

## Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

### **Zorginstituut Nederland**

Pakket

Eekholt 4  
1112 XH Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
[www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl)  
[info@zinl.nl](mailto:info@zinl.nl)

T +31 (0)20 797 89 59

### **Contactpersoon**

mw. M.C.M. Koenraadt  
T +31 (0)20 797 82 83

0530.2016047773

Datum 2 juni 2016  
Betreft Definitief verslag Vervolgbijeenkomst  
Systematische Doorlichting Ziekten van het Ademhalingsstelsel

### **Onze referentie**

2016067949

Geachte heer of mevrouw,

Op 4 april jl. vond de vervolgbijsamenkomst "Ziekten van het Ademhalingsstelsel" in het kader van Programma Zinnige Zorg plaats. We willen u bedanken voor uw aanwezigheid op deze avond.

Tijdens deze bijeenkomst hebben wij u geïnformeerd over de status van de screeningsfase en de voorlopige resultaten van de verkennende onderzoeken. Voorts hebben wij u gevraagd welke van de verkennende onderwerpen in de screeningsfase zich volgens u het beste lenen voor verdere verdieping. Bijgesloten vindt u het definitieve verslag van deze bijeenkomst.

Tevens hebben wij de schriftelijke consultatie van de Systematische Analyse Ziekten van het Ademhalingsstelsel aangekondigd. De afronding van de verkennende onderzoeken heeft iets langer geduurd. Wij streven er nu naar de Systematische Analyse in juni voor consultatie naar u te verzenden.

Mocht u tussentijds contact met ons willen opnemen, dan nodigen we u hier graag toe uit.

Met vriendelijke groeten,

Ir. H. Paalvast  
*Programmamanager Zinnige Zorg*

Dr. M. v.d. Linden  
*Adviseur Zinnige Zorg*

# verslag

Vervolgbijeenkomst Ziekten van het Ademhalingsstelsel  
Screeningsfase

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
11 april 2016

**Onze referentie**  
2016047773

Omschrijving	Vervolgbijeenkomst Ziekten van het Ademhalingsstelsel
Vergaderdatum	4 april 2016, 17.00 uur
Vergaderplaats	Zorginstituut Nederland, Diemen
Aanwezig	Mevrouw M. Pijnenburg (NVK) De heer R. Hemler (KNO) De heer K. Brinkman (NIV) Mevrouw S. van Brummelen (NFU) Mevrouw E. Weersink (NVALT) De heer J. Muris (NHG) Mevrouw M. Koster (ZN) De heer G. Hoogvliet (LCN) Mevrouw I. Augustin (LCN) Mevrouw M. Schrasser (Longfonds patiëntenvereniging) De heer E. Rolink (LAN) De heer F. Lanting (NPI) Mevrouw M. Steegman-van Kappen (NVM) De heer J. Rooijackers (NKAL) De heer P-H. Van Mechelen (ApneuVereniging) Mevrouw H. Lindeboom-van Leersum (VcOCM) De heer E. Bergkamp (KNGF) De heer H. Paalvast (ZIN) De heer M. van der Linden (ZIN) De heer P. ten Have (ZIN) Mevrouw A. Slats (ZIN) De heer P. van Hal (ZIN) De heer R. van Asselt (ZIN) Mw. E. Nijhuis (Ergotherapie Nederland)
Afwezig	De heer D. Heederik (NVKA, IRAS) De heer W. Ang (NVMM) Mevrouw T. Mennema (NFU), Mevrouw L. van de Ven-Stevens (Ergotherapie Nederland)
Toehoorders	Mevrouw L. Koenraad-Janssen (ZIN) Mevrouw N. Huiskes (ZIN) Mevrouw L. Hermsen Mevrouw M. Zuidgeest (ZIN) Mevrouw T. Merkelbach (VWS)

---

## 1 Opening en mededelingen

Zorginstituut Nederland  
Pakket

Zorginstituut Nederland (hierna ZIN) heet iedereen welkom (dhr. Paalvast). Na een introductieronde worden de in de screeningsfase verkende onderwerpen toegelicht (dhr. Van der Linden).

**Datum**  
11 april 2016

**Onze referentie**  
2016047773

Naar aanleiding van de startbijeenkomst een half jaar geleden zijn er onderzoeksgegevens verzameld over negen onderwerpen binnen het ICD-10 gebied 'Ziekten van het ademhalingsstelsel'. Ter voorbereiding hebben aanwezigen de 'samenvatting van de voorlopige resultaten verkennend onderzoek screeningsfase ziekten van het ademhalingsstelsel' ontvangen.

Het doel van deze avond is te inventariseren waar de aanwezigen de grootste verbetering verwachten en naar welke onderwerpen de voorkeur uitgaat voor verdere verdieping. Bij elk onderwerp licht dhr. Van der Linden toe welk signaal er in de vorige bijeenkomst is afgegeven, welke gegevens daarover nu bekend zijn en in welke richting verbetering valt te verwachten.

## 2 Verslag bijeenkomst 4 april 2016

### Onderwerp 1: Diagnostiek van astma en COPD

Er volgt een discussie over de tussentijdse uitkomsten van verkennend onderzoek (LUMC). De diagnostische nauwkeurigheid in de huisartspraktijk (routinezorg) is vergeleken met een 'gouden standaard'. De 'gouden standaard' bestond uit bevindingen van een onderzoeksverpleegkundige (NEO-onderzoek) en uit diagnostiek in de tweede lijn (Pharmo-Stizon database). Het percentage van fout-positieve diagnoses astma daarbij (74%) vinden diverse aanwezigen wel erg hoog. Het werkelijke percentage ligt vermoedelijk tussen 40 en 60, mede op basis van literatuur (dhr. Muris). Dat vinden de aanwezigen dan nog steeds hoog. Het verhaal achter de cijfers is belangrijk: hoe komt dit (kwalitatief onderzoek), is er praktijkvariatie? Het onderzoek betreft de gehele 'klinische diagnostiek' want diagnostiek is méér dan alleen spirometrie. De anamnese en het beloop in de tijd zijn belangrijk. Spirometrie is bij kinderen lastig of onmogelijk. Uit literatuur blijkt dat bij volwassenen de diagnose in ongeveer de helft van de gevallen alleen op het klinische beeld wordt gesteld. Bij de andere helft is de toegevoegde waarde van spirometrie niet altijd duidelijk.

Een soortgelijk hoog percentage kwam ook uit een onderzoek van Zilveren Kruis (mw. Koster). Mw. Schrasser wil graag uitgezocht hebben waarom er zoveel fout-positieven zijn.

---

<sup>1</sup> López-Campos JL, Hartl S, Pozo-Rodriguez F, et al. Antibiotic prescribing for COPD exacerbations admitted to hospital: European COPD audit. *PloS One* 2015; 10(4): e012437

<sup>2</sup> <http://digitalarchive.maastrichtuniversity.nl/fedora/get/guid:dacb6772-9d36-4bf7-ade3-155f1987a20f/ASSET1>

<sup>3</sup> Breathe (Sheff). 2015 Mar; 11(1): 14-24.

<http://dx.doi.org/10.1183%2F20734735.008914>

PMCID: PMC4487386 The national review of asthma deaths: what did we learn and what needs to change? HYPERLINK "/pubmed/?term=Levy%20ML%5Bauth%5D"Mark L. Levy

Dhr. Rolink geeft aan dat hij denkt dat het onderwerp potentieel winst oplevert (bv. voorkomen dat mensen onterecht de diagnose astma krijgen), het lijkt beïnvloedbaar en hij denkt dat er nog weinig landelijke projecten gericht op dit probleem lopen. Mogelijk speelt de ketenzorg DBC een rol. Dhr. Van Mechelen schrikt enorm van de cijfers en vindt het een belangrijk onderwerp.

#### *Conclusie onderwerp 1*

De voorlopige resultaten uit het verkennende onderzoek ondersteunen het signaal dat voor het onderwerp diagnostiek van astma COPD ruimte voor verbetering ligt. Hier wordt ook de relatie gelegd met het onderwerp 'medicatie'. Het percentage van fout-positieve en fout-negatieve diagnoses heeft consequenties voor de medicatie.

#### **Onderwerp 2: Medicatie bij astma en COPD**

Een eerste signaal, afgegeven door partijen tijdens de startbijeenkomst, was dat farmacotherapie bij astma en bij COPD niet altijd volgens de aanbevelingen in de richtlijnen en standaarden verloopt. ZIN heeft hiernaar een verkennend onderzoek laten verrichten (IVM/Nivel). De voorlopige resultaten wijzen erop dat -bij volwassenen- inderdaad een vrij groot percentage van de nieuwe patiënten met astma als eerste medicamenteuze behandelstap een inhalatiecorticosteroid (ICS) of een combinatie van lang-of kortwerkende luchtwegverwijder met ICS krijgt. In de NHG-standaard wordt dat niet aanbevolen.

De aanwezigen nuanceren dit beeld: een nieuwe patiënt met ernstige klachten kan heel goed beginnen met een ICS of een combinatie van middelen (evt. als combinatiepreparaat). Er is geen richtlijn die dat verbiedt (mw. Weersink, dhr. Muris). Dhr. Muris geeft ook aan dat de NHG-standaard een aantal keer in korte tijd is vernieuwd. De standaard is minder rigide dan nu wordt gepresenteerd. Het is daarom begrijpelijk dat de implementatie lastig is. Anderen, o.a. mw. Koster, mw. Peijnenburg raden aan om niet te snel te oordelen dat huisartsen snel behandelstappen overslaan.

Dhr. Muris bepleit een analyse van praktijkvariatie naast het huidige onderzoek van IVM/NIVEL. Praktijkvariatie geeft meer informatie over de verschillende mate waarin aanbevelingen worden nageleefd. Daarbij worden dan idealiter ook verschillen in ziektelast meegenomen. Die informatie ontbreekt nu, waardoor je eigenlijk geen conclusies kunt trekken over de mate waarin de NHG-standaard wordt geïmplementeerd. Mw. Koster vult aan dat Vektis momenteel onderzoek doet naar praktijkvariatie (zeer binnenkort rapportage).

Enkele aanwezigen suggereren dat het onderwerp 'Medicatie' gekoppeld zou kunnen worden aan onderwerp 1, de diagnostiek. Mw. Koster betwijfelt of er daarbij een invloed is van zorggroepen.

Mw. Peijnenburg meldt dat bij de groep kinderen met astma juist onderbehandeling een probleem is. Deze data geven hier onvoldoende informatie over.

### *Conclusie onderwerp 2*

Het gezelschap nuanceert het beeld omtrent de implementatie van de aanbevelingen omtrent rationele farmacotherapie, zoals het stappenplan in de NHG-standaard. Toch is Medicatie bij de eerste bijeenkomst genoemd als belangrijk gebied waar verbetering te verwachten is. Naast rationele farmacotherapie is toen aandacht gevraagd voor de patiëntvoorkeuren omtrent inhalatiemedicatie. Mede vanwege het preferentiebeleid leidt het frequent wisselen van inhalator tot allerlei praktische problemen. De therapietrouw is bij inhalatiemedicatie uitzonderlijk laag. Mw. Schrasser beaamt dit en het blijkt ook uit onderzoek van het Nivel in opdracht van het Longfonds. Om inzicht te krijgen in de problematiek rondom medicatie kan in een verdieping naar dit onderwerp gekeken worden in samenhang met diagnostiek.

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
11 april 2016

**Onze referentie**  
2016047773

### **Onderwerp 3: Antibiotica bij luchtweginfecties**

Een signaal was dat patiënten in het ziekenhuis vaak al in de eerstelijnszorg behandeld zijn geweest met antibiotica, ook als daar strikt genomen geen indicatie of aanbeveling voor bestond (bijvoorbeeld bij een virale luchtweginfectie). Voorts wordt de patiënt in de huisartspraktijk soms behandeld met een antibioticum dat gereserveerd zou moeten blijven voor gebruik in de ziekenhuizen. Dhr. Brinkman licht toe dat het bij deze 'tweedelijnsantibiotica' inderdaad om fluorochinolonen en bepaalde macroliden gaat, echter niet om carbapenemen (intraveneus). Dhr. Brinkman merkt voorts op dat de kosten van de antibioticakuren zelf niet hoog zijn. De meeste winst zit in het voorkomen van de complicaties en secundaire kosten als gevolg van antibiotica resistentie. Die complicaties en secundaire kosten hebben te maken met extra en langduriger ziekenhuisopnames, moeilijkere behandeling met specialistische antibiotica enz. De meeste antibiotica worden gegeven bij urine- en luchtweginfecties.

Dhr. Muris ziet dat het percentage 'tweedelijnsantibiotica' in de cijfers van Nivel/IVM over de huisartspraktijk laag is (2%). Het beeld dat bij enkele waarschijnlijkheidsdiagnosen sprake kan zijn van voorschrijven buiten de aanbevelingen om, wordt wel herkend. Dhr. Muris verwacht dat er wel een groep collega's huisartsen is die geneigd is tamelijk snel antibiotica te geven. Ook hier kan een onderzoek naar praktijkvariatie meer inzicht geven in de mate waarin richtlijnen worden geïmplementeerd.

Dhr. Paalvast en anderen zien dat VWS al ruim aandacht besteedt aan het voorschrijven van antibiotica, o.a. in de vorm van trials.

Er is consensus dat de bijdrage van de huisartsenpraktijk aan antimicrobiële resistentie waarschijnlijk kleiner is dan de bijdrage van de landbouw, veehouderij en de veterinaire sector. Mw. Steegman-van Kappen voegt daaraan toe dat er over het voorschrijven van antibiotica door tandartsen weinig bekend is, maar het wordt wellicht onderschat. Mw. Pijnenburg benadrukt dat resistentie voornamelijk ontstaat in de ziekenhuizen en niet in de eerste lijn en dat er in de ziekenhuizen veel 'geswitcht' wordt van antibioticum. Cijfers van de Europese COPD audit over > 16.000 opnamen vanwege exacerbatie COPD in 384 ziekenhuizen in 13 Europese landen lijken dit te bevestigen.<sup>1</sup>

Mw. Weersink meldt dat een COPD-patiënt in het ziekenhuis al snel voldoet aan de algemene criteria voor 'Community Acquired Pneumonia' (longontsteking opgelopen buiten het ziekenhuis). Op grond daarvan krijgen die patiënten vaak tweedelijns antibiotica, terwijl dat niet altijd nodig is. Mw. Koster stelt voor om te kijken naar het totale volume aan antibiotica dat wordt voorgeschreven. Dit zou gemakkelijk uit de declaratiedata te halen zijn. Dhr. ten Have meldt dat dit alleen geldt voor extramuraal voorgeschreven antibiotica (GIP).

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
11 april 2016

**Onze referentie**  
2016047773

### *Conclusie onderwerp 3*

De voorlopige resultaten uit het verkennende onderzoek ondersteunen het signaal maar zeer ten dele. Daarnaast wordt reeds door VWS al ruim aandacht besteed aan het voorschrijven van antibiotica en is vermindering van antibioticaresistentie een agendapunt van het Nederlands voorzitterschap van de EU. Voorts stellen de aanwezigen dat de resistentie problematiek in sterke mate bepaald wordt door externe factoren.

De aanwezigen lijken voor het onderwerp antibioticagebruik bij luchtweg infecties minder ruimte voor verbetering te verwachten en spreken geen voorkeur uit voor dit onderwerp.

### **Onderwerp 4: OSAS**

Het signaal is hier tweeledig: te late herkenning waardoor een grote ziektelast en zorgconsumptie, en sterke groei van het aantal patiënten, CPAP-behandelingen en DBC's.

Dhr. Van Mechelen meldt dat er waarschijnlijk al meer dan 500.000 OSAS-patiënten zijn, waarvan echter slechts 160.000 zijn gediagnosticeerd. Hij pleit voor een vroegere herkenning. Op termijn zou dit geld op kunnen leveren door het vermijden van onnodige zorg en morbiditeit. Daarvoor is dan wel een intensivering van de opsporing en diagnostiek op de korte termijn nodig.

Mw. Augustin vindt dit een belangrijk onderwerp. Dhr. Rooijackers geeft aan dat de diagnostiek zich leent voor een tool "diagnostic modelling". Hiermee spoor je slim de OSAS-patiënten op zonder dat je een wildgroei aan slaaponderzoek krijgt. Het gevaar is immers dat allerlei marktpartijen zich storten op deze 'groeimarkt' zonder dat duidelijk is wat de zorg oplevert.

Dhr. van Mechelen beschikt over een onderzoek onder Philips medewerkers met en zonder OSAS, waarbij iedereen een vragenlijst en een slaaponderzoek heeft ondergaan. Als het doel van het onderzoek was om zo goed mogelijk te voorspellen wie er (wellicht onopgemerkt) OSAS heeft, dan kan ZIN helpen de voorspellende kracht van zo'n vragenlijst te verhogen. Dhr. Ten Have suggereert de inzet van zg. 'machine learning' technieken om de opbrengst van een dergelijke screening te verhogen.

Dhr. Van Mechelen geeft aan dat uit een Deens onderzoek blijkt dat er veel kosten kunnen worden bespaard als laagdrempelige diagnostiek in een vroeger stadium en voor grotere groepen beschikbaar komt.

### *Conclusie onderwerp 4*

Beide signalen omtrent het onderwerp OSAS (te late herkenning en sterke groei van zorg voor OSAS patiënten) worden door zowel het verkennende onderzoek als de aanwezigen onderkend. De aanwezigen verwachten dat er veel gezondheidswinst en per saldo doelmatigheidswinst te behalen is en geven aan dat dit onderwerp zich vermoedelijk wel leent voor verdieping.

## **Onderwerp 5: Tabak**

Dhr. Paalvast vat de discussie en het signaal van de vorige vergadering samen als 'de olifant in de kamer': het probleem is uitermate relevant voor de gezondheidszorg, maar de oorzaken liggen grotendeels buiten de zorg. Mw. Koster is geïnteresseerd in een maatschappelijk kosten-batenanalyse. Dhr. Rolink meldt dat een maatschappelijke kosten-batenanalyse al is gedaan.<sup>2</sup> De tabaksverslaving kost de Nederlandse maatschappij 20-40 miljard per jaar. Potentieel is de gezondheids- en doelmatigheidswinst, ook binnen de Zvw, enorm. Er zijn echter grote hindernissen. "Stoppen met roken moet makkelijker worden gemaakt voor mensen die écht willen stoppen. Nu wordt er maar 1 poging per jaar vergoed. Dat is veel te weinig". Er moet eerder worden gedacht in de richting van 7 stoppogingen.

Dhr. Paalvast vraagt zich echter af of tabaksverslaving wel binnen het programma Zinnige Zorg thuishoort. Mw. Koster verwoordt de consensus in de groep dat ZIN als gezaghebbend instituut een signaal moet afgeven, ook als dit niet geheel binnen de Zorgverzekeringswet valt.

Mw. Weersink geeft aan dat men bij oncologie tot het uiterste gaat om iemand te redden, maar bij tabaksverslaving krijg je per jaar maar 1 poging vergoed. Dit is scheef. Overigens moet je dan ook obesitas en bewegingsarmoede aanpakken ("Het nieuwe roken"). Dhr. Hoogvliet en dhr. Rolink geven aan dat je vanwege het belang van aanpakken van bewegingsarmoede niet de aanpak van roken moet laten varen.

Dhr. Paalvast vraagt om input wat we vanuit het programma zouden kunnen doen. Het Trimbos-instituut en het NHG zijn al bezig hun richtlijn te herzien. Dhr. Muris stelt de vraag: gaan we alleen een signaal afgeven, of ook een zorginterventie? Dhr. Rooijackers zegt dat roken een verslavingsziekte is en verslavingszorg is verzekerde zorg. "Als we roken toestaan als maatschappij, hebben we ook een zorgplicht. Het gaat hierbij om chronische zorg".

### *Conclusie onderwerp 5*

Aanwezigen zijn het er over eens dat er middels de Systematische Analyse een 'strategisch signaal' gegeven moet worden maar geven in dit verband niet de voorkeur voor selectie van dit onderwerp voor verdere verdieping.

## **Onderwerp 6: Arbeidsgerelateerde longziekten**

In de startbijeenkomst is het signaal afgegeven dat er sprake is van een sterke onderschatting van het aantal geregistreerde patiënten met een arbeidsgerelateerde longziekte.

Naar schatting 15% van de COPD wordt veroorzaakt (=Populatie Attributief Risico, PAR) door arbeidsgerelateerde blootstellingen. Dhr. Rooijackers licht toe dat dit bij volwassen patiënten bij wie voor het eerst in hun leven astma wordt gediagnosticeerd veel meer is dan 15%. Directe kosten als gevolg van ziekteverzuim vallen (deels) buiten de Zvw. In de bakkerssector betalen de werkgevers alle kosten van onderzoek.

Dhr. Hoogvliet geeft aan dat arbeidsgerelateerde longziekten al jaren op de agenda staan en dat er niets gebeurt. Dhr. Rooijackers antwoordt dat er in de bakkerssector wel wat gebeurt, en dat maatregelen zich vrijwel onmiddellijk terugbetalen in minder verzuim.

Dhr. Muris verklaart dat in de meest huisartspraktijken slechts enkele bakkers

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
11 april 2016

**Onze referentie**  
2016047773

bekend zijn, zodat het ondoenlijk is voor een individuele huisarts om gerichte herkenning en gericht beleid daarop te voeren. Mw. Koster geeft aan dat dit beter kan worden georganiseerd via de sector cq. groepen werknemers in collectieve (basis)verzekeringen. Bedoeld zijn niet inkomens- maar zorgverzekeringen. Het collectief kan zorgen voor de sectorbrede arbeidgerelateerde preventie en zorg. Zorgverzekeraars, werkgevers en werknemers delen hier het belang van een gezonde(re) werkplek en minder ziekteverzuim. Besloten wordt dat ZN en NKAL samen hierover in gesprek gaan.

Dhr. Rolink geeft aan dat de giftige stoffen die zorgen voor arbeidsgerelateerde longziekten, ook schade kunnen opleveren aan andere organen (lever, hersenen, huid enz.). Het probleem is dus veel groter. Dhr. Van der Linden wil weten wat je aan die giftige blootstelling kunt doen. Dhr. Rooijackers noemt surveillance en primaire preventie (verminderde blootstelling). Het IRAS heeft daarnaast een 'tool' uitgaande van risico-stratificatie ontwikkeld om de huisarts te helpen de betreffende allergenen in beeld te krijgen.

Mw. Weersink wil ook aandacht voor de bestaande patiënten met astma en copd, die toename van longklachten krijgen op het werk. Dhr. Rolink geeft aan dat ook de SER wil dat er wat gebeurt.

Mw. Schrasser geeft aan dat de Bond van verzekeraars ook op dit terrein actief is.

#### *Conclusie onderwerp 6*

Op dit moment zijn de resultaten uit het verkennende onderzoek nog niet beschikbaar. Aanwezig zijn het er wel over eens dat arbeidsgerelateerde longziekten onvoldoende herkend worden. De aanpak van NKAL om via huisartsen de herkenning te verbeteren werkt, volgens aanwezigen, onvoldoende. Zorgverzekeraars (ZN, Mariska Koster) kunnen dit met collectieve zorgverzekeringen wellicht beter aanpakken. Mw. Koster stelt daarom voor de preventie van arbeidsgerelateerde longziekten vorm te geven in een samenwerking tussen zorgverzekeraars, werkgevers en werknemers. Deze partijen hebben immers een gedeeld belang: gezonde werknemers.

Zorginstituut stelt daarom het volgende vervolg voor: Het Zorginstituut zal faciliterend optreden bij contact tussen zorgverzekeraars en bedrijfsgeneeskundigen (NVKA, NKAL, Jos Rooijackers) en beide vertegenwoordigers op korte termijn uitnodigen in Diemen.

#### **Onderwerp 7: Coördinatie van COPD-zorg en van astma-zorg**

Opgemerkt wordt dat het essentieel is om in deze problematiek de mensen met COPD en die met astma apart te bekijken. De groepen zijn anders en de weg die zij door de zorg afleggen verschilt sterk.

Het signaal over dit onderwerp was dat de regie en de afstemming van verantwoordelijkheden tussen zorgverleners bij patiënten met astma en COPD niet altijd duidelijk is. De Zorgstandaard COPD en de Zorgstandaard van astma geven handvatten, waaronder het Individueel Zorg Plan (IZP).

Een minderheid van de mensen met astma en met COPD beschikt over zo'n IZP. Maar als mensen een IZP hebben, dan wordt het meestal ook gebruikt (vooral bij COPD). Dit kan betekenen dat de waarde van een IZP voor de

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
11 april 2016

**Onze referentie**  
2016047773



patiënt groot is. Mw. Weersink stelt hierop dat niet bewezen is dat een Individueel Zorg Plan (IZP) een klinische exacerbatie kan voorkomen. Dat is relevant, want het voorkómen en beperken van opnames wegens longaanvallen (exacerbaties) levert concrete, voor de patiënt relevante en meetbare (gezondheids-)verbetering op.

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
11 april 2016

**Onze referentie**  
2016047773

Dhr. Ten Have heeft opnames wegens longaanvallen verkend. Uit een analyse van data over 2012-2013 blijkt dat er regio's met veel en regio's met weinig ligdagen vanwege een COPD-longaanval zijn. Er waren significante verschillen tussen postcode-2 regio's in het jaarlijks aantal ziekenhuisopnamedagen vanwege een COPD-exacerbatie.

Op de vraag van dhr. Van der Linden wat er kan helpen om klinische opnames (wegens exacerbatie COPD) te voorkomen, ontstaat discussie.

Dhr. Rolink zegt dat we transparante data nodig hebben over klinische exacerbaties in de regio's van Nederland, omdat we anders blind varen; variatie in beeld krijgen is heel belangrijk volgens hem. Hij ziet een rol weggelegd voor ZIN om dit onderwerp te selecteren en met uitwisseling van gegevens en ervaring te komen tot verdieping en verbetering.

Mw. Koster beaamt dit: de variatie is interessant en de verschillen zijn significant, maar de oorzaken zijn nog niet duidelijk. coördinatie van zorg? Vektis kan deze data op korte termijn leveren. Verder is het nodig om niet te focussen op alle COPD-patiënten, maar op een kleine kern die zeer veel exacerbaties doormaakt. Dit is door het ziekenhuis in Lelystad (pilotregio LAN) met veel succes gedaan. Het spaarde het ziekenhuis per jaar 3 ton op en kon zonder de medewerking van de eerste lijn gerealiseerd worden. Het gaat vaak om ongeletterde patiënten. Dhr. Rolink geeft aan dat de LAN met 8 pilotregio's, bestaande uit (minimaal) één zorggroep en ziekenhuis, werkt aan dit onderwerp. Een van de problemen die ze tegen zijn gekomen is dat de bekostiging van de tweede lijn tegenwerkt.

Het boekje 'Leren van de koplopers' gaat o.a. in op regionale verschillen en op het pilot-project dat op initiatief van LAN is opgezet.

Dhr. Hoogvliet wil het probleem aanpakken met afspraken tussen eerste en tweede lijn, wie doet wat, permanente educatie en titratie van zorg (het juiste op het juiste moment). Dhr. Rolink, mw. Augustin en dhr. Muris denken dat je je echt moet concentreren op de '7 zwaarste COPD-patiënten per praktijk', omdat dat direct wat oplevert en je dan niet verzandt in het onderwerp. Het onderwerp is te breed, het is noodzakelijk om te versmallen tot een concreet onderwerp. Heb aandacht voor de 1% die de meeste kosten genereert. Mw. Schrasser licht toe dat deze patiënten een vast aanspreekpunt missen, dat ze tegenstrijdige informatie krijgen en veel sociale problematiek hebben. Zij benadrukt echter ook dat de 99% overige patiënten evengoed vinden dat de coördinatie van zorg nog onvoldoende is.

Mw. Weersink vraagt aandacht voor het NRAD-rapport 'Waarom sterven er nog mensen aan astma?' waarin de aanpak in het Engelse NHS wordt toegelicht.<sup>3</sup> Het aantal overlijdensgevallen aan astma in Nederland is overigens zeer beperkt. Dit in tegenstelling tot de 400-500 IC opnames/jaar in

verband met een ex astma in Nederland.

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

#### *Conclusie onderwerp 7*

Aanwezigen zijn het er unaniem over eens dat er ruimte voor verbetering mogelijk is op dit onderwerp en zien dit onderwerp graag terugkomen in de verdiepingsfase.

**Datum**  
11 april 2016

**Onze referentie**  
2016047773

#### **Onderwerp 8: Gecombineerde KNO-longproblematiek**

Het signaal was dat de groep mensen met astma die tevens chronische rinitis heeft, kans loopt om moeilijker behandelbaar astma te ontwikkelen. Een gecombineerde aanpak door KNO-arts en longarts is dan aangewezen.

Dhr. Ten Have meldt dat uit zijn analyse blijkt dat er weinig nieuwe patiënten van 16 jaar en ouder zijn, die 'uncontrolled asthma' plus chronisch bovenste luchtwegproblemen hebben, als je deze selecteert op basis van geneesmiddelgebruik.

Op basis van literatuur is wellicht een veel groter aantal te verwachten.

Dhr. Hemler denkt dat de data ver naast de werkelijkheid liggen, en dat er veel meer patiënten moeten zijn. Deze patiënten hebben niet altijd astma-medicatie, zodat je ze niet kunt vinden door te zoeken op medicatiepatronen die wijzen op uncontrolled asthma. "Je weet niet wat je niet weet". Bovendien is er een selectie gemaakt naar nieuwe patiënten.

Dhr. Van der Linden dringt aan op een analyse conform het 'PICO' model: hoe herkennen we de patiënten met deze problematiek, welke interventie plegen de KNO- en longartsen die ze nu nog niet plegen, hoe succesvol is dat in vergelijking met de huidige zorg, en welke uitkomstmaten moet je daarbij hanteren? Zolang een dergelijke analyse niet is gemaakt, is het nog een conceptueel idee.

Mw. Pijnenburg geeft aan dat de gecombineerde aanpak bij kinderen gelukkig al de dagelijkse praktijk is. Daar speelt het probleem niet. Mw. Slats vraagt zich af wat het verbeterpotentieel is, want de richtlijnen voor astma bij volwassenen besteden voldoende aandacht aan deze patiëntengroep.

#### *Conclusie onderwerp 8*

Verskillende aanwezigen voelen de problematiek bij volwassenen als iets dat nu nog vooral bij de wetenschappelijke verenigingen ligt. Deze buigen zich over de vraag of deze problematiek al dan niet in een nieuwe richtlijn aan de orde moet komen. Het onderwerp heeft daarmee niet de voorkeur voor verdere verdieping.

#### **Onderwerp 9: Laatste levensfase COPD**

Dhr. Paalvast geeft aan dat bij het Zinnige Zorg-onderwerp "Oncologische nazorg" de laatste-levensfase problematiek ook speelt. Daarop benadrukt mw. Koster dat de terminale levensfase bij COPD (orgaanfalen) wel heel anders is dan bij (long)kanker. Bij COPD (orgaanfalen) blijft de arts zich maximaal inzetten om dat orgaan te ondersteunen. Het markeren van (het begin van) de terminale fase is niettemin ook bij COPD erg lastig. Dhr. Hoogvliet geeft aan dat

de terminale fase van COPD meer lijkt op die van hartfalen dan die van oncologische ziekten. Mw. Augustin voegt hieraan toe dat in een recent promotie-onderzoek (Desi Jansen) op kleine schaal de terminale fase in kaart wordt gebracht bij patiënten die niet meer valideerbaar zijn. Longcentra Nederland heeft een opvangmogelijkheid gecreëerd voor deze groep, in weerwil van financiële 'hobbels'.

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
11 april 2016

**Onze referentie**  
2016047773

Dhr. Rolink ziet verbetermogelijkheden in deze gefragmenteerde zorg en stelt voor om het onderwerp te combineren met het onderwerp "Coördinatie van COPD-zorg".

Mw. Schrasser is blij dat dit onderwerp geagendeerd is. Uit een rapport van de Gezondheidsraad blijkt dat de terminale COPD-patiënt meestal schrikt als hij/zij hoort dat hij terminaal is, maar dat hij er achteraf blij mee is. De geïnformeerde (autochtone) patiënt kiest vaak ook voor minder zorg.

#### *Conclusie onderwerp 9*

Aanwezigen geven aan dat zij ruimte voor verbetering verwachten bij dit onderwerp en zien dit onderwerp graag terugkomen in de verdiepingsfase. Hierbij wordt tevens opgemerkt dat dit onderwerp mogelijk ondergebracht kan worden bij het onderwerp 'coördinatie van zorg'.

### 3 Inventarisatie voorkeursoronderwerpen en vervolgspraken

In het eerste deel van de bijeenkomst zijn voor negen onderwerpen in het kort de voorlopige resultaten besproken en bediscussieerd (zie boven). In het laatste deel van de bijeenkomst is aan de aanwezigen gevraagd of zij, middels post-its, willen inventariseren bij welke van de besproken onderwerpen zij verwachten dat de grootste verbetering te behalen is en naar welke onderwerpen daarom hun voorkeur uit gaat. Er konden maximaal vijf keuzes worden uitgebracht.

In het vervolg op deze bijeenkomst zal Zorginstituut Nederland de Systematische Analyse 'Ziekten van het Ademhalingsstelsel' opstellen en hierin een voorstel voor selectie van vier of vijf onderwerpen doen voor de verdiepingsfase. In dit voorstel wordt de inventarisatie van de vervolgbijeenkomst meegenomen. Deze selectie wordt in de tweede helft van april in een schriftelijke consultatie aan alle partijen voorgelegd.

Eventuele schriftelijke reacties op het concept Systematische Analyse Ziekten van het Ademhalingsstelsel worden 4 weken na verzending van het concept rapport terugverwacht.

\*\*\*

## Bijlage: Inventarisatie Voorkeursoronderwerpen screeningsfase ziekten van het ademhalingsstelsel

Zorginstituut Nederland  
Pakket

**Datum**  
11 april 2016

**Onze referentie**  
2016047773

<b>Verkende onderwerpen</b>	<b>Onderzoeksvraag</b>
1. Diagnostiek van astma en COPD	<p>2x NVK (M. Pijnenburg)</p> <p>2x ZN (M. Koster)</p> <p>1x NIV (K. Brinkman) NIV</p> <p>1x Longfonds (M. Schrasser) – Juiste Diagnostiek</p> <p>1x NIP (F. Lanting)</p> <p>2x NKAL (J. Rooijackers) – Tijd tot diagnose follow-up long functie en tijd tussen voorlopige en definitieve diagnose. Rol longfunctie in 1, kwaliteit goed.</p> <p>1x EN (E. Nijhuis) – Diagnostiek, oorzaak misdiagnostiek en verbeterplan.</p> <p>1x VcOCM (H. Lindeboom) - Gericht op diagnostiek astma/ dysfunctional breathing &gt; wanneer wordt besloten oefentherapie in te zetten.</p>
2. Medicatie bij astma en COPD	2x NVK (M. Pijnenburg)
3. Antibiotica bij luchtweginfecties	<p>1x NFU (S. van Brummelen)</p> <p>1x NIV (K. Brinkman)</p> <p>1x KNO (R. Hemler) - Antibiotica 40% is veel. En niet doelmatig behandelen voorkomen. Vraag: waar zit die 40%?</p> <p>1x VcOCM (H. Lindeboom) - Hoe voorkom je 2<sup>e</sup> lijns A,B inzet in huisartsenpraktijk/wanneer wordt deze ingezet in de HA praktijk. Wat is de reden?</p> <p>1x NVM (M. Steegman) - te vaak gegeven in thk - eerst daar ook beter diagnosticeren, terughoudend zijn met AB voorschrijven.</p> <p>1x Longfonds (M. Schrasser) - Antibiotica en medicatie samenvoegen?</p>
4. Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS)	<p>1x NFU (S. van Brummelen)</p> <p>1x NIV (K. Brinkman)</p> <p>1x ? - OSAS Zorgpad inrichten na meer polysomnographie etc.</p> <p>1x NKAL (J. Rooijackers) - OSAS diagnostisch model (risicostratificatie) voor OSAS, voor 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn.</p> <p>1x NVM (M. Steegman)- in mond zorg bij halfjaarlijkse controle vragen anamnese richting OSAS- slaapstoornis (eerdere signalering).</p> <p>1x Hemler KNO – OSAS selecteren voor nadere analyse.</p> <p>1x EN (E. Nijhuis) – OSAS vroege herkenning.</p> <p>1x NVALT (E. Weersink) – Patiënt en dokter delay wegnemen, diagnose OSAS.</p>
5. Tabak en ziekten van het ademhalingsstelsel	<p>1x NFU (S. van Brummelen) – kosten batenanalyse stop begeleiding.</p> <p>1x ZN (M. Koster)</p> <p>1x NIV (K. Brinkman)</p> <p>1x KNO (R. Hemler) – Tabak en ziekte AH stelsel conform</p>

	<p>discussie, signaal, effectiviteit programma's.</p> <p>1x NVALT (E. Weersink) – Statement maken voor lifestyle factoren die ademhalingstelsel nadelig beïnvloeden.</p> <p>1x Longfonds (M. Schrasser) - Tabak en ziekte AH stelsel.</p> <p>1x LAN (E. Rolink) – Hoe meer mensen van verslaving afkrijgen, effectiviteit, intensiteit, verzekeringspakket.</p> <p>Maatschappelijk signaal ook ZINL vindt het belangrijk.</p>
6. Arbeidsgerelateerde longziekten	<p>1x NFU (S. van Brummelen)</p> <p>1x NVM (M. Steegman) – arbeidsgerelateerde in analyse uitgebreider vraagstelling.</p> <p>1x NVALT (E. Weersink) – Uitlokkend factor die COPD/astma geven. COPD/astma patiënt goede werkomgeving zodat ze kunnen blijven werken.</p> <p>1x ? – Arbeidsgerelateerde longziekten.</p> <p>1x EN (E. Nijhuis) – Arbeidsgerelateerde longziekten. Hoe kan iemand met een longziekte aan het werk blijven en wat is daarvoor nodig?</p> <p>1x LAN (E. Rolink) – Preventieve screening bij bepaalde beroepen op beroepsziekten (door stoffen) waar nuttig.</p> <p>Bewustwording curatieve zorg, hoe?</p>
7. Coördinatie van zorg bij patiënten met astma of COPD	<p>1x NVK (M. Pijnenburg)</p> <p>1x NFU (S. van Brummelen)</p> <p>1x ZN (M. Koster)</p> <p>1x KNGF (E. Bergkamp) - Bijdrage IZP in QOL en exacerbaties/opnames.</p> <p>1x NIV (K. Brinkman)</p> <p>1x NVALT (E. Weersink) - Complementaire zorg voor astma en COPD. Uncontrolled astma en terugdringen achteruitgang LF bij COPD.</p> <p>1x LCN (G. Hoogvliet) – Hoe worden richtlijnen nageleefd? Bijvoorbeeld, zijn er werkafspraken 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> lijn? Vervolgonderzoek rapport Kaljouw. Hoe past het nieuwe ordenen (laag-hoog-complex) in deze setting?</p> <p>1x LCN (I. Augustin) – Coördinatie zorg, inventariseren van interventies, maar vooral starten met verschillen in patiënten profielen.</p> <p>1x VcOCM (H. Lindeboom) – Welke interventie wordt wanneer ingezet (richtlijn).</p> <p>1x Longfonds (M. Schrasser) – Coördinatie van zorg</p> <p>1x NIP (F. Lanting) – Synchroniseren richtlijnen, beschikbaarheid beste zorg, financiële "hobbels"?</p> <p>1x LAN (E. Rolink) – Opschalen landelijk zorgpad COPD long aanval met ziekenhuis opname. Belastingprikkel aanpakken. Duurste COPD pat. Kosten (KVL), transparantie praktijk variatie. Palliatieve zorg COPD, bespreekbaar maken, hoe?</p> <p>1x EN (E. Nijhuis) – coördinatie, wat zijn de kenmerken van goed samenwerkende zorgverleners/zorgketens? En wat kunnen anderen daarvan leren. Vergelijking coördinatie zorgketens vs reguliere zorg + evaluatie + vergelijk patiënt tevredenheid.</p>
8. Gecombineerde KNO- en	1x KNO (R. Hemler) - Afstemming KNO United Airway,

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
11 april 2016

**Onze referentie**  
2016047773

longproblematiek	PICO? Toegevoegde waarde gezamenlijke behandeling KNO-arts + Longarts.
9. Laatste levensfase en COPD	<p>1x ZN (M. Koster) - LUMC prof. Achterberg vakgroep 1<sup>e</sup> lijns geneeskunde. CIRO + HORN dr Daisy Jansen.</p> <p>1x LCN (I. Augustin) – Coördinatie zorg.</p> <p>Knelpunten/ervaringen advance care planning</p> <p>1x NPI (F. Lanting) - Implementatie palliatieve zorg.</p> <p>1x VcOCM (H. Lindeboom) - Wanneer, hoe maak je dit bespreekbaar (richtlijn).</p> <p>1x LAN (E. Rolink) – Combi met 7 maken. Palliatieve zorg COPD. Hoe bespreken patiënt – zorgverlener. Waar nu al goed? Hoe opschalen?</p>

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
11 april 2016

**Onze referentie**  
2016047773