

Regionale Transmurale Afspraak (RTA) COPD

Voorwaarden

Syntein en het Maasziekenhuis Pantein streven tot een dynamische samenwerkingsrelatie te komen, waarbij huisarts en longarts optimaal gebruik maken van elkaars deskundigheid. Voorwaarden hiervoor zijn:

- Bij consultatie of verwijzing formuleert de huisarts een adequate vraagstelling en geeft aan of het een diagnostisch of een behandlingsprobleem betreft
- De longarts rapporteert na het vaststellen van de diagnose, bij terugverwijzing, of anderszins minimaal jaarlijks
- De huisarts en longarts informeren elkaar bij een belangrijke verandering van de medicatie
- Er is voldoende specifieke deskundigheid van de huisarts en de praktijkondersteuner

Hoofdbehandelaar

De verwijsafspraken zijn gebaseerd op de Zorgstandaard COPD 2016 (LAN; Long Alliantie Nederland) en afgestemd op de regionale situatie. De RTA gaat in per 1 februari 2022.

Uitgangspunten voor verwijsafspraken tussen de huisarts en de specialist zijn:

- Na verwijzing naar longarts is deze de hoofdbehandelaar, na terugverwijzing is de huisarts weer hoofdbehandelaar.
- Bij gedeelde zorg is longarts hoofdbehandelaar. Patiënt kan zich bij exacerbaties wel richten tot de huisarts.

Verwijscriteria van 1^e naar 2^e lijn:

Op basis van inventarisatie van de 4 hoofddomeinen, zoals beschreven in NHGstandaard, wordt beoordeeld of er een nadere analyse nodig is, of dat er in samenspraak met de patiënt een individueel zorgplan in de 1^e lijn opgemaakt kan worden. Een nadere analyse in de 2^e lijn wordt geadviseerd onder de volgende omstandigheden:

Verwijscriteria	Toelichting
1. Diagnostische problemen	
Twijfel aan diagnose COPD op jonge leeftijd	Arbitrair <50 jaar
Ernstige persisterende fysiologische beperking	FEV1 < 50% pred of < 1,5l ondanks optimale behandeling
Verdenking op andere/bijkomende oorzaak	
Nooit gerookt en niet bekend met astma	
Ongewenst gewichtsverlies	> 5%/maand, > 10%/6 maanden of BMI<21, zonder andere verklaring
Verdenking hypoxemie	Bijv perifere saturatie <92%, desaturatie bij inspanning >3% of <90% absoluut
2. Niet of onvoldoende bereiken behandeldoelen ondanks adequate therapie	
Blijvende klachten en beperkingen gerelateerd aan COPD	CCQ ≥ 2, MRC ≥ 3
Snel progressief beloop	Toename dyspnoe, afname inspanningsvermogen, ook bij stabiele FEV1
Progressief longfunctieverlies	Bijv FEV1 > 150 ml/jaar over meerdere jaren

Mogelijke indicatie voor zuurstofbehandeling	
Mogelijk indicatie voor longrevalidatie	
Matig tot ernstig adaptatieprobleem	
≥ 2 longaanvallen per jaar	Ondanks behandeling LAMA+LABA evt icm ICS
3. Wens van de patient	

Bij de beslissing over consulteren en (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.

Terugverwijscriteria van 2^e naar 1^e lijn

Terugverwijscriteria	Toelichting
Lichte ziektelast	Na diagnostisch consult binnen 3mnd
Matige ziektelast	Stabiele pulmonale situatie en behandelgoal behaald na follow-up 3-12mnd
Ernstige ziektelast	Indien terminale zorg, altijd na overleg
Algemeen	In ontslagbrief wordt aangegeven wie verantwoordelijk is voor vervolg, zodat hierop ook HIS en deelname keten geactualiseerd wordt.

Bij terugverwijzen stelt de longarts een duidelijk medicamenteus en niet-medicamenteus beleid op en verstrekt aan de huisarts relevante gegevens met betrekking tot te verwachten ziektebeloop, medicatie, mate van ziektelast en toegepaste behandeling.

Boxmeer, 12 januari 2022

Longartsen: H. Peek en V. van Dooren
 Kaderhuisarts astma/copd io
 en medisch adviseur longzorg Syntein: M. Römken