

## Verslag HKA-werkgroep COPD-astma

Aanwezig: Rob Schotsman, Barbara van Maanen, Anaïs van Essen, Jeroen Baars, Lili van Rhijn (huisartsen), Ralph Umans, Carin Flendrig (apothekers), Ellen Kristel (longverpleegkundige), Ivonne Wilting, Bob van den Berg (longartsen), Mieke Schoenmakers (diëtist), Thea Barendse (Lorna-fysiotherapeut)

Notulist : Willemien Rietman

Datum : 30 juni 2015

Tijd: 17.30 – 19.00 uur

Locatie : Plantage Middenlaan 14

---

### 1. Opening

Lili van Rhijn opent de vergadering en heet iedereen, in het bijzonder de gasten, van harte welkom.

Vandaag bespreken we het “stedelijk protocol gestructureerde zorg astma en COPD”, dat Barbara van Maanen, kaderlongarts heeft geschreven. Met de aanvullingen van vandaag wordt een laatste versie gemaakt, die eind juli nog eenmaal wordt rondgestuurd. Eind augustus zou dan de definitieve versie klaar moeten zijn. In het najaar zal de aandacht uitgaan naar implementatie van de transmurale afspraken die hiermee samenhangen.

Na een voorstelrondje licht Barbara toe welke punten nog zijn gewijzigd na de meeleesronde.

### 2. Discussiepunten

- **Diëtist en voedselallergie.** Longgevoeligheid bij voedselallergie speelt soms, daarom belangrijk om voedselallergie uit te sluiten. Is dat een goed argument om het op te nemen in het protocol? Zowel longarts als huisarts vinden het niet relevant, hoogstend voor kinderen? Dit is een protocol voor volwassenen. Besluit: komt er niet in.
- Moet een fysiotherapeut een **LORNA-therapeut** zijn? Er is een duidelijke voorkeur voor LORNA-therapeuten. Zeker omdat de patiëntengroep steeds “zwaarder” wordt en dus hoge eisen gesteld worden. In kosten maakt het geen verschil, op de website van LORNA staat een kaart. Er is voldoende diversiteit en aanbod. Besluit: ja, moet een Lorna therapeut zijn
- Verwijscriterium matige/ernstige problemen met **omgaan met ziekte.** Longarts: het kan helpen in een kortdurend consult uit te leggen wat er speelt. Ook de longverpleegkundige van het ziekenhuis kan uitleg geven. Een multi-disciplinaire setting, met fysio, diëtist, psycholoog en arts bereikt wel wat. Soms verwijzing naar Heideheuveld nodig.

De huisarts heeft een POH, die kan de patiënt goed ondersteunen. Komt ook bij mensen thuis.

De longverpleegkundige van Cordaan komt juist bij de mensen thuis en kan goed in kaart brengen of er adaptatieproblemen zijn. De huisarts ontvangt een verslag van het huisbezoek. Een bezoek van de longverpleegkundige heeft meerwaarde boven een huisbezoek van de POH bij adaptatieproblemen.

Besluit: Er zijn geen harde criteria wanneer je naar de longarts of naar de longverpleegkundige van Cordaan verwijst of naar de POH-GGZ in de praktijk. Wel zachte criteria. Deze worden toegevoegd.

- **Rol apotheker.** Taken apotheker zijn beschreven, met name de momenten waarop zij kunnen controleren. Gedachte van Barbara: per regio afspraken maken, niet stedelijk vastleggen. De apothekers vragen de huisartsen om relevante info, liefst de diagnose waarvoor het recept gemaakt is. De apotheker ziet nl. niet welke patiënt astma heeft, welke COPD. De apotheker kan zo beter adviseren over goed geneesmiddelgebruik.

Vorm waarin de apotheek het middel levert: Longarts: als de apotheker iets anders verstrekt dan de arts voorschrijft, kan het verkeerd uitpakken. Maar de apotheker wordt ook gestuurd door de zorgverzekeraar, dus communicatie is belangrijk. Als er een device wordt geadviseerd is het belangrijk dat middel en device worden verstrekt zoals op het recept. Recepten via de RING verstuurd komen er bij de apotheker soms anders uit dan verstuurd, dwz het is niet altijd duidelijk bij de apotheek welk device gevraagd wordt.

Besluit: Over de communicatie wordt een standpunt opgenomen in het protocol, nl. dat er altijd overleg is tussen apotheker en arts als er een ander middel wordt verstrekt tov het voorgeschreven middel. Verder regionale afspraken apotheker-huisarts

- **Leeftijdsgrenzen** van dit protocol, zowel astma als COPD. Astma voor volwassenen, wanneer begint dat? Bij 16 jaar. COPD vanaf 40 jaar? Alles onder de 40 moet naar de longarts. Iemand van 45 met een duidelijke rookhistorie hoeft niet verwezen. Bij 40 ligt de grens.

Belangrijk om de diagnose astma niet te missen! Gevaar is een onbehandelde astma die zich richting COPD ontwikkelt.

Tot welke leeftijd moet iemand in de keten blijven? Leeftijd tot 80 jaar is vermeld.

Tot wanneer blijft een COPD-er in de keten? Als iemand niet meer rookt en stabiel is, hoeft ie niet meer te blazen.

Besluit: ondergrens astma: 16-18 jr, COPD: 40-45 jr. Bovengrens afhankelijk van vitaliteit en overige comorbiditeit.

- **Stoplichtkaarten.** Er zijn er meerdere. Die van het Longfonds moet besteld worden, die van de ROHA is het meest praktisch, omdat ie zo geprint kan worden. Nadeel is: als je geen kleurenprinter hebt. Plus het papier is slap. De kaart van het Longfonds is duurzamer. De wens is om allemaal dezelfde te gebruiken om

verwarring (bij de patiënt) te voorkomen. Besluit: de stoplichtkaart van het Longfonds krijgt de voorkeur, is duurzaam en gratis.

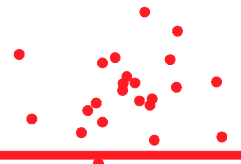
- **Taken en werkzaamheden van de disciplines.** Opnemen in protocol of alleen de opleidingseisen? Besluit: Alleen opleidingseisen LORNA-fysiotherapeuten en diëtist met longaantekening.
- **Coderen bij dubbeldiagnose:** moeten we enkel of dubbel coderen? Het blijft ingewikkeld. Voor de keten is het van belang. CAHAG vindt dat er een dominante diagnose moet zijn. Het helpt de huisarts bij de ketenzorg, dus bij de zorg die je levert. Het helpt bij de keus voor een keten. De POH heeft liever twee diagnoses. In het HIS kun je anders je info niet kwijt.  
Besluit: Barbara maakt een nieuwe formulering en legt die nogmaals aan de werkgroep voor.
- **CVRM.** Daarover hadden we al een keuze gemaakt. En die is: te handelen volgens standaard CVRM. Keuze betekent dat je patiënten apart voor elke keten oproept.
- **Schema** zorg & behandeling volgens individueel zorgplan, pag 22 protocol. POH's zijn dol op schema's omdat het alles samenvat. Barbara gaat het aanpassen.
- **Rolverdeling huisarts en POH.** Staat niet uitgebreid uitgeschreven, waar huisarts staat, kun je lezen als: huisarts of POH, maakt huisarts zelf uit met POH. Behalve bij scharnierconsult. Wanneer de POH de huisarts moet inschakelen beschrijven.

### 3. Losse vragen van Barbara

- Longrevalidatie en inspanningstest. Wat is wel en niet nodig? Doel inspanningstest is het filteren van cardiale problemen. Voor tweedelijnsrevalidatie wordt altijd een inspanningstest gedaan in ziekenhuis, voor eerstelijnsrevalidatie soms ook. Daar wordt 6-minutenwandeltest aangehouden. De fysiotherapeuten willen liefst de oude afspraken handhaven, dus inspanningstest voor revalidatie.
- NHG-standaard astma volwassenen. Huisarts mag na starten ICS de dosering niet meer ophogen, maar moet dan verwijzen. Vreemde keuze. Verminderen mag volgens de standaard wel, terwijl je dan op de laagste dosering gestart bent. Barbara legde dit knelpunt al bij de NHG, maar er komt geen reactie.
- Moeilijk instelbaar astma abcd-schema. Volgens de longarts is dat een huisartsenschema. Zou raar zijn als dat niet in de standaard staat. Barbara gaat opnieuw bij de CAHAG aan de bel trekken.
- Bij exacerbaties staat antibiotica helemaal niet meer vermeld bij astma. De longarts geeft nog wel antibiotica als er geen virale infectie is. Wel altijd prednison (en dat staat er ook).

### 4. Losse eindjes

- Lay-out: de POH's moeten nog zeggen wat er op de samenvattingskaart moet. Omdat de POH's die uitgenodigd waren er niet zijn wordt besloten de POH's van Anaïs, Barbara te vragen en Ellen Kristel. Zal via de mail gaan.



- De transmurale afspraken maken we nu en moeten vervolgens in de regio worden vastgesteld. Het is wenselijk deze uniform te maken.

#### **5. Volgende afspraak.**

Na de zomer vergadert de HKA-werkgroep weer.