

## Verslag startbijeenkomst Zinnige Zorg Urineweginfecties

**Datum: 7 november 2019, 16:30-21:00 uur**

**Plaats: Zorginstituut Nederland, Diemen**

Aanwezig, afgevaardigden	Mathilde Scholtes (ICP) Jane Meijlink (ICP) Rian Lelie (KNMP) Tamara Platteel (NHG) Suzanne Geerlings (NIV, NVII) Ouafae Karimi (NIV, sectie Ouderengeneeskunde) Wouter Rozemeijer (NVMM) Maaïke Gerritse (NVOG) Brenda Kazemier (NVOG) Jeannette Verkerk (V&VN) Anneke Meerkerk (V&VN)
-----------------------------	---

Aanwezig, vanuit Zorginstituut	Peter Siebers (Raad van Bestuur) Frederiek Mantingh (teammanager) Sarah Prins (projectleider) Emmy van Woerden (medisch adviseur) Edwin Heeregrave (adviseur) Corline Brouwers (adviseur) Carly Sweegers (data-analist) Aleksandra Zegarac (projectondersteuner) Joke Bart (communicatieadviseur)
-----------------------------------	---

Afwezig met bericht van verhindering,	NVSHA NVU Verenso ZN
--	-------------------------------

### **Opening en presentaties Zinnige Zorg & Urineweginfecties**

Frederiek Mantingh, teammanager Infectieziekten, heet iedereen van harte welkom. Alle aanwezigen stellen zich voor en vertellen welke ervaring zij hebben met betrekking tot kwaliteitstrajecten op het gebied van urineweginfecties. Projectleider Sarah Prins presenteert het doel, de fasering en de werkwijze van het Zinnige Zorg programma. Ook licht zij toe hoe Zorginstituut Nederland is gekomen tot het onderwerp '*Urineweginfecties (UWI)*' 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 onderzoeken hoe deze onderdelen verbeterd kunnen worden. Concrete afspraken over verbeteracties zullen worden vastgelegd in een zogeheten *Verbetersignalement*. Medisch adviseur Emmy van Woerden licht toe dat we in de verdiepingsfase systematisch het zorgtraject zullen onderzoeken dat is beschreven in de *NHG-standaard Urineweginfecties (2013)* en de *NVU richtlijn Bacteriële urineweginfecties bij adolescenten en volwassenen (2009)*. Binnen het zorgtraject zijn beslismomenten en acties

aangegeven. De beslismomenten en acties waar verbetermogelijkheden lijken te zijn, worden beschouwd als onderwerpen 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?*

Adviseur Edwin Heeregrave licht vervolgens toe wat de lopende initiatieven zijn op het gebied van urineweginfecties inclusief richtlijnherzieningen, welke additionele vormen van onderzoek mogelijk zijn vanuit het Zorginstituut en hoe dit een plaats krijgt in dit project.

### **Bespreking van analysepunten in het zorgtraject: postersessies**

Aan de hand van analysepunten en posters met een schematische weergave van het zorgtraject Urineweginfecties in de eerste en tweede lijn discussiëren de aanwezigen over de mogelijke verbeterpunten. Na een half uur rouleren de groepen. De ingebrachte aandachtspunten zijn hieronder weergegeven.

#### Aandachtspunten zorgtraject in de eerste lijn

- Overbehandeling met antibiotica zonder of bij onzekere indicatie
- De switch van ciprofloxacine naar een ander antibioticum bij pyelonefritis
- Vermoeden dat het principe van uitgesteld recept te weinig wordt ingezet
- Ontbreken van een verificatietest (sediment en dipslide) bij de huisartsenpost
- Onvoldoende voorlichting over klachten, veel drinken en pijnstilling
- Het ontbreken van het patiëntperspectief in de NHG-Standaard
- Onduidelijkheid over welke richtlijn bij ouderen gebruikt moet worden: de NHG-Standaard of de richtlijn van Verenso
- Onvoldoende herkenning van de kwetsbare oudere of de patiënt met een hoog risico op een gecompliceerde UWI door de huisarts
- Tijdstip inleveren urine in relatie tot het aflezen van de uitslag
- Overbehandeling met fosfomycine bij oudere vrouwen
- Niet volgen van de richtlijn bij mannen met UWI
- Te weinig hormonale behandeling bij perimenopauzale vrouwen en recidiverende UWI
- Onvoldoende aandacht voor residu na mictie met name bij vrouwen met een prolaps
- Snelheid en duur van voorschrijven antibiotica profylaxe: na hoeveel UWI's en voor hoeveel maanden (te vaak langer dan een jaar voorgeschreven)

#### Aandachtspunten zorgtraject in de tweede lijn

- Interpretatieverschil tussen de huisarts en diverse medisch specialisten met betrekking tot afkapwaardes sediment, dipstick en kweek
- Het ontbreken van informatieoverdracht van de eerste naar de tweede lijn en vice versa, waarschijnlijk leidend tot dubbel onderzoek (dipslides en kweken), langere doorlooptijden en een verkeerde keuze van antibiotica
- Te lange duur van profylaxe met nitrofurantoïne (langer dan 12 maanden)
- Overdiagnostiek op de SEH en polikliniek met een dipstick in geval van bacteriurie zonder mictieklachten
- Nalaten van lichamelijk onderzoek (vb: vaginaal toucher bij vrouwen met een prolaps)
- Overdiagnostiek met beeldvorming: te frequent een echo van de nieren; CT onterecht als 1<sup>e</sup> keuze ingezet
- Onderdiagnostiek bloedonderzoek (BSE wordt niet in alle ziekenhuizen uitgevoerd)
- Wel/niet inzetten van mictielijst en variatie in parameters
- Onterechte controlekweek bij zwangeren
- Het uitvoeren van blaasspoeling met gentamycine, terwijl dit (nog) niet in de richtlijn staat
- Lage therapietrouw (50%) bij behandeling met orale antibiotica voordat de kweekuitslag bekend is.

- Onduidelijkheid over het beleid bij blijvende klachten
- Implementatie van infuus in thuissituatie duurt lang

### Plenaire sessie

Aan het einde van beide postersessies geven de aanwezigen aan welke punten voor hen het belangrijkste zijn. Na het diner worden alle punten geïnventariseerd en worden enkele van deze punten nader besproken.

1. Uit de postersessies van het zorgtraject in de eerste lijn blijkt dat overbehandeling met antibiotica zonder of bij onzekere indicatie een aandachtspunt is. Asymptomatische bacteriurie wordt veel behandeld in de eerste lijn, maar is lastig te onderzoeken. Deze overbehandeling wordt veroorzaakt doordat antibiotica wordt verstrekt aan mensen met vage klachten in combinatie met een positieve dipstick. Het zou zinnig zijn om de sedimentuitslag te kunnen koppelen aan het gegeven of iemand wel of niet antibiotica heeft gekregen. Bij zwangeren geldt niet 'baat het niet dan schaadt het niet'. Bij deze groep wordt vaak antibiotica vertrekt zonder dat een kweek wordt ingezet. Bij jongere niet zwangere vrouwen is men minder bang voor asymptomatische bacteriurie. Er zou onderzocht kunnen worden of aan vrouwen tot 50 jaar antibiotica is voorgeschreven zonder dat er aanwijzingen zijn voor een urineweginfectie (alleen een asymptomatische bacteriurie), uitgesplitst voor zwangere en niet-zwangere vrouwen.
2. Een volgend punt betreft de switch van ciprofloxacin naar een ander antibioticum bij pyelonefritis. Hier zou een nulmeting naar gedaan kunnen worden. In de herziene NHG-Standaard blijft ciprofloxacin bij pyelonefritis de eerste keus, maar is het advies om te switchen bij de uitslag van de kweek. Bij huisartsen lijkt het momenteel niet gebruikelijk om de antibiotica aan te passen. Het is verder de vraag of dit in het voorschrijfsysteem verwerkt kan worden.
3. Daarnaast is het uitgesteld recept bij niet zwangere vrouwen een aandachtspunt. Men is het erover eens dat voorlichting over het uitgesteld recept onvoldoende is en beter zou kunnen. De vraag is hoe dit gemeten kan worden. Mogelijk kan het Zorginstituut een kwalitatief onderzoek laten uitvoeren om dit in beeld te brengen. Wanneer de datum van de diagnose vastgesteld kan worden, als ook de datum waarop het medicijn is opgehaald, dan is te achterhalen of er sprake is van een uitgesteld recept. Er zou dan gekeken moeten worden naar recepten die na 24 uur en binnen 1-2 weken worden opgehaald. Wat betreft de pijnstilling zou er bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden of de combinatie van nitrofurantoïne en ibuprofen is toegenomen. Echter, pijnstillers zijn ook niet op recept en "over the counter" via de drogist verkrijgbaar.
4. Als laatste punt in de eerste lijn wordt het ontbreken van een verificatietest (dipslide of sediment) bij de huisartsenpost genoemd. Huisartspraktijken hebben wel beschikking over deze testen, maar op de huisartsenpost is vaak alleen een urinestick mogelijk, wat leidt tot inferieure diagnostiek. Dit resulteert mogelijk in overbehandeling van urineweginfecties en het missen van andere diagnoses. Er kan worden nagegaan of bij huisartsenposten deze methodes inderdaad ontbreken. Voor dit punt is overigens al aandacht: er zijn hierover gesprekken gaande tussen InEen en het NHG.
5. Uit de postersessies van het zorgtraject in de tweede lijn blijkt dat er een interpretatieverschil is tussen de huisarts en diverse medisch specialisten met betrekking tot hoe om te gaan met de uitslag van sediment, dipstick en kweek. Dit lijkt te komen doordat specifieke afkapwaardes niet in de richtlijn staan beschreven. Hierdoor bestaat er in de praktijk discussie over de precieze afkapwaardes. Het is niet duidelijk of een behandeling moet worden gestart bij waardes tussen de  $10^3$  en  $10^4$  kolonievormende eenheden bacteriën per milliliter bij de dipslide en kweek. Dit zou kunnen resulteren in zowel over- als onderbehandeling. Het Zorginstituut zou dit mogelijk bij de laboratoria kunnen nagaan.
6. Een volgend aandachtspunt is het ontbreken van informatieoverdracht van de eerste naar de tweede lijn en vice versa. De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)

wordt genoemd als oorzaak van het gebrek aan informatieoverdracht. Dit zou kunnen leiden tot dubbele dipslides en kweken, langere doorlooptijden en een verkeerde keuze van antibiotica. Volgens de aanwezigen is dit met name een probleem op de spoedeisende hulp. Een indicatie zou kunnen zijn wanneer blijkt dat binnen 48 uur dubbel onderzoek is aangevraagd. De vraag hierbij is hoe dit aangetoond kan worden. Mogelijk zou er gecontroleerd kunnen worden of de uitslagen van de kweek in de datasets van patiëntendossiers zijn opgenomen. Er wordt gewerkt aan het verbeteren van de informatie-uitwisseling zowel tussen zorgaanbieders als met patiënten, onder andere in zogenaamde VIPP-trajecten.

7. Als laatste punt in de tweede lijn is profylaxe besproken als mogelijk verbeteringsignaal. Er bestaan uiteenlopende middelen die als profylaxe ingezet kunnen worden. De onderbouwing en mate van aanbeveling verschillen per middel. Men is het erover eens dat het zinnig is om hier naar te kijken. Mogelijk zou onderzocht kunnen worden of er, in tegenstelling tot wat in de richtlijn staat, langer dan 12 maanden nitrofurantoïne wordt gegeven.

Vanuit de vertegenwoordiging van patiënten wordt naar voren gebracht dat veel mensen mede vanwege schaamte geen hulp vragen voor urineweginfecties. Mogelijk kan publieksinformatie op dit punt worden verbeterd.

#### **Hoe nu verder?**

Sarah Prins licht toe hoe de planning er voor het vervolg uitziet. Het Zinnige Zorg-team van het Zorginstituut zal prioritering aanbrengen in de lijst van ingebrachte aandachtspunten. Dit wordt onder andere gedaan op basis van de criteria 'mate van gezondheidswinst voor patiënten' en 'haalbaarheid van het uitvoeren van onderzoek, implementatie en evaluatie volgens de Zinnige Zorg-methodologie'. Voor de thema's met de hoogste prioriteit zal het team 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 analysepunten binnen een thema input worden gevraagd over onderzoeksvragen en onderzoeksmethoden.

Tenslotte bedankt Frederiek Mantingh alle aanwezigen voor hun komst en waardevolle inbreng.