



verslag

202009-1
Vervolgbijspraak

Zorginstituut Nederland

Zorg I
Endocrien, Spijsvertering &
Stofwisseling

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon

mw. I. Groeneveld
T +31 (0)6 123 186 21

Datum

1 oktober 2020

Onze referentie

2020041637

Omschrijving	Vervolgbijspraak Zinnige Zorg Maagklachten
Vergaderdatum	21 september 2020
Vergaderplaats	Online - webex
Aanwezig	De heer N. de Wit (NHG) De heer G. van Hoof (ZN) Mevrouw S. van Dulmen (NFU) Mevrouw A. Horikx (KNMP) De heer S. van der Beek (NIV) Mevrouw B. Wieman (NVD) De heer D. Keszthelyi (NVMDL) De heer D. Hirsch (NVMDL) De heer T. Spaan (PDSB) Mevrouw H. Zwart (V&VN) Mevrouw M. Boersma (MLDS) Mevrouw M. Wets (Zorginstituut, manager) Mevrouw I. Groeneveld (Zorginstituut, projectleider) De heer E. Heeregrave (Zorginstituut, adviseur) Mevrouw S. Boonzajer (Zorginstituut, data-analist) Mevrouw I. Caubo (Zorginstituut, adviseur) Mevrouw J. Frankema (Zorginstituut, medisch adviseur) Mevrouw M. Hoefsloot (Zorginstituut, medisch adviseur) Mevrouw K. Cikot (Zorginstituut, ondersteuner)
Afwezig	De heer W. Hueting (NVGE) Mevrouw M. Tabbers (NVK) Mevrouw T. Korpershoek (V&VN) Mevrouw I. Spaan (PDSB)

1 Opening en mededelingen

Mona Wets, manager, heet iedereen welkom en licht toe dat de organisaties die vanavond afwezig zijn wel het verslag ontvangen. Het is mogelijk om ook na de vergadering nog zaken in te brengen. Deze kunnen aan het verslag worden toegevoegd. Er volgt een voorstelronde waarna Iris Groeneveld een overzicht geeft van de stand van zaken. Het doel van de bijspraak is het delen en

gezamenlijk duiden van de resultaten van twee van de drie geprioriteerde onderwerpen: voorlichting en patiënteninformatie en protonpompremmer (PPI)-gebruik bij volwassenen.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Endocrien, Spijsvertering &
Stofwisseling

2. Voorlichting en patiënteninformatie

Ineke Caubo presenteert de methoden en resultaten van het kwalitatief onderzoek van Equalis; Voorlichting en samen beslissen: Ervaringen van mensen met maagklachten. Uit de vragenlijsten en interviews blijkt dat een derde van de patiënten onvoldoende wordt voorgelicht over mogelijke oorzaken van maagklachten. Patiënten missen handvaten bij de omgang met maagklachten. Tweederde van de patiënten is niet voorgelicht over en behandeld volgens de step-up-methode bij de huisarts. Patiënten missen begeleiding bij het gebruik en de afbouw van maagzuurremmers. De helft van de patiënten wordt voldoende geïnformeerd over de voor- en nadelen van gastroscopie, maar pas ná de keuze: er is geen sprake van samen beslissen. Tot slot, de mogelijkheid tot en voorlichting over sedatie bij een gastroscopie verschilt. Verduidelijkt wordt dat ongeveer 150 patiënten in de enquête zijn gevraagd naar de step-up methode. De meeste deelnemers hadden al langer dan een jaar klachten, waardoor het terugtrekken van ranitidine waarschijnlijk weinig invloed op de resultaten had.

Datum
28 september 2020

Onze referentie
2020041637

Discussie

Niek en Daniel herkennen de resultaten. Wel wordt opgemerkt dat voornamelijk vrouwen deelnamen, en relatief veel mensen ook PDS hebben, hoewel dat laatste in de praktijk ook daadwerkelijk vaak voorkomt volgens Daniel. Theo geeft aan dat het belangrijk is om zaken vanuit patiëntenperspectief te bekijken. Hillie Zwart vraagt wat de rol van de verpleegkundigen is, omdat ook zij de patiënt kunnen voorlichten. Ineke zegt dat daar in dit onderzoek niet naar is gevraagd omdat dit hier minder relevant was. Brigitte Wieman brengt in dat mensen behoefte hebben aan een persoonlijke vertaalslag; ze willen weten waar ze verandering in moeten aanbrengen. Bij CVRM en bij mensen met ondervoeding et cetera komen voedingsproblemen op tafel. Huisartsen weten de diëtist wel te vinden maar niet specifiek voor maagklachten. De diëtist kan aanvullend werk doen voordat arts en patiënt verder gaan. Niek beaamt dat dit kan werken maar dat je de diëtist niet standaard kunt inzetten; er zijn immers veel mensen met maagklachten.

Op de vraag wat de rol is van de apotheker antwoordt Annemieke dat afbouwen van PPI's inderdaad onvoldoende gebeurt. In de NHG-Standaard staat een termijn voor PPI gebruik. Het nadeel van herhaalreceptuur is dat je maar doorgaat met gebruik van PPI's. Je moet mensen begeleiden bij het afbouwen maar dat is heel lastig. Theo vraagt of er onderzoek is over voedingsadviezen bij maagklachten. Daniel legt uit dat er heel weinig over bekend is, er is dus ook geen evidence-based dieet richtlijn. Je gebruikt common sense dingen als vettig eten en kleine porties en scherp eten. Er is geen specifiek advies.

Daniel zegt daarnaast: Van een gastroscopie worden maagklachten niet beter, van behandeling wel. Een gastroscopie ter geruststelling helpt ook niet op de lange termijn. Niet iedereen hoeft naar een diëtist maar je moet wel een bepaald begeleidingsplan maken. Geldt ook voor het afbouwen van PPI's, daar is een groot nocebo effect. Er is behoefte om deze begeleiding in een bepaalde

vorm te kunnen gieten. Dan zul je merken dat de gastroscopieën die toch een soort verlegenheidsacties zijn, ook vanuit de MDL, geleidelijk verminderen.

Ineke brengt de ontwikkeling van een keuzehulp en de e-learning module van Doen of laten (NFU) voor patiënten over gastroscopieën naar voren. Niek denkt dat deze investeringen zeker de moeite waard zijn. De gastroscopie is toch vaak een gelegenheidsverwijzing. De patiënt komt terug, niks helpt, dan ga je naar de MDL-arts toe. Hij vindt dat de huisarts en MDL-arts samen moeten bedenken wat oplossingen zijn; in de zorgketen zijn we samen verantwoordelijk voor de patiënt. Geert voegt toe dat patiënten wel worden geïnformeerd over het technische stukje, maar niet aan de voorkant over het nut van de gastroscopie. Er is geen schakel in het ziekenhuis. Patiënten worden verwezen voor een technische ingreep, niet voor diagnostiek en behandeling. Hij oppert om bij patiënten die al lang bij de huisarts lopen de medisch specialist te laten meekijken, en de patiënt te laten informeren over het nut van de gastroscopie. Niek voegt toe dat je vroeger 'functionele darm- en bovenbuikspoli's' had, die wel degelijk hielpen. Daniel zegt dat deze poli's afgeschaft zijn bij gebrek aan interesse bij artsen en bestuur. Open access gastroscopieën zijn lucratief; je doet de verrichting en kunt de dbc afrekenen als zijnde functionele dyspepsie.

Mentimeter:

De mentimeter wordt ingezet met de vraag hoe belangrijk men verbeterafspraken vindt over voorlichting en patiënteninformatie, en welke globale verbeterafspraken we kunnen maken. Alle onderwerpen worden belangrijk gevonden, waarbij de sedatie het laagst scoort. Wat betreft algemene patiënteninformatie worden meermaals genoemd: instrumenten die kunnen helpen in het consult en goede (online)informatie waar je naar kan verwijzen. De tweede vraag gaat over voorlichting over gastroscopie. Geert licht het 'meedenkconsult' toe: huisarts hebben de mogelijkheid een vraag voor te leggen aan de medisch specialist zonder dat de patiënt verwezen wordt. De medisch specialist kijkt dan mee naar de opties. Het nut van een gastroscopie kan dan aan de orde komen. Daniel noemt het ketendenken, de kloof tussen eerste en tweede lijn overbruggen, dat sluit hierop aan. Derde vraag gaat over sedatie bij gastroscopie. Keuzehulp en behandelkaart, zijn opties die hieruit komen. Marijke Boersma kan zich voorstellen dat samen bespreken aan de hand van een tool goed kan werken

3. PPI-gebruik bij volwassenen

Jacqueline vertelt over het onderzoek dat de vakgroep MDL van het Radboud UMC heeft uitgevoerd naar PPI gebruik bij volwassenen met gecodeerde data in huisartsinformatiesystemen in de periode van 2016 t/m 2018. De resultaten tonen dat het PPI gebruik iets lijkt af te nemen gedurende deze periode en dat een derde van de geselecteerde patiënten een PPI langer dan drie maanden gebruikt. Ruim 55% van de PPI recepten heeft geen geregistreerde indicatie in de gecodeerde huisartsendata. Bij een tijdelijke indicatie vanwege maagklachten of -aandoeningen wordt bij meer dan 30 procent de PPI niet gestopt. Bij het stoppen van comedatie waarvoor maagbescherming is gegeven wordt bij 15 procent de PPI niet gestopt. Hoewel het onderzoek geen informatie had over het gebruik van over the counter medicatie, lijkt step-up-therapie weinig te worden gevolgd. Maagbescherming lijkt niet altijd volgens de indicaties van NHG-S te worden voorgeschreven.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Endocrien, Spijsvertering &
Stofwisseling

Datum
28 september 2020

Onze referentie
2020041637

Discussie

Marijke Boersma schrikt van deze cijfers; het zijn geen onschuldige pillen. De richtlijn wordt slecht nageleefd. Niek zegt dat er beperkingen aan de analyses zitten. Je vindt onder meer geen diagnose terug bij de PPI's die niet een geregistreerde indicatie hebben. Er wordt vaak 'zonder indicatie' voorgeschreven. Niek had gedacht dat het erger was. Het merendeel van de mensen gebruikt een PPI minder dan drie maanden. Wat betreft de step-up: Heel veel mensen hebben al rennies gebruikt. Die eerste stap valt dan al af. H₂-receptorantagonisten kun je wel terugvinden. Hij zegt dat step-up een van de slechtst gevolgde aanbevelingen van de NHG-Standaard is. De arts begint vaak al met PPI's want dan weet je zeker dat mensen adequaat geholpen worden. Daniel voegt toe dat je in de tweede lijn vrij snel een PPI adviseert; terecht of niet.

Marijke vraagt of het besef niet langzaam begint door te dringen dat er ook nadelen kleven aan PPI's vanwege bijwerkingen. Niek zegt dat dit misschien wel het geval is gezien de afnemende trend van het PPI gebruik over de tijd. Hij noemt dat mensen weinig last hebben; het nadeel van PPI's ligt vooral op populatieniveau. Daniel merkt op dat dergelijk epidemiologisch onderzoek geen causaal verband tussen PPI's en bijwerkingen laat zien. Het macro-economisch effect van PPI gebruik is minder geworden doordat op PPI's geen patent meer is. Er wordt geopperd dat je de step-up mogelijk kan verlaten, maar je ziet wel dat mensen hun hele leven wat blijven gebruiken terwijl de reden waarom ze dat doen mogelijk niet meer aanwezig is, en dat is wel iets dat verbeterd kan worden.

Margo zegt dat vooral bij langdurige medicatie zoals de salicylaten de PPI niet gestopt wordt. Bij NSAIDs is dat een minder groot probleem omdat deze meestal kortdurend gebruikt worden. Niek merkt op dat het rebound fenomeen bij afbouwen ervoor kan zorgen dat PPI's langdurig gebruikt worden. Annemieke had de cijfers erger verwacht. Er zijn veel mensen die salicylaten gebruiken, de herhaalreceptuur blijft maar doorgaan. Het stoppen met PPI's als maagbescherming moet ook met beleid gebeuren. Ze denkt dat de stap van H₂-receptorantagonisten in het step-up beleid nu waarschijnlijk is weggevallen doordat ranitidine niet beschikbaar is. Er zijn ook andere H₂-receptorantagonisten maar deze zijn minder geschikt, zoals cimetidine dat interacties heeft met andere geneesmiddelen.

Daniel zegt dat er een verbeterpunt zit in het voorschrijven bij de juiste indicatie. Voor mensen met functionele dyspepsie is de *number needed to treat* 11-15. PPI bij maagpijn is vaak niet nodig, bij reflux wel.

Mentimeter

In de mentimeter wordt gevraagd hoe belangrijk men het vindt (schaal 1-10) om verbeterafspraken te maken over step-up en afbouw van PPI's bij maagklachten, starten en stoppen bij PPI's als maagbescherming, en voorlichting over PPI's. Het onderwerp stoppen scoort het hoogst. Wat betreft verbeterafspraken over step-up worden onder andere voorlichting en samenwerking tussen apotheker en huisarts genoemd. Niek vraagt of we met verbeterafspraken over het step-up beleid bedoelen dat we het beter moeten doen of dat we het moeten afschaffen. Jacqueline: we bedoelen dat het beter toegepast moet worden. Het NHG heeft dit opnieuw opgenomen in de richtlijn.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Endocrien, Spijsvertering &
Stofwisseling

Datum
28 september 2020

Onze referentie
2020041637

Wat betreft verbeterafspraken over stoppen: Sander oppert een trigger via de apotheek gezien de vele herhaalrecepten. Omdat de apotheek de verstrekker is heeft die het overzicht over de medicatie. Ook een trigger via EPD zou kunnen. Als ergens 'verwachte behandelingsduur' is vastgelegd kunnen we daarna overleggen of we verder gaan. Maar het moet geen harde deadline zijn. Theo stelt voor om het voedingspatroon mee te nemen bij het stoppen van een PPI.

Over het starten met PPI bij maagbescherming worden genoemd: de richtlijn beter volgen, samenwerking tussen apothekers en huisarts, en voorlichting. Geert vraagt hoe de huisarts en apotheker beter zouden kunnen samenwerken. Niek zegt dat er al veel mooie verbeterprojecten zijn, met name op het gebied van stoppen bij chronisch gebruik. In de praktijk wil de patiënt echter niet altijd stoppen omdat hij dan opnieuw klachten krijgt. Geert is vooral op zoek naar samenwerkingen die effectief zijn, waarbij de patiënt ook echt op tijd stopt.

Wat betreft het stoppen van PPI's als maagbescherming geeft Annemieke aan dat het afgeven van een verwachte behandelduur bij het voorschrift een mooie eerste stap zou zijn. In de medisch farmaceutische beslisregels waar we mee werken zou bijvoorbeeld een pop-up of ander signaal kunnen komen. Echter dit soort systemen worden weliswaar vaak geïmplementeerd en vergoed, maar na een tijdje vervalt die vergoeding weer. Zij geeft mee dat implementatie iets van langere adem is. Wat betreft maagbescherming zegt Annemieke dat niet altijd duidelijk is waarom een PPI is gebruikt. De juiste informatie is nodig voor de apotheker. Theo vraagt of we bij stoppen van PPI's de diëtist willen betrekken. Brigitte antwoordt dat als er een relatie is met alcohol of voeding de diëtist een rol kan spelen. Zij raadt aan om de huisarts en specialist betere handvatten te geven hoe ze voeding in de anamnese kunnen betrekken.

Ideeën over verbeterafspraken betreffende voorlichting over PPI's zijn: samen beslissen, keuzehulp, en aandacht hebben voor de niet-medicamenteuze behandeling. Brigitte licht toe dat ze bij dat laatste ook stress bedoelt. Daniel zegt uitleg over de hersen-darm-as nog niet genoemd te hebben. Niek ziet ook het voordeel van een focus op gezonde leefstijl.

2 Rondvraag en sluiting

Iris licht het vervolg toe. Zij geeft aan dat er na het maken van verbeterafspraken een (budget-)impactanalyse wordt gedaan van de kosten en besparingen die daarmee samenhangen. Hier hanteert het Zorginstituut een standaard protocol voor. Annemieke vraagt of dit ook geldt voor zorg die niet vergoed wordt, zoals de diëtist. Iris legt uit dat we niet-vergoede zorg wel in de verbeterafspraken kunnen benoemen, maar niet in de impactanalyse opnemen. Saskia beaamt dat de impactanalyse alleen over zorg uit het basispakket gaat. Iris dankt de aanwezigen voor hun bijdragen.