

1. Inleiding

1.1. Doel

Het streven van OCE Nijmegen, CWZ en het Radboudumc is te komen tot een dynamische samenwerkingsrelatie waarbij de huisarts en de longarts optimaal gebruik maken van elkaars deskundigheid.

Belangrijke voorwaarden hiervoor zijn:

- De longarts en de huisarts weten wat zij van elkaar kunnen verwachten
- Heldere vraagstelling bij verwijzing of consultatie met daarbij de noodzakelijke patiëntgegevens
- Heldere terugrapportage over de bevindingen en (behandel)adviezen

1.2. Randvoorwaarden

Randvoorwaarden voor behandeling van COPD-patiënten in het OCE-zorgprogramma COPD zijn:

- De huisarts is op de hoogte van de actuele behandelrichtlijnen en voert de zorg uit conform de afspraken in het zorgprogramma, wanneer de patiënt wordt terugverwezen van de longarts naar de huisarts;
- Er is voldoende specifieke deskundigheid van de huisarts en praktijkondersteuner aanwezig;
- Alle betrokken zorgverleners hebben goede afspraken gemaakt over taakverdeling en samenwerking.

1.3. Leeswijzer

In dit document staan de consultatie-, verwijs- en werkafspraken tussen huisarts en longarts:

- Verwijscriteria;
- Werkafspraken t.a.v. spirometrie en intercollegiale consultatie;
- Verwijs- en werkafspraken t.a.v. zorgverlening die buiten het zorgprogramma valt.

2. Verwijscriteria voor COPD-patiënten naar de longarts

Verwijscriteria longarts	
Longfunctie	<ul style="list-style-type: none"> • FEV1 < 50% van de voorspelde waarden (GOLD III en IV) of • FEV1 < 1,5 liter
Klachten / Twijfel aan diagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Discrepantie tussen de ernst van de klachten en de objectieve bevindingen (o.a. spirometrie) • COPD op jonge leeftijd (NHG / Zorgstandaard COPD < 50 jaar) • Blijvende twijfel of het verminderde inspanningsvermogen het gevolg is van COPD dan wel hartfalen.
Gewicht	<ul style="list-style-type: none"> • Ongewenst gewichtsverlies: 5% /mnd. of 10% /6 mnd • BMI < 21 • laag VVMI zonder verklaring: < 16 (man), < 15 (vrouw)
Co-morbiditeit	<ul style="list-style-type: none"> • Bij complicerende of ernstige co-morbiditeit ¹
Arbeid	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsproblematiek, specifieke vraagstelling op het gebied van beperkingen in de werksituatie. Zijn er arbeidsgerelateerde factoren die bijdragen aan het ontstaan van de longproblemen.
Beweging	<ul style="list-style-type: none"> • Twijfel over beweegarmoede of inspanningsprobleem
Behandeldoelen niet bereikt	<p>Behandeldoelen worden niet of onvoldoende bereikt binnen circa 6 maanden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blijvende matige of ernstige ziektelast • Snel / progressief beloop (toename dyspnoe, afname inspanningsvermogen) ondanks maximale behandeling, ook bij een stabiele FEV1. • Progressief longfunctieverlies (bijvoorbeeld FEV1 > 150 ml/jaar) over tenminste 3 jaren (≥3 metingen) • Twee of meer exacerbaties per jaar waarvoor de patiënt werd behandeld met orale corticosteroiden • Vermindering van kwaliteit door persisterend forse klachten en problemen gerelateerd aan COPD (bv. CCQ ≥ 2; MRC ≥ 3) • Matige tot ernstige adaptatieproblemen • Mogelijke indicatie voor zuurstofbehandeling: verdenking hypoxemie (bijvoorbeeld perifere zuurstofsaturatie ≤ 92%, de saturatie bij inspanning > 3% of < 90% absoluut) • Mogelijke indicatie voor longrevalidatie • Matige tot slechte ziektelast op NCSI of ziektelastmeter

¹ NHG standaard COPD (derde herziening) alle bovenstaande punten. LTA COPD, Zorgstandaard COPD

3. Terugverwijscriteria voor COPD-patiënten naar de huisarts

Terugverwijs criteria huisarts	
Lichte ziektelast	<ul style="list-style-type: none"> • Terugverwijzen wanneer behandeldoelen bereikt zijn
Matige ziektelast	<ul style="list-style-type: none"> • Terugverwijzen wanneer behandeldoelen bereikt zijn, (meestal binnen 3 - 12 maanden) of • De zorg van de longarts draagt niet verder bij aan het verminderen van de ziektelast. <p>Na verwijzing longarts bij diagnostische problemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose COPD is gesteld • Patiënt heeft lichte tot matige ziektelast waarbij de zorg van de longarts niet bijdraagt aan het verminderen van de ziektelast. • Indien nodig worden afspraken gemaakt m.b.t. gedeelde zorg.
Ernstige ziektelast	<ul style="list-style-type: none"> • Blijven onder controle van de longarts, tenzij er geen behandelbare doelen meer zijn; dan kan terugverwezen worden

Patiënten met ernstige ziektelast blijven onder controle van de longarts. Toch kunnen zich situaties voordoen waarin de huisarts thuis zorg verleent (bijv. exacerbaties of terminale zorg). Hierover kunnen in de toekomst ook regionale afspraken tussen longartsen en de huisartsen worden gemaakt.

3.1. Rapportage en patiëntinformatie longarts bij terugverwijzing naar huisarts

Wie	Inhoud
Longarts	<p><u>Rapportage:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verloop van de klachten en longfunctie door de tijd • Bij terugverwijzen stelt de longarts een duidelijk medicamenteus en niet-medicamenteus advies op en verstrekt aan de huisarts relevante gegevens met betrekking tot het te verwachten ziektebeloop, medicatie, mate van ziektelast en toegepaste behandeling.
Longarts	<p><u>Informeert Patiënt over:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Overdracht van verdere behandeling door de huisarts • Gemaakte afspraken over de behandeling met de huisarts • Afsluiten van de behandeling door longarts • Vragen over medicatie en herhaalrecepten → bij huisarts

4. Werkafspraken binnen het OCE Nijmegen zorgprogramma COPD

Huisartsen kunnen COPD-patiënten die deelnemen aan het OCE Nijmegen zorgprogramma COPD doorverwijzen naar het CWZ, Radboudumc voor de volgende vragen:

- Spirometrie en beoordeling door de longarts
- Intercollegiale consultatie ook binnen het zorgprogramma
- Intercollegiaal consult door de longarts op de praktijk

Voorwaarden voor zorgverlening binnen het OCE zorgprogramma COPD:

- Voor zorg- en dienstverlening in het kader van het OCE Nijmegen zorgprogramma COPD opent het Radboudumc of CWZ geen DBC/DOT
- Verleende zorg wordt alleen in rekening gebracht bij OCE Nijmegen

Samenwerking 1^e en 2^e lijn bij exacerbaties

Samenwerking bij exacerbaties

De patiënt en zijn omgeving moeten weten wat te doen bij exacerbatie, bij voorkeur middels een schriftelijk actieplan met o.a. informatie over de bereikbaarheid van de hoofdbehandelaar binnen en buiten de kantooruren.

Er dient continue zorg gegarandeerd te zijn door de hoofdbehandelaar.

Patiënten die in de behandelfase onder controle van de longarts zijn maar zich melden bij de huisarts met COPD gerelateerde klachten, beoordeelt de huisarts volgens de standaard. Indien nodig overlegt de huisarts met de behandelend longarts. Bij patiënten die onder controle zijn van de huisarts maar zich desondanks (via de SEH) melden bij de longarts, beoordeelt de longarts de patiënt. Indien nodig overlegt de longarts met de huisarts of de Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer en verwijst de patiënt bij stabiele situatie terug naar de huisarts.

4.1. Spirometrie en beoordeling door de longarts (binnen OCE Nijmegen zorgprogramma)

Werkafspraken t.a.v. het aanvragen van spirometrie door de huisarts voor het monitoren van de ziekte COPD.

Ernst ziektelast	Frequentie Spirometrie
Instelfase	1-2x
Lichte ziektelast; niet roken; geen klachten	Niet
Lichte ziektelast; roken en/of klachten	1x per 3 jaar
Matige ziektelast	1x per jaar
Ernstige ziektelast	2 ^e lijn; indien in eerste lijn; 2x per jaar, tenzij in palliatieve fase

Wat	Werkafspraken spirometrie	Wie
Aanvraag: Bepalen FEV1, FVC, FEV1/FVC (FEV1 met reversibiliteit in diagnostische fase)	<u>Vorbereiding:</u> <ul style="list-style-type: none"> • NAW gegevens, klachten • Allergieën, eczeem, bronchiale hyperreactiviteit • Rookstatus • Longmedicatie • Vraagstelling 	Huisarts
Uitvoer Spirometrie	<ul style="list-style-type: none"> • Goede uitvoering, goed geblazen geforceerde curves • Beoordeling door longarts • Conclusie en advies aan huisarts • Terugrapportage binnen 5 dagen 	Longarts en longfunctielab
Terugkoppeling patiënt	<ul style="list-style-type: none"> • Bespreken uitslag met patiënt • Afspraken maken over het vervolg 	Huisarts

4.2. Intercollegiaal consult longarts (email/telefoon/zorgdomein)

Wat	Indicatie	Wie
Intercollegiaal consult	<ul style="list-style-type: none"> • Advies beoordeling diagnostiek, met name over spirometrie in eigen beheer/lab • Behandeladvies algemeen • Behandeladvies bij exacerbatie 	Huisarts

Deze activiteit vraagt van de huisarts een goede inschatting in hoeverre de vraag kort te beantwoorden is.

Wat	Werkafspraken intercollegiaal consult	Wie
Vorbereiding	Samenvatting diagnose en beleid, inclusief: <ul style="list-style-type: none"> • Spirometrie, CCQ, MRC, BMI • Rookstatus, beweegstatus • Longmedicatie en overige medicatie • Vraagstelling 	Huisarts

	<ul style="list-style-type: none"> Vermelding dat het een activiteit binnen OCE Nijmegen zorgprogramma COPD betreft 	
Intercollegiaal overleg	<ul style="list-style-type: none"> Beoordeling vraagstelling, zowel soort vraag als inhoud van de vraag Advies aan de huisarts Registreren frequentie vragen huisarts 	Longarts
Terugkoppeling patiënt	<ul style="list-style-type: none"> Bespreken conclusie (indien nodig) Afspraken maken over het vervolg 	Huisarts

Het is wenselijk om af te stemmen wanneer en hoe deze vragen het best kunnen worden gesteld (hoewel het telefonisch overleg op dit moment zo ad hoc en vlot is, dat het eigenlijk prima loopt, voor zowel Dekkerswald, Radboudumc als CWZ). In het kader van het OCE Nijmegen Zorgprogramma COPD dienen beide disciplines de frequentie van deze activiteiten apart te registreren.

5. Werkafspraken buiten OCE Nijmegen zorgprogramma (reguliere zorg)

Deze zorgverlening valt buiten het OCE zorgprogramma COPD:

- Verwijzing longarts voor nadere diagnostiek (diagnose onduidelijk; mogelijke restrictie); hierbij geeft de longarts vooral een antwoord op de vraag welke diagnose speelt en een behandeladvies.
- Verwijzing COPDnet (analyse integrale gezondheidstoestand) bij COPD-patiënten met matige ziektelast of hoger met onvoldoende behaalde doelen. Hierbij gaat het om patiënten met de diagnose COPD, waarbij de patiënt, ondanks interventies, zijn/haar doelen niet haalt. Hierbij volgt er een uitgebreide analyse in 3 dagdelen.

Voor deze zorgverlening opent het ziekenhuis een reguliere DOT/DBC en brengt de verleende zorg in rekening bij de zorgverzekeraar of de patiënt.

5.1. Verwijzing longarts nadere diagnostiek (buiten zorgprogramma = reguliere verwijzing)

Naast de verwijzingen binnen het OCE zorgprogramma COPD kan een patiënt ook via de gewone kanalen verwezen worden naar de longarts. Voor de indicaties hiervoor zie bovenstaande criteria. Bij consultatie of verwijzing formuleert de huisarts een adequate vraagstelling en geeft hij gestructureerd aan of het een diagnostisch of een behandelingsprobleem betreft en of het om kortdurende of langdurige begeleiding gaat.

Wat	Werkafspraken	Wie
Vorbereiding	Samenvatting diagnose en beleid, inclusief: <ul style="list-style-type: none"> Spirometrie, CCQ, MRC, BMI Rookstatus, bewegstatus, Longmedicatie en overige medicatie Vraagstelling en verwachting terugverwijzing 1^e lijn 	Huisarts
	<u>Uitvoering:</u> <ul style="list-style-type: none"> Uitvoering volgens actuele richtlijnen Conclusie en advies rapporteren aan huisarts Terugrapportage huisarts binnen 5 dagen 	Longarts

Terugkoppeling patiënt	<ul style="list-style-type: none"> Bespreken conclusie (indien nodig) Afspraken maken over het vervolg 	Huisarts
------------------------	--	----------

5.2 Verwijzing longarts COPDnet (buiten zorgprogramma = reguliere verwijzing)

Wat	Werkafspraken COPDnet	Wie
Vorbereiding	Samenvatting diagnose en beleid, inclusief: <ul style="list-style-type: none"> Spirometrie, CCQ, MRC, BMI Rookstatus, bewegingstatus, Longmedicatie en overige medicatie Alleen bekende COPD-patiënt met ziektelast matig of ernstig Vraagstelling 	Huisarts
Beoordeling en beleid	<ul style="list-style-type: none"> Beoordeling vraagstelling, zowel soort vraag als inhoud van de vraag Advies aan de huisarts 	Longarts
Terugkoppeling patiënt	<ul style="list-style-type: none"> Bespreken conclusie (indien nodig) Afspraken maken over het vervolg 	Huisarts

Voor de verwijzing wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van Zorgdomein. De huisarts geeft duidelijk de gegevens die op dat moment bekend zijn over de patiënt door aan de longarts en stelt een duidelijke vraag aan de longarts. Ook geeft de huisarts aan of hij/zij de patiënt na verdere diagnostiek terugverwezen wil hebben, dan wel dat hij/zij de behandeling volledig overdraagt aan de longarts.

De longarts rapporteert na het vaststellen van de diagnose of een (definitief) behandelplan, bij terugverwijzing of anders minimaal jaarlijks, en tussentijds bij nieuwe gezichtspunten die van belang zijn voor de huisarts.

De huisarts en longarts informeren elkaar bij een belangrijke verandering van de medicatie (zoals structurele wijziging van de onderhoudsmedicatie), bij voorkeur digitaal en indien dit niet mogelijk is schriftelijk.