

## Regionale Transmurale Afspraken Utrecht

### Chronic Obstructieve Pulmonary Disease (COPD) / Astma

#### 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: Eindconcept	Looptijd: 1-1-2023 – 1-1-2025	Eigenaar: Trijn	Beheerder: RTA coördinator Trijn
Versie: Versie: 2.0			
Wijze van publicatie: Zorgdomein, websites partijen, website Trijn	Evaluatie datum: 1-1-2024	Verantwoordelijken: Expertgroep COPD/astma	E-mailadres contactpersonen: zie bijlage 1

## Doelstelling

Het doel van de Regionale Transmurale Afspraak (RTA) is het uniformeren van afspraken tussen de eerste en tweede lijn met betrekking tot consultatie, (terug)verwijzing en berichtgeving in de regio Midden-Nederland, waarbij we ons inhoudelijk baseren op de beroepsstandaarden, met name de NHG-standaarden voor Astma en COPD. Voor meer informatie over een standaard diagnostisch en therapeutisch traject verwijzen we naar deze standaarden (zie ook bijlage 2).

## Bijlagen

Zie bijlage 1: Contactpersonen

Zie bijlage 2: Relevant naslagwerk

## Consultatie versus verwijzing

- Het kenmerk van consultatie is dat het hoofdbehandelaarschap en de verantwoordelijkheid voor de behandeling bij de vragende partij blijven. Consultatie kan een specifieke patiënt betreffen of plaats vinden voor meerdere patiënten tegelijk tijdens casuïstiek-besprekingen. In het geval van een poliklinisch traject vindt verwijzing van de ene specialist naar een andere specialist alleen plaats na overleg met de huisarts, tenzij er sprake is van spoed.
- Bij twijfel of verwijzing noodzakelijk is, kan de huisarts bij voorkeur eerst de kaderhuisarts consulteren. Zo nodig kan de longarts geconsulteerd worden.
- Het kenmerk van verwijzing en terugverwijzing is dat het hoofdbehandelaarschap wordt overgedragen.

In het geval van een verwijzing voor een poliklinisch traject bij de specialist wordt de specialist hoofdbehandelaar voor de specifieke longaandoening. Het hoofdbehandelaarschap voor overige aandoeningen blijft bij de huisarts

In het geval van een klinische opname wordt de specialist gedurende de opname volledig hoofdbehandelaar, waar nodig (als er ook andere aandoeningen aanwezig zijn, bijvoorbeeld COPD + longcarcinoom) met het inschakelen van andere specialisten. In het geval van een klinische opname voor een niet-longgerelateerde aandoening, neemt de longarts zo nodig de verantwoordelijkheid voor de longaandoening (tijdelijk) over.

## Redenen om de specialist te consulteren of naar de specialist te verwijzen in het kader van COPD

Hieronder zijn de redenen om te verwijzen naar de longarts weer gegeven. Bij twijfel of verwijzing noodzakelijk is, kan de huisarts ervoor kiezen om (eerst) de kaderarts of longarts te consulteren.

- Onzekerheid over de diagnose, zoals bij
  - Discrepantie tussen onderzoek en ervaren klachten
  - COPD op jonge leeftijd ( $\leq 50$  jaar)
  - Uitsluiting van restrictie
- Ernst van de klachten, zoals:
  - Blijvende klachten, hinder en beperkingen ( $CCQ \geq 2$ ,  $MRC \geq 3$ ) ondanks optimale behandeling
  - Een acute longaanval die niet voldoende verbetert na eerste interventies
- Frequente ( $\geq 2$  per jaar) longaanvallen waarvoor een orale corticosteroïdkuur (al dan niet gecombineerd met antibiotica) of een ziekenhuisopname noodzakelijk is ondanks duo-therapie (LAMA met LABA zonder ICS, of LAMA of LABA met ICS) of triple therapie
- Snel progressief beloop: toename dyspneu, afname inspanningsvermogen, daling van FEV1 met gemiddeld  $> 150$  ml per jaar gedurende  $\geq 3$  jaar ( $\geq 3$  metingen) ondanks maximale behandeling
- $FEV1 < 50\%$  van de voorspelde waarde of  $< 1,5$  l ondanks optimale behandeling
- Verminderde voedingstoestand of ongewenst gewichtsverlies ten gevolge van COPD
- Complexe comorbiditeit of ernstige problemen op meerdere subdomeinen, waarbij de longarts kan bepalen of patiënt in aanmerking komt voor longrevalidatie
- Werk gerelateerde problemen of belemmeringen. In dit geval is, naast consultatie van of verwijzing naar de longarts, ook het betrekken van de bedrijfsarts een mogelijkheid.
- Psychosociale problemen of problemen met het omgaan met de ziekte. Overweeg in dit geval of verwijzing naar de longarts is aangewezen of eerder verwijzing binnen de GGZ-echelons.

## Redenen om de specialist te consulteren of naar de specialist te verwijzen in het kader van Astma

Hieronder zijn de redenen om te verwijzen naar de longarts weer gegeven. Bij twijfel of verwijzing noodzakelijk is, kan de huisarts ervoor kiezen om (eerst) de kaderarts of longarts te consulteren.

Redenen om te verwijzen naar de longarts zijn

- Onzekerheid over de diagnose, zoals bij
  - Discrepancie tussen onderzoek en ervaren klachten
  - Anamnese voor astma maar een normale spirometrie (zonder reversibiliteit of variabiliteit), waarbij de patiënt in aanmerking komt voor (onder andere) een histamineprovocatietest.
- Ernst van de klachten, zoals:
  - Onvoldoende effect van de behandeling (ACQ6 score  $\geq 0,75$  of ACT score  $< 20$ ) na 3-6 maanden (of het niet bereiken van de persoonlijke behandeldoelen) ondanks stap 4-medicatie
  - Een acute longaanval die niet voldoende verbetert na eerste interventies zoals beschreven in de NHG-standaard
- Frequente longaanvallen ( $\geq 2$  per jaar) waarvoor een orale corticosteroïdkuur (al dan niet gecombineerd met antibiotica) of een ziekenhuisopname noodzakelijk is ondanks adequate onderhoudsbehandeling en voorlichting
- Patiënten met complexe comorbiditeit
- Topsport
- Het vermoeden van door het werk veroorzaakt astma, of bij toename van astmaklachten door het werk, waarbij het werk of de loopbaanplanning in gevaar komt. In dit geval is, naast consultatie van of verwijzing naar de longarts, ook het betrekken van de bedrijfsarts een mogelijkheid.
- Bij ernstige allergie waarbij (mogelijk) sprake is van een indicatie voor immunotherapie. Overweeg in dit geval is, naast consultatie van of verwijzing naar de longarts, ook verwijzing naar de allergoloog.

## Terugverwijscriteria

Verwijs de astma of COPD patiënt terug indien:

- De vraag van de huisarts of patiënt beantwoord is
- De diagnostiek in de 2e lijn afgerond is
- Het beleid door de huisarts kan worden voortgezet
- Bij goede astmacontrole gedurende 3 maanden met stap 4-medicatie

Indien het de wens van de patiënt is om bij de specialist onder behandeling te blijven, probeer dan via een 'warme overdracht' de patiënt alsnog over te dragen naar de huisarts.

## Berichtgeving

Afspraken over het uitwisselen van informatie zijn gebaseerd op de richtlijn HASP.

Op welke momenten is informatie-uitwisseling in elk geval geïndiceerd:

- Verwijzing voor een poliklinische behandeling
- Verwijzing voor een klinische behandeling
- Terugverwijzing na klinische behandeling
- Terugverwijzing na poliklinische behandeling
- Tussentijdse updates van huisarts naar specialist (in elk geval in het geval van de behandeling van een longaanval bij een patiënt die onder hoofdbehandelaarschap van de longarts valt)
- Tussentijdse updates van de specialist naar de huisarts (in elk geval jaarlijks, of als er relevante informatie is over diagnostiek of behandeling)

Welke informatie dient uitgewisseld te worden:

- Kort en kernachtig een beschrijving van de context plus de vraag aan, of het advies aan, de ontvangende partij. Voorbeelden:
  - De patiënt neemt deel aan telemonitoring in de tweede lijn en dient bij longaanvallen direct contact op te nemen met de specialist.
  - De huisarts behandelt de longaanval van de patiënt die onder behandeling is van de specialist en adviseert een extra controlemoment bij de longverpleegkundige na twee weken.
- Een relevante dossiersamenvatting  
Deze wordt automatisch gevuld vanuit HIS en ZIS. Verwijder de default ingevulde informatie die niet van belang is voor de ontvangende partij. Beperk de informatie uitsluitend tot de relevante zaken.
- Geef helder aan wie de hoofdbehandelaar is voor welke aandoening, in geval van meerdere aandoeningen (bv COPD + longcarcinoom) / behandelaars bij één patiënt.

## **Bijlage 1: Contactpersonen / expertgroep COPD / Astma**

### **Huisartsen**

Maret Zonneveld, Kaderhuisarts Astma/COPD Unicum

Roel Wennekes, Kaderhuisarts Astma/COPD RegiozorgNU

Ingrid Looijmans, Kaderhuisarts Astma/COPD RegiozorgNU

Clara Wilkens, Huisarts / Sterkzorg Utrecht (contact via: [vanvulpen@huisartsenutrechtstad.nl](mailto:vanvulpen@huisartsenutrechtstad.nl))

### **Verpleegkundig specialist / verpleegkundigen**

Nelleke Torrenga, Verpleegkundig specialist AGZ / Longgeneeskunde, Sterkzorg Utrecht  
([ntorrenga@gclombok.nl](mailto:ntorrenga@gclombok.nl))

Barbara Jiskoot, Longverpleegkundige, Sterkzorg Utrecht

### **Longartsen**

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

Elize Berg, longarts

Margiret Stellingwerf, longarts

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

Erik Jan Oudijk, longarts

Annebel Martina, verpleegkundig specialist i.o.

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

Hans Hardeman, longarts

## Bijlage 2: Relevant naslagwerk

<https://www.longalliantie.nl/>

<https://www.dopingautoriteit.nl/>

<https://longnetwerkutrecht.nl/>

<https://inhalatorgebruik.nl/nl/home>

<https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/copd>

<https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/astma-bij-volwassenen>

<https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/astma-bij-kinderen>