

Verslag startbijeenkomst Zinnige Zorg Onderste luchtweginfectie en pneumonie.

Datum: 25 juni 2019, 17u-21u.

Plaats: Zorginstituut Nederland, Diemen

Aanwezig, externen: Theo Verheij (NHG)
Tjin Njo (NVKC)
Rob Brouwer (KNMP)
Dominic Snijders (NVALT)
Kees van Nieuwkoop (NIV; sectie Infectieziekten, deelspecialisme KVII)
Frederiek van den Bos (NIV, sectie Ouderengeneeskunde)
Akke van der Bij (NVMM)
Piet Melief (NVIC)
Joost Wiersinga (SWAB)

Aanwezig, vanuit
Zorginstituut: Frederiek Mantingh (teammanager)
Ingrid van Hoogstraten (projectleider)
Vladimir Tichelaar (medisch adviseur)
Iris Groeneveld (adviseur)
Corline Brouwers (adviseur)
Davinia Hochheimer (data-analist)
Melanie Kedde (projectondersteuner)
Joke Bart (communicatieadviseur)
Mariska Stam (projectleider)
Laura Snyders (adviseur)

Afwezig met
kennisgeving Hans Kuijpers (ZN)

Verenigingen,
vooralnog
zonder afgevaardigde NVvR
Longfonds
NVSHA
NVSHV
NVZA
Verenso

Inleiding

Presentatie Zinnige Zorg en zorgtraject

Teammanager Frederiek Mantingh heet iedereen welkom. Alle aanwezigen stellen zich voor. Projectleider Ingrid van Hoogstraten presenteert het doel, de fasering en de werkwijze van het Zinnige Zorg programma. Ook licht zij toe hoe we zijn gekomen tot het onderwerp '*Onderste luchtweginfectie en pneumonie*' voor de verdiepingsfase van Zinnige Zorg. Het doel van de verdiepingsfase is om inzichtelijk te maken welke onderdelen van het zorgtraject in de praktijk niet worden uitgevoerd zoals op basis van de aanbevelingen in richtlijnen of de wetenschappelijke stand van zaken verwacht mag worden. Vervolgens gaan we samen met de partijen kijken hoe deze onderdelen verbeterd kunnen worden. Concrete afspraken over verbeteracties zullen worden vastgelegd in een zogeheten *Verbetersignalement*. Medisch adviseur Vladimir Tichelaar vertelt dat we in de verdiepingsfase systematisch het zorgtraject zullen onderzoeken. Hij presenteert het zorgtraject dat is opgesteld aan de hand van de *NHG-Standaard Acut Hoesten (2013)* en de *SWAB/NVALT richtlijn Management of community-acquired pneumonia in adults (2016)*. Binnen het zorgtraject zijn beslismomenten en acties weergegeven. De beslismomenten en acties waar mogelijk

verbeterpotentieel is, worden beschouwd als aanknopingspunten voor verdiepend onderzoek. Bij elk punt stelt het Zorginstituut zich de volgende vragen: *hoe staat de zorg in de richtlijnen beschreven?* en *hoe wordt de zorg in de praktijk uitgevoerd?*

Interactieve sessie en afsluiting

Aan de hand van twee posters met daarop schematisch het zorgtraject discussiëren de aanwezigen over mogelijke verbeterpunten bij de preventie, diagnostiek, behandeling en nazorg. Na het diner worden alle punten geïnventariseerd en wordt er nader ingegaan op enkele van deze punten in de vorm van een plenaire discussie. In het laatste deel van de bijeenkomst vertelt adviseur Corline Brouwers hoe de planning er globaal uitziet en wat tijdens de verdiepingsfase van de deelnemers wordt gevraagd. Teammanager Frederiek Mantingh bedankt alle aanwezigen voor hun komst.

Bespreking van mogelijke verbeterpunten op het zorgtraject

De belangrijkste punten die naar voren kwamen in de eerste lijn waren de preventie van gecompliceerde luchtweginfecties bij hoogrisicogroepen en de inzet van de C-reactieve proteïne (CRP)-test in het diagnostische proces. Er is sprake van een groeiend aantal hoog risicopatiënten die mogelijk baat hebben bij een andere behandelstrategie. Bij deze groep patiënten is echter weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan. De CRP-test kan uitkomst bieden bij het correct identificeren van een pneumonie en is een gebruiksvriendelijke en patiëntvriendelijke methode in de huisartsenpraktijk. De aanbevelingen in de richtlijn over de inzet van de CRP-test worden echter niet altijd correct opgevolgd met het risico tot overconsumptie en foutief gebruik van CRP als gevolg.

Een ander belangrijk analysepunt was de overgang tussen de eerste lijn en de tweede lijn. Er is een sterke behoefte aan meer passende zorg bij ouderen om onnodig medisch ingrijpen te voorkomen. Ouderen met pneumonie worden vaak opgenomen terwijl zij hier geen baat bij hebben. Hierover doen de richtlijnen echter geen aanbevelingen.

Bij de tweede lijn werd met name gesproken over de inzet van klinische beslisregels en de post-pneumonie zorg. De huidige klinische beslisregels zijn gericht op het voorspellen van mortaliteit terwijl deze uitkomstmaat met name voor veel ouderen in mindere mate relevant is. Verder kan de inzet van verschillende klinische beslisregels leiden tot een variatie in behandelbeleid met mogelijk over- en onderbehandeling als gevolg. In de huidige SWAB/NVALT richtlijn wordt geen aanbevelingen gedaan over de nazorg van patiënten die een pneumonie hebben doorgemaakt. Er wordt door ziekenhuizen vaak wel nazorg gegeven maar het is onduidelijk welke patiënten baat hebben bij welke vorm van nazorg. Ook ontbreekt een aanbeveling omtrent de identificatie van risicogroepen in de SWAB/NVALT richtlijn. Er zijn aanwijzingen dat deze groepen baat hebben bij een ander diagnostische aanpak. Onderaan dit document is een gedetailleerd overzicht weergegeven van alle verbeterpunten, geclusterd op thema, die tijdens de bijeenkomst besproken zijn.

Vervolgstappen

Het Zinnige Zorg team van het Zorginstituut zal na de bijeenkomst prioritering aanbrenge in het overzicht van de verbeterpunten. Dit wordt onder andere gedaan op basis van de criteria 'mate van gezondheidswinst van patiënten' en 'haalbaarheid van het uitvoeren van onderzoek, implementatie en evaluatie volgens de Zinnige Zorg methodologie'. Voor de verbeterpunten met de hoogste prioriteit zal het team z.s.m. klankbordgroepen samenstellen. Op basis van expertise zullen de afgevaardigden gevraagd worden deel te nemen aan een of meerdere van deze klankbordgroepen. Aan de klankbordgroepen zal voor de verschillende verbeterpunten input worden gevraagd over de formulering van onderzoeksvragen, en de opzet en interpretatie van het onderzoek dat zal worden uitgevoerd. Ter beantwoording van de onderzoeksvragen kunnen verschillende onderzoeksmethoden worden toegepast (o.a. richtlijnanalyse, data-analyse en andere vormen van kwantitatief en kwalitatief onderzoek). Samen met de klankbordgroep zal per onderzoeksvraag worden bekeken welke methode het meest geschikt is om deze te beantwoorden.

De volgende verbeterpunten, geclusterd op thema, zijn geïnventariseerd op basis van discussie tijdens de bijeenkomst:

1. Onderste luchtweginfecties en pneumonie bij risicogroepen

- a) Volgens aanwezigen is er in onderzoek en praktijk meer aandacht nodig voor het tijdig identificeren en monitoren van risicogroepen (kwetsbare ouderen, immuun-gecompromitteerde mensen, mensen met veel comorbiditeit, [jonge] kinderen) in de eerste en tweede lijn. Deze risicogroepen hebben enerzijds een verhoogde kans op het ontwikkelen van een (recidiverende) pneumonie met een gecompliceerd beloop. Anderzijds kunnen deze risicogroepen baat hebben bij een ander (conservatiever) diagnostisch of therapeutisch beleid. De richtlijnen (NHG en SWAB/NVALT) doen hier niet allemaal (concrete) aanbevelingen over. Dit brengt met name in de huisartsenpraktijk onzekerheid met zich mee, bijvoorbeeld t.a.v. de indicatie van antibiotica bij verdenking op OLP.
- b) Vaccinatie van risicogroepen tegen influenza (griepvaccinatie) en pneumokokken kan mogelijk veel ziekenhuisopnames voor pneumonie voorkomen. Op dit moment zijn er aanwijzingen dat niet alle risicopatiënten, die conform het advies van de Gezondheidsraad in aanmerking komen voor vaccinatie, een griepvaccinatie krijgen.ⁱ
- c) Vaccinatie van zorgpersoneel tegen influenza wordt door aanwezigen gezien als een relevant maar lastig punt. In Nederland is vaccinatie van zorgpersoneel tegen influenza, in tegenstelling tot vaccinatie tegen Hepatitis B, niet vanzelfsprekend. Volgens aanwezigen geeft dit met name problemen voor de (kwaliteit van) zorg door uitval van zorgpersoneel en niet zozeer door overdracht van het virus naar patiënten.
- d) Het is volgens aanwezigen van belang om onnodige instroom naar de tweede lijn bij (kwetsbare) ouderen te voorkomen door betere transmurale samenwerking in de zorg. Ouderen worden nu vaak opgenomen in het ziekenhuis om niet-medische redenen. Dit kan resulteren in functieverlies, iatrogene schade en onnodig hoge kosten. De inzet van een specialist ouderengeneeskunde op de SEH werd genoemd als voorbeeld om een onnodige ziekenhuisopname bij ouderen met een pneumonie te voorkomen.
- e) Voor laag-complexe zorg zijn ouderen beter af buiten het ziekenhuis, bijvoorbeeld in een eerstelijnsverblijf (ELV). Het voordeel van een ELV is dat deze is gericht op herstelgerichte zorg en terugkeer naar huis. Daarnaast voorkomt het een onnodige belasting voor de (vaak kwetsbare) patiënt. Volgens aanwezigen is de actuele beschikbaarheid van bedden in een ELV echter vaak onduidelijk voor ziekenhuispersoneel. Ook hebben mogelijk niet alle zorginstellingen afspraken met een ELV.
- f) Het is extra belangrijk om bij risicogroepen (ouderen) het toekomstig behandelbeleid concreet vast te leggen. Dit gebeurt nu vaak niet (tijdig) waardoor ze onnodig opgenomen worden of zelfs op de IC belanden. De aanwezige zorgprofessionals onderstrepen het belang van het tijdig voeren van een gesprek over passende zorg bij risicogroepen (ouderen) om onnodig medisch ingrijpen te voorkomen.

2. Diagnostisch proces huisarts

- a) Het stroomdiagram in de NHG Standaard Acut Hoesten wordt als complex ervaren, o.a. ten aanzien van de indicatie voor de CRP-test. Daarnaast wordt aangegeven dat voor diverse stappen in het stroomdiagram weinig wetenschappelijke onderbouwing is.
- b) Er zijn aanwijzingen dat de CRP-test wordt ingezet bij andere indicaties dan een onderste luchtweginfectie of voor andere redenen dan diagnostische twijfel (bijv. om mensen gerust te stellen dat ze geen antibiotica nodig hebben).
- c) De NHG Standaard Acut Hoesten geeft aan dat de CRP-test alleen bij kinderen geïndiceerd is als er sprake is van een risicogroep. Volgens aanwezigen is de impact van een CRP-test bij kinderen tot op heden onvoldoende onderzocht, met name ten aanzien van uitkomstmaten zoals reconsultatie, verwijzing of opname in het ziekenhuis, en ziekteherstel.

Desondanks zijn er aanwijzingen dat de CRP-test toch wordt ingezet bij kinderen (zonder risicofactoren) in de eerste lijn.

- d) Voor de inzet van een uitgesteld recept bij een CRP-waarde in het 'middengebied' (20-100 mg/ml) lijkt in Nederland nog weinig draagvlak te zijn.
- e) De introductie van de CRP-test lijkt met name effect te hebben bij praktijken die relatief veel antibiotica uitschrijven. Over het algemeen wordt het effect van de CRP-test op het voorschrijfgedrag waarschijnlijk overschat. Aanwezige zorgprofessionals beamen dit.
- f) Aanwezigen benadrukken dat het belangrijk is om de kwaliteit van de CRP-test te borgen door deze professioneel te laten beheren. Teven is voldoende scholing van huisartsen en assistenten belangrijk om incorrect gebruik te voorkomen. Echter, in de literatuur zijn aanwijzingen dat de kwaliteitsborging van de CRP-test niet bij alle huisartspraktijken op orde is.ⁱⁱ
- g) Ondanks dat de richtlijn de CRP-test aanbeveelt in diagnostiek naar onderste luchtweginfecties, zijn er aanwijzingen dat niet alle huisartspraktijken op dit moment kunnen beschikken over een CRP-test.

3. Diagnostisch proces ziekenhuis

- a) Immuun-gecompromitteerde patiënten hebben mogelijk baat bij agressievere diagnostiek. De SWAB/NVALT richtlijn maakt echter geen onderscheid tussen groepen patiënten ten aanzien van diagnostiek.
- b) De bloedkweek wordt vaak standaard ingezet, ook bij patiënten die geen sepsis blijken te hebben. Er bestaat twijfel over de doelmatigheid hiervan.
- c) De PUAT/LUATⁱⁱⁱ worden vaker ingezet dan volgens de richtlijn wordt aanbevolen (aanbevolen bij categorie 3 en 4 (ernstige CAP)). Er is bij het diagnostische proces veel focus op Legionella terwijl deze verwekker weinig voorkomt onder pneumonie patiënten (bij max. 3% van de pneumonieën is de verwekker Legionella). Het is ook onduidelijk in hoeverre bij negatieve uitslag van een PUAT/LUAT de-escalatie van therapie plaatsvindt.
- d) Recente literatuur laat een positief effect zien van de inzet van longechografie als diagnostische methode bij verdenking pneumonie. Aanwezigen zijn het ermee eens dat er kritisch gekeken moeten worden naar de inzet van (beeldvormende) diagnostiek. Er bestaat echter twijfel of het implementeren van longechografie praktisch haalbaar zou zijn.
- e) In de huidige SWAB/NVALT richtlijn wordt aanbevolen om de PSI óf de AMBU-65 score te gebruiken om het type antibioticus regime te kiezen.
 - i. Er zijn aanwijzingen dat een pragmatische risicoclassificatie (3 classificaties) net zo goed is als genoemde klinische beslisregels en dat men in de praktijk deze pragmatische classificatie ook toepast, mede omdat de andere beslisregels nogal complex zijn om te gebruiken.
 - ii. Klinische beslisregels zoals de PSI en AMBU-65 zijn gericht op het voorspellen van de mortaliteit terwijl deze uitkomstmaat met name voor veel ouderen in mindere mate relevant is. Functioneel herstel en zelfredzaamheid is in veel gevallen een relevantere uitkomstmaat om op te richten.
 - iii. Omdat de richtlijn geen keuze adviseert in welke klinische beslisregel te gebruiken, is er variatie tussen ziekenhuizen. Het gebruik van verschillende klinische beslisregels in verschillende ziekenhuizen kan leiden tot ongewenste variatie in behandelbeleid. Bijvoorbeeld, bij gebruik van de AMBU-65 wordt een hoger percentage patiënten als ernstig gediagnosticeerd, wat mogelijk leidt tot een hoger percentage ziekenhuisopnames. Het is op dit moment niet duidelijk welk ziekenhuis welke risicoscore gebruikt.

4. Medicamenteuze therapie

- a) Er zijn aanwijzingen dat de aanbevelingen in de SWAB/NVALT richtlijn over type antibiotica, iv-orale switch en de behandelduur van antibiotica niet goed worden opgevolgd bij opname in het ziekenhuis.

- a) Het gebruik van corticosteroiden wordt niet aanbevolen in richtlijn maar kan wel de opnameduur verkorten met 1 dag. Volgens recente literatuur is er mogelijk toch winst te behalen met corticosteroiden bij specifieke subgroepen (bijv. bij ernstige pneumonie). Aanwezige partijen beamen dit.

5. Post-pneumonie zorg

De SWAB/NVALT richtlijn omvat geen aanbevelingen ten aanzien van de nazorg voor patiënten met een doorgemaakte pneumonie. Toch vindt er wel nazorg plaats bij deze patiëntengroep, op indicatie van de specialist. De patiënt heeft vaak behoefte aan nazorg, met name na een langdurige opname, gecompliceerd beloop of IC opname. Patiënten hebben bijvoorbeeld vragen over recidiefrisco en restklachten. Het is onduidelijk welke patiënten noodzaak en baat hebben bij nazorg voor pneumonie en in hoeverre hier wetenschappelijke literatuur over beschikbaar is.^{iv} Door het ontbreken van aanbevelingen in de richtlijn is er een grote kans op ongewenste variatie in de zorg voor mensen met een pneumonie, met kans op over- en onderdiagnostiek en -behandeling.

ⁱ<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/griepvaccinatie-deelname>; de implementatie van het pneumokokken-vaccin voor ouderen wordt binnenkort verwacht.

ⁱⁱhttps://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/images/final_richtlijnpoct_2015lmlres.pdf

ⁱⁱⁱPUAT=pneumokokken urine antigeen test; LUAT=legionella urine antigeen test

^{iv}Het is bijvoorbeeld ook belangrijk om te weten welke patiënten een verhoogde kans hebben op cardiale events na een pneumonie, en wat hieraan gedaan kan worden. Dit is vooralsnog een kennislacune.