



“De contacten met de partijen zijn goed. Ik merk gedrevenheid en betrokkenheid, en de wil om dingen te veranderen”

Hoe pakken de adviezen, richtlijnen, handreikingen of standpunten van het Zorginstituut in de praktijk uit? In hoeverre sluit dat wat ‘aan het bureau’ is bedacht aan op de dagelijkse praktijk ‘aan het bed’? Deze keer de implementatie van de verbeterafspraken uit het **Verbetersignalement Maagklachten.**

Tekst Edith Bijl

Beeld Ron Zwagemaker en De Beeldredactie | Marco Vellinga

aan het **Bureau**

Edwin Heeregrave is projectleider Zinnige Zorg bij het Zorginstituut.

“Het onderzoek naar de zorg voor mensen met maagklachten kwam voort uit het bredere Zinnige Zorg-project ‘Ziekten van het spijsverteringsstelsel’. In de verdiepingsfase van het traject ‘Zinnige Zorg bij maagklachten’ stelden we de betrokken partijen de vraag hoe het zorgtraject voor mensen met maagklachten verbeterd kon worden. Daarbij onderzochten we in hoeverre de zorgpraktijk afwijkt van hoe de zorg in de richtlijnen staat omschreven. Daar waar die te veel afwijkt moet er dan een verbeterafpraak komen. Dit bleek onder meer het geval bij de patiëntenvoorlichting, de inzet van gastroscopieën (kijkonderzoek van de maag), het gebruik van maagzuurremmers en anti-refluxchirurgie (maagoperatie). De verbeterafspraken die de partijen hierover hebben gemaakt hebben wij beschreven in het *Verbetersignalement Maagklachten*. Na consultatie van partijen zijn zij uiteindelijk in augustus 2021 hiermee akkoord gegaan. Daarop startte de implementatiefase, de fase waarin partijen met de verbeterpunten aan de slag gaan. Onze rol in deze fase is het ondersteunen van de partijen, bijvoorbeeld door het organiseren van bijeenkomsten en het delen van goede voorbeelden.

Inmiddels zijn we anderhalf jaar verder en zien we op sommige onderwerpen al wat gebeuren, zoals bij het onderzoek van David naar verwijsindicaties bij gastroscopieën (zie rechterpagina). Ook op het gebied van patiëntenvoorlichting zien we de eerste resultaten, zoals de campagne ‘Gepaste zorg bij maagklachten’ van Doen of Laten. Bij andere onderwerpen zien we dat de vertaalslag van verdieping naar implementatie lastig is, bijvoorbeeld omdat partijen niet altijd voldoende tijd en mankracht hebben om dit op te pakken. De contacten met de partijen zijn goed. Ik merk gedrevenheid en betrokkenheid, en de wil om dingen te veranderen. Ik verwacht dan ook dat we in de komende jaren de eerste verbeteringen gaan zien in de zorg voor mensen met maagklachten.”

aan het **Bed**

David Hirsch is MDL-arts in ziekenhuis Rijnstate in Arnhem.

“Ik ben al zo’n drie jaar betrokken bij dit Zinnige Zorgtraject. Het triggerde mij om me in de implementatiefase te richten op een van de verbeterafspraken: het terugbrengen van het grote aantal gastroscopieën die specialisten (MDL-artsen) en huisartsen aanvragen. Er worden te veel gastroscopieën aangevraagd bij *functionele dyspepsie*, ofwel maagklachten zonder lichamelijke oorzaken. Dat wilde ik aan de hand van ziekenhuisdata aantonen, maar DBC’s zeggen niets over de gebruikte verwijfsindicaties. Ook de indicaties van huisartsen zijn vaak moeilijk terug te vinden en niet eenvoudig te koppelen aan de uitkomsten van de gastroscopie. Dat gaat nu beter, sinds we standaard in het patiëntendossier noteren door wie iemand is doorverwezen en met welke verwijfssymptomen. Dat maakt de analyse makkelijker.

Uit die analyse blijkt dat er bij het merendeel van de gastroscopieën die door huisartsen zijn aangevraagd geen oorzaak voor de klacht is gevonden. Ook als we naar de DBC’s kijken zien we dat er in de helft van de gevallen sprake is van functionele dyspepsie - en een gastroscopie dus ten onrechte is uitgevoerd.

Hoe kunnen we dit grijze gebied verkleinen? Dat is lastig; je kan een huisarts niet kwalijk nemen dat die een gastroscopie laat doen bij iemand die (dus vaak ten onrechte) bang is voor maag- of slokdarmkanker. Bovendien kost het uitleggen waarom een gastroscopie niet nodig is veel meer tijd dan om dat onderzoek uit te voeren. Daarom is het belangrijk om aan huisartsen en specialisten terug te koppelen wat er uit de gastroscopie is gekomen, zodat zij kunnen zien of hun verwijfzing terecht was. We kunnen dan beter aantoonbaar maken dat gastroscopie bij functionele dyspepsie geen zin heeft, evenmin als bij mensen onder de vijftig jaar. Op die manier hebben we een goede uitkomstmaat, waarmee we in combinatie met goede patiëntenvoorlichting het aantal verwijfsindicaties uiteindelijk kunnen terugbrengen.”



“Dit Zinnige Zorgtraject triggerde mij om het aantal gastroscopieën bij functionele dyspepsie terug te brengen”