

COPD – REGIONALE TRANSMURALE AFSPRAKEN

Huisartsenorganisatie West-Friesland –
Dijklander ziekenhuis

Inleiding

Deze regionale transmurale afspraken (RTA) hebben als doel een effectieve samenwerking en afstemming tussen de eerste en tweede lijn in de zorg te bevorderen, met als uiteindelijk doel het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor patiënten in de regio. Deze RTA zijn onderdeel van de behandelrichtlijn COPD HWF.

1. Verwijscriteria

Verwijzing van huisarts naar longarts (via zorgdomein) bij:

- twijfel aan de diagnose;
- snel progressief beloop;
- blijvend verhoogde ziektelast;
- complexe co morbiditeit of ernstige problemen op meerdere sub domeinen (vraag de longarts of de patiënt in aanmerking komt voor longrevalidatie).

2. Terugverwijscriteria

Terug verwijzing van longarts naar huisarts als:

- de vraag van huisarts of patiënt beantwoord is;
- de diagnostiek in de tweede lijn afgerond is;
- het beleid door de huisarts kan worden voortgezet;
- de zorg van de longarts niet verder bijdraagt aan het verminderen van de ziektelast.

Tabel 1. Consulteren of verwijzen naar een kaderhuisarts of longarts

Indicatie	Consulteren of verwijzen	Kaderhuisarts of longarts
Discrepancie ernst klachten en objectieve bevindingen	Consult	Kaderhuisarts
Blijvende twijfel tussen COPD en hartfalen	Verwijzen	Longarts
Vermoeden COPD op jonge leeftijd <50 jaar	Consult	Kaderhuisarts
Differentiaal diagnostische problematiek (bij vermoeden van maligniteit, longziekten-/aandoeningen	Verwijzen	Longarts
<i>Snel progressief beloop</i>		
Toename dyspneu, afname inspanningsvermogen, daling van FEV ₁ met gemiddeld > 150 ml per jaar gedurende ≥ 3 jaar (≥ 3 metingen) ondanks maximale behandeling	Consult	Kaderhuisarts
FEV ₁ > 50% van de voorspelde waarde en saturatie in rust < 90%	Verwijzen	Longarts

<i>Blijvend verhoogde ziektelast</i>		
FEV ₁ < 50% van de voorspelde waarde of < 1,5 l ondanks optimale behandeling	Consult	Kaderhuisarts
Blijvende klachten, hinder en beperkingen (CCQ ≥ 2, MRC ≥ 3) ondanks optimale behandeling	Consult	Kaderhuisarts
Verminderde voedingstoestand of ongewenst gewichtsverlies COPD	Verwijzen	Longarts
≥ 2 longaanvallen per jaar waarvoor behandeld is met orale corticosteroiden, ondanks duo- of triple therapie	Consult	Kaderhuisarts
<i>Complicaties/ overig</i>		
Complexe co morbiditeit of ernstige problemen op meerdere sub domeinen	Verwijzen	Longarts
Werk gerelateerde problemen of belemmeringen	Consult	Kaderhuisarts/Bedrijfsarts
Psychosociale problemen of problemen met het omgaan met de ziekte	Consult	POH-GGZ/ longverpleegkundige thuiszorg
Longonderzoek/Spirometrie (diagnostisch) als dit niet in eigen praktijk gedaan kan worden ¹	Verwijzen	Longarts

Noot 1; Spirometrie in de eigen praktijk is alleen goed mogelijk als er voldaan wordt aan kwaliteitswaarborgen: de huisarts en de praktijkondersteuner (eventueel de speciaal opgeleide praktijkassistente) hebben beiden voldoende kennis van, en ervaring met spirometrie; er is voldoende aandacht voor bewaking van de kwaliteit van de spirometers en de metingen. Als de huisarts hier niet zelf in kan voorzien (bijvoorbeeld door gebrek aan personele ondersteuning) dient spirometrie te worden gedaan in een huisartsen- of een longfunctie-laboratorium. De huisarts die onvoldoende kennis heeft van spirometrie of weinig ervaring met de interpretatie van de resultaten daarvan, zal bij vermoeden van COPD kiezen voor een diagnostische verwijzing naar een longarts.

3. Procesafspraken

Uitgangspunten hoofdbehandelaar:

De huisarts kan de meeste patiënten met COPD zelf behandelen en monitoren. Een deel van de zorg, zoals voorlichting, hulp bij stoppen met roken, spirometrie, inhalatie-instructie en monitoring, kan worden gedelegeerd aan een praktijkondersteuner.

De longarts krijgt steeds meer een consulterende rol in de zorgketen waarbij de huisarts de regie voert. Belangrijk voor de patiënt is dat er duidelijk is wie hoofdbehandelaar is en er continue zorg gegarandeerd is.

In het algemeen geldt:

- De huisarts is hoofdbehandelaar bij patiënten:
 - met lichte ziektelast;
 - met hoge GOLD-classificatie met weinig klachten of lichte ziektelast;
 - welke terminaal zijn.
- De longarts is hoofdbehandelaar bij patiënten met aanhoudend verhoogde ziektelast.

Werkwijze huisarts bij doorverwijzen/consultatie van de kader- of longarts

- De huisarts gaat na of de vraag ook via een consultatie via het Netwerkinformatiesysteem Boards aan de kaderhuisarts gesteld kan worden.
- De huisarts formuleert bij consultatie van of verwijzing naar een longarts een adequate vraagstelling, waarin duidelijk is aangegeven of het een diagnostisch of een behandelingsprobleem betreft.
- De huisarts stuurt uitslagen van spirometrie en eventueel ander aanvullend onderzoek bij voorkeur digitaal mee.
- De huisarts legt aan de patiënt het doel en de reden van verwijzing uit, desgewenst ook schriftelijk, bijvoorbeeld in het behandelplan.
- Mogelijk wordt de consultvraag doorgezet naar het multidisciplinair overleg (MDO) (kaderhuisarts, longarts, zorgcoördinator HWF). Dit MDO wordt in het jaar 2024 opgezet en vormgegeven.

Werkwijze van de longarts bij consultatie of verwijzing

De longarts rapporteert schriftelijk aan de huisarts:

- Na het vaststellen van diagnose of (definitief) behandelplan.
- Minimaal jaarlijks bij blijvend hoofdbehandelaarschap.
- Tussentijds bij nieuwe gezichtspunten die van belang zijn voor de huisarts.
- Bij terugverwijzing.

Werkwijze van de longarts bij terugverwijzing naar de huisarts

De longarts verstrekt relevante gegevens met betrekking tot het verwachte ziektebeloop, medicatie, ziektelast en toegepaste behandeling.

- De longarts geeft zo mogelijk concrete adviezen over de behandelmogelijkheden door de huisarts indien de klachten toenemen.
- De longarts legt aan de patiënt het doel en de reden van terugverwijzing uit, desgewenst ook schriftelijk, bijvoorbeeld in het individueel behandelplan.
- De longarts licht de huisarts in bij ontslag na ziekenhuisopname of behandeling op de SEH, en geeft hierbij aan wie verantwoordelijk is voor de vervolgbehandeling en monitoring.

Samenwerking bij longaanvallen

- De huisarts draagt zorg voor continuïteit buiten kantooruren en beoordeelt of een patiënt doorverwezen dient te worden. De longarts is voor de huisarts altijd telefonisch bereikbaar na opname of SEH bezoek.
- De longarts is het 1^e aanspreekpunt <48 uur na een longaanval als degene op de SEH is gezien of opgenomen is geweest.
- Indien de patiënt poliklinisch behandeld wordt door de longarts, is de huisarts 1^e aanspreekpunt.
- De patiënt en diens omgeving moeten weten wat te doen bij een longaanval, bij voorkeur door een geschreven longaanval-actieplan (eventueel als onderdeel van een individueel zorgplan), dat informatie bevat over de bereikbaarheid van de hoofdbehandelaar binnen en buiten kantooruren.
- De longarts beoordeelt patiënten die zich (via de SEH) melden terwijl zij onder behandeling zijn bij de huisarts en verwijst deze bij stabiele situatie terug naar de huisarts.

4. Consultatiemogelijkheden

- De longartsen zijn beschikbaar voor telefonisch overleg; 0229-257125 of via de mail; poli-longhoorn@dijklander.nl
- Kaderhuisarts COPD, te consulteren via Boards (netwerkinformatiesysteem).
- Voor kwaliteitsbeleid en organisatorische vragen: zorgcoördinator@hwf.nl