

# Werkafspraken huisartsen – longartsen Bernhoven en JBZ

## Inleiding

Deze regionale afspraak is een vernieuwde versie van de regionale transmurale afspraak uit 2006. In 2011 is de afspraak gebaseerd op de zorgstandaard COPD, die door het LAN (long alliantie Nederland) is vastgesteld en op de NHG standaard COPD. De zorgstandaard kenmerkt zich in het categoriseren van COPD patiënten op basis van ziektelast. De ziektelast wordt ingedeeld in licht, matig en ernstig. De ziektelast geeft een indruk over de functiestoornis, klacht, beperking en kwaliteit van leven. Op basis van de ziektelast vindt de behandeling plaats in eerste lijn dan wel tweede lijn.

## Anamnese en lichamelijk onderzoek

Anamnese en onderzoek vinden plaats in de huisartsenpraktijk volgens de geldende richtlijnen en zoals ze in de zorgstandaard COPD is vastgesteld, hierbij wordt gebruik gemaakt van gevalideerde vragenlijsten, zoals de MRC en CCQ. Bij de anamnese wordt vooral gelet op het rookgedrag, uitgedrukt in het aantal pakjaren.

## Aanvullend onderzoek

- Spirometrie met reversibiliteitstest (uitgevoerd in de huisartsenpraktijk of in het ziekenhuis). Indien de FER <0,7 (met in acht nemen van de leeftijd) en niet reversibel dan is de diagnose COPD gesteld. Het uitvoeren van een steroidtest heeft geen meerwaarde en wordt daarom ontraden.
- Herhalen spirometrisch onderzoek bij patiënten ouder dan 60 en een FEV1 > 50%
- Thoraxfoto, indien er twijfel over de diagnose bestaat of men ernstige pulmonale co-morbiditeit vermoedt.
- BMI of de VVMI

Met de gegevens van anamnese, lichamelijk onderzoek en spirometrie wordt de ernst van de ziektelast vastgesteld.

## Behandeling

Streefdoelen van het beleid zijn

- stoppen met roken
- het verminderen van klachten
- het voorkomen of vertragen van een snelle achteruitgang van de FEV1 (> 100 ml verlies per jaar)
- het verbeteren van het inspanningsvermogen
- het voorkomen van exacerbaties
- handhaven van een goede voedingstoestand (streefdoel: BMI > 23 en < 27)
- het voorkomen of vertragen van complicaties en invaliditeit
- het verbeteren van de overleving en kwaliteit van leven
- Tevens zijn de individuele persoonlijke doelen in focus.

Voor voorlichting en adviezen, en de medicamenteuze behandeling wordt verwezen naar de NHG standaard COPD: behandeling (M27a).

## Controle door de huisarts

- bij instabiele situatie: 2 weken na medicatiewijziging
- bij stabiele situatie: tenminste 1 maal per jaar (bij Gold III en IV vaker)
- Tenminste eenmaal per jaar wordt de FEV1 bepaald., tijdens deze follow up wordt gebruik gemaakt van de MRC en CCQ om de mate van de ziektelast te beoordelen. De BMI of VVMI wordt bepaald

De controles zijn gericht op het behalen van de streefdoelen.

Bij de controles wordt aandacht besteed aan

- evaluatie van functiestoornis, klachten, ervaren beperkingen, inspanningsvermogen, kwaliteit van leven
- bespreken van problemen bij het stoppen met roken, evt. patiënt adviseren tot deelname SMR module
- beoordeling van het effect van de ingestelde behandeling
- controle van de therapietrouw en inhalatietechniek

- evaluatie van de voedingstoestand (bij overgewicht verwijzen naar diëtiste; bij ondergewicht of onbedoeld gewichtsverlies naar de longarts - zie ook onder verwijzing)
- evaluatie van het beweegpatroon, waarbij het uitgangspunt is de nederlandse norm van goed bewegen (5x30minuten/week)

### Verwijzing

De huisarts verwijst naar de longarts

1. in geval van diagnostische problemen zoals
  - discrepantie tussen de ernst van de klachten en de objectieve bevindingen (spirometrie)
  - vermoeden van maligniteit, restrictieve longaandoeningen of andere longaandoeningen
2. bij (vermoeden van) COPD < 50 jaar
3. indien patiënt nooit heeft gerookt of een onbehandeld astma heeft en COPD heeft
4. bij persisterende klachten/hinder, waarbij de MRC $\geq$ 3 en /of CCQ  $\geq$ 2
5. bij een ernstige vorm van COPD zoals
  - bij een FEV1 van < 50 % van voorspeld of < 1,5 liter ondanks optimale behandeling
  - bij een snel progressief verloop (> 100 ml verlies FEV1 per jaar)
  - bij onbedoeld gewichtsverlies van > 5 % binnen een maand of > 10% binnen een jaar
  - bij meer dan 2 exacerbaties per jaar waarvoor behandeling met orale corticosteroïden of een ziekenhuisopname nodig waren
  - verdenking hypoxemie, SaO<sub>2</sub> < 92%, perifere desaturatie bij inspanning > 3% of < 90% absoluut
6. bij mogelijke indicatie voor longrevalidatie en/of zuurstoftherapie
7. als vanwege de psychosociale situatie van de patiënt een verwijzing nodig geacht wordt.

### COPD consult

Verwijzing voor een COPD consult kan overwogen worden bij patiënten met een matige ziektelast met een instabiele situatie (ondanks max behandeling) en onder behandeling zijn van de huisarts

- waarbij een discrepantie bestaat tussen klachten en longfunctie
- met frequente exacerbaties
- met een BMI kleiner dan 21.

Het consult betreft een eenmalige beoordeling door de longarts gericht op het in kaart brengen van de risicofactoren en het schatten van de prognose van de patiënt.

Het COPD consult omvat

- een uitgebreid longfunctieonderzoek
- onderzoek van de voedingstoestand
- onderzoek van het inspanningsvermogen.
- uitgebreid assessment door de longarts ter beoordeling en exploreren van de ernst van de ziektelast

Op basis van de bevindingen brengt de longarts een advies uit aan de huisarts m.b.t. de verdere behandeling.

### Terugverwijzing

Patiënten die voor diagnostiek zijn verwezen worden na afronding van de diagnostiek terugverwezen naar de huisarts als de diagnose COPD gesteld wordt en er geen ernstige klachten bestaan.

Patiënten die verwezen zijn vanwege het niet of onvoldoende bereiken van de behandeldoelen worden door de longarts behandeld en ingesteld. Patiënten met lichte of matige ziektelast worden tijdens observatieperiode van 3-12 maanden naar de huisarts terugverwezen, met aangeven van specifieke aandachtspunten voor controle en beleid in de eerste lijn. Ook patiënten in een stabiele situatie met GOLD 3 functiestoornis kunnen worden terugverwezen.

**Niet terugverwezen** worden patiënten met Gold 3 (instabiel) en 4 en/of met ernstige co-morbiditeit omdat het hier gedeelde zorg betreft. Patiënten met een persisterende instabiele GOLD 2 blijven voorlopig bij de longarts.

### Gedeelde zorg

Exacerbaties kunnen in onderling overleg of door de huisarts of de longarts behandeld worden.

Goede en tijdige informatie-uitwisseling over de behandeling en ev. wijziging van medicatie is essentieel. Bij patiënten die langdurig orale corticosteroïden gebruiken (> 5 stootkuren per jaar) besteedt de voorschrijver aandacht aan osteoporose preventie. Bij patiënten met ernstiger vormen van COPD besteedt de huisarts aandacht aan de zorgbehoefte in de thuissituatie. Bij patiënten in een palliatieve/terminale fase van hun ziekte vindt onderlinge afstemming plaats tussen huisarts en longarts, waarbij de wens van de patiënt richting geeft aan dit overleg en beleid.