



Richtlijn samenwerking eerste- en tweede lijn

Geactualiseerde versie, juli 2014

©Netwerkgorg COPD Waterland, Stichting Gezond Monnickendam

Inhoud:		pagina
1.	Assessment. Zelfmanagement	3
	Zelfmanagement en individueel zorgplan	3
	Trapsgewijs assessment	3
	Indeling naar ziektelast	4
	Tabel met afkapwaarden	4
	Vernieuwde GOLD	6
2.	Nadere analyse	7
	Criteria voor nadere analyse	7
	Analyse door de longarts	7
	Nevenpathologie	8
	Verwijsmogelijkheden Waterlandziekenhuis	8
	Terugverwijzen	10
	Beleid huisarts bij niet verwijzen	10
3.	Beleid bij roken	11
4.	Medicatiebeleid	12
5.	Beleid bij exacerbaties	13
	Beleid huisarts bij exacerbaties	13
	Beleid longarts bij exacerbaties	13
	Follow-up na opname	14
	Longrevalidatie	14
6.	Beleid bij ernstige tot zeer ernstige ziektelast	15

Deze richtlijn bespreekt het gezamenlijk diagnostisch en therapeutisch traject van eerste en tweede lijn, inclusief het verwijfs- en terugverwijsbeleid, voor alle stadia van ernst van COPD. De richtlijn geldt voor het project Netwerkgroep COPD Waterland (¹).

Centraal in het concept van het project Netwerkgroep COPD Waterland staan brede multidisciplinaire samenwerking en sterke nadruk op zelfmanagement.

Leden werkgroep 2012:

Paul van de Vijver, huisarts

Bart Alberts, longarts

Geert Rootmensen, longarts

Jolanda Bloos, nurse-practitioner

Kees van der Plas, huisarts

Leden werkgroep geactualiseerde versie 2014:

Paul van de Vijver, huisarts

Miriam Smit, huisarts

Job van der Putte, huisarts

Bart Alberts, longarts

Geert Rootmensen, longarts

Nelleke ten Have, longverpleegkundige

Thomas Merlijn, huisarts (terugverwijsafspraken longartsen)

Kees van der Plas, huisarts (eindredactie)

¹ De bestaande Regionale Transmurale Afspraak COPD uit 2006 wordt in dit project vervangen door vier richtlijnen, gebaseerd op de Zorgstandaard COPD: de richtlijn COPD beleid in de huisartspraktijk, de richtlijn Samenwerking binnen eerste lijn, de richtlijn Samenwerking eerste en tweede lijn en de richtlijn Zorg bij zeer ernstig COPD. De regionale zorggroep SEZ zet vanaf september 2014 het kwaliteitsbeleid voort.

1. Zelfmanagement en assessment.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

De belangrijkste uitgangspunten bij diagnose en behandeling zijn:

- nadruk op zelfmanagement
- gefaseerde, trapsgewijze aanpak, waarbij eerste en tweede lijn nauw samenwerken

1.1 Zelfmanagement en individueel zorgplan

Bij de aanpak van COPD staat zelfmanagement centraal. Steeds wordt de patiënt geïnformeerd over de bevindingen en wordt met de patiënt overlegd over de vervolgstappen waaraan hij wil werken.

Wanneer het assessment volledig is voltooid (zie hieronder), wordt in samenspraak met de patiënt een individueel zorgplan opgesteld. In het zorgplan wordt veel aandacht gegeven aan educatie. Streefdoelen en meetwaarden worden erin genoteerd. De patiënt beheert het individueel zorgplan verder zelf.

De verschillende zorgverleners, zowel in de eerste als in de tweede lijn, kunnen het gebruik bevorderen door er steeds naar te vragen.

In de praktijk vinden veel patiënten het moeilijk om voor zichzelf behandeldoelen te stellen. Adviezen met betrekking tot het omgaan met exacerbaties vormen een belangrijk onderdeel van het individueel zorgplan. Vooral van dit onderdeel zien de meeste patiënten de voordelen in.

1.2 Trapsgewijs assessment (evaluatie)

Er vindt in het diagnostisch en therapeutisch traject altijd een trapsgewijze evaluatie plaats. De huisarts/POH begint ermee. Zo nodig wordt het in de tweede lijn vervolgd:

Trap 1: Anamnese & eerste analyse voor fysiologische parameters, klachten, beperkingen dagelijks leven en kwaliteit van leven (FEV1, BMI, CCQ, MRC).

Trap 2: Bij afwijkend profiel (d.w.z. diagnostische problemen, onvoldoende behalen behandeldoelen, of wens van de patiënt, zie hieronder) volgt gedetailleerd assessment, meestal door de longarts en longverpleegkundige, al of niet aangevuld met andere disciplines zoals fysiotherapeut, ergotherapeut en diëtist. Zie [de tabel](#) op pagina 4.

Trap 3: Bij complexe somatische en/of complexe adaptatieproblematiek bestaat de mogelijkheid van een intensieve integrale analyse door een gespecialiseerd multidisciplinair team (mogelijkheid longrevalidatie).

1. 3 Indeling naar ziektelast

Op basis van het assessment wordt een indeling naar ziektelast gemaakt, als aanvulling op de GOLD-classificatie. Zo ontstaat een meer gewogen inzicht in de ernst van de aandoening en in de door de patiënt ervaren gezondheidsproblemen. Deze kunnen bij één en dezelfde patiënt wisselend van ernst zijn.

Voor de indeling wordt gebruik gemaakt van de volgende afkappunten:

TABEL ZIEKTELAST, te bepalen in stabiele fase, dus na de eerste intensieve behandel fase

Lichte ziektelast:	Matige ziektelast	Ernstige ziektelast
Patiënt voldoet aan alle criteria in de tabel hieronder	Patiënt voldoet hier niet aan. Is indicatie voor nadere analyse, bijvoorbeeld consultatie bij de longarts. Monitoring in de tweede lijn is slechts zelden nodig.	Intensieve analyse, behandeling door de longarts en soms ook longrevalidatie is gewenst, in de thuissituatie is verwijzing naar het kernteam ernstig COPD (2) mogelijk.
BMI > 21 ³		
CCQ < 2 (gemiddeld)		
MRC < 3 (gemiddeld)		
FEV1 > 50% of > 1,5 liter absoluut ⁽⁴⁾		
Exacerbaties waarbij corticosteroidkuur nodig was: < 2 x per jaar		
Geringe co-morbiditeit		
Geen ernstige copingproblematiek		

COPD met lichte ziektelast:

Iedere patiënt met COPD bij wie geen nadere analyse nodig is (geen diagnostische problemen, behandel doelen worden gehaald). Kort samengevat betreft dit dus patiënten:

- met acceptabele longfunctie (FEV1 >50%)
- zonder ernstige klachten of beperkingen
- zonder ernstige adaptatieproblemen,
- zonder verminderde voedingstoestand,
- zonder frequente exacerbaties en
- bij wie de ziektelast in slechts geringe mate beïnvloed wordt door comorbiditeit.

² Zie onze richtlijn [Beleid bij zeer ernstig COPD](#)

³ Ook bij ongewenst gewichtsverlies (> 5%/maand, > 10% / 6 maanden), of VVMI < 16 (♂), < 15 (♀), zonder andere verklaring

⁴ Ook bij progressief longfunctieverlies, bijvoorbeeld daling FEV1 > 150 ml/jaar over meerdere jaren.

COPD met matige ziektelast:⁽⁵⁾

Iedere patiënt met COPD bij wie wel nadere analyse gewenst is (diagnostische problemen, niet behalen van de behandeldoelen) en waarbij geldt

- behandeling dicht bij huis (bijvoorbeeld een bewegprogramma) is mogelijk
- monitoring in de tweede lijn is slechts sporadisch nodig

Deze groep is het meest gebaat bij gedeelde zorg, door huisarts, POH, longarts en longverpleegkundige. Geprotocolleerde zorg door POH en longverpleegkundige (tweede lijns longverpleegkundige of thuiszorg) speelt daarbij een belangrijke rol.⁽⁶⁾

De huisarts verwijst op basis van de hierboven genoemde criteria en geeft daarbij aan of het gaat om een eenmalig advies of overname van de behandeling. In principe houdt de longarts zich hieraan. Als de longarts anders handelt, wordt de huisarts telefonisch of schriftelijk op de hoogte gesteld van de reden.

COPD met ernstige ziektelast:

Iedere patiënt met COPD waarbij intensieve begeleiding in de tweede of derde lijn (bijv. door middel van multidisciplinaire revalidatie) noodzakelijk is. De vraagstelling is dan om eenmalig mee te denken en advies te geven, of om de behandeling over te nemen tot de patiënt weer stabiel is, dan wel tot de categorie ernstige ziektelast is gaan behoren

:

[Terug naar inhoudsopgave](#)

⁵ Een aantal praktijken doet mee aan een onderzoek naar de COPD ziektelastmeter, waarin aspecten als fysiek, emotioneel, sociaal, benauwdheid, beweeggedrag, vermoeidheid en enkele meetwaarden zijn opgenomen.

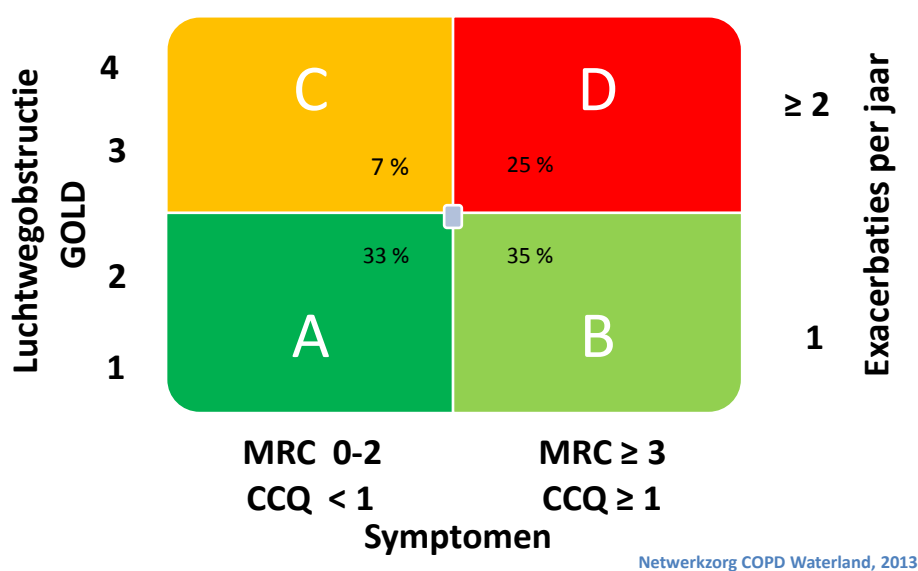
⁶ Praktijkondersteuner huisarts (POH) en longverpleegkundige besteden vooral aandacht aan ziekteinzicht, coping, roken, werk- en thuissituatie, inhalatie instructie, omgaan met exacerbaties. De nadruk ligt op zelfmanagement.

1.4 Herziene GOLD-classificatie

[Terug naar inhoudsopgave](#)

Intussen wordt internationaal een nieuwe GOLD-classificatie ingevoerd, waarin ook de ziektelast en exacerbatiefrequentie zijn opgenomen. Per klasse worden therapievoorstellen gegeven. De NHG raadt aan met het gebruik van deze nieuwe GOLD-classificatie in de Nederlandse huisartspraktijk te wachten tot de nieuwe standaard is verschenen (2015). Wij nemen het schema toch nu al op. Horizontaal staat de ernst van de ziektelast, verticaal de oude GOLD-classificatie en het aantal exacerbaties per jaar.

Vernieuwde GOLD-indeling



Idem, als tabel:

Categorie	Karakteristieken	Classificatie op basis van de spirometrie	Aantal exacerbaties per jaar	MRC
A	Laag risico en weinig symptomen	Gold I-II	≤ 1	0-1
B	Laag risico en veel Symptomen	Gold I-II	≤ 1	≥ 2
C	Hoog risico en weinig Symptomen	Gold III-IV	≥ 2	0-1
D	Hoog risico en veel symptomen	Gold III-IV	≥ 2	≥ 2

Let op: de waarde met de slechtste score geeft de doorslag.
Een patiënt met 2 exacerbaties per jaar is dus al een hoog risico patiënt.

2. Nadere analyse

[Terug naar inhoudsopgave](#)

2.1 Criteria voor nadere analyse

Nadere analyse is gewenst bij:

1. Diagnostische problemen

- COPD op jonge leeftijd, bijvoorbeeld < 50 jaar
- Ernstige persistente fysiologische beperking longfunctie
- Verdenking op andere/bijkomende oorzaak van de klachten, al of niet pulmonaal
- Nooit of zeer weinig gerookt, geen onderbehandeld astma en toch chronische obstructie
- Gewichtsverlies of BMI <21,
- Verdenking hypoxemie: bijv: perifere zuurstofsaturatie < 92%, desaturatie bij inspanning > 3%, of < 90% absoluut.

2. Niet of onvoldoende bereiken behandeldoelen ondanks adequate therapie

- Persisterend forse klachten en problemen met kwaliteit van leven gerelateerd aan COPD (CCQ en MRC)
- Ernstige persistente fysiologische beperking longfunctie
- Snel progressief beloop (toename dyspnoe, afname inspanningsvermogen), ook bij stabiele FEV1;
- Progressief longfunctieverlies;
- Mogelijke indicatie voor zuurstofbehandeling;
- Mogelijke indicatie voor multidisciplinaire longrevalidatie in de tweede lijn (fysiotherapie, psycholoog, maatschappelijk werk, diëtist, ergotherapie, longverpleegkundige) ;
- Matig tot ernstige adaptatieproblemen;
- Frequent exacerbaties.

3. Wens van de patiënt

Ook als nadere analyse volgens de huisarts niet strikt noodzakelijk is, maar patiënt zelf dit toch belangrijk vindt, kan worden verwezen, met een toelichting van de huisarts aan de longarts.

2.2 Analyse door de longarts

[Terug naar inhoudsopgave](#)

Bij een nadere analyse, in de regel door een longarts uitgevoerd, wordt aandacht besteed aan differentiaal diagnostische problemen, adaptatieproblemen, hyperinflatie, gastransportstoornissen en nevenpathologie.

Bij een ernstige luchtwegobstructie kan ook verdere classificatie plaatsvinden van de inspanningstolerantie. In het Waterlandziekenhuis gebeurt dit alleen in het kader van een longrevalidatieprogramma.

De volgende verdiepende parameters kunnen van belang zijn, maar hoeven niet altijd volledig te worden beoordeeld:

- gedetailleerd assessment van klachten, beperkingen, kwaliteit van leven en adaptatie

- verdiepende vragenlijsten over klachten en beperkingen. In het Waterlandziekenhuis worden de CCQ en MRC gebruikt.⁽⁷⁾
- longfunctiebeperking: hyperinflatie (RV, FVC, TLC), gastransportstoornis (CO-diffusie); op indicatie: inspiratoire spierkracht
- zuurstofsaturatie,
- arteriële bloedgasanalyse, bij saturatie < 92% of bij vermoeden hypercapnie;
- voedingstoestand: Vet Vrije Massa Index (VVMI);
- inspanningstolerantie: fietsergometrie
- de 6-minuten-loopafstand wordt in het Waterlandziekenhuis alleen gemeten tijdens het revalidatieprogramma. Het is intussen wel een vast testinstrument geworden bij de fysiotherapeut in de eerste lijn.
- op indicatie: HR-CT thorax en CO-diffusie

2.3 Nevenpathologie

[Terug naar inhoudsopgave](#)

Zowel eerste- als tweedelijns zorgverleners moeten attent zijn op nevenpathologie. Denk aan:

- cardiovasculaire pathologie
- maligniteiten van de luchtwegen
- diabetes
- osteoporose
- depressie
- slaap gerelateerde ademhalingsstoornissen

2.4 Dubbeldiagnose.

In de praktijk is het niet altijd makkelijk om uit te maken of iemand astma of COPD heeft. De longartsen proberen een zo zuiver mogelijke beschrijving te geven, zoals bijvoorbeeld "COPD met astmatische component" of "astma bronchiale met (deels) gefixeerde obstructie" en passen hun behandeling hierop aan.

⁷ De plaats van de COPD Assessment Test (CAT) moet nog nader worden vastgesteld. De CAT is een internationaal meetinstrument voor het bepalen van de ziektelast en zou mogelijk de CCQ kunnen vervangen.

2.5 Verwijsmogelijkheden Waterlandziekenhuis

[Terug naar inhoudsopgave](#)

1. Het Waterlandziekenhuis heeft een Zorgpad COPD ontwikkeld, waarbij de patiënt na een verwijzing door de huisarts in principe binnen 5 werkdagen wordt gezien voor nadere analyse:
 - basaal laboratoriumonderzoek
 - x-thorax
 - uitgebreid longfunctieonderzoek
 - electrocardiogram
 - consult longarts in combinatie met nurse practitioner
 - (op indicatie) consult longverpleegkundige

Bij iedere verwijzing geeft de huisarts duidelijk aan of het om een consultatieve verwijzing gaat, of om overname van de behandeling

Met de patiënt worden de bevindingen direct besproken. Rapportage aan de huisarts gebeurt in principe binnen twee weken. Bij snelle terugverwijzing gebeurt de rapportage al na de eerste ééndaagse diagnostische analyse en het consult bij de longarts. De rapportage bevat onderzoeksuitslagen, diagnose, GOLD-classificatie, indeling naar ziektelast en behandeladvies.

De longarts wijzigt eventueel het beleid en de bestaande medicatie en stelt de huisarts hiervan op de hoogte. Bij matige of ernstige ziektelast wordt een voorstel gedaan voor een traject van gedeelde zorg of voor overname van de behandeling.

2. Het aanvragen van alleen longfunctieonderzoek/spirometrie is mogelijk.
3. Elektronisch consult betreffende een door de huisarts gedane spirometrie beoordeling per teleconsult ⁽⁸⁾

2.6 Terugverwijzing naar de huisarts

[Terug naar inhoudsopgave](#)

Criteria voor terugverwijzing zijn: lage ziektelast en een stabiele situatie (bijvoorbeeld minder dan twee exacerbaties per jaar, lage ziektelast en een stabiele longfunctie).

Het komt voor dat patiënten niet meer willen worden terugverwezen naar de huisarts, terwijl er eigenlijk geen reden is voor verdere specialistische behandeling⁽⁹⁾. Huisarts en specialist zullen dit in onderling overleg van geval tot geval moeten bekijken.

Bij een besluit tot gedeelde zorg kunnen de in de huisartspraktijk aanwezige kennis en mankracht een rol spelen. De kwaliteit van het COPD-beleid is niet in elke huisartspraktijk even hoog. Er moet in ieder geval sprake zijn van geprotocolleerde zorg, bij voorkeur uitgevoerd door de POH. Ook een goed geregelde samenwerking met de apotheek en de fysiotherapeut zijn indicatoren van de kwaliteit van de COPD-zorg. Als aan deze

⁸ Telepulmonologie (Ksyos): beoordelen door de longarts van spirometrie verricht door de huisarts (ook direct mogelijk via Zorgdomein).

⁹ De Zorgstandaard doet geen uitspraak over de wens van de patiënt om niet terug verwezen te worden, terwijl er geen goede reden meer is voor zorg in de tweede lijn. Bij een verwijzing naar de tweede lijn wordt daarover wel een uitspraak gedaan. Alleen al de wens van de patiënt is dan voldoende, aldus de Zorgstandaard

voorwaarden wordt voldaan, mag ervan worden uitgegaan dat de huisarts de kwaliteit van de (al of niet gedeelde) zorg kan waarmaken.

Aan de andere kant zijn er natuurlijk ook patiënten bij wie ondanks alle inspanningen verder vervolg op de polikliniek geen zin heeft wegens slechte therapietrouw. Ook dit kan een reden zijn om in overleg met de huisarts terug te verwijzen.

Met de longartsen in het Waterlandziekenhuis is de volgende afspraak gemaakt:

Afgesproken wordt dat de longartsen in hun jaarlijkse brief aan de huisarts routinematig een zin opnemen over **wie de hoofdbehandelaar is, mét motivatie** en met de opmerking: **indien gewenst, retour**. Dat wordt dus **jaarlijks heroverwogen**. De huisarts kan zelf ook reageren en contact nemen met de longarts, **als hij in het SEZ/BSIS overzicht ziet** welke patiënten nog bij de longarts onder controle zijn of lijken te zijn. Er wordt echter altijd ook gekeken naar **de wens van de patient** en naar de **aan- of afwezigheid van gestructureerde COPD-zorg in de huisartspraktijk**.

De longartsen krijgen een lijstje van huisartsen die aan Netwerkgang en aan SEZ meedoen. Dit attendeert hen op mogelijke sterke punten in de COPD-zorg door de huisarts. Er kan dan bijvoorbeeld verwacht worden dat een brief met een terugverwijzing van de longarts naar de huisarts automatisch zal leiden tot een oproep door de POH voor controle in de huisartspraktijk.

2.7 Niet verwijzen, terwijl daarvoor wel een indicatie bestaat

[Terug naar inhoudsopgave](#)

Wanneer de patiënt niet verwezen wordt terwijl daarvoor wel een indicatie aanwezig is, wordt dit door de huisarts in het dossier genoteerd met de bijbehorende reden. Er kunnen diverse redenen zijn om niet te verwijzen, zoals een beperkte levensverwachting, comorbiditeit, of de wens van de patiënt.

3. **Beleid bij roken**

[Terug naar inhoudsopgave](#)

Het advies om te stoppen met roken (SMR) is het belangrijkste onderdeel van de behandeling, zowel in de eerste als in de tweede lijn. Zorgverleners zullen dit advies steeds blijven herhalen. In overleg met de patiënt kan er echter altijd voor worden gekozen om andere prioriteiten te stellen.

Bij een SMR-programma is de gedragsmatige aanpak het belangrijkste. Dit kan door een gemotiveerde huisarts of POH worden gedaan. Ervaring met motivational interviewing wordt aanbevolen. Tijdens dit traject is de huisarts verantwoordelijk voor het medicamenteuze beleid.

Het Waterlandziekenhuis beschikt niet meer over een polikliniek Stoppen met roken. De longartsen en longverpleegkundigen beschikken over een lijst met de huisartspraktijken die hiervoor voldoende zijn toegerust. In dat geval verwijst de longarts de patiënt naar zijn huisarts voor een SMR-interventie ⁽¹⁰⁾.

Wanneer een patiënt blijft roken ondanks het herhaaldelijk aanbieden van een stoppen-met-rokeninterventie, wordt dit met de patiënt uitvoerig besproken en wordt eventueel een gerichte behandeling aangeboden, bijvoorbeeld bij een psycholoog.

Doelen en resultaten van het SMR-beleid worden steeds in het individueel zorgplan vermeld.

¹⁰ De longartsen krijgen van Netwerkgorg COPD Waterland een lijst met huisartspraktijken die SMR in hun pakket hebben.

4. Medicatiebeleid

[Terug naar inhoudsopgave](#)

In principe wordt het schema gevolgd van de Zorgstandaard COPD.

Basisbehandeling, stappenplan:

1. starten kortwerkende luchtwegverwijder, evt. een combinatie van een sympaticomimeticum en een parasymphaticolyticum, zoals salbutamol en ipratropium
2. starten langwerkende luchtwegverwijder, eventueel ook hier een combinatie van een sympaticomimeticum en een parasymphaticolyticum
3. overweeg inhalatiecorticosteroiden bij:
 - ≥ 2 exacerbaties per jaar
 - FEV1 < 50%
 - astma en/of atopie in voorgeschiedenis
 - rookvrij verleden

In de tweede lijn worden meer patiënten met ernstiger COPD gezien en ook meer twijfelgevallen en dubbeldiagnoses. Hierdoor kan de indruk ontstaan dat er in de tweede lijn bij het gebruik van inhalatiecorticosteroiden een soepeler beleid wordt gehanteerd dan in de eerste lijn.

Starten van een behandeling met nieuw ontwikkelde geneesmiddelen wordt in principe voorbehouden aan de longarts, of wordt pas gedaan na overleg met de longarts. De huisarts behoort wel kennis te hebben van nieuw ontwikkelde medicatie.

Ook bij het medicatiebeleid wordt de patiënt zo mogelijk actief betrokken ter bevordering van therapietrouw, effectiviteit en medicatieveiligheid.

5. Beleid bij exacerbaties

[Terug naar inhoudsopgave](#)

5.1 Beleid huisarts bij exacerbaties

De huisarts handelt volgens het schema in de Richtlijn COPD beleid in de huisartspraktijk: ophogen van de dosis inhalatiemedicatie, oraal corticosteroïden, eventueel antibiotica. De patiënt wordt tijdig voorgelicht hoe te handelen bij exacerbaties. Zo nodig overlegt de huisarts met de longarts over het beleid bij een exacerbatie.

In geval van ernstige dyspnoe in de acute situatie:

- meerdere malen achtereen salbutamol per inhalatie toegediend, eventueel ook ipratropium.

Presentatie aan de longarts als:

- de situatie desondanks niet verbetert;
- saturatie $\leq 92\%$ (niet pre-existent, zonder O₂ en bij goede perifere circulatie);
- niet opknappen na 30 min intensieve inhalatietherapie.

Overige redenen voor presentatie:

- onvoldoende zorg thuis,
- al vaker ziekenhuisopnames bij exacerbaties,
- dreigende uitputting,
- minder aanspreekbaar,
- ademfrequentie > 30 /min,
- systolische bloeddruk < 90 mmHg.

5.2 Beleid longarts bij ernstige exacerbaties

[Terug naar inhoudsopgave](#)

Telefonische aanmelding vindt overdag plaats na aanmelding bij de longarts, tijdens diensturen bij de eerste hulp arts. Presentatie op de SEH.

Op SEH:

- X-thorax,
- lab
- bloedgasanalyse,
- electrocardiogram. zuurstoftoediening.

Indien opname volgt:

- hoge doses corticosteroïden en antibiotica (op indicatie).
- verneveling met luchtwegverwijders
- monitoring
- aandacht vervolgtraject: thuissituatie, revalidatie, voorkomen recidief
- in het Waterlandziekenhuis is intussen klinisch Zorgpad COPD ontwikkeld.

Exacerbatiespreekuur van de longverpleegkundige:

Als er geen sprake is van echte spoedzorg, maar patiënt wel op korte termijn gezien moet worden, kan dit poliklinisch via het spreekuur van de longverpleegkundige. De behandeling kan dan aangepast worden. Eventueel kan ook opname volgen.

5.3 Follow-up na opname

[Terug naar inhoudsopgave](#)

De longarts of longverpleegkundige ziet de patiënt na een opname voor een exacerbatie nog minstens één keer poliklinisch terug, met bepaling van de longfunctie.

Aan de longverpleegkundige van Evean Thuiszorg wordt gevraagd om één keer een huisbezoek te doen ⁽¹¹⁾

De longarts stelt de huisarts binnen twee weken na ontslag op de hoogte.

Als de patiënt is terugverwezen naar de huisarts, roept de huisarts of de POH de patiënt actief weer op.

Bij de follow-up wordt door longarts en huisarts (resp. longverpleegkundige en POH) en ook door de longverpleegkundige van Evean extra aandacht besteed aan inhalatie-instructie, wordt besproken waarom de exacerbatie is ontstaan en of er vermijdbare factoren waren. De nadruk ligt op zelfmanagement. Geadviseerd wordt om weer snel te gaan bewegen. Vanaf twee maal per jaar een exacerbatie wordt proefbehandeling met inhalatiesteroïden overwogen.

5.4 Longrevalidatie

[Terug naar inhoudsopgave](#)

Zo nodig wordt aansluitend aan de opname multidisciplinaire revalidatie in het Waterlandziekenhuis aangeboden. Dit betreft een intensief trainingsprogramma waarbij betrokken zijn: longverpleegkundige, fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist, psycholoog en maatschappelijk werker.

Copingproblemen en sociale problematiek kunnen indicaties zijn. Er is echter geen strak indicatieschema. In aanmerking komen zowel patiënten waar duidelijk “meer in zit” als patiënten die juist moeten leren niet te veel te willen.

Na drie maanden wordt de longrevalidatie voortgezet bij eerstelijns fysiotherapiepraktijken, die deel uitmaken van het fysiotherapienetwerk COPD Waterland.

Longrevalidatie kan bij deze fysiotherapiepraktijken ook worden gestart zonder voorafgaande multidisciplinaire revalidatie in het ziekenhuis.

Daarnaast bestaat de mogelijkheid tot longrevalidatie door middel van opname op de longrevalidatie-unit in Novawhere. Ook daar is de aanpak multidisciplinair. Dit is geschikt voor mensen die revalidatie nodig hebben, maar tijdelijk niet naar huis kunnen omdat de zorg te zwaar is of omdat er te weinig mantelzorg is. Na terugkeer in de thuissituatie kan de revalidatie worden voortgezet via dagbehandeling in Novawhere of via fysiotherapie in de eerste lijn.

¹¹ Zie ook de richtlijn [Zorg bij zeer ernstig COPD](#)

Revalidatie op de dagbehandeling in Novawhere kan ook worden aangeboden zonder voorafgaande opname op de revalidatieafdeling. Er worden ook sociale activiteiten aangeboden en de mantelzorg wordt ontlast doordat er sprake is van dagopname enkele dagen per week. Longrevalidatie is ook mogelijk in andere centra, zoals Heideheuvel.

6. Beleid bij ernstige tot zeer ernstige ziektelast

[Terug naar inhoudsopgave](#)

Zie voor de organisatie van de zorg bij zeer ernstige ziektelast onze richtlijn [Beleid bij zeer ernstig COPD](#).

Bij ernstige ziektelast treedt geleidelijk een verandering op van het behandeldoel. De aandacht wordt meer gericht op symptoombestrijding en psychosociale begeleiding en minder op het verbeteren van de gezondheidstoestand.

In deze fase kan verwezen worden naar het Kernteam zorg bij ernstig COPD, voor consultatie of voor coördinatie van de zorg. Vaste leden van dit team zijn: specialist ouderengeneeskunde (SOG), huisarts, nurse-practitioner tweede lijn en longverpleegkundige thuiszorg. Deze laatste treedt op als case manager, die de complexe multidisciplinaire zorg in deze fase verder coördineert.

Tot de mogelijkheden daarbij behoort ook een kortdurende opname in het verpleeghuis, om de (medische) zorg tijdelijk over te nemen, reactivatie aan te bieden, knelpunten te inventariseren en zo mogelijk oplossingen te creëren.

Aanmelding bij het kernteam gebeurt door huisarts of longarts in samenwerking met de andere betrokken zorgverleners. Tel: 0299-394560.