



RTA COPD EN ASTMA

VERSIE oktober 2023

1. Inleiding

Deze Regionale Transmurale Afspraak (RTA) beschrijft de afspraken rondom de samenwerking tussen medisch specialisten en huisartsen voor de behandeling van patiënten met pulmonale aandoeningen.

Het betreft de volgende aandoeningen:

- Astma
- COPD

2. Algemene uitgangspunten, visie

Indien mogelijk wordt patiënt behandeld in de eerste lijn, indien nodig in de tweede lijn: "zorg op de juiste plaats" met expliciet altijd aandacht voor persoonsgerichte zorg en leefstijl.

Voor de diagnostiek, behandeling en verwijscriteria wordt verwezen naar de meest recente NHG-standaarden, NHG (behandel-)richtlijnen en richtlijnen van de specifieke specialistische beroepsorganisaties.

In deze RTA worden werkafspraken beschreven en afspraken die **afwijken** van de vigerende richtlijnen. De RTA wordt jaarlijks geüpdatet tijdens het eerste-tweedelijns overleg tussen zorggroepen en specifieke specialisten groepen.

3. Inhoud RTA

Volgorde

Consultatie van de key-POH (bij SHT-THOON heet deze de programmacoördinator, in dit document wordt deze key-POH genoemd), kaderhuisarts dan wel de medisch specialist (bij voorkeur in deze volgorde) kan worden ingezet om meer complexere zorg toch veilig in de huisartsenpraktijk te laten plaatsvinden.

- Eerst overlegt de POH met de huisarts;
- Vervolgens kan men de key-POH consulteren;
- Daarna kan men de kaderhuisarts consulteren. Hiervoor wordt VIPLive gebruikt. De kaderhuisarts beantwoordt de consultatievraag binnen één week.

Indien consultatie van de kaderhuisarts de vraag onvoldoende kan beantwoorden zal een consultatie of verwijzing volgen naar de medisch specialist. De specialist streeft naar beantwoording van de consultatie binnen één week. Voorkeur is om hiervoor VIPLive te gebruiken. Zo komt het bericht in het HA-dossier en kan een adequate declaratie aan de medisch specialist plaatsvinden. Indien gewenst kan gebruik gemaakt worden van patiëntenoverleg in ZorgDomein of Siillo. Hieraan is geen declaratie verbonden. ECMS-D kan worden ingezet indien iemand niet in een zorgprogramma zit.

Inhoud consultatie en verwijzing

De volgende vragen zijn geschikt voor consultatie van kaderhuisarts, longarts of verwijzing longarts:

- Lastig te beoordelen spirometrie
- Vragen over medicatie en/of device voorschrift
- Twijfel over zin of onzin van consultatie of verwijzing naar de medisch specialist.
- Complexe problematiek.

Inhoud terug verwijzing longarts naar huisarts

- Indien persoonlijke dan wel de meest haalbare streefdoelen en -waarden behaald zijn.
- Indien de vraag, bijvoorbeeld over diagnostiek, van de huisarts is beantwoord.
- Wanneer dit een nadrukkelijke wens van de patiënt is, mits vereiste zorg in huisartspraktijk geleverd kan worden.
- Bij bereiken van de palliatieve of terminale fase.

Uitgangspunten bij de follow-up in de eerste lijn

De huisarts zorgt dat de patiënt wordt opgeroepen op het longspreekuur binnen drie maanden na het laatste polibezoek in de tweede lijn.

Blijvende controle door medisch specialist

- Bij aandoeningen of medicatie die voorbehouden zijn aan de medisch specialist
- Bij complexe situaties door complicaties of co morbiditeit.

Communicatie

Informatieoverdracht voldoet aan de HASP-richtlijn. Voor verwijzing wordt gebruik gemaakt van ZorgDomein, voor terugrapportage wordt berichtgeving via Edifact gebruikt.

De huisarts vermeldt bij consultatie of in de verwijsbrief:

- Expliciet de vraagstelling.
- Relevante voorgeschiedenis en probleemlijst.
- Relevante anamnese (inclusief cardiovasculaire risicofactoren).
- Persoonlijke doelen.
- Leefstijlaspecten inclusief roken.
- Lichamelijk en aanvullend onderzoek (inclusief lengte/gewicht), indien aanwezig de resultaten van de spirometrie: in pdf toevoegen.
- Actuele medicatie en overzicht long medicatie in verleden (indien relevant). Tevens reden van staken van eerder voorgeschreven medicatie.

De specialist schrijft de huisarts een ontslagbericht:

Ontslag polikliniek:

- Uiterlijk eerste werkdag na ontslag na opname een voorlopige ontslagbrief. De definitieve brief volgt binnen twee weken.
- Binnen één week na ontslag uit de polikliniek.
- Het verloop van de klachten en de longfunctie door de tijd heen is specifieke aandachtspunten voor controle en beleid (naast het controlebeleid zoals dat in de LTA staat geformuleerd).
- Relevante gegevens zoals spirometrie waarden, MRC en CCQ en ACQ
- Vermeldt op welke termijn de patiënt een afspraak moet maken bij de huisartspraktijk voor overname behandeling en follow-up (en bespreekt dit met de patiënt).

Ontslag na ziekenhuisopname of behandeling op de SEH:

- Er wordt aangegeven wie verantwoordelijk is voor de vervolgbehandeling en monitoring.

De specialist schrijft de huisarts een tussenbericht:

- Bericht van specialist volgt na het afronden van de diagnostische fase met streven binnen een paar weken.
- Minimaal éénmaal per jaar.

Medicatiewijzigingen en voorschrijven

- De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het voorschrijven van herhaalmedicatie.

- Wijzigingen in medicatie worden vermeld in de correspondentie naar de huisarts en de medisch specialist indien van toepassing.
- Medisch specialist vraagt patiënt een actueel medicatieoverzicht mee te brengen.
- Huisartsen zijn verantwoordelijk het medicatieoverzicht in het dossier actueel te houden, inclusief contra-indicaties en intoleranties.

Spoedverwijzing

Altijd middels telefonisch overleg.

4. COPD

Consultatie van kaderhuisarts longziekten

Mogelijke vragen:

Lastige afweging in interpretatie spirometrie en keuze medicatie en of device

Verwijzing longarts

- nooit gerookt maar wel een obstructieve longfunctie en geen verdenking astma.
- verdenking hypoxemie
 - O₂ sat ≤92% en de saturatie bij inspanning >3%
 - ≤90% absoluut.
- progressief longfunctieverlies (bv. FEV₁>150 ml/jaar) over meerdere jaren;
- mogelijke indicatie voor O₂ therapie;
- mogelijke indicatie voor longrevalidatie;

Terug verwijzing naar huisarts

Lichte ziektelast

- Verhoogde ziektelast Stabiel ziektebeeld en de gestelde behandeldoelen zijn behaald

Tweedelijnszorg blijft geïndiceerd

Patiënten met COPD worden over het algemeen niet terugverwezen naar de 1^e lijn bij aanhoudend verhoogde ziektelast.

5. Astma

Verwijzing naar longarts

- indien een histamine- of metacholineprovocatietest nodig is: verwijzing voor eerstelijnsdiagnostiek in ziekenhuis, verwijzing LA niet (altijd) nodig.
- niet-roker met diagnose astma met een persisterende obstructie;
- Patiënten die chronisch prednison gebruiken voor astma.

terug verwijzing van longarts naar huisarts

- bij goede astmacontrole met stap 4 (NHG richtlijn)

Tweedelijnscontrole blijft geïndiceerd

- Geen aanvullingen op NHG standaard

6. Literatuur lijst

- HASP richtlijn versie 2017
- Meest actuele NHG standaarden, handreikingen en standpunten
- ZGT document: Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de poliklinische zorg, okt 2020

7. Deelnemers overleg RTA

- FEA:
 - José Bouw, key POH
 - Jan Rauws, kaderhuisarts longziekten FEA en SHT-THOON

- MST:
 - Nicolle Hekelaar, longarts
- SHT-THOON:
 - Samara Westerhof, programma coördinator COPD en astma
 - Suzan van Vliet, huisarts, medisch manager zorg en innovatie SHT-THOON
- ZGT:
 - Annemarie Essink, longarts