

Pleidooi voor minder gastroscopieën

Citation for published version (APA):

Roos, V. H., & Keszthelyi, D. (2023). Pleidooi voor minder gastroscopieën. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 167(28), Article D7343. <https://www.ntvg.nl/artikelen/pleidooi-voor-minder-gastroscopieen>

Document status and date:

Published: 05/07/2023

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Document license:

Taverne

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Pleidooi voor minder gastroscopieën

Gastroscopie is niet het juiste antwoord voor mensen met maagklachten

Victorine H. Roos en Daniel Keszthelyi

Samenvatting

In Nederland mogen naast medisch specialisten ook huisartsen een gastroscopie aanvragen, een zogenoemde 'open-access-gastroscopie'. Onderzoek heeft aangetoond dat circa 40% van de open-access-gastroscopieën in Nederland plaatsvindt zonder dat daar volgens de richtlijnen een indicatie voor is. Bovendien is de opbrengst van een gastroscopie bij patiënten jonger dan 60 jaar met dyspepsie zonder enige alarmsymptomen gering. Dit resulteert in aanzienlijke kosten, waar slechts beperkte diagnostische opbrengst tegenover staat. In dit artikel geven we een aantal mogelijke oplossingen om het aantal onnodige gastroscopieën te verminderen. Voorbeelden van oplossingen zijn digitale educatie van patiënten, laagdrempelige consultatie van de mdl-arts ('anderhalvelijnszorg'), informatie voor zorgprofessionals over de beperkte diagnostische waarde van gastroscopie en beperking van de vergoeding voor gastroscopie via de zorgverzekering.

Er is brede consensus dat de gastroscopie als diagnosticum onnodig vaak wordt ingezet. Dat constateerde ook het Zorginstituut Nederland in een verbeteringsignalement.¹ Toch blijft het een grote uitdaging om een verandering in ons aanvraaggedrag te bewerkstelligen.

De gastroscopie

De eerste gastroscopie werd in 1868 uitgevoerd door Kussmaul, toen nog met behulp van een starre buis zonder lichtbron. In 1958 maakte deze methode plaats voor een flexibele fiberoptische endoscoop. Inmiddels is de gastroscopie niet meer weg te denken als diagnostisch instrument in de geneeskunde.

De meeste mensen ondergaan een gastroscopie omdat de huisarts of een specialist in het ziekenhuis dit onderzoek aanvraagt. Een gastroscopie die door de huisarts is aangevraagd, noemt men een 'open access'-gastroscopie. In 2018 werden er in Nederland 20.232 open-access-gastroscopieën verricht, zonder consultatie van een medisch specialist.¹ Vanuit de tweede lijn werden er naar schatting 33.866 gastroscopieën aangevraagd en uitgevoerd. Van alle patiënten met de diagnose-behandelcombinatie (dbc) '(functionele) dyspepsie of refluxziekte' ondergaat 75% een dergelijk onderzoek.

Indicaties voor gastroscopie

Indicaties voor gastroscopie staan beschreven in de recentelijk herziene NHG-standaard 'Maagklachten' (tabel).² Het stroomschema voor diagnostiek bij maagklachten is beschikbaar als supplement bij dit artikel. Belangrijkste reden voor het aanvragen van gastroscopie is wanneer er sprake is van alarmsymptomen die kunnen duiden op de aanwezigheid van een maligniteit van de maag of slokdarm.

| mate van indicatie | symptomen |
|---------------------------|---|
| absolute indicatie | aanhoudend braken (vermoeden op obstructie) hematemesis, melena, (ferripriev) anemie stoornis in of pijn bij voedselpassage aanhoudend retrosternale pijn zonder aanwijzingen voor cardiale oorzaak ongewild gewichtsverlies (alternatief: beeldvormend onderzoek) |
| relatieve indicatie | persisterende of recidiverende maagklachten bij verhoogd risico op carcinoom: <ul style="list-style-type: none"> - leeftijd > 50 jaar - mannelijk geslacht - roken - alcoholgebruik - dieet met weinig groenten en/of veel vlees - achloorhydrie - H. pylori-infectie in voorgeschiedenis - eerdere maagresectie - frequent heet drinken - achalasia - radiotherapie in het kader van mammacarcinoom - corrosief letsel - hoofd-halsmaligniteit maagklachten en eerstegraads familielid met maagkanker diagnostische zekerheid gewenst |

Tabel
Indicaties voor gastroscopie²

Een substantieel aantal patiënten krijgt een gastroscopie in verband met dyspepsie zonder dat zij alarmsymptomen hebben. Bij deze patiënten is gastroscopie vaak niet geïndiceerd. Recent retrospectief onderzoek, uitgevoerd door de Noordwest Ziekenhuisgroep (locatie Alkmaar), toonde aan dat er bij 40% van de 2006 patiënten die open-access-gastroscopie ondergingen, geen indicatie was volgens de NHG-standaard 'Maagklachten'.³

De diagnostische opbrengst

De kans op het vinden van klinisch relevante afwijkingen bij patiënten met dyspepsie is bijzonder laag. In de studie uit Alkmaar werd een maligniteit gevonden bij 0,2% van de patiënten voor wie de gastroscopie eigenlijk niet geïndiceerd was; zij waren allen ouder dan 50 jaar.³ Bij de patiënten met de juiste indicatie was de prevalentie van een maligne afwijking 5%.

Een ander Nederlands onderzoek maakte gebruik van de Trans.IT-database. De onderzoekers presenteerden de resultaten van 26.440 individuen jonger dan 60 jaar met dyspepsie zonder alarmsymptomen die een gastroscopie hadden ondergaan.⁴ Bij deze groep was de prevalentie van een klinisch relevante endoscopische bevinding – zoals oesofagitis graad C of D, ulcera, stricturen of maligniteit – 3,7%. Een maligne afwijking van de slokdarm, de maag of het duodenum werd bij 0,3% van de patiënten gevonden.⁴ Een recente meta-analyse waarbij gegevens van 41.763 patiënten werden geanalyseerd, bevestigt de geringe opbrengst van gastroscopie in het algemeen.⁵ Bij meer dan 85% van alle gastroscopieën werd geen enkele afwijking gevonden. Een maligniteit van de slokdarm of de maag kwam voor bij minder dan 0,4% van de patiënten; er was geen verschil in prevalentie van maligniteit tussen patiënten met of zonder dyspepsie.⁵

Gastroscopie ter geruststelling?

Hoe klein de kans ook is op het vinden van een maligniteit, de NHG-standaard suggereert dat een gastroscopie ook te overwegen valt om gewenste diagnostische zekerheid te verkrijgen, 'ter geruststelling' en voor het psychologisch welbevinden van de patiënt.

Een gastroscopie waarbij geen afwijkingen worden gevonden (negatieve gastroscopie) biedt echter onvoldoende oplossing voor de klacht van de patiënt. De gastroscopie is op zichzelf namelijk nog geen behandeling voor de maagklachten. Bovendien weten we uit Nederlands onderzoek dat een gastroscopie ook niet voldoende geruststelt,⁶ zeker niet als de uitleg na een negatieve gastroscopie in de context wordt aangeboden dat er 'niets aan de hand is'.

Sommige patiënten kunnen de gastroscopie als traumatisch ervaren, wat ook bijdraagt aan hun ziektelast.⁷ Dit weerhoudt artsen er echter niet van om herhaalde gastroscopieën aan te vragen bij patiënten die eerder al een negatieve gastroscopie hebben gehad. Het

eerdergenoemde onderzoek in de Trans.IT-database bij patiënten onder de 60 jaar liet zien dat 9% van patiënten binnen anderhalf jaar opnieuw een gastroscopie onderging. Bij geen van deze patiënten werd een maligne afwijking gevonden.⁴ Door de beperkte endoscopiecapaciteit in Nederland is een bijkomend effect van de gastroscopieën ‘ter geruststelling’ dat de wachttijden oplopen.

Financiële aspecten

De kosten voor een open-access-gastroscopie bedroegen in 2018 nog € 243; dit bedrag is gebaseerd op het gemiddeld vergoede bedrag volgens de Zvw.¹ De gemiddelde verkoopprijs zoals berekend door de Nederlandse Zorgautoriteit is € 780 voor een dbc met daarin een gastroscopie. Voor een dbc met polibezoek of consultatie door een medisch specialist maar zónder gastroscopie bedroegen de kosten circa € 225, een verschil van € 555. Het verminderen van het aantal gastroscopieën en het terugdringen van het gebruik van protonpompremmers kan een kostenbesparing van bijna € 19 miljoen op jaarbasis opleveren, volgens de schatting van het Nederlands Zorginstituut.¹

Minder onnodige gastroscopieën, hoe bereiken we dat?

De geschetste situatie kent meerdere facetten die in acht genomen moeten worden als we op zoek gaan naar oplossingen. Hier bespreken we die facetten in het kort.

(a) Geruststelling van een bezorgde of angstige patiënt wordt inherent bemoeilijkt doordat artsen slechts beperkte tijd en middelen hebben om gedegen uitleg te geven. Het lijkt dan in de eerste instantie pragmatischer om een gastroscopie aan te vragen. Onlangs is aangetoond dat digitale educatie gericht op de patiënt effectief is als het gaat om het voorkómen van onnodige gastroscopieën.⁸

Recentelijk zijn deze educatieve middelen ook opgenomen in de keuzehulp ‘Maagklachten’; deze zijn vrij toegankelijk via thuisarts.nl.

(b) Uitleg in de eerste lijn, al dan niet met behulp van digitale hulpmiddelen, is vaak niet afdoende voor de individuele patiënt. Een alternatief voor de gastroscopie in deze situatie is de mogelijkheid om de mdl-arts laagdrempelig te consulteren. Een voorbeeld hiervan is de anderhalvelijnszorg. In deze setting wordt de patiënt verwezen voor een eenmalige consultatie van een medisch specialist. De aanvullende uitleg die de mdl-arts geeft, kan ervoor zorgen dat alsnog wordt afgezien van een gastroscopie.

In Maastricht is het gelukt om gezamenlijke afspraken te maken over het oprichten van een stadspoli. Dit gebeurde in samenspraak met de regionale organisatie voor huisartsen, het Maastricht UMC+ en de zorgverzekeraars. De consultaties door de specialist in de stadspoli worden gefinancierd uit het zogeheten segment 3 van de ‘Zorgprestaties huisartsenzorg’, welk segment bedoeld is voor zorgvernieuwing.

(c) Artsen zijn vaak zelf bang om een onderliggende maligniteit te missen. Instrumenten die de artsen kunnen ondersteunen om een betere cijfermatige inschatting te maken van de diagnostische meerwaarde van een gastroscopie, kunnen ook het gesprek met de patiënt vergemakkelijken. Dergelijke instrumenten ontbreken op dit moment nog.

(d) Gezien de verwachte toename van de zorgvraag in de toekomst, moet ook steeds kritischer gekeken worden naar de vergoedingsregels van het basispakket. Zo worden onder andere laxeermiddelen en protonpompremmers niet meer vergoed. Op dit ogenblik worden alle gastroscopieën nog wel vergoed vanuit het basispakket, ook herhaalde gastroscopieën bij jonge patiënten zonder alarmsymptomen. Bij sommigen leeft het gevoel dat dit een perverse financiële prikkel is om dergelijke onderzoeken te verrichten. Vooral de beperkte tijdsduur van het onderzoek nodigt uit om grote aantallen gastroscopieën te verrichten.

Er dient een maatschappelijke discussie te worden gevoerd over de vraag in hoeverre dergelijke onderzoeken vergoed moeten worden, gezien hun beperkte opbrengst, en over de vraag of hiervoor ook een bijbetaling van de patiënt gevraagd mag worden. Een beperking in de vergoeding van gastroscopieën en bijbetaling doen dan ook recht aan het solidariteitsprincipe en houden de zorg toegankelijk.

Conclusie

Er moet een betere selectie van patiënten plaatsvinden voor de aanvraag van een gastroscopie, en deze diagnostiek dient in principe alleen aangeboden te worden bij een verhoogd risico op een maligniteit. Alternatieve strategieën, zoals digitale educatie en anderhalvelijnszorg, moeten verder worden geëxploreerd en toegepast. Verder is de tijd rijp voor een maatschappelijke discussie over de vergoedingsregels voor diagnostische onderzoeken met geringe gezondheidswinst, zoals gastroscopieën bij patiënten met dyspepsie, in het bijzonder bij jonge patiënten.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D7343
- Maastricht Universitair Medisch Centrum+, afd. Maag-, Darm- en Leverziekten, Maastricht: dr. V.H. Roos, aios maag-darm-leverziekten; prof.dr. D. Keszthelyi, maag-darm-leverarts.
- Contact: V.H. Roos (victorine.roos@mumc.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar

bij dit artikel.

– Aanvaard op 8 maart 2023

– Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2023;167:D7343

Literatuur

1. [Zinnige Zorg – Verbetersignalement Maagklachten](#). Diemen: Zorginstituut Nederland; 2021.
2. De Jongh E DWN, Numans ME, Smeink P, Van der Weele GM, Wesseler GH. [NHG-Standaard Maagklachten](#). Utrecht: NHG; 2021.
3. Crouwel F, Meurs-Szojda MM, Klemt-Kropp M, Fockens P, Grasman ME. The diagnostic yield of open-access endoscopy of the upper gastrointestinal tract in the Netherlands. *Endosc Int Open*. 2018;6:E383-94. [doi:10.1055/s-0043-123185](#). [Medline](#)
4. Theunissen F, Lantinga MA, Borg PCJT, Ouwendijk RJT, Bruno MJ, Siersema PD; Trans IT Foundation Study Group. The yield of upper gastrointestinal endoscopy in patients below 60 years and without alarm symptoms presenting with dyspepsia. *Scand J Gastroenterol*. 2021;56:740-6. [doi:10.1080/00365521.2021.1912168](#). [Medline](#)
5. Nasseri-Moghaddam S, Mousavian AH, Kasaeian A, Kanno T, Yuan Y, Ford AC, et al. What is the prevalence of clinically significant endoscopic findings in subjects with dyspepsia? Updated systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 20 juni 2022 (epub). [Medline](#)
6. Van Kerkhoven LA, van Rossum LG, van Oijen MG, Tan AC, Laheij RJ, Jansen JB. Upper gastrointestinal endoscopy does not reassure patients with functional dyspepsia. *Endoscopy*. 2006;38:879-85. [doi:10.1055/s-2006-944661](#). [Medline](#)
7. Berzin TM, Blanco PG, Lamont JT, Sawhney MS. Persistent psychological or physical symptoms following endoscopic procedures: an unrecognized post-endoscopy adverse event. *Dig Dis Sci*. 2010;55:2869-73. [doi:10.1007/s10620-010-1197-2](#). [Medline](#)
8. De Jong JJ, Lantinga MA, Tan ACITL, et al. Web-based educational intervention for patients with uninvestigated dyspepsia referred for upper gastrointestinal tract endoscopy: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2021;181:825-33. [doi:10.1001/jamainternmed.2021.1408](#). [Medline](#)