

## Regionale Transmurale Afspraken Utrecht Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

### Deelnemende Partijen

De RTA wordt gedragen door:

1. Zorggroepen regio Utrecht die de samenwerkingsovereenkomst getekend hebben.
2. Ziekenhuizen regio Utrecht die de samenwerkingsovereenkomst getekend hebben.

### Bijbehorende documenten:

Deze RTA is gekoppeld aan de samenwerkingsovereenkomst 'Zorg op de juiste plek' en de individuele overeenkomst tot dienstverlening.

Status: Definitief	Looptijd: 21 januari 2015- 21 januari 2016	Eigenaar: Huisartsen Utrecht Stad	Beheerder: Platform transmurale zorg
Versie: Versie: 1.0			
Wijze van publicatie: Zorgdomein, websites partijen	Evaluatie datum: November 2015	Verantwoordelijke: Voorzitter kaderartsen zorggroepen	E-mailadres contactpersoon: <a href="mailto:longen@huisartsenutrechtstad.nl">longen@huisartsenutrechtstad.nl</a>

## **Doelstelling**

Het doel van de Regionale Transmurale Afspraak (RTA) is het uniformeren van afspraken tussen de eerste en tweede lijn met betrekking tot de diagnostiek, behandeling, consultatie, (terug)verwijzing en berichtgeving. Deze RTA vormt de basis voor medisch inhoudelijke afspraken ten behoeve van samenwerking in de regio Utrecht en is onlosmakelijk verbonden met de samenwerkingsovereenkomst 'Zorg op de juiste plek' en de individuele overeenkomst tot dienstverlening. Het is van belang dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt. De eerste en tweede lijn hebben de gezamenlijke verantwoordelijkheid substitutie in de zorg mogelijk te maken.

Ten behoeve van de ketenzorg Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) zijn er in de regio Utrecht samenwerkingsafspraken gemaakt tussen huisartsen en longartsen.

Hieronder volgt de RTA COPD die richtlijnen geeft voor de samenwerking tussen huisartsen en longartsen bij de:

- Diagnostiek;
- Behandeling;
- Consultatie;
- Verwijzen en terugverwijzen van patiënten;
- Berichtgeving over patiënten.

Aan deze RTA COPD liggen de Landelijke Transmurale Afspraken COPD, het LAN-protocol 2010 en de NHG-standaard COPD ten grondslag.

## **Bijlagen**

Zie bijlage 1: Stroomdiagram assessment

Zie bijlage 2: Protocol COPD

Zie bijlage 3: Stroomdiagram verwijzing longarts

Zie bijlage 4: Contactpersonen

Zie bijlage 5: HASP richtlijnen voor berichtgeving

## Diagnostiek en behandeling

Er wordt uitgegaan van een trapsgewijs assessment zoals dit in de LAN zorgstandaard is beschreven:

**Trap 1:** Basale assessment door eerste lijn.

**Trap 2:** Bij afwijkend profiel volgt gedetailleerd assessment door de longarts en longverpleegkundige na doorverwijzing via de huisarts.

**Trap 3:** Bij complexe somatische en/of complexe adaptatieproblematiek bestaat de mogelijkheid van een intensieve integrale analyse door een gespecialiseerd multidisciplinair team.

Regionaal zijn er geen verdere specifieke afspraken benoemd.

**Lichte ziektelast:** streven behandeling eerste lijn.

Iedere patiënt met COPD met:

- FEV1 >50% van voorspeld of >1,5 liter absoluut
- FEV1 stabiel
- MRC < 3
- CCQ < 2
- BMI >21
- BMI stabiel: <5% verlies in een maand, <10% verlies in 6 maanden
- Exacerbaties < 2 per jaar waarvoor orale steroïden
- 'Geringe co-morbiditeit'.

**Matige ziektelast:** streven gedeelde zorg eerste en tweede lijn.

Iedere patiënt met COPD die volgens het assessment voldoet aan de criteria voor nadere analyse, waarbij behandeling dicht bij huis mogelijk is, maar waarbij wel uitgebreidere monitoring in de tweede lijn noodzakelijk is.

**Ernstige ziektelast:** streven behandeling tweede lijn.

Iedere patiënt met COPD die volgens het assessment voldoet aan de criteria voor nadere analyse, waarbij behandeling en begeleiding in de tweede lijn thuis hoort, bijvoorbeeld longrevalidatie.

### Voorlichting

- Stem informatie aan de patiënt op elkaar af. Patiënten websites: [www.longfonds.nl](http://www.longfonds.nl) en [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl);
- Attendeer op het bestaan van de patiëntenvereniging;
- Streef naar het opstellen van een zorg/behandelplan met doelen voor gezondheidsverbetering samen met de patiënt.

**Exacerbatie:**

Elke patiënt hoort twee weken na exacerbatie een controle door de POH of longverpleegkundige te krijgen. De controles (follow up na behandeling) volgen de regels van de ketenzorg, de NHG-standaard COPD en de LAN zorgstandaard 2010.

**Consultatie**

Onder consultatie wordt verstaan: 'het adviseren van de huisarts over behandelopties en/of duiding geven van de diagnostiek'.

Verschillende vormen van consultatie worden beschreven in de samenwerkingsovereenkomst. Bij consultatie blijft de huisarts 'hoofdbehandelaar' van de patiënt. Raadpleeg voor afspraken en definities de samenwerkingsovereenkomst.

Bij de beslissing van consulteren dient rekening te worden gehouden met de situatie van de patiënt, de levensverwachting, het effect van de interventie op de lange termijn en de co-morbiditeit.

**Consultatie van kaderhuisarts Astma/COPD door huisarts**

In eerste instantie heeft consultatie van de kaderhuisarts door een huisarts de voorkeur boven consultatie van de longarts. De kaderhuisarts Astma/COPD van de zorggroep is beschikbaar via een vorm van (elektronische) communicatie voor consultatie.

**Consultatie van longarts door huisarts**

Bij een consultatie blijft de huisarts hoofdbehandelaar en vraagt de huisarts de longarts om advies. De longarts is beschikbaar via een vorm van (elektronische) communicatie.

**Besprekingen: casuïstiek bespreking door longarts**

De longartsen zijn bereid tot casuïstiek besprekingen en bijeenkomsten die tot doel hebben dat specifieke patiënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Deze bijeenkomsten worden door de eerste lijn, in samenspraak met de tweede lijn, georganiseerd.

**Verwijzing**

Onder verwijzen wordt verstaan: 'het overdragen van de behandeling door de huisarts aan de medisch specialist'. De medisch specialist wordt hoofdbehandelaar tot dat deze weer terugverwijst naar de huisarts.

Bij de beslissing van (terug)verwijzen dient rekening te worden gehouden met de situatie van de patiënt, de levensverwachting, het effect van de interventie op de lange termijn en de co-morbiditeit.

Raadpleeg voor afspraken en definities de samenwerkingsovereenkomst.

### **Verwijzing door huisarts naar longarts**

Een verwijzing naar de tweede lijn is geïndiceerd als het niet is gelukt om met de mogelijkheden binnen de eerste lijn de patiënt binnen de criteria van de basale assessment te houden.

In de verwijzing staat tevens duidelijk vermeld:

- Dat het een patiënt in ketenzorg DM of COPD betreft.
- Welke onderzoeken er de afgelopen drie maanden gedaan zijn.
- Wat de vraagstelling is aan de medisch specialist.

### **Terugverwijzing van longarts naar huisarts**

Indien het assessment door een longarts heeft plaatsgevonden, wordt gekeken of, en zo ja wanneer, de patiënt kan worden terugverwezen naar een behandeling dicht bij huis. Indien de behandeldoelen daar niet kunnen worden gehaald of bij een complexere somatische en/of adaptatieproblematiek, is er een indicatie voor verdere, intensieve begeleiding door een longarts. De longarts geeft in het DBC Zorgproduct de datum van einde behandeling aan. Er zal zo snel mogelijk een bericht van dit ontslag naar de huisarts toe gaan, waarna de huisarts weer hoofdbehandelaar wordt.

Patiënt met COPD met een lichte ziektelast:

Terugverwijzen (meestal na diagnostisch consult = consultatie) binnen drie maanden.

Patiënt met COPD met een matige ziektelast:

Stabiel en de behandeldoelen zijn inmiddels behaald: terug verwijzing na follow-up 3 - 12 maanden.

Instabiel en de behandeldoelen zijn niet gehaald: behandeling in tweede lijn.

Patiënt met COPD met een ernstige ziektelast:

Behandeling en follow up in tweede lijn, gedeelde zorg bij exacerbaties.

Bij terminale zorg kan in overleg met de patiënt voor terug verwijzing worden gekozen.

### **Interne verwijzing binnen het ziekenhuis**

Interne poliklinische verwijzing van de ene specialist naar de andere in geval van multimorbiditeit vindt pas plaats na overleg met de huisarts, tenzij er sprake is van spoed.

In het geval van klinische opname van een COPD-patiënt door een ander specialisme, zal gedurende de opname de COPD-zorg tijdelijk door de longarts worden overgenomen. De zorg wordt na de opname weer aan de huisarts overgedragen. Indien blijkt dat na opname de COPD-patiënt voldoet aan de criteria voor doorverwijzing naar de longarts, dan zal de huisarts de patiënt verwijzen.

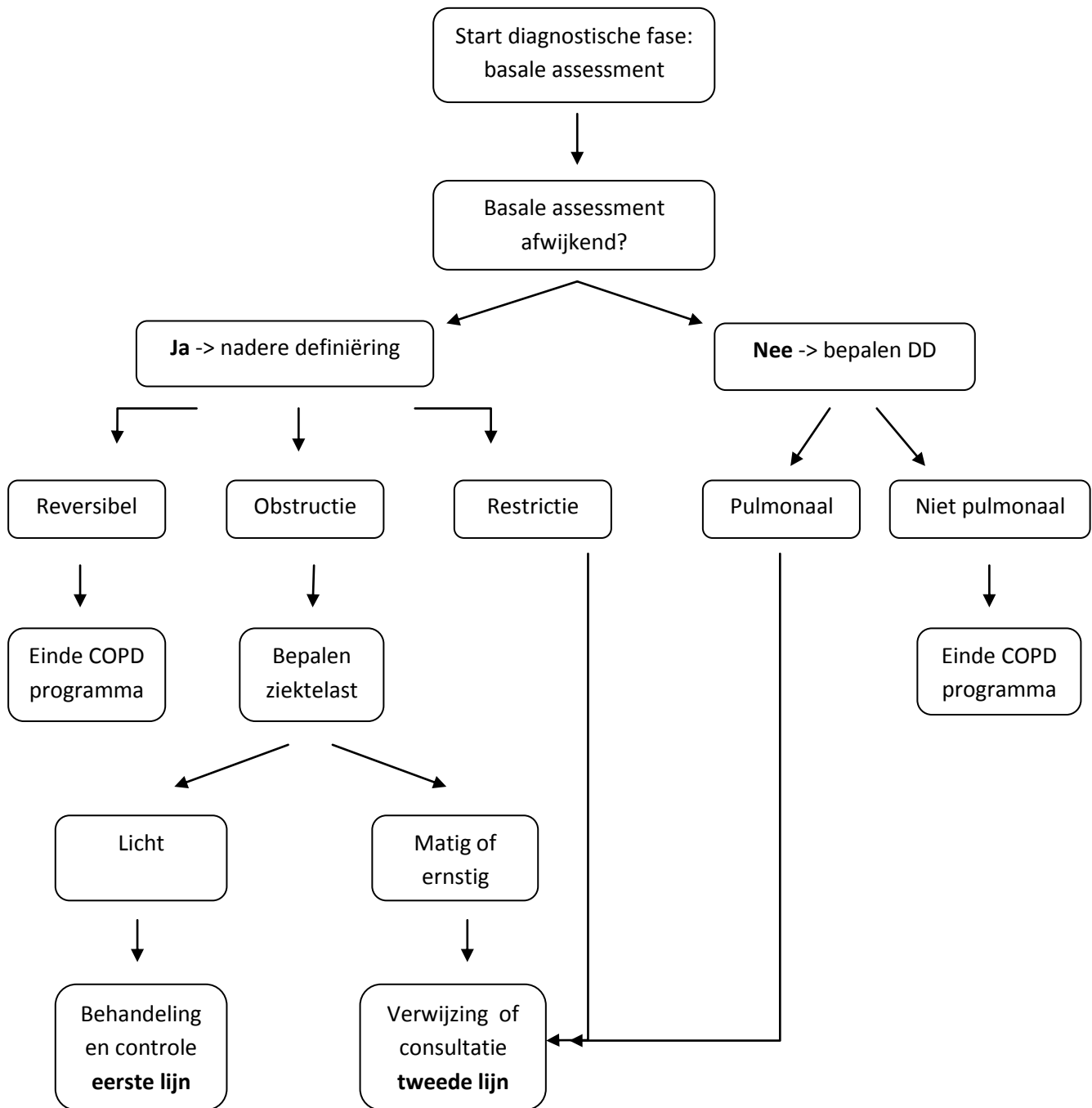
## **Berichtgeving**

Raadpleeg voor afspraken en definities de samenwerkingsovereenkomst.

Zie bijlage 5: HASP Richtlijn

## Bijlage 1: Stroomdiagram Assessment:

### Bepaling ziektelast en begeleiding eerste/tweede lijn



## Bijlage 2: Protocol COPD

Verwijzing LAN Zorgstandaard COPD: [www.longalliantie.nl/zorgstandaard-copd](http://www.longalliantie.nl/zorgstandaard-copd)

## Bijlage 3: Stroomdiagram verwijzing longarts

Verwijzing COPD-protocol HUS: [www.stadsmaatschap.nl](http://www.stadsmaatschap.nl) (binnenkort [www.huisartsenutrechtstad.nl](http://www.huisartsenutrechtstad.nl)), rubriek COPD

## Bijlage 4: Contactpersonen

### Huisartsen

Marian van Cuilenburg, Kaderhuisarts Astma/COPD Huisartsen Utrecht Stad

Roel Wennekes, Kaderhuisarts Astma/COPD CNWU

Ingrid Looijmans, Kaderhuisarts Astma/COPD Leidsche Rijn

### Longartsen

**UMC Utrecht:** via 0800-8099 centrale verwijzerslijn

Bart Luijk, longarts

Laura Mansvelder, COPD verpleegkundige

**Diakonessenhuis Utrecht:** via 088-2505555 huisartsenlijn

Renée van Snippenburg, longarts

Cynthia Caarls, COPD verpleegkundig specialist

**St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein:** 088-3203200 24-uurs huisartsenlijn

Hans van der Zeijden, longarts en Erik-Jan Oudijk, longarts

Bianca van Buuren en Remco Verbrugge, COPD verpleegkundigen

## Bijlage 5: HASP

NHG HASP richtlijnen:

<https://www.nhg.org/themas/artikelen/richtlijn-informatie-uitwisseling-tussen-huisarts-en-specialist-bij-verwijzen>.