

# WERKTRAJECT LONGPATIENTEN



CELLO huisartsenzorg

**CELLO**  
**Leiden**

**Mei 2011**

## Inleiding

CELLO, Coöperatie Eerste Lijn Leiden en Omstreken, is een organisatie van solistisch werkende huisartsen, gestart op 1 april 2009. Momenteel zijn er 13 huisartsen bij CELLO aangesloten. Samen zijn zij verantwoordelijk voor de zorg van ruim 30.000 patiënten. Bij CELLO werken vijf (parttime) praktijkondersteuners en twee (parttime) administratieve medewerkers. Regelmatig lopen er stagiaires mee. De praktijkondersteuners en de administratieve medewerkers werken op een aparte locatie (Doezastraat 1 2311GZ Leiden). Vanaf 01-01-2010 is de coöperatie gestart met de doelgroep COPD en vanaf 01-02-2011 met de doelgroep Astma.<sup>1</sup>

Bij Cello is een Longcommissie werkzaam, bestaande uit twee huisartsen en twee praktijkondersteuners. De longcommissie geeft aansturing en ondersteuning van de te geven zorg. Zij hebben de CASPIR-cursus.<sup>2</sup> gevolgd en wonen regelmatig nascholingen bij.

### Werktraject:

**Aanmelding** van een patiënt met (verdenking op) COPD en/of Astma gaat via het ketenzorg-computerprogramma Citokis. Het kan ook met een aanmeldingsformulier (fax). De patiënt wordt vanuit Cello per brief (met aanwijzingen) uitgenodigd voor het longspreekuur.

De poh neemt tijdens het **eerste consult** een spirometrie<sup>3</sup> en anamnese af. Zij bespreekt met de patiënt de aandachtspunten die zij aan de huisarts zou willen voorleggen. Deze gegevens gaan via Citokis naar de huisarts (en/of per fax). Er wordt wel, vooruitlopend op het advies van de huisarts al een vervolgspraak gepland met schriftelijke aanwijzingen voor een controle-spirometrie<sup>4</sup>. Wenst de huisarts een andere aanpak/tijdspad dan wordt de vervolgspraak aangepast.

De patiënt moet na het consult op Cello een **afspraken met zijn of haar eigen huisarts** maken voor het bespreken van de uitslag spirometrie en van het poh-consult. De patiënt verneemt van de huisarts de diagnose en het te volgen beleid/vervolgtraject. Dit beleid wordt ook door

---

<sup>1</sup> Als leidraad voor diagnosevorming en behandeling alsook verwijsriteria, wordt gebruik gemaakt van de NHG standaarden 2007: Astma/COPD bij volwassenen, van de NHG-Praktijkhandleiding Astma/COPD, diagnostiek en behandeling.

<sup>2</sup> CASPIR staat voor COPD, Astma en Spirometrie. Aan dit project nemen verschillende beroepsverenigingen deel, waaronder de CAHAG (COPD & Astma Huisartsen Advies Groep).

<sup>3</sup> De eerste keer zal altijd een reversibiliteitstest afgenomen worden tenzij de arts anders aangeeft. Cello heeft een apart protocol voor het uitvoeren van spirometrie en onderhoud spirometers.

<sup>4</sup> Bij verdenking Astma altijd een reversibiliteitstest waarbij de patient voor onderzoek aantal uren geen luchtwegverwijders mag gebruiken. Bij COPD neemt de patiënt zijn medicatie op dag van (controle) spirometrie wel in.

de huisarts naar de poh teruggekoppeld, zodat er een eenduidig beleid kan volgen (bericht via Citokis).

Uiteraard is er altijd de mogelijkheid voor telefonisch overleg tussen huisarts-poh.

Tijdens de **vervolgconsulten** bij de poh's wordt gebruikt gemaakt van diverse vragenlijsten. Bij patiënten met COPD zijn dat de MRC score<sup>5</sup> en de CCQ<sup>6</sup> en voor Astma de ACQ<sup>7</sup>. Deze staan ook in het Citokisprogramma. Er zal zoveel mogelijk aandacht zijn voor uitleg ziektebeeld en behandeling/medicatie, inhalatie-instructie en andere mogelijke aandachtspunten. De problematiek zal uiteraard per patiënt verschillen.

Nieuw in de COPD-zorg is de **Zorgstandaard COPD** opgesteld door de Long alliantie Nederland (LAN), die naast de GOLD-indeling aandacht besteedt aan de door de patiënt ervaren ziektelast<sup>8</sup>. Cello wacht de adviezen van de CAHAG<sup>9</sup> af voordat er mee gestart wordt.

**Rookstop-begeleiding** wordt (nog?) niet vergoed. De longcommissie vindt dit een te belangrijk onderdeel van de behandeling. Besloten is om per patiënt een eenmalig consult van 30 minuten bij de praktijkondersteuner aan te bieden. Motivatie en behandelopties komen aan bod maar voor de uitvoering ervan wordt (terug)verwezen naar de huisarts.

**De huisarts stelt de diagnose** en is verantwoordelijk voor vervolgonderzoek als de diagnose onduidelijk is. Probleemgevallen of onduidelijkheden kunnen door de huisarts van de betreffende patiënt met de proeftuinspecialist (kaderarts of specialist die aan Cello verbonden is) besproken worden. Dit is Longarts R. van Klink verbonden aan het Diaconessen Ziekenhuis.

---

<sup>5</sup> de Medical Research Council (MRC) Dyspnoe score; een meetinstrument voor dyspnoe, de mate van kortademigheid

<sup>6</sup> de CCQ, de Clinical COPD Questionnaire

<sup>7</sup> ACQ staat voor Asthma Control Questionnaire

<sup>8</sup> op [www.longalliantie.nl](http://www.longalliantie.nl) gratis te downloaden

<sup>9</sup> CAHAG staat voor COPD & Astma Huisartsen Advies Groep. Het is een netwerkorganisatie van (kader-)huisartsen met speciale belangstelling voor COPD en Astma

De **aanbevolen controlefrequentie** voor patiënten met COPD door huisarts en praktijkondersteuner is (gebaseerd op de NHG):

Ernst COPD	POH	HA
GOLD 1 (FEV1 $\geq$ 80% van de voorspelde waarde)	in startjaar 2 x of meer per jaar  spirometrie, voorlichting, inhalatie-instructie, klachten/medicatie analyseren en verbeterpunten aandragen, stoppen met roken beleid daarna 1 x per jaar voor controle spirometrie (ten tijde van stabiele fase en met gebruik van eigen medicatie wordt spirometrie verricht, voor en na extra luchtwegverwijders, zoals in een 'postmeting') en consult.	1x per jaar, na ontvangen uitslag spirometrie, en daarna afhankelijk van ieders persoonlijke inschatting
GOLD 2 (FEV1 80 – 50 % van de voorspelde waarde)	bij stabiele patiënt 1 - 2 x per jr (1 x spirometrie) en dezelfde aandachtspunten als hierboven (aandacht voor gewicht) bij niet stabiele patiënt consulten uitbreiden	1 x per jaar  bij niet stabiele situaties ad hoc en afhankelijk van ieders persoonlijke inschatting
GOLD 3 (FEV1 50 - 30 % van de voorspelde waarde)	patiënt hoort onder behandeling van longarts. (zo niet, overleggen met huisarts)	Verwijzing naar longarts, indien anders: in stabiele situaties zeker 1 x per jaar, bij niet stabiele situaties ad hoc/eigen inschatting

De aanbevolen controlefrequentie voor patiënten met Astma door huisarts en praktijkondersteuner is (gebaseerd op de NHG):

Indeling astma	POH	HA
Intermitterend astma (symptomen < 1 maal per week)		In NHG standaard (2007) geen controle meer nodig. (was 1x per jaar naar huisarts)
Mild persisterend astma (symptomen > 2 maal per week)	1 x per 3 tot 6 maanden	minimaal 1 x per jaar, afhankelijk van klachten
Matig persisterend astma (niet bereiken streefdoel ondanks 3 maanden matige dosis ICS)	1 x per 3 maanden of vaker	minimaal 1 x per jaar, afhankelijk van klachten
Ernstig persisterend astma (niet bereiken streefdoel ondanks medicatie bij matig persisterend astma)	Indien patient bij longarts is, maar educatie noodzakelijk 2-4 x per jaar i.o.m. 2 <sup>e</sup> lijn /longverpleegkundige	Minimaal 1x per jaar, afhankelijk van klachten en exacerbaties. Zo nodig doorverwijzing naar longarts.

Niet iedere patiënt zal precies in zo'n schema passen en daarom is enige bewegingsvrijheid wel reëel.

**Taken die niet gedelegeerd mogen worden aan de praktijkondersteuner zijn:**

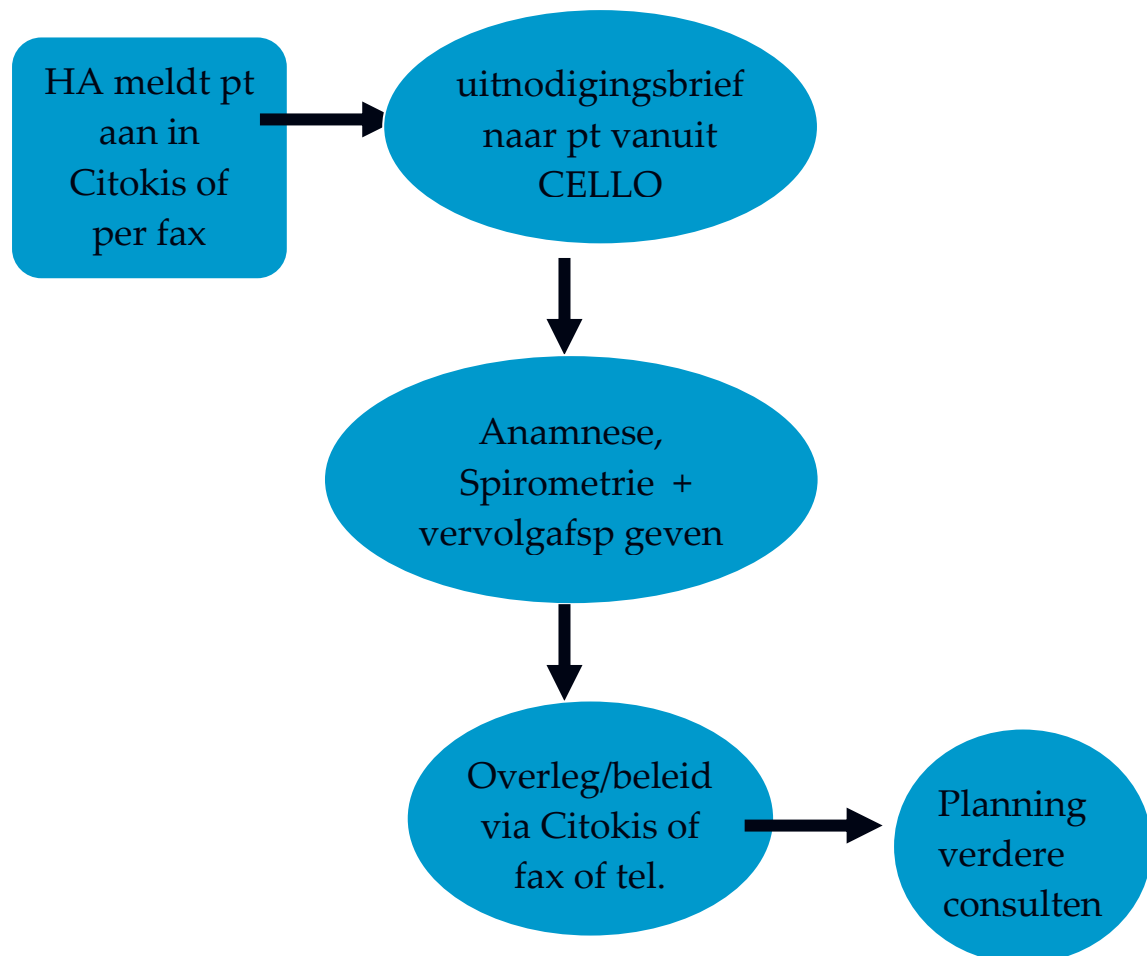
- het stellen van een diagnose
- het bepalen of wijzigen van het behandelingsbeleid
- het ondertekenen van recepten.

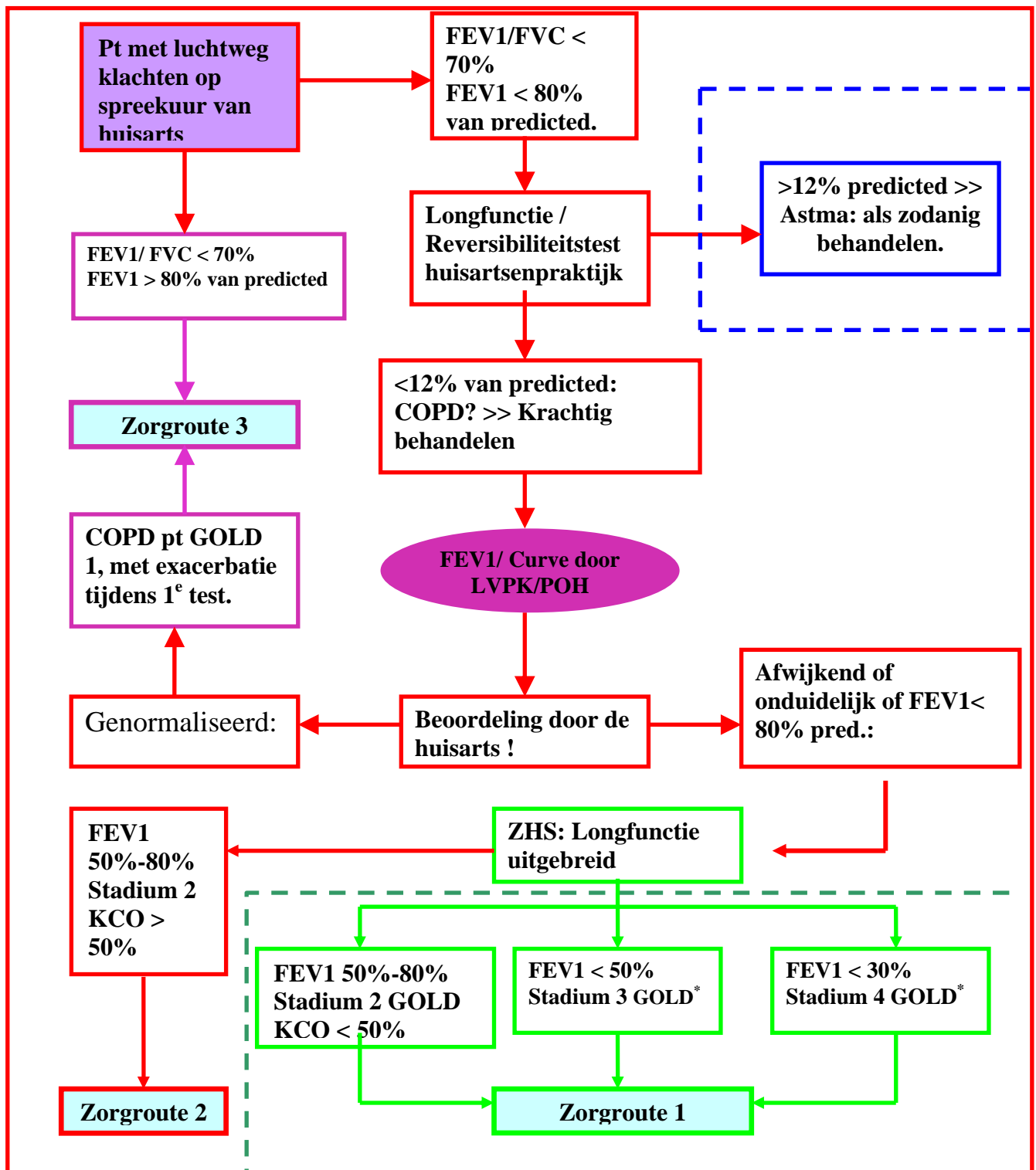
De poh's zullen in overleg met de longcommissie de voor haar noodzakelijke **bijscholingen** volgen om optimale zorg te kunnen geven. Zij kunnen, net zoals bij Diabeteszorg, voorstellen doen ter verbetering van de zorg, zoals aanpassing leefstijl en/of aanpassing medicatie. Iedere huisarts kan zelf zijn of haar voorkeuren voor deze zorg aangeven, dus wat er specifiek wel of niet van een poh-consult verlangd wordt.

De huisarts blijft eindverantwoordelijke (WGBO) en moet derhalve controle houden op de wijze waarop de praktijkondersteuner de gedelegeerde taak uitvoert. Controle is ook te zien als begeleiding van de praktijkondersteuner.

Protocollen voor de inhoud van de zorg alswel de uitvoering en onderhoud apparatuur zijn op Cello aanwezig en ook merendeels op de Cello website.

Tot slot schema's van de 'CELLO-route' en een stroomdiagram uit het protocol transmurale samenwerking van het Diaconessenziekenhuis te Leiden (verschil is dat daar wordt uitgegaan van een reversibiliteit van 12% van de voorspelde waarde en niet zoals NHG-standaard van 12% van de uitgangswaarde).





**Zorgroute 1:** COPD patiënten GOLD 3 en 4 (+ GOLD 2 indien KCO < 50%). Hoofdbehandelaar is de longarts. De patiënten worden 2-6 keer per jaar door de longarts / nurse practitioner gezien. De longarts en de huisarts hebben zo nodig overleg over deze patiënten. 1x / 2 jaar ontvangt huisarts brief van de longarts.

**Zorgroute 2:** COPD patiënten GOLD 2. Huisarts is hoofdbehandelaar. Patiënten worden 1 keer per jaar door de huisarts en 1 x per jaar door de LVPK/POH gezien. Patiënten die een matige/milde vorm van COPD hebben worden door de LVPK/POH bij de huisarts geëvalueerd en vervolgd, hierbij blijft de huisarts de hoofdbehandelaar. Afspraak bij de longarts 1 x per 2 jaar. Indien GOLD 2 + KCO < 50% dan ernstig emfyseem zeer waarschijnlijk behandeling mede door de longarts (volgens zorgroute 1).

**Zorgroute 3:** COPD patiënten GOLD 1, 1x per 2 jaar FVM meting bij de LVPK/POH, en bij klachten FEV1 op de hand held spirometer bij de huisarts. Lifestyle adviezen LVPK/POH; Stoppen met roken advies / begeleiding + bewegingsadvies.