

verslag

Van digitale vervolgbijeenkomst Zinnige Zorg Onderste
luchtweginfecties en pneumonie

Datum

24 februari 2021

Vergaderdatum

2 februari 2021, 16:00-18:00 uur

Aanwezig

Aanwezigen ZiN: Ingrid van Hoogstraten, Corline Brouwers, Katrijn Rensing, Frederiek Mantingh, Daan Bardie, Margo Hoefsloot, Pieter ten Have, Marianne Horn, Kavita Ganpat, Annet Liauw

Onze referentie

2021007727

Afwezig met kennisgeving

Genodigden: Theo Verheij (NHG), Tjin Njo (NVKC), Nienke Roescher (NVMM), Kees van Nieuwkoop (NIV-II), Jaap ten Oever (SWAB), Dominic Snijders en Josje Altenburg (NVALT), Piet Melief (NVIC), Douwe Rijpsma en Gert-Jan Mauritz (NVSHA), Pim de Jong (NVVR).
Frederiek van den Bos (NIV-Ouderengeneeskunde), Virgil Dalm (NIV-Klinische immunologie), Ewoudt van de Garde (NVZA), Rob Brouwer (KNMP)

Vooraf toegestuurde documenten ter voorbereiding en verdieping:

- Samenvatting onderzoeksresultaten Zinnige Zorg-project Onderste luchtweginfecties en pneumonie - jan. 2021

Voor verdere inhoudelijke verdieping:

- NIVEL rapport Huisartsenzorg aan patiënten met onderste luchtweginfecties - 2020
- Cochrane Review en focusgroep longechografie - 2020
- Resultaten Enquête risicoscores pneumonie - 2020
- Cochrane Review risicoscores - 2020

1 Opening en mededelingen

Ingrid heet iedereen welkom en licht het programma van de bijeenkomst toe. Er wordt een korte voorstelronde gedaan. Vervolgens geeft Ingrid een inleidende presentatie waarin het Zinnige Zorg-traject wordt toegelicht. Het doel van de avond is om tot verbeterafspraken te komen. Voorafgaand aan de bijeenkomst hebben de afgevaardigden een document ontvangen met de resultaten van alle onderzoeken, deze resultaten zullen daarom bij deze bijeenkomst niet meer in detail worden besproken.

2 Sessie Beeldvormend Onderzoek

Deelnemers: Kees van Nieuwkoop (NIV-II), Jaap ten Oever (SWAB), Dominic Snijders (NVALT), Piet Melief (NVIC), Douwe Rijpsma (NVSHA), Gert-Jan Mauritz (NVSHA), Pim de Jong (NVVR)

2.1 Longechografie (LUS)

Corline licht kort de resultaten toe van de Cochrane review en focusgroep over LUS, gevolgd door een toelichting over de twee concept-verbeterdoelen:

1. *Definieer de plaatsbepaling van LUS in relatie tot andere beeldvormende technieken bij de diagnostiek van pneumonie*
2. *Vergroot de bewustwording van zorgverleners ten aanzien van de 1) diagnostische waarde en 2) het belang van kwaliteitsborging van LUS bij pneumonie*

Vervolgens volgt er een discussie. De centrale vraag is hierbij of het wenselijk en haalbaar wordt geacht om LUS als diagnostische modaliteit te gaan gebruiken voor het diagnosticeren van pneumonie.

- Een aantal afgevaardigden geven aan onder de indruk te zijn van de diagnostische accuratesse van LUS maar ook dat het belangrijk is dat er een goede trial wordt gedaan waarin het klinisch nut van LUS wordt onderzocht.
- De uitdaging van LUS zit volgens de afgevaardigden in de praktische toepassing. Het opbouwen van voldoende expertise kost tijd, en de mate van expertise wisselt op dit moment nog erg tussen ziekenhuizen. De afgevaardigden benadrukken dat certificering een vereiste is. Daarnaast is het van groot belang dat de kwaliteit van LUS 24/7 geborgd kan worden. Een ander praktisch nadeel van LUS is dat deze zich minder goed leent voor informatie-uitwisseling/ overdracht tussen zorgverleners.
- De meeste afgevaardigden zien LUS met name als een mogelijk verlengstuk van het lichamenlijk onderzoek, een diagnostisch instrument voor het meer of minder waarschijnlijk maken van oorzaken van dyspnoe/hoesten of andere thoracale klachten op de SEH. Ook bij immobiele patiënten op de IC kan LUS een toegevoegde waarde hebben. De mogelijkheid om LUS in te zetten bij een verdenking pneumonie als gelijkwaardige optie naast een X-thorax heeft weinig draagvlak.
- De afgevaardigden zijn van mening dat de nadelen, die op dit moment de implementatie van LUS als modaliteit belemmeren, mogelijk in de (nabije) toekomst vanzelf worden opgelost door bijvoorbeeld integratie van LUS in de opleiding van artsen (waardoor expertise snel wordt opgebouwd) en automatische integratie van echobeelden in EPDs.

Conclusie

- Een deel van de afgevaardigden ziet op dit moment geen rol voor LUS in een nieuwe SWAB/NVALT richtlijn, mede omdat er waarschijnlijk bij veel ziekenhuizen nog onvoldoende expertise is. Het feit dat er geen studies zijn over het klinisch nut van LUS als vervanging van X-thorax neemt echter niet weg dat LUS als diagnostisch instrument toch een plaats kan krijgen in de SWAB/NVALT richtlijn (bijv. op de SEH als verlengde van het lichamenlijk onderzoek). Jaap geeft aan dat hij de SWAB/NVALT juist zou willen uitdagen om een praktische aanbeveling te doen over de plaatsbepaling van LUS.¹
- De afgevaardigden geven aan dat meer kennis/bewustwording in Nederland ten aanzien van de mogelijkheden van LUS wenselijk is. Het is van belang dat er goed nagedacht wordt hoe LUS het beste ingezet kan worden in de dagelijkse praktijk. Tevens is het borgen van kwaliteit belangrijk.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Infectieziekten, Bloed &
Immunologie

Datum
24 februari 2021

Onze referentie
2021007727

¹ Aangepast na het ontvangen van een schriftelijk reactie op het conceptverslag (datum 01-03-2021)

2.2 X-thorax na ontslag

Corline presenteert de resultaten van de richtlijnanalyse en data-analyse over de X-thorax na ontslag. De uitkomst dat er bij 37% van de klinische opnames binnen 6 weken een X-thorax wordt gedaan wordt niet als te hoog beschouwd. Corline geeft aan dat dit percentage doet vermoeden dat er al (impliciet) een afweging wordt gemaakt door de behandelde arts of een X-thorax nodig is. Echter, omdat er in de SWAB/NVALT richtlijn geen aanbevelingen worden gedaan over de indicaties en termijn waarop een X-thorax na ontslag zou moeten plaatsvinden is het niet duidelijk of deze afweging overal op dezelfde manier wordt gemaakt. Het conceptverbeterdoel is daarom: "Definieer wat goede nazorg is voor patiënten met een klinische opname voor CAP".

- De afgevaardigden zijn het erover eens dat concrete aanbevelingen in de richtlijn gewenst zijn zodat de afweging voor het maken van een X-thorax op eenzelfde gestructureerde wijze wordt gemaakt in alle ziekenhuizen. De vraag is of er voldoende wetenschappelijk bewijs om tot concrete aanbevelingen te kunnen komen en of deze dan ook leiden tot gezondheidswinst.
- De belangrijkste reden om bij patiënten met klinisch herstel toch een X-thorax te maken is het uitsluiten van een maligniteit. Het ontbreken van een landelijk longkankerscreeningsonderzoek speelt hierbij een rol (je wilt geen maligniteit missen).
- Een van de afgevaardigden geeft aan dat als er bij een patiënt tijdens opname al een CT-scan is gemaakt waarbij geen aanwijzingen waren voor een maligniteit (ondanks de aanwezigheid van risicofactoren) geen X-thorax nodig is na ontslag.

Conclusie

Er is consensus bij de afgevaardigden dat:

- bij de herziening van de SWAB/NVALT richtlijn gekeken dient te worden naar de evidence over het klinisch nut van beeldvorming na ontslag voor een pneumonie
- in de SWAB/NVALT richtlijn een aanbeveling opgenomen moet worden over bij welke patiënten een controle X-thorax geïndiceerd is en op welke termijn.

3 Sessie Antibiotica in de eerste lijn en Nazorg en voorlichting

Deelnemers: Josje Altenburg (NVALT), Tjin Njo (NVKC), Nienke Roescher (NVMM), Theo Verheij (NHG).

3.1 Antibiotica in de eerste lijn

Margo geeft een introductie van het onderwerp. In de NHG-standaard staat: 'Schrijf bij patiënten zonder risicofactoren voor een gecompliceerd beloop geen antibiotica voor bij acute bronchitis'. Echter, uit data-analyses van ICPC-registraties blijkt dat 50% van de patiënten met acute bronchitis antibiotica krijgt bij de huisarts. Dit wordt onderbouwd door de literatuur: ruim 60% van de antibioticarecepten bij acute bronchitis en 50% van de recepten bij een onderste luchtweginfectie zijn niet volgens indicatie.

- Afgevaardigden zijn het er mee eens dat, hoewel er nog kanttekeningen bij de getallen te maken zijn, er ruimte is voor verbetering in het voorschrijven van antibiotica bij bronchitis. Ze onderschrijven dan ook het

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Infectieziekten, Bloed &
Immunologie

Datum
24 februari 2021

Onze referentie
2021007727

voorgestelde verbeterdoel '*verminder het voorschrijven van antibiotica aan patiënten met acute bronchitis in de huisartsenpraktijk*'. Hierbij wordt benadrukt dat het met name gaat om gericht voorschrijven.

- Er dient een haalbare streefwaarde aan gekoppeld te worden. Theo geeft aan dat een vermindering van 10% reëel zou kunnen zijn. Maar wil hieraan toevoegen dat er vanuit het NHG hard aan gewerkt wordt en dat ze hierop niet afgerekend kunnen worden over 2 of 3 jaar.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Infectieziekten, Bloed &
Immunologie

Datum
24 februari 2021

Onze referentie
2021007727

Afgevaardigden worden uitgenodigd tot het noemen van mogelijke oorzaken en verbeteracties in de chat:

Mogelijke oorzaken

- Defensieve geneeskunde.
- Uit een studie bij 80 huisartspraktijken bleken een paar kenmerken geassocieerd met hoge percentages van antibiotica voorschrijven: 1) koorts, 2) ophoesten van sputum en 3) eerste generatie van mensen met een niet westerse achtergrond.
- Sommige patiënten met onderliggend longlijden krijgen soms bij de huisarts meerdere kuren achter elkaar zonder overleg of verwijzing. Dit kan deels komen door onbekendheid met onderliggende longziekten als cystische fibrose en trilhaaraandoeningen en/of slechte bereikbaarheid van specialisten voor overleg.
- Er is geen centraal dossier; de huisarts beschikt niet over kweekuitslagen van de tweede lijn etc. en visa versa.

Mogelijke verbeteracties

- Bijzondere kenmerken van patiënten die antibiotica rechtvaardigen zouden in richtlijnen opgenomen kunnen worden.
- Het intensiveren van het geven van spiegelinformatie en daarop gebaseerde nascholing in regio's. Dit gebeurt momenteel al, maar voorsnog tijdelijk.
- In de jaarlijkse accreditatie van huisartsenpraktijken kan een module voor een verbeterplan worden opgenomen over antibiotica. Er kan dan op basis van spiegelinformatie kritisch worden gekeken naar voorschrijfgedrag van antibiotica bij bepaalde indicaties. Naar aanleiding van deze informatie kan dan een verbeterplan voor de praktijk worden opgesteld.
- Verbeteren van bereikbaarheid van specialisten voor patiënten die in tweede lijn lopen.
- Overwogen kan worden om in de NHG-standaard op te nemen dat als een eerste antibioticakuur vanwege een onderste luchtweginfectie niet aanslaat laagdrempelig overlegd moet worden met de specialist.

Conclusie

- Afgevaardigden zijn het er mee eens dat er ruimte is voor verbetering in het voorschrijven van antibiotica bij bronchitis.
- Het verbeterdoel wordt '*verminder het onnodig voorschrijven van antibiotica aan patiënten met acute bronchitis in de huisartsenpraktijk*'.
- Er zijn diverse verbeteracties genoemd. Deels kunnen die meegenomen worden in het verbeter signalement. Tijdens de implementatie kunnen deze verder worden uitgewerkt.

- Bij de herziening van de NHG-standaard, kan een deel van de genoemde verbeteracties worden meegenomen.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Infectieziekten, Bloed &
Immunologie

3.2 Nazorg en voorlichting in de eerste en tweede lijn

Datum

24 februari 2021

Onze referentie

2021007727

Margo vervolgt de presentatie met de bevindingen over nazorg/voorlichting:

- In de NHG-standaard en SWAB/NVALT richtlijn zijn geen adviezen opgenomen m.b.t. voorlichting over het (volledige) klinische beloop van een pneumonie.
- De klankbordgroep heeft eerder onderschreven dat ook de voorlichting op thuisarts.nl onvolledig is.

Daaruit zijn de volgende conceptverbeterafspraken geformuleerd:

1. *Geef in de NHG-standaard en op thuisarts.nl uitgebreidere informatie over het beloop van een pneumonie.*
2. *Geef in de SWAB/NVALT richtlijn advies over de voorlichting die aan een patiënt met een pneumonie gegeven moet worden.*

Afgevaardigden zijn het hier mee eens. In de herziening van de NHG-standaard en de SWAB/NVALT richtlijn kan dit meegenomen worden. Daarnaast kan gekeken worden of in de NHG-standaard een advies kan worden opgenomen over de ondersteuning voor mensen die langer klachten hebben na een pneumonie; dit is afhankelijk van de beschikbare evidence.

Conclusie:

- Er is consensus bij de afgevaardigden over de voorgestelde verbeterafspraken.

4 Sessie Bloedkweken en risicoscores

Deelnemers: Kees van Nieuwkoop (NIV-II), Jaap ten Oever (SWAB), Dominic Snijders (NVALT), Piet Melief (NVIC), Douwe Rijpsma (NVSHA), Gert-Jan Mauritz (NVSHA), Nienke Roescher (NVMM).

4.1 Risicoscores

Katrijn geeft een korte presentatie over de resultaten waarbij ook gebruik wordt gemaakt van enquêtevragen. Het eerste conceptverbeterdoel luidt: '*Verbeter de uniformiteit van het gebruik van risicoscores voor het inschatten van de ernst van de pneumonie*'.

- Bijna alle afgevaardigden geven aan zich te kunnen vinden in dit verbeterdoel en dan met name in relatie tot het afschaffen van de pragmatische keuze. Deze wordt namelijk weinig gebruikt. Daarnaast laat de systematische review van Cochrane zien dat, vergeleken met de pragmatische score, het inzetten van de PSI of CURB-65 tot betere klinische uitkomsten leidt.
- De meningen zijn verdeeld over de vraag of er landelijk een keuze gemaakt moet worden voor de PSI danwel de CURB-65. Het is bekend dat er discordantie is tussen de PSI en CURB-65. Enerzijds lijkt het daarom wenselijk om de keuze te maken voor één score zodat er (landelijk) uniformiteit is. Anderzijds lijkt het qua patientenuitkomsten niet uit te maken of de PSI of CURB-65 wordt gebruikt, zolang er binnen een ziekenhuis maar een keus gemaakt wordt voor één van beide scores.

Het tweede conceptverbeterdoel luidt: *'Leg bij patiënten met een (waarschijnlijke) CAP de risicoscore vast in het patiëntendossier'*

- De afgevaardigden zijn het unaniem eens met dit conceptverbeterdoel.
- De afgevaardigden geven aan dat 'gemakzucht' en 'haast' mogelijke redenen kunnen zijn waarom de score niet altijd gedocumenteerd wordt. Een andere mogelijke reden is dat de behandeld arts dit niet (altijd) als een toegevoegde waarde beschouwt voor het diagnostische proces/de klinische beoordeling.
- Tot 2017 was het invullen van de risicoscore voor pneumonie een kwaliteitsindicator vanuit de IGJ waardoor er meer aandacht voor was. Echter werden de antwoorden die ziekenhuizen op deze indicator gaven niet door de IGJ geverifieerd.
- Als mogelijke oplossing voor het vaker vastleggen van de risicoscore werd genoemd dat in sommige ziekenhuizen de CURB-65 automatisch berekend wordt in het EPD, voor de PSI is dit echter niet mogelijk. Ook zou je kunnen denken aan een verplicht veld waarin de uitslag van de risicoscore ingevuld moet worden. Aanpassingen doen in het EPD blijkt in de praktijk echter niet altijd makkelijk. Ziekenhuizen zijn veelal afhankelijk van hoe de leveranciers het EPD hebben ingericht. De leveranciers zullen niet snel (alleen voor de Nederlandse markt) aanpassingen doen in het EPD. Dit betekent dat ieder ziekenhuis hier zelf prioriteit aan moet geven en ICT capaciteit zou moeten vrijmaken om EPD's aan te passen.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Infectieziekten, Bloed &
Immunologie

Datum
24 februari 2021

Onze referentie
2021007727

Conclusie

Alles beschouwend komen wij tot het volgende verbeterdoel:

Gebruik binnen 1 ziekenhuis dezelfde risicoscore (PSI of CURB-65) en leg de uitkomst vast in het patiëntendossier.

4.2 Bloedkweken

Katrijn licht de resultaten betreffende de bloedkweken toe. Op dit moment zijn nog niet alle resultaten van de onderzoeken naar de inzet van bloedkweken bekend. Tijdens deze sessie beogen we de resultaten die al wel beschikbaar zijn met elkaar te duiden. Analyse van de declaratie-data laat zien dat 57% van de klinische patiënten en 12% van de niet-klinische patiënten met een pneumonie een bloedkweek krijgt.

- De afgevaardigden vinden de 12% bloedkweken bij niet-klinische patiënten acceptabel. De uiteindelijke (gedeclareerde) diagnose van deze patiënten was namelijk een pneumonie maar dit kan bij presentatie in het ziekenhuis nog onduidelijk zijn geweest. Ook is vaak op het moment dat de bloedkweek wordt afgenomen nog niet duidelijk of de patiënt wel of niet opgenomen zal worden.
- Ten aanzien van het percentage bloedkweken van 57% bij klinische patiënten zijn de meningen verdeeld (2 afgevaardigden vinden dit percentage te hoog, 2 te laag en 1 acceptabel). De reden achter het meningsverschil lijkt met name te zitten in het type patiënten dat door de afgevaardigden gezien wordt in de dagelijkse praktijk. Op de IC is het noodzakelijk dat er een bloedkweek wordt gedaan omdat het van belang is om gelijk de juiste therapie te kunnen starten bij ernstig-zieke patiënten, terwijl het op een afdeling longgeneeskunde vaak gaat om mildere pneumonieën waarbij een bloedkweek vaak niets toevoegt aan de keuze van de behandeling.
- Een aantal afgevaardigden kunnen zich vinden in de aanbeveling in de IDSA richtlijn om bloedkweken alleen bij ernstige pneumonie af te nemen. Als je deze aanbeveling spiegelt aan het percentage dat is gevonden dan lijkt er ruimte voor verbetering omdat het percentage ernstige

- pneumonieën in de praktijk rond de 20% ligt.
- Een ander belangrijk punt dat wordt aangestipt is dat de keuze om wel of geen bloedkweek af te nemen in een kort tijdbestek gemaakt moet worden (voorafgaand aan starten van antibiotica). De juiste balans vinden om over- én onderdiagnostiek te voorkomen is lastig.
- Tot slot wordt de suggestie gedaan om wel laagdrempelig een bloedkweek af te nemen maar deze pas in te sturen als het om een ernstige pneumonie blijkt te gaan of indien de patiënt enkele uren na presentatie klinisch verslechtert.

Zorginstituut Nederland
Zorg II
Infectieziekten, Bloed &
Immunologie

Datum
24 februari 2021

Onze referentie
2021007727

Conclusie

Op basis van de huidige resultaten lijkt er mogelijk ruimte voor verbetering ten aanzien van de inzet van bloedkweken bij klinische patiënten, al zijn de meningen verdeeld. Zodra alle resultaten over bloedkweken binnen zijn zullen we het verbeterdoel, en de eventuele verbeteracties, op dit onderwerp definitief vaststellen.

5 Rondvraag en sluiting

Ingrid sluit af door alle deelnemers hartelijk te danken voor hun actieve inbreng. Om deze bijeenkomst te verbeteren vraagt Ingrid om een korte enquête in te vullen. De komende tijd zullen we enkele afgevaardigden benaderen om in kleiner verband de verbeterdoelen en -acties verder uit te werken. Alle verbeterdoelen en verbeteracties zullen uiteindelijk gebundeld worden in een Verbetersignalement. De verwachting is om het concept Verbetersignalement ter consultatie aan te bieden in mei 2021. Fijn als er n.a.v. dit verslag al discussie/verdere afstemming plaatsvindt tussen afgevaardigden en hun verenigingen over de conceptverbeterdoelen en mogelijke afspraken.