

Zinnige Zorg bij maagklachten

Minder maagzuurremmers, minder onnodig onderzoek

2,8 miljoen mensen in Nederland slikken maagzuurremmers. De meeste van hen gebruiken deze middelen langdurig. Waarschijnlijk heeft een deel van de patiënten deze geneesmiddelen niet nodig. Het verminderen van overbehandeling met maagzuurremmers is dan ook een van de aandachtspunten in het verbeteringsplan voor Zinnige Zorg bij maagklachten, net als het beperken van overbodige gastroscopieën en kijkonderzoek.

Tekst Jos Leijen

Beeld Rob Engelaar (ANP)

In augustus 2019 verscheen het screeningsrapport van Zinnige Zorg bij maagklachten. Sindsdien is er nader onderzoek gedaan naar de vermoedens die in de screeningsfase boven tafel kwamen, vertelt adviseur Edwin Heeregrave van het Zorginstituut: “Het Radboudumc heeft onderzocht of huisartsen gastroscopieën aanvragen volgens de indicaties uit de NHG-Standaard Maagklachten. Onderzoeksbureau Equalis bekeek daarnaast in hoeverre patiënten geïnformeerd zijn over de oorzaken van maagklachten, de voor- en nadelen van een gastroscopie en het gebruik en de afbouw van maagzuurremmers of PPI’s. Ook hebben we vakliteratuur bekeken, zelf declaratiegegevens geanalyseerd en gesprekken gevoerd met deskundigen van betrokken veldpartijen.”

Vijf verbeterthema’s

De onderzoeksresultaten zijn verwerkt in het verbeteringsplan met daaraan gekoppeld een aantal verbeterafspraken voor de komende jaren. Er zijn vijf hoofdthema’s:

1. Actualiseer richtlijnen en verbeter de voorlichting aan patiënten.
2. Verminder onnodige diagnostiek met gastroscopieën.
3. Verminder overbehandeling met PPI’s bij volwassenen.
4. Verminder het gebruik van maagzuurremmers door zuigelingen.
5. Verbeter de kwaliteit van zorg rondom anti-refluxchirurgie.

De verbeterafspraken zijn tot stand gekomen in overleg met afgevaardigden van betrokken partijen, zoals het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL), de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen.

Bij het ter perse gaan van deze editie lag het concept-verbetersignalement ter beoordeling bij de besturen van deze organisaties.

Richtlijn updaten

Niek de Wit is hoogleraar huisartsgeneeskunde bij het UMC Utrecht. Hij was meer dan twintig jaar werkzaam als huisarts en werkte mee aan de NHG-Standaard Maagklachten en aan de Multidisciplinaire Richtlijn Maagklachten. “Die richtlijn stamt uit 2004 en moet nodig worden aangepast”, zegt hij. “Een probleem is dat destijds het eigenschap niet goed is belegd. Upgraden kost tijd en geld en daardoor heeft het op zich laten wachten.”

Maagzuurremmers worden te gemakkelijk voorgeschreven. En als mensen ze eenmaal slikken, lukt het niet goed om dat weer af te bouwen, constateert De Wit. “Iedereen heeft weleens last van maagzuur en meestal gaat het vanzelf weer over. De oorzaak van chronische maagklachten kennen we niet goed. Soms lijkt er een verband met leefstijl, zoals overgewicht en roken. Een maagzuurremmer voorschrijven is dan gemakkelijker dan de oorzaak opsporen en het onderliggende probleem aanpakken.”

Medicalisering

De Wit vindt het massale gebruik van maagzuurremmers zorgelijk. Het is een aspect van de medicalisering waar hij zich tegen verzet. Daar ligt voor hem het belang van Zinnige Zorg. “We moeten in de zorg kritisch kijken wat we doen, hoe we het doen en waar het beter kan. We grijpen te gemakkelijk naar medische oplossingen. Neem het gebruik van maagzuurremmers bij baby’s. Sommige baby’s huilen veel. Hoe dat komt, weten we



niet precies, maar het is niet ernstig en het gaat bijna altijd vanzelf over. Maagzuurremmers hebben daarop geen effect. Maar als zelfs de *Libelle* schrijft dat het helpt, en je wilt als huisarts de relatie met je patiënt goed houden, dan is de verleiding groot om ze toch maar voor te schrijven.”

Een goede voorgestelde verbetering is volgens De Wit het vaker en eerder testen op de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*-)bacterie. Die blijkt vaak samen te hangen met maagklachten. “Dat wisten we tien jaar geleden nog niet, maar nu wel. Het is belangrijk dat artsen eerst op die bacterie testen voordat ze zuurremmende medicijnen voorschrijven of een gastroscopie laten doen. Daarnaast zou het mooi zijn als er voor patiënten met aanhoudende maagklachten een schakel komt tussen de huisarts en het ziekenhuis voor laagdrempelige consultatie.”

Anderhalvelijnszorg

Maag-darm-leverarts Daniel Keszthelyi heeft in Maastricht net spreekuur gehouden in zo’n tussenvorm. ‘Anderhalvelijnszorg’ noemt hij het, in de stadspoli. “Er is een gat tussen de eerste en de tweede lijn. We moeten de ketenzorg beter vormgeven. Het helpt daarbij als huisartsen patiënten beter kunnen ‘managen’ en informeren.”

De stadspoli waar Keszthelyi patiënten ontvangt is een laagdrempelige voorziening. “Een plek waar mensen eerder komen voor advies dan voor slangen in hun lijf. Dat geeft een andere *mindset*.” Met de zorgverzekeraars is een constructie afgesproken waarbij het eigen risico buiten schot blijft en de arts zijn consult kan declareren. “De zorgbesteding is vooral gebaseerd op productie in plaats van op uitkomsten. Dat hebben we hier kunnen veranderen.”

Daniel Keszthelyi:
“Van een gastroscopie is nog nooit iemand beter geworden. Maar zowel de dokter als de patiënt is het zo gewend. Er is een verandering in het denken nodig, een paradigmashift”

Die productiegerichte financiering van de zorg is volgens Keszthelyi een van de oorzaken voor overdiagnostiek met gastroscopieën. “Van een gastroscopie is nog nooit iemand beter geworden. En in veel gevallen is het ook helemaal niet nodig. Maar zowel de dokter als de patiënt is het zo gewend. Er is een verandering in het denken nodig, een paradigmashift.”

Veranderen is lastig

De beroepsgroep, zo legt hij uit, werkt vaak al jaren op een bepaalde manier. Het is een combinatie van aangeleerd gedrag en de overtuiging dat het zo goed is. Dat maakt het lastig om te veranderen. Niet alleen in dit Zinnige Zorg-traject, maar ook bij andere zorgevaluaties. “Tegelijk is er de angst om iets te missen. Dus doe je een onderzoek om iets uit te sluiten. Met het risico dat je vervolgens opnieuw onderzoek moet doen om andere mogelijke oorzaken uit te sluiten.”

Diagnose zonder onderzoek vraagt vertrouwen bij patiënt en professional. “We moeten de patiënt een positieve diagnose geven: ja, er is iets aan de hand, maar nee, er is geen duidelijk aantoonbare oorzaak te vinden. En we gaan dus ook niet eindeloos zoeken naar iets wat we nooit zullen vinden. Dat moet je secuur uitleggen aan de patiënt, en die moet op het oordeel van de arts vertrouwen.” Tegelijk moet er ook naar de financiering van de zorg gekeken worden, vindt Keszthelyi. Daar ligt een taak voor het ministerie en de zorgverzekeraars. “Het is belangrijk dat we meer met uitkomstmaten werken in plaats van met betaling op basis van productie. Dan vergroot je direct het draagvlak en de prikkel om minder overbodige handelingen te verrichten.” ●