



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

verslag

202011-1

Vervolgbijsamenkomst Zinnige Zorg Maagklachten

Omschrijving	Vervolgbijsamenkomst Zinnige Zorg Maagklachten - Gastroscopieën
Vergaderdatum	17 november 2020, 19.00 -21.00 uur
Vergaderplaats	Online - Webex
Aanwezig	Mevrouw S. van Dulmen (NFU) Mevrouw A. Horikx (KNMP) Mevrouw H. Zwart (V&VN) Mevrouw B. Wieman (NVD) Mevrouw I. Spaan (PDSB) De heer D. Keszthelyi (NVMDL) De heer D. Hirsch (NVMDL) De heer T. Spaan (PDSB) De heer G. van Hoof (ZN) De heer S. van der Beek (NIV) De heer N. de Wit (NHG) Mevrouw I. Groeneveld (Zorginstituut, projectleider) Mevrouw M. Wets (Zorginstituut, voorzitter) Mevrouw S. Boonzajer (Zorginstituut, data-analist) Mevrouw J. Frankema (Zorginstituut, medisch adviseur) Mevrouw M. Hoefsloot (Zorginstituut, medisch adviseur) Mevrouw I. Caubo (Zorginstituut, adviseur) Mevrouw K. Cikot (Zorginstituut, ondersteuner) De heer E. Heeregrave (Zorginstituut, adviseur)
Afwezig	Mevrouw M. Tabbers (NVK) Mevrouw T. Korpershoek (V&VN) Mevrouw M. Boersma (MLDS) De heer W. Hueting (NVGE)

Datum
30 november 2020

Onze referentie
2020048971

1 Opening en mededelingen

Mona heet iedereen welkom. Zij licht toe dat de organisaties die deze avond niet aanwezig zijn wel het verslag ontvangen. Het doel van de avond is de deelnemers te informeren over de onderzoeksresultaten, de resultaten gezamenlijk te duiden, en globale verbeterafspraken te formuleren.

Iris licht de uitgangspunten van het programma Zinnige Zorg nogmaals toe. We willen vooral de kwaliteit van zorg voor patiënten met maagklachten verbeteren. Ook doelmatigheid van zorg is belangrijk, met het oog op de stijgende zorgkosten. We streven naar globale verbeterafspraken per onderwerp. Daarnaast willen we ook specifieke oplossingsrichtingen benoemen ("hoe dan"). Daarbij willen we streefnormen vaststellen zodat we later kunnen vaststellen of de doelen behaald zijn. Ten slotte willen we regiehouders benoemen. Iris geeft een voorbeeld van een verbeterafpraak over het verminderen van PPI-gebruik bij zuigelingen. De partijen in het veld gaan de implementatie uitvoeren. Het Zorginstituut heeft een faciliterende rol.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Endocrien, Spijsvertering &
Stofwisseling

Datum
20 november 2020

Onze referentie
2020048971

2 Resultaten van het onderzoek naar gastroscopieën in de eerste lijn

Edwin presenteert de bevindingen van het onderzoek dat het Radboud UMC heeft gedaan naar open access gastroscopieën. Het doel was om inzicht te krijgen in de indicaties voor open access gastroscopieën. Dit is gedaan via retrospectief onderzoek in huisartsendossiers in de regio Leiden-Den Haag in de jaren 2016-2018. De uitgangspopulatie bestond uit 150.000 patiënten. Daaruit zijn de patiënten met maagklachten geselecteerd die op de dag van diagnose zijn verwezen naar de MDL of een endoscopiecentrum (n=417). Op basis van analyse van vrije tekstvelden is afgeleid welke patiënten daarvan een open access gastroscopie hebben ondergaan (n=153). Deze groep is geanalyseerd in het onderzoek.

Edwin licht de algemene patiëntkenmerken toe. Van de patiënten gebruikte 92% zuurremmers vóór de gastroscopie, met name PPI's. H. pylori diagnostiek was bij 58% van de patiënten uitgevoerd voordat ze verwezen werden voor gastroscopie. Wat verder opvalt is dat een aanzienlijk deel (54%) van de patiënten binnen een jaar na afloop van de gastroscopie alsnog naar de polikliniek MDL is verwezen. Wat betreft de indicaties voor de gastroscopie had 37% van de patiënten een alarmsymptoom. Een relatief kleine groep (13%) had een relatieve indicatie zoals geruststelling, 42% had geen geregistreerde indicatie. Wat betreft de uitkomsten van de gastroscopie: deze was bij 40% van de patiënten onbekend, bij 48% waren er geen of milde bevindingen, bij 12% was er sprake van ernstige bevindingen. Edwin bespreekt de beperkingen van het onderzoek. Het aantal gastroscopieën is waarschijnlijk een onderschatting. Hij eindigt met de conclusies van het onderzoek.

3 Discussie over de resultaten en conclusies

Niek geeft aan dat het om kleine aantallen gaat (slechts 153 gastroscopieën). De bevindingen komen wel overeen met het beeld dat hij heeft. Sander vraagt waarom de relatief makkelijke stap van H. pylori toch vaak wordt overgeslagen. Niek oppert dat het misschien onbekend is bij huisartsen, of logistiek ingewikkeld. Hem valt vooral op dat de helft van de patiënten die gastroscopie krijgen binnen een half jaar alsnog naar de MDL gestuurd worden. Over het algemeen wordt de volgende stap gezet als de eerste stap niet succesvol wordt afgerond naar tevredenheid van de patiënt. Denk maar aan persisterende klachten, die zijn dan de reden om door te verwijzen. Dan is de vraag wat de uitslag van de gastroscopie voor consequenties heeft gehad voor het beleid. Ja, en dat zou weleens kunnen zijn dat dat de helft van de mensen heel beperkt is.

Sander vraagt of de aanvraag voor een gastroscopie landelijk via Zorgdomein gaat. Hierbij zou overwogen kunnen worden de criteria uit de NHG-standaard in Zorgdomein op te nemen zodat de huisarts getriggerd wordt deze nog eens na te lopen. Waarbij je ook kan zien of je nou wel of niet H Pylori hebt bepaald. Niek vindt dit een goede suggestie.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Endocrien, Spijsvertering &
Stofwisseling

Datum
20 november 2020

Onze referentie
2020048971

Geert vraagt of er nog getoetst wordt op indicatiestelling voordat de gastroscopie uitgevoerd wordt in het ziekenhuis. Sander legt uit dat dat je bij een gewone verwijzing meer toetst dan bij een open access gastroscopie. Dan ligt de verantwoordelijkheid toch voornamelijk bij de huisarts. Daniël vult aan dat er bij open access gastroscopie alleen getoetst wordt als er ook sedatie wordt aangevraagd. Iris vraagt of hier ruimte is voor verbetering. Sander denkt van wel. Als de indicatie duidelijk in Zorgdomein zou worden ingevuld zou die toets kunnen plaatsvinden.

Niek noemt dat je ook het hele principe van open access zou kunnen loslaten, zoals bij coloscopieën. Dan zou je elke patiënt voor gastroscopie verwijzen naar de MDL-arts. Daniël denkt dat dit niet wenselijk is. Hij vindt dat richtlijnen opgevolgd moeten worden. De huisarts moet goed ondersteund worden bij de beslissing. Niek sluit zich daarbij aan. Iris oppert dat er een goed implementatieplan moet komen bij de nieuwe NHG standaard.

4 Resultaten van de interne data-analyses naar gastroscopieën in de tweede lijn

Edwin licht de resultaten van de interne data-analyses naar gastroscopieën in de tweede lijn toe. Doel was inzicht te krijgen in het percentage gastroscopieën bij mensen met (functionele) dyspepsie of reflux bij de interne geneeskunde of MDL. Daarnaast is ook gekeken naar praktijkvariatie tussen ziekenhuizen, UMC's en ZBC's. Bij refluxziekte heeft 80% van de mensen een gastroscopie ondergaan, waarbij er weinig verschil is tussen mannen en vrouwen. Verder is er gekeken naar onderscheid in leeftijden: de groepen van 18-30 jaar en 31-50 jaar laten eigenlijk geen verschil zien met de groep ouder dan 50 jaar. Bij functionele dyspepsie zien we een vergelijkbaar beeld: een iets lager percentage gastroscopieën en een vergelijkbare leeftijdsverdeling.

Praktijkvariatie: het percentage gastroscopieën bij mensen met functionele dyspepsie en refluxziekte varieert tussen perifere ziekenhuizen van 40% tot 90%. Het merendeel van de ziekenhuizen doet bij 60% tot 80% een gastroscopie. Bij ZBC's voert een groot deel vrijwel altijd een gastroscopie uit, in 3 centra worden helemaal geen gastroscopieën verricht. In academische ziekenhuizen varieert het percentage gastroscopieën tussen 90% en 100%.

We hebben ook uitgezocht welk percentage van de mensen met refluxziekte of (functionele) dyspepsie in de drie jaar voorafgaand al een eerdere gastroscopie had gehad. Dit gebeurde bij 19% van de patiënten en het percentage was iets lager bij dyspepsie dan bij reflux. Edwin vertelt welke diagnoses er geregistreerd werden bij deze eerdere gastroscopieën. Bij 95% was dat (functionele) dyspepsie of refluxziekte. Edwin bespreekt de conclusies van het onderzoek.

5 Discussie over de resultaten en conclusies

Simone vraagt waar de praktijkvariatie tussen ziekenhuizen vandaan komt. Sander zegt dat het in de registratie van diagnoses kan zitten, dat doe je namelijk achteraf. De outliers zou je er misschien uit moeten halen, omdat daar waarschijnlijk iets anders aan de hand is. Het overgrote deel heeft percentages tussen 60% tot 80% gastroscopieën. Die variatie zou je o.b.v. indicatiestelling willen uitzoeken. Geert zegt dat het een probleem is dat je de uitkomst weet maar niet de indicatiestelling. Je wil juist weten of een ziekenhuis de juiste indicatiestelling heeft gedaan voor de diagnostiek.

Na afloop van de discussie wordt iedereen gevraagd antwoord te geven op de vragen in de Mentimeter. We willen graag ideeën horen over:

- Mogelijke verbeterafspraken voor open access gastroscopieën
- Mogelijke verbeterafspraken voor gastroscopieën in de tweede lijn

6 Inventarisatie van, en discussie over, mogelijke verbeterafspraken

Iris hervat de bijeenkomst. Ze dankt iedereen voor de input in de Mentimeter.

Open access gastroscopieën:

Patiënteducatie /samen beslissen/keuzehulp.

Niek vond het project van Doen of Laten met de E-learning erg waardevol. Een koppeling met Thuisarts zou mooi zijn. Een verwijzing naar Thuisarts gaat meestal mondeling, of via folders. Veel patiënten zijn inmiddels ook bekend met Thuisarts. Theo vraagt of is het mogelijk is om een keuzehulp op Thuisarts op te nemen. Bij PDS kan dit niet. Daniël zegt dat er een duidelijk verschil is tussen een keuzehulp en educatie van patiënten. Een keuzehulp kan alleen ingezet worden bij een gelijkwaardige keuze. De keuze voor een gastroscopie is dit niet, omdat het een medische vraag is. Niek zegt dat een keuzehulp toch wel kan helpen bij keuzes in de context van de patiënt, bijvoorbeeld bij geruststelling. Wat zijn overwegingen om het wel of niet te doen? Daniël benadrukt dat we een alternatief moeten kunnen bieden voor een gastroscopie. Voor de vraag wel of geen gastroscopie is een keuzehulp niet geschikt. Maar als je het hebt over de juiste behandeling kiezen bij bijvoorbeeld functionele dyspepsie (denk aan leefstijl, medicatie, etc.) is een keuzehulp wellicht wel interessant. Niek zegt dat het dan meer een traject wordt van gezamenlijk nadenken. Dat lijkt hem verstandig en kan bijdragen aan meer rationele keuzes.

Simone zegt dat informatie over de verschillende aspecten en mogelijkheden kan helpen in het terugdringen van gastroscopieën. Ze vertelt dat het programma Doen of Laten met Thuisarts bezig is de ontwikkelde E-learning (patiëntenvoorlichting over al dan niet kiezen voor een gastroscopie) om te zetten in een vorm die past op Thuisarts. De planning is om dit in het voorjaar van 2021 af te ronden. Daarnaast zal Thuisarts aangevuld worden met (interactieve) informatie voor patiënten met maagklachten, waarbij bijv. ook aandacht is voor leefstijl (voeding) en eigen regie. Er wordt hierbij zoveel mogelijk aangesloten bij de nieuwe NHG-richtlijn.

Verbeterde registratie huisartsen

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Endocrien, Spijsvertering &
Stofwisseling

Datum
20 november 2020

Onze referentie
2020048971

Iris vraagt of de registratie bij huisartsen beter kan omdat het percentage patiënten bij wie geen indicatie geregistreerd was opvallend hoog is. Niek antwoordt dat de registratie altijd beter kan, maar denkt niet dat dan de aanvragen voor gastroscopie rationeler en minder zullen worden. Registratie in Zorgdomein (criteria aftikken) kan misschien wél helpen.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Endocrien, Spijsvertering &
Stofwisseling

Datum
20 november 2020

Onze referentie
2020048971

Verbeteren H. Pylori diagnostiek

Daniël zegt dat het wel of niet inzetten van H. pylori diagnostiek afhankelijk is van de prevalentie in de bevolking. Hij vindt het daarom lastig om er een concrete verbeterafpraak over te maken. Het is ook afhankelijk van wat er in de nieuwe NHG-richtlijn komt. Niek zegt dat in de nieuwe richtlijn H. pylori diagnostiek wordt aanbevolen als duidelijke stap vóór gastroscopie. Er is consensus dat de richtlijn beter gevolgd moet worden.

Gastroscopieën tweede lijn

Patiënteducatie en alternatieven voor gastroscopie.

Ook hier wordt het belang van voorlichting benoemd en het kunnen bieden van alternatieven voor een gastroscopie.

Anderhalvelijnszorg en andere (tussen)vormen van zorg

Geert vertelt dat de NZa de mogelijkheid biedt een facultatieve prestatie te declareren. Dus dan zou je bijvoorbeeld een grotere rol aan de verpleegkundige kunnen geven in het voortraject. Of je zou onder verantwoordelijkheid van de huisarts een MDL-arts kunnen laten meedenken, zoals in een meedenkconsult. Daniël kan zich vinden in deze vormen en ziet duidelijke meerwaarde.

Niek zegt dergelijke anderhalvelijns initiatieven te kennen van andere zorg, maar vraagt zich af of dit wel werkt als je het hebt over terugdringen van gastroscopieën. Hoe werkt het als je eigenlijk geen alternatief hebt, heeft het dan wel zin een MDL-arts te vragen? Daniël antwoordt dat een stukje expertise van de specialist kan helpen, ook voor geruststelling naar de patiënt toe. Je zou een soort tussenstation kunnen creëren. Niek denkt toch dat het bij een diagnostische verrichting lastiger is. Iris vraagt hoe anderen denken over oplossingen van anderhalvelijnszorg. Hillie antwoordt dat het zinvol kan zijn om verpleegkundigen in te zetten voor informatievoorziening aan de patiënt. De muren tussen eerste en tweede lijn zijn nu te hoog. Niek is een voorstander van anderhalvelijnszorg, maar het moet wel duidelijk zijn wat de toegevoegde waarde is. Hij is in dit geval nog niet overtuigd.

Niek zegt dat functionele buikpijnpoli's mooie oplossingen waren, maar dat deze initiatieven zijn gestagneerd. Zouden spreekuren als functionele buikklachten kunnen helpen? Daniël antwoordt van wel, helemaal als het in een anderhalvelijns-setting gebeurt, omdat je als patiënt dan niet in het ziekenhuis komt. Niek zegt dat je dit multidisciplinair zou kunnen inrichten, met onder andere een psycholoog en diëtist. Patiënten zijn hier zeer tevreden over.

Verminderen gastroscopieën bij jongere mensen

Edwin vraagt hoe het zit met de leeftijdsgroepen. Er worden relatief veel gastroscopieën uitgevoerd bij patiënten jonger dan 50 jaar. Is dat reden voor een verbeterafpraak? Niek zegt dat het duidelijk in de richtlijn staat. Daniël vindt dat t.a.v. de indicatiestelling gewoon de richtlijn moet worden gevolgd.

Margo vraagt wat de rol van de MDL-arts hierin is. Daniël antwoordt dat als eenmaal een patiënt verwezen is naar de MDL-arts, hij een gastroscopie verwacht. Dat moet je zien te voorkomen.

Verminderen herhaalde gastroscopieën.

Iris vraagt wat men vindt van de herhaalde gastroscopieën. Sander vraagt of bekend is of de gastroscopieën in hetzelfde of in verschillende centra werden gedaan. Saskia antwoordt dat we dat niet hebben uitgezocht. Daniël zegt dat een landelijk EPD hierbij zou helpen, omdat je dan kunt zien of er al elders een gastroscopie gedaan is. Geert zegt dat het uiteindelijk toch weer om de indicatiestelling gaat en dat de huisarts diegene is die opnieuw verwijst. Hier heeft de zorgverzekeraar geen invloed op. David zegt dat het essentieel is om bij een open access gastroscopie de indicatie van de huisarts te hebben. Bij ontbreken daarvan belt hij de huisarts of stuurt de patiënt terug. Hij denkt dat een dubbele gastroscopie zelden zinvol is. Mocht de huisarts een patiënt insturen voor een tweede gastroscopie is het aan te raden om de patiënt op de polikliniek te zien of een andere oplossing te kiezen.

Iris geeft een samenvatting van het besprokene. Brigitte benadrukt het belang van motiverende gespreksvoering bij het verminderen van onnodige zorg.

7 Vervolgstappen ZZ Maagklachten

Iris informeert dat nog in uitvoering is een richtlijnanalyse en websiteanalyse. Tevens hebben we onderzoek gedaan naar PPI-gebruik bij zuigelingen en de inzet van anti-reflux chirurgie. De resultaten daarvan zullen met iedereen worden gedeeld.

De komende 1,5 maand zullen we de verbeterafspraken opgehaald uit deze bijeenkomst verder uitwerken en een concept aan iedereen voorleggen. Waar nodig maken we nog telefonische afspraken met betrokkenen om de verbeterafspraken te concretiseren. We vragen de partijen de afspraken alvast te bespreken met de achterban. In het voorjaar van 2021 gaat het Verbetersignalement ter consultatie.

8 Rondvraag en sluiting

Iris dankt iedereen voor de tijd en input en wenst iedereen een fijne avond toe.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Endocrien, Spijsvertering &
Stofwisseling

Datum
20 november 2020

Onze referentie
2020048971