van de modules heeft de werkgroep zo veel mogelijk gebruik gemaakt van de naar boven gekomen punten. De werkgroep erkent dat patiënten terugkerende klachten hebben. Het is dan ook een chronische aandoening. Bij het uitwerken van diverse modules heeft de werkgroep het belang van therapietrouw onder de aandacht gebracht, ook na chirurgische interventies en behandeling met biologicals. De plaats van digitale zorg is besproken door de werkgroep, maar dit werd niet geprioriteerd voor uitwerking in de</p>

	<p>organisatie van zorg) bijdragen aan verminderen van klachten/ vroegtijdig opsporen van nieuwe klachten/ verbeteren QOL op lange termijn?</p> <p>1. Moet bij patiënten met klachten passend bij CRS de diagnostiek zich ook richten op aandoeningen van de onderste luchtwegen?</p> <p>2. Behandeling van de onderste luchtwegen bij chronische rhinosinusitis en neuspoliepen..Verwijzing bij CRS</p> <p>3. - Wanneer is verwijzing door de huisarts van patiënten met klachten passend bij CRS geïndiceerd?</p>	<p>richtlijn. Mogelijk komt dit bij een toekomstige herziening aan bod.</p> <p>1 en 2. De modules over diagnostiek en behandeling van de onderste luchtwegen zijn volledig herzien.</p> <p>3. Het NHG heeft afgezien van deelname aan de richtlijnwerkgroep. Er zijn daarom geen onderwerpen behandeld die de eerste lijn betreffen.</p>
NVK	<p>Vanuit de NVK is er geen input gekomen. Er wordt enkel nog aangeraden om voor de overzichtelijkheid per aanbeveling een kopje "voor kinderen geldt:" op te nemen voor de duidelijkheid.</p>	<p>Hartelijk dank voor de terugkoppeling. Bij gebrek aan afvaardiging van de NVK in de werkgroep hebben we geen aanbevelingen over kinderen kunnen doen.</p>
NVvR (Radiologie)	<p>Nieuwe knelpunten:</p> <p>1. Wat is de plek van beeldvorming in de eerste lijn?</p> <p>2. Is er nog een rol voor x-sinus? (niet volgens hoofdhalradiologen, maar wordt nog wel aangevraagd door kinderartsen, hematologen, HA)</p> <p>3. moet de neusgang bij beeldvorming beter belicht worden?</p>	<p>Hartelijk dank voor de terugkoppeling.</p> <p>1. Er is een nieuwe module uitgewerkt over (vroeg) CT bij CRS, waarin beeldvorming besproken wordt.</p> <p>2 en 3. De aangedragen knelpunten zijn door de werkgroep niet geprioriteerd voor herziening. Mogelijk komt deze bij een toekomstige herziening wel aan bod.</p>
NVvR (Radiologie)	<p>Niet eens met: Wat is de correlatie tussen de bevindingen bij nasendoscopie en CT bij patiënten met een positieve anamnese voor CRS?</p>	<p>Dit onderwerp is niet geprioriteerd voor herziening. Conform de EPOS 2020 position paper is het wel benoemd als aanvullende diagnostiek die de kans op fout positieve diagnose ondersteunt.</p>
NVvR (Radiologie)	<p>Prioritering: 1. Zijn de indicaties voor beeldvorming bij kinderen dezelfde als bij volwassenen? (CT vs MRI)</p> <p>2. Moet preoperatief altijd een CT van de neusbijholten vervaardigd worden?</p> <p>3. CT en stralendosisreductie: welk protocol? wat is de dosis?</p>	<p>Er is een nieuwe module geschreven over de (vroeg) inzet van CT in de diagnostiek en het behandelplan van CRS.</p>
NVKNO	<p>De rol van endotypering/fenotypering van patiënten met sinusitis wordt in dit raamwerk itt de nieuwe EPOS richtlijn nog niet expliciet genoemd, is dit nog toe te voegen?</p> <p>Anamnese bij CRS: uitgangsvraag suggestie: welke vragen moeten minimaal gesteld worden bij een verdenking CRS.?Wat is de rol van een gestandaardiseerde gevalideerde vragenlijst ( cf. SNOT-22) Moet naast echografie niet ook de rol van X-sinus worden besproken? Mbt rol corticosteroiden</p>	<p>Hartelijk dank voor de terugkoppeling.</p> <p>In de herziene modules over behandeling en het stroomschema hebben endotypering en fenotypering een duidelijke plaats gekregen met betrekking tot de behandeling.</p> <p>De SNOT-22 vragenlijst is opgenomen in de behandelmodules als cruciale uitkomstmaat. X-sinus is door de</p>

	<p>en differentiatie type reukverlies; hoort dat in deze richtlijn? Dient de rol van diverse neusspoelingen met fysiologisch zout , evt gecombineerd met nasules in spoelvocht te worden benoemd in de behandeling? Is het type chirurgie dat in de vraagstelling conventioneel genoemd wordt inmiddels nog conventioneel of verstaan we nu FESS als conventioneel ? We nemen aan dat overige medicamenteuze behandeling ook de biologicals betreft?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nieuwe medicamenteuze behandeling</li> <li>2. Bloedonderzoek voor endotypering</li> <li>3. Ballondilatatie</li> </ol>	<p>werkgroep niet geprioriteerd voor herziening. De werkgroep erkent dat de ontwikkelingen in chirurgie niet hebben stil gestaan. De module chirurgie is herzien, met specifiek aandacht voor de verschillende soorten en uitgebreidheid van de chirurgie.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Er is een module ontwikkeld over behandeling met biologicals.</li> <li>2. Bloedonderzoek is door de werkgroep niet geprioriteerd voor herziening.</li> <li>3. Er is een nieuwe module ontwikkeld over de plaats van ballondilatatie.</li> </ol>
NVKNO	<p>prioritering:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In welke mate is een allergische rhinitis in het kader van het atopisch syndroom of hyper IgE syndroom relevant bij de daignostiek en (mede) behandeling van CRS.</li> <li>2. Heeft langdurige antibiotische (macrolide) therapie effect op CRS met of zonder neuspoliepen?</li> <li>3. Wanneer is revisietherapie (medicamenteus of chirurgisch) geïndiceerd bij patiënten met CRS?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. allergische rhinitis is door de werkgroep niet geprioriteerd voor herziening. Allergische rhinitis is als comorbiditeit als behandelbare kenmerken benoemd.</li> <li>2. De module over macrolide is herzien.</li> <li>3. De waarde van revisiechirurgie is opgenomen in de uitgebreide module (3 PICO's) over chirurgische behandeling.</li> </ol>
NVKNO	<p>De waarde van biologicals (monoclonale antilichamen) zou ik als apart knelpunt beschrijven. Nu valt dit weg onder "overige medicamenteuze behandeling"</p> <p>Wat wordt bedoeld met "weerstandsmeting"? En kun je nog spreken van "conventionele chirurgie" waar FESS toch de norm is?</p> <p>Het zou fantastisch zijn als alle vragen beantwoord konden worden!!</p> <p>Prioritering: 1. In welke mate heeft de toepassing van een slow releasing corticosteroidenimplantaat invloed op het postoperatief herstel na een neusbijholteoperatie en het ziekteverloop bij CRS? (nieuw)</p> <p>2. In welke mate hebben diagnostiek en interventies in de vroege fase van de CRS invloed op de ziektelast en het beloop? (nieuw)</p> <p>3. Wanneer is revisietherapie (medicamenteus of chirurgisch) geïndiceerd bij patiënten met CRS?</p>	<p>De module over biologicals zal apart worden weergegeven. De module chirurgie is herzien, met specifiek aandacht voor de verschillende soorten en uitgebreidheid van de chirurgie.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Er is een module geschreven over slow releasing corticosteroiden-implantaten.</li> <li>2. de uitgangsvraag over diagnostiek en interventies in de vroege fase is door de werkgroep niet geprioriteerd voor herziening.</li> <li>3. De waarde van revisiechirurgie is opgenomen in de uitgebreide module (3 PICO's) over chirurgische behandeling. Hierbij is ook aandacht besteed aan de vormen van chirurgie.</li> </ol>
IGJ	<p>Vanuit de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd zal er geen input worden gegeven. Ik hoop dat ik u voldoende heb geïnformeerd</p>	<p>Hartelijk dank voor de terugkoppeling.</p>

NHG	<p>1. De NHG-standaard betreft 'acute rhinosinusitis', deze richtlijn de chronische rhinosinusitis. Zo nodig kan de NHG-standaard hierna worden aangepast/uitgebreid indien er nieuwe inzichten zouden komen zoals bijvoorbeeld m.b.t. laboratoriumdiagnostiek, indien bij bepaalde groepen de (locatie van een) kweekafname voor ons mogelijk zou zijn (geen sinuspunctie), de mate van biofilms (microbioom) van invloed zijn op CRS (populair item). Ik ben verder benieuwd naar de plaats van systemische corticosteroiden, de behandeling van onderste luchtweginfecties bij CRS en neuspoliepen, preventie en arbeid en CRS. Dit zijn onderwerpen waarmee de huisartsgeneeskunde ook beïnvloed wordt/kan worden.</p> <p>2. Dank voor de invitatie. Ik heb de stukken doorgenomen en heb geen aanvullende zaken voor de knelpuntenanalyse. de NHG-Standaard richt zich op acute rhinosinusitis en geeft wel kader voor reden tot verwijzing bij persisterende/chronische klachten. Het is goed dat de vraag mbt adequaat moment voor verwijzing door huisarts wordt meegenomen en idealiter sluit dat aan bij de aanbevelingen in de NHG-Standaard. Zo niet, dan kan bij de eerstvolgende revisie altijd gezien worden of de NHG-Standaard aanpassing behoeft op dat punt. Voorts voorzie ik geen belangrijke knelpunten in de zorg van de huisarts bij deze groep patiënten die niet al in de lijst zijn opgenomen.</p>	<p>Hartelijk dank voor de terugkoppeling.</p> <p>De plaats van systemische corticosteroiden is in een aparte module uitgewerkt.</p>
NVZ	<p>De NVZ heeft geen aanvullend commentaar gezien het voornamelijk medisch inhoudelijke karakter. Wel worden wij graag betrokken bij evt. financiële en/of organisatorische consequenties.</p>	<p>Hartelijk dank voor de terugkoppeling.</p>
ZN	<p>Helaas is dit onderwerp te specialistisch om als brancheorganisatie van zorgverzekeraars een nuttige bijdrage te leveren. Wij willen wel graag de uitkomst weten van de (schriftelijke) knelpunteninventarisatie en vernemen t.z.t. graag van u.</p>	<p>Hartelijk dank voor de terugkoppeling.</p>