

# Zorgprogramma **COPD**

**Kenmerk:** RCH18.088  
**Datum:** november 2019  
**Status:** definitief

# Inhoudsopgave

	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Zorgprogramma COPD</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Diagnostische fase en Voorbereiding</b>	<b>6</b>
2.1.	Stroomschema diagnostische fase	6
2.2.	Screening / dossieronderzoek	10
2.3.	Registratie	11
<b>3</b>	<b>Nieuwe COPD/Instellen beleid</b>	<b>12</b>
3.1.	Stroomschema instellen beleid	12
3.2.	Scharnierconsult	13
3.3.	Consult praktijkondersteuner (1 <sup>e</sup> vervolgsconsult na diagnose)	13
3.4.	Evaluatie behandeldoelen	15
<b>4</b>	<b>Stabiele Behandelfase</b>	<b>16</b>
4.1.	Stroomschema stabiele behandelfase	16
4.2.	COPD Lichte en matige ziektelast	17
4.3	Jaarcontrole spreekuur praktijkondersteuner	17
4.4	Jaarcontrole spreekuur huisarts	20
<b>5</b>	<b>Instabiele fase / Exacerbatie / Longaanval</b>	<b>21</b>
5.1.	Stroomdiagram Instabiele behandelfase	21
5.2.	Instabiele fase / beleid exacerbatie	22
<b>6</b>	<b>Palliatieve zorg</b>	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>Stoppen met roken</b>	<b>24</b>
7.1	Stoppen met roken	22

# Inleiding

De Zorggroep wil komen tot gestructureerde COPD-zorg in de regio. Het uiteindelijke doel van dit zorgprogramma is het bevorderen van een optimale behandeling van patiënten met COPD waardoor de gezondheidstoestand verbetert en de kwaliteit van leven van de patiënt toeneemt. Zelfmanagement is een belangrijk onderdeel van het zorgprogramma.

In het zorgprogramma staat de inhoud van de behandeling van deze patiënten, welke opgebouwd kan zijn uit diverse fasen. Met de fasen wordt het zorgprogramma samengesteld, waardoor er een op evidentie gebaseerde behandelaanpak beschikbaar komt voor deze groep patiënten.

Een zorgprogramma wordt gedefinieerd als een weergave van een systematische aanpak van de behandeling en de zorg voor een specifieke patiëntengroep met als doel het leren omgaan met ziekte, voorkoming of uitstel van complicaties en/of van verergering van ziekte met behoud van optimale kwaliteit van leven.

Het zorgprogramma is bedoeld voor alle deelnemende huisartsenpraktijken van de Zorggroep RCH Midden-Brabant aan het zorgprogramma COPD.

De keuzes ten aanzien van de diagnostiek en behandeling sluiten aan bij de NHG-standaard COPD (2015). Dit zorgprogramma voldoet aan de laatste richtlijnen.

In het zorgprogramma is gebruik gemaakt van de volgende standaarden/richtlijnen en bronnen:

- [NHG-standaard COPD, maart 2015](#)
- [Zorgstandaard COPD LAN, Januari 2016](#)
- Protocolaire astma/COPD-zorg (editie 2015)

## Definitie

COPD is een aandoening gekarakteriseerd door een niet volledig reversibele luchtwegobstructie die in het algemeen progressief is en wordt veroorzaakt door een abnormale ontstekingsreactie van de longen op inhalatie van schadelijke deeltjes of gassen. Exacerbaties en co morbiditeit dragen bij aan de ernst van de aandoening bij individuele patiënten

## Prevalentie

In Nederland wordt de prevalentie van COPD in de huisartsenpraktijk op basis van het (vervallen) gefixeerde afkappunt voor obstructie ( $FEV_1/FVC$ -ratio  $< 0,7$ ) geschat op 2,4% bij mannen en op 1,7% bij vrouwen.

De gemiddelde prevalentie van COPD in het eerstelijns ketenzorgprogramma is 1,9% en is conform de landelijke bekende cijfers.

## **Voorwaarde voor deelname DBC COPD**

- Bereidheid om gemiddeld 20 uur te investeren in de voorbereiding (dossieronderzoek), waarbij er begeleiding wordt geboden door een consulent van Zorggroep RCH en dit dossieronderzoek zal voor de start worden afgerond.
- De lopende DBC-programma's zijn op orde en worden volgens DBC-normen gezien
- Er is geen ander zorgprogramma gestart in het afgelopen jaar.
- De huisartsenpraktijk heeft deelgenomen aan verplichte scholing Caspir of heeft de intentie tot deelname binnen 1 jaar te starten.

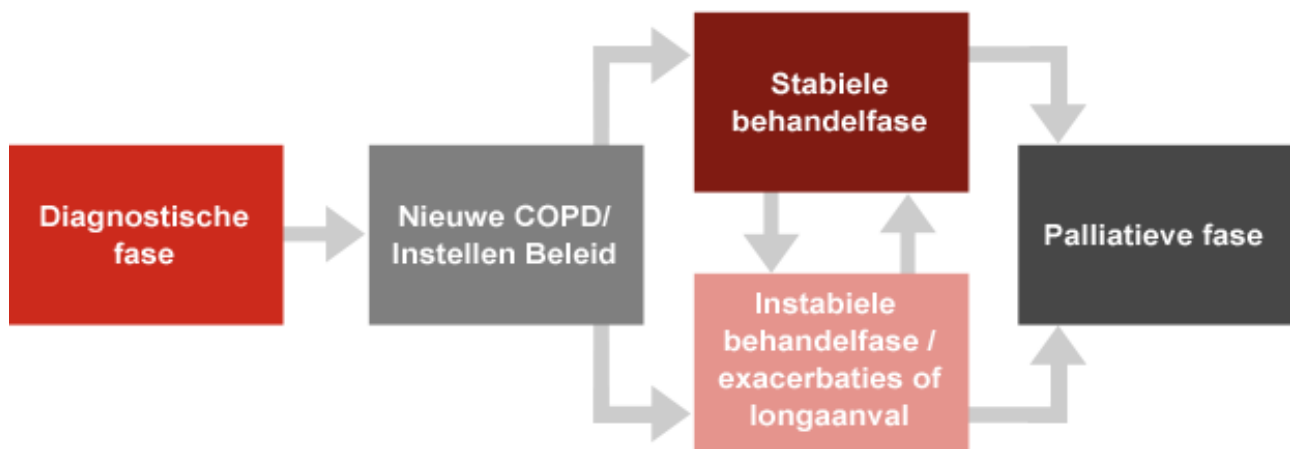
# Hoofdstuk 1

## Zorgprogramma COPD

Het doel van het zorgprogramma COPD is het streven naar goede luchtwegcontrole bij de patiënt. Om dit te bereiken bestaat het zorgprogramma uit verschillende fasen/modules:

- Hoofdstuk 2: Diagnostische fase/voorbereiding
- Hoofdstuk 3: Nieuwe COPD-patiënt/instellen beleid
- Hoofdstuk 4: Stabiele fase
- Hoofdstuk 5: Instabiele fase/Exacerbatie of longaanval
- Hoofdstuk 6: Stoppen met roken

Vanaf hoofdstuk 2 wordt de inhoud van het COPD-spreekuur beschreven aan de hand van een stroomschema, met daarin een uiteenzetting van taken, frequentie en tijdsinvestering. Deze indeling volgt de route van de patiënt door het zorgproces in de huisartsenpraktijk, zoals volgens de DBC-normen is afgesproken. Iedere fase van het zorgprogramma wordt beschreven. Hieronder vindt u het volledige stroomschema met hoofdfasen van het zorgprogramma dat vervolgens in hoofdstukken zal worden uitgewerkt.

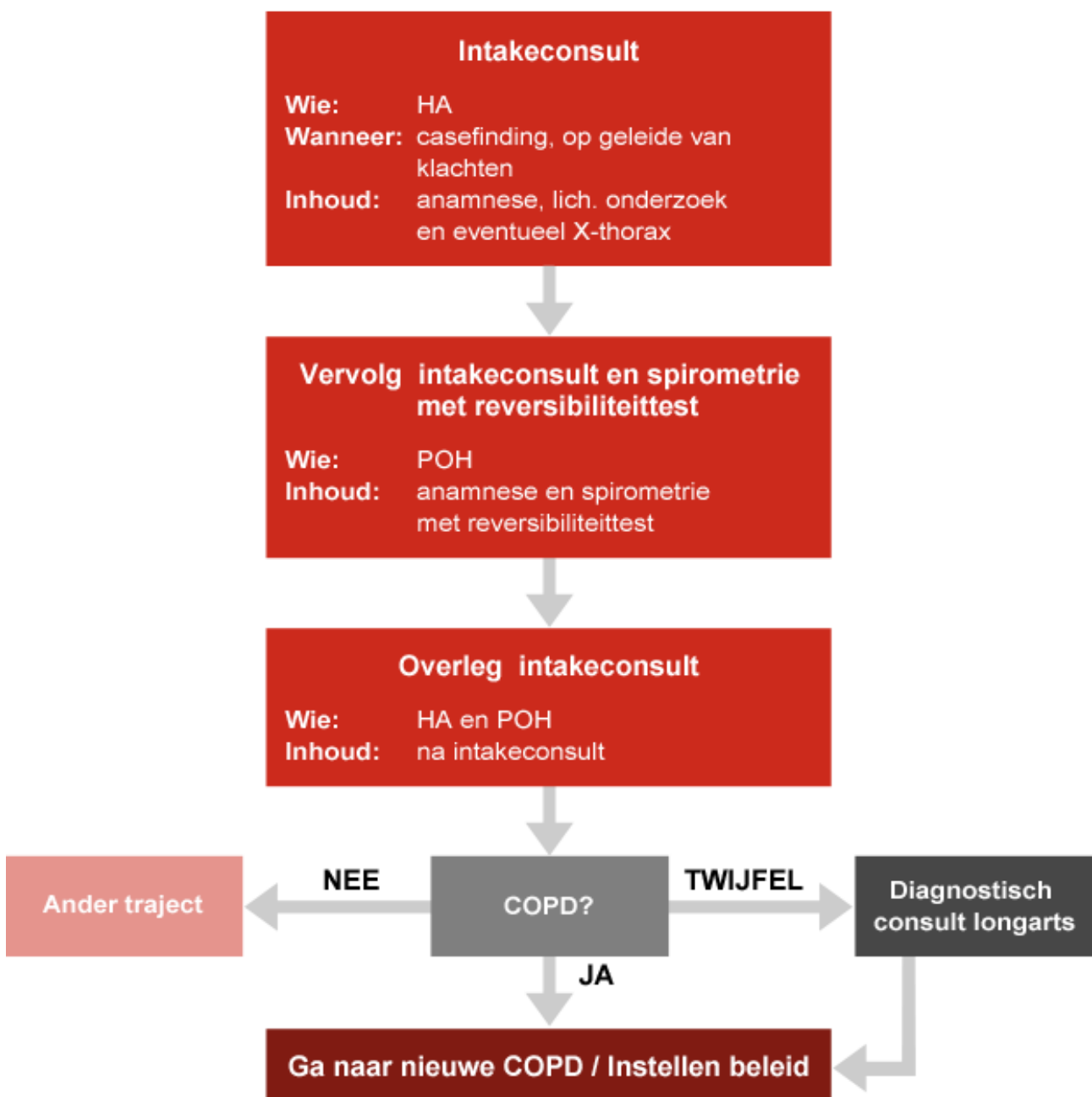


# Hoofstuk 2

## Diagnostische fase COPD en voorbereiding

### 2.1. Stroomschema diagnostische fase (Niet in DBC; declaratie via consulten)

Voordat bepaald kan worden of een patiënt het zorgprogramma COPD aangeboden moet worden, dient eerst zekerheid te bestaan over de diagnose "COPD". Bij volwassenen dient daarvoor het volgend diagnostisch proces doorlopen te worden.



## Intake consult HA

Uitgangspunt is een patiënt van 40 jaar of ouder die rookt, of heeft gerookt en die klachten heeft van dyspnoe en/of hoesten langer dan 2 weken, al of niet in combinatie met het opgeven van slijm.

## Intake consult en spirometrie met reversibiliteitstest

### Uitgangssituatie

De huisarts vermoedt een obstructieve longaandoening op basis van langdurige of frequente luchtwegklachten en rookgedrag, en heeft de patiënt verwezen naar de POH voor diagnostiek. In deze fase worden de volgende taken/onderzoeken uitgevoerd:

- [Gestructureerde anamnese astma/COPD](#)
- [Gestructureerde vragenlijst CCQ](#)
- [Gestructureerde vragenlijst MRC](#)
- [Spirometrie met reversibiliteitstest](#)

### Gegevens verzamelen

Verzamel de gegevens door middel van de anamneselijst intake astma/COPD en laat de patiënt de gestandaardiseerde vragenlijst CCQ vooraf het consult invullen.

- Aard en ernst van de klachten (hoest, piepende ademhaling, dyspnoe)
- Mate van hinder klachten (frequentie klachten, beperkingen)
- Roken (heden, verleden, pakjaren)
- Arbeidssituatie (beroep, ziekteverzuim)
- Ongewenst gewichtsverlies
- Psychosociale factoren (angst dyspnoe, klachten depressie, sociale situatie)

Allergie-onderzoek is alleen nodig als er aanwijzingen zijn dat allergische prikkels een rol spelen in de klachten (mengbeeld astma en COPD).

## Uitvoering en Interpretatie spirometrie

Uitvoering en interpretatie [spirometrie volgens protocol](#). In de diagnostische fase zal er altijd een reversibiliteitstest worden afgenomen.

Bij de beoordeling van spirometrie d.m.v. [beoordelingsformulier \(ROER\)](#), kan ook de kaderarts/longarts geraadpleegd worden. Bij twijfel over de diagnose, overweeg doorverwijzing naar de tweede lijn.

Bij het stellen van de diagnose wordt alleen beeldvormend onderzoek verricht bij een discrepantie tussen de klachten of ziektelast en de spirometrische afwijkingen:

- X-thorax (bijvoorbeeld bij vermoeden van longcarcinoom, tbc, pneumothorax);
- Hoge resolutie CT-scan (via de longarts bij vermoeden van bronchiëctasieën).

## Overleg intakeconsult HA/POH

### COPD = Ja

Samenvattend kan de diagnose COPD direct worden gesteld als aan de volgende criteria is voldaan:

- De patiënt >40 jr en heeft last van dyspnoe en/of chronisch hoesten, als dan niet met slijm opgeven.
- De patiënt heeft een relevante rookgeschiedenis.
- De patiënt heeft een afwijkende FEV1/FVC-ratio na bronchusverwijding (z-score <-1.64)

In de huisartsenpraktijk zien we vrijwel altijd patiënten die voldoen aan bovenstaande criteria maar met een FEV1>50% van voorspeld. Dan mag u de diagnose pas definitief stellen nadat de spirometrie is herhaald (na 3-6 weken).

De diagnose COPD en astma wordt gesteld als:

- De patiënt last heeft van dyspnoe en/of hoesten, al of niet met slijm opgeven
- Astma in de anamnese (zie zorgprogramma astma)
- En als bij eerste en herhaalde spirometrie:
  - Een afwijkende FEV1/FVC-ratio na bronchusverwijding (z-score <-1.64);
  - Een FEV1 toename na bronchusverwijding heeft van >12%.

### Ziektelast bepalen

Wanneer de diagnose COPD is gesteld, wordt de ernst van de ziektelast voor de patiënt bepaald.

Er wordt onderscheidgemaakt in lichte, matige en ernstige ziektelast. Deze indeling geeft ook richting aan het vervolgbeleid, zoals de frequentie van controles en eventuele verwijzingen.

Tijdens het intake consult worden de MRC en CCQ medebepaald. Deze scores, en de scores van het longfunctieonderzoek en gegevens over de voedingstoestand van de patiënt worden gebruikt om de ernst van de COPD te bepalen.

### **Criteria voor onderscheid tussen lichte (afwezigheid van alle criteria) en matige (aanwezigheid van $\geq 1$ criterium) ziektelast**

Parameter	Afkapwaarde
Klachten/hinder/beperkingen	MRC $\geq 3$ OF CCQ $\geq 2$
Exacerbaties	$\geq 2$ exacerbaties per jaar behandeld met orale corticosteroïden of $\geq 1$ ziekenhuisopname wegens COPD.
Longfunctie	FEV1 na bronchusverwijding < 50% van voorspeld of <1.5L absoluut of progressief longfunctieverlies (bv. daling FEV1 >150ml/jaar) over 3 jaar of meer ( $\geq 3$ metingen).
Voedingstoestand	Ongewenst gewichtsverlies > 5% per maand of >10% per 6 maanden of verminderde voedingstoestand (BMI <21), zonder andere verklaring.



## COPD = Twijfel

### Diagnostische consult longarts

Bij twijfel over de diagnose (comorbiditeit, moeilijk te interpreteren longfunctie) en/of bij discrepantie tussen subjectieve klachten en GOLD-score verwijst de huisarts naar longarts.

Verwijsafspraken:

- Gold I en ongecompliceerd Gold II in de huisartsenpraktijk
- Gecompileerd Gold II Gold III en Gold IV; voor diagnostisch consult naar CCLT; daarna overleg tussen longarts en huisarts om te bepalen waar behandeling plaatsvindt.

Zie onderstaand schema

	Gold-klasse	MRC	CCQ
Licht	1 2 ongecompliceerd	<3	<2
Matig	2 gecompliceerd 3 ongecompliceerd	≥ 3	≥ 2
Ernstig	3 gecompliceerd 4	>3	>2

### Afsluiting en vervolgspraken

- Noteer de gegevens uit de intake in het HIS.
- Zorg voor juiste ICPC-codering in HIS en geef in protocol HIS aan wie de hoofdbehandelaar is.
- Breng als de diagnose COPD is gesteld een markering voor griepvaccinatie (R44.00) aan.
- Bij diagnose COPD: Maak een afspraak voor de patiënt bij de huisarts voor een scharnierconsult binnen 2 weken
- Bij Twijfel: maak een afspraak voor de patiënt voor herhaling spirometrie na 3-6 weken of verwijzing diagnostisch consult longarts.

## 2.2. Screening en uitvoering dossieronderzoek

Deze lijst wordt samengesteld op de volgende criteria/codes:

- ATC codes relevant aan Astma/COPD
- ICPC R95 en R95 én R96
- Mogelijke ruiters of andere episodes die door praktijk zelf zijn aangemaakt
- Rookhistorie indien bekend of ICPC P17
- Parameters spirometrie

Van deze personen wordt vastgesteld op basis van hun dossiergegevens of de diagnose COPD bevestigd kan worden. Bij twijfel over de juistheid van de diagnose is aanvullende diagnostiek nodig (zie hoofdstuk 2 'diagnostische fase'). Indien de diagnose in het verleden door de longarts gesteld is mag deze als valide beschouwd worden.

Vervolgens wordt bij de patiënten met diagnose COPD bekeken of zij in aanmerking komen voor inclusie in het zorgprogramma op basis van de volgende criteria:

### Inclusiecriteria en exclusiecriteria COPD ketenzorg

Inclusiecriteria:

- Patiënten met COPD met een lichte ziektelast of matige ziektelast (als de huisarts de hoofdbehandelaar is)

Exclusiecriteria:

- Patiënten met een ernstige ziektelast (tenzij na terug verwijzing van de longarts);
- Astmapatiënten met COPD waarbij astmabehandeling voorop staat;
- Patiënten met COPD lichte of matige ziektelast die in het verpleeghuis verblijven;
- COPD-patiënten gaan UIT het DBC indien behandeling (tijdelijk) wordt overgenomen door 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> lijn indien:
  - een patiënt meer dan 2 exacerbaties per jaar heeft en andere pathologie vermoed wordt waarbij nader onderzoek in de 2e lijn noodzakelijk is;
  - niet of onvoldoende bereiken van de behandeldoelen waardoor doorverwijzing noodzakelijk is voor verdere exploratie hiervan;
  - een snel progressief verloop zich voordoet ondanks maximale behandeling

## 2.3. Registratie bij dossieronderzoek

Tijdens de screening van de praktijkpopulatie is het van belang de patiënten die in aanmerking komen voor de ketenzorg COPD goed te registreren.

Hiervoor is nodig:

- Alle patiënten coderen met ICPC-code **R95, hoofdbehandelaar COPD = Huisarts én deelname Ketenzorg COPD = Ja** in het HIS.  
*In geval van mengbeeld: gefixeerde obstructie door langbestaand onderbehandeld Astma - dan R95 aanmaken, maar alles blijven registreren onder R96.*
- Aanmaken van het COPD-protocol in het HIS of gebruik het standaard RCH protocol dat in het HIS is ingevoerd.
- Het is een voorwaarde om bij de patiënten die bekend zijn bij de longarts dit duidelijk te registreren (hoofdbehandelaar COPD = specialist + deelname ketenzorg astma = nee) in het HIS, gekoppeld aan de episode en ICPC-code R95. Hiermee wordt inzichtelijk hoeveel personen in de tweede lijn onder behandeling zijn en hoe substitutie vorm krijgt in de nabije toekomst.
- Het is een voorwaarde om bij de patiënten die bekend zijn bij de longarts dit duidelijk te registreren (hoofdbehandelaar COPD = specialist + deelname ketenzorg COPD = nee) in het HIS, gekoppeld aan de episode en ICPC-code R95. Hiermee wordt inzichtelijk hoeveel personen in de tweede lijn onder behandeling zijn en hoe substitutie vorm krijgt in de nabije toekomst.

Als een patiënt in de keten (in de DBC) opgenomen moet worden, dienen de volgende instellingen naast bovengenoemde punten a en b, in het HIS worden gedaan:

- Stamgegevens in het HIS, inclusief BSN moeten volledig zijn ingevuld.
- Bij patiënten met de dubbeldiagnose astma/COPD wordt een keuze gemaakt in welk zorgprogramma zij geïncorporeerd worden en zal men onderstaande metingen moeten aanmaken voor de inclusie in het juiste DBC:
  - **DBC COPD:** bij een relevante rookhistorie (> 20 jaar roken of > 15 pakjaren)  
Registratie:  
Hoofdbehandelaar COPD en Astma = huisarts  
ICPC R95 en ICPC R96  
Deelname ketenzorg COPD = ja  
Deelname ketenzorg Astma = nee
  - **DBC Astma:** bij het ontbreken van relevante rookhistorie en de aanwezigheid van een Astma voorgeschiedenis en gebruik structureel ICS-medicatie  
Registratie:  
Hoofdbehandelaar COPD en Astma = huisarts  
ICPC R95 en ICPC R96  
Deelname ketenzorg astma = ja  
Deelname ketenzorg COPD = nee

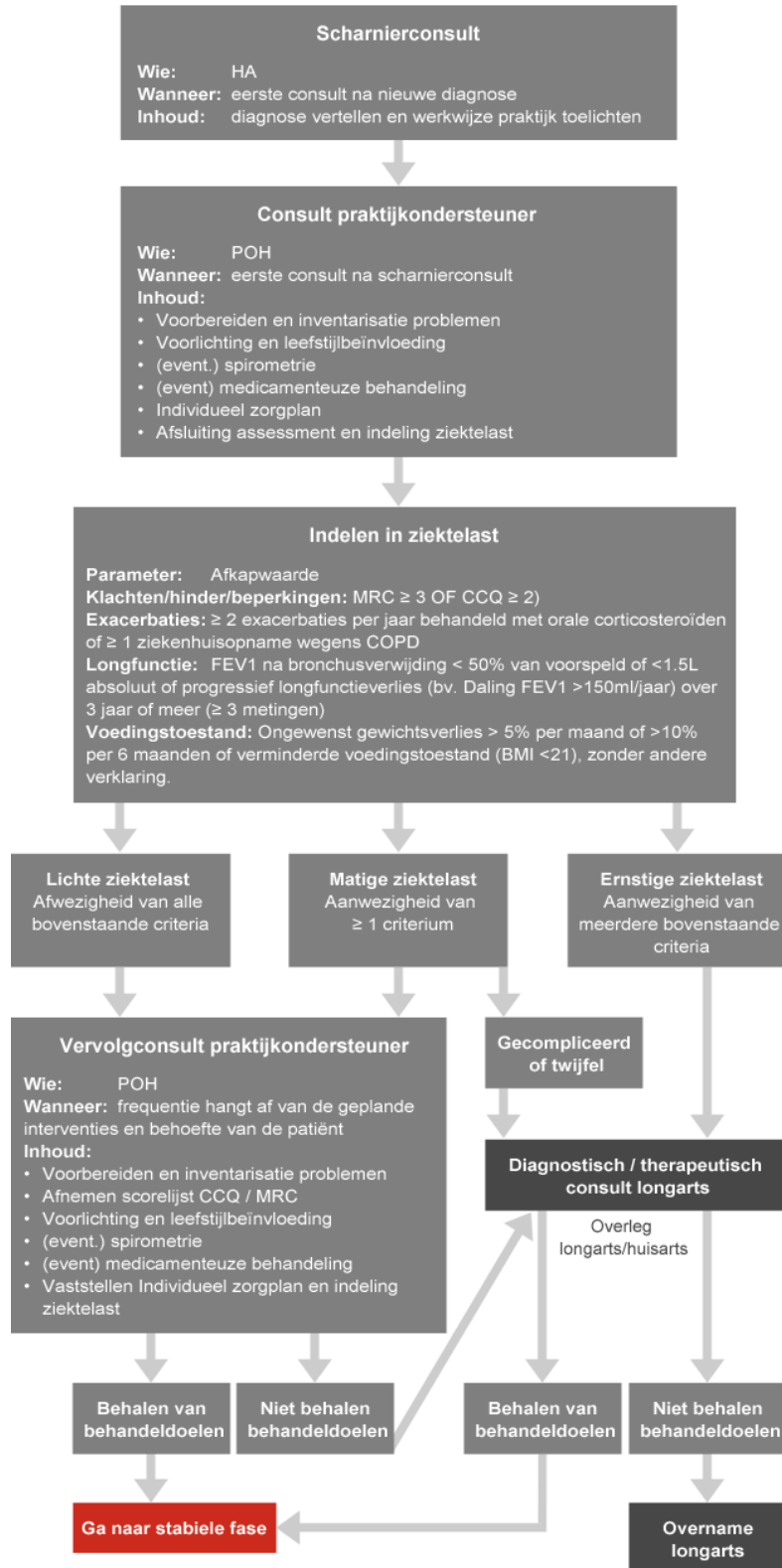
Tevens is het van belang bij het uitvoeren van een zorgprogramma te registreren door middel van kwaliteitsindicatoren om transparantie over de uitgevoerde zorg te bieden.

De kwaliteitsindicatoren genoemd in de Zorgstandaard (LAN) maken hier onderdeel van uit en er is tevens een set landelijke (verplichte) indicatoren. [Zie overzicht registratie chronische zorg.](#)

# Hoofstuk 3 Instellen beleid/nieuwe COPD

## 3.1. Stroomschema instellen beleid

(declaratie via DBC)



## 3.2. Scharnierconsult

In het scharnierconsult, dat binnen 2 weken na spirometrie/diagnose zal plaatsvinden, bespreekt de huisarts de diagnose, hoe de patiënt en de hulpverleners samenwerken en welke zorg nodig is, met de patiënt. De huisarts zal de patiënt duidelijk maken welke rol de patiënt hierin zelf heeft.

De aandachtspunten voor het gesprek zijn:

- Diagnose: Patiënt weet dat hij/zij COPD heeft, en kan een inschatting maken van de ernst en beloop.
- Leefstijl: Wat kan de patiënt zelf doen: Stoppen met roken, bewegen, gezonde voeding, zelfmanagement (IZP)
- Zorgteam: Uitleg over rol POH, HA eventueel fysiotherapeut of diëtiste
- DBC COPD: Patiënt is op de hoogte van de doelen en de inhoud van de DBC COPD
- Zn aanvullende diagnostiek
- (Eventueel) medicamenteuze behandeling (conform NHG-standaard)
- Aandacht voor co- en multimorbiditeit (evt. uitslag X-thorax, pro BNP)

Afsluiting en vervolgafspraken

- Bespreek de onderwerpen die uit het consult naar voren zijn gekomen en bespreek persoonlijke streefdoelen en leg dit vast in het protocol COPD in het HIS.
- Maak een afspraak bij de praktijkondersteuner voor een vervolgconsult.

## 3.3. Consult praktijkondersteuner (1e vervolgconsult na diagnose)

**Eerste consult POH: 2-6 weken na scharnierconsult**

- Uitleg ziektebeeld COPD (voorlichtingsmateriaal , bijv. thuisarts.nl of Longfonds)
- Invullen/bespreeken van vragenlijst CCQ en MRC
- Leefstijladviezen:
  - check motivatie stoppen met roken
  - aandacht voor bewegen en sport
  - aandacht voor voeding, over-/ondergewicht, bepaal BMI
- Bespreek evt. psychosociale factoren: bv. angst voor dyspnoe
- Eventueel herhaling spirometrie
- Evaluatie TIP's: therapietrouw, inhalatietechniek. Vermijden van prikkels.
- Bij start of gebruik medicatie:
  - Werking, volgorde van inname, tijd tussen twee inhalaties, bijwerkingen, belang therapietrouw, onderhoudsplan bespreken
  - Voorschrift conform NHG-standaard

- Individueel zorgplan/behandelplan:
  - Bespreek persoonlijke behandeldoelen met de patiënt om te komen tot een individueel zorgplan.
- **Algemene streefdoelen:**
  - Minder klachten
  - Betere inspanningsvermogen
  - Normale achteruitgang van de longfunctie zoals weergegeven met de FEV1
  - Exacerbaties voorkomen
  - Invaliditeit en arbeidsongeschiktheid uitstellen of voorkomen
  - Betere ziekte gerelateerde kwaliteit van leven
  - Bepaal ziektelast en hierdoor ook het behandelplan/vervolgbeleid. Bespreek dit met de patiënt

**Criteria voor onderscheid tussen lichte (afwezigheid van alle criteria) en matige (aanwezigheid van  $\geq 1$  criterium) ziektelast**

Parameter	Afkapwaarde
Klachten/hinder/beperkingen	MRC $\geq 3$ OF CCQ $\geq 2$
Exacerbaties	$\geq 2$ exacerbaties per jaar behandeld met orale corticosteroïden of $\geq 1$ ziekenhuisopname wegens COPD
Longfunctie	FEV1 na bronchusverwijding $< 50\%$ van voorspeld of $< 1.5L$ absoluut of progressief longfunctieverlies (bv. Daling FEV1 $> 150ml/jaar$ ) over 3 jaar of meer ( $\geq 3$ metingen)
Voedingstoestand	Ongewenst gewichtsverlies $> 5\%$ per maand of $> 10\%$ per 6 maanden of verminderde voedingstoestand (BMI $< 21$ ), zonder andere verklaring.

**Afsluiting en vervolgafspraken na ieder consult**

- Bespreek de onderwerpen die uit elk consult naar voren zijn gekomen en bespreek de persoonlijke streefdoelen en leg dit vast in een individueel zorgplan.
- Overleg bij medicatiewijzigingen met de huisarts over het gewenste termijn
- Maak een afspraak voor een vervolgconsult met de patiënt, afhankelijk van de termijn waarop een volgende evaluatie gewenst is.
- Gegevens noteren in het protocol in het HIS

### 3.4. Evaluatie behandeldoelen

De definitieve indeling in ziektelast kun je soms pas na interventie of behandeling definiëren. De fase van instellen beleid mag maximaal 6 maanden duren. Tussendoor zal er bekeken worden of de behandeldoelen worden bereikt.

#### **Niet - behalen van behandeldoelen**

Bij het niet - behalen van behandeldoelen zullen de volgende stappen bekeken worden:

- Bijstellen behandeldoelen; POH en patiënt zullen mogelijk de behandeldoelen aanpassen en vervolgens opnieuw evalueren
- De patiënt wordt voor diagnostisch/therapeutisch consult verwezen naar de longarts. Vervolgens zal er na het consult overleg plaatsvinden tussen huisarts en longarts over het gewenste vervolgbeleid in de eerste of in de tweede lijn.

#### **Behalen van behandeldoelen**

Bij het behalen van de afgesproken behandeldoelen is de patiënt in de stabiele fase terecht gekomen en zal op basis van indeling ziektelast 1 of 2 per jaar voor controle komen.

# Hoofdstuk 4

## Stabiele Behandelfase

### 4.1 Stroomschema stabiele behandelfase (declaratie via DBC)





## 4.2. COPD Lichte en matige ziektelast

De frequentie wordt afgestemd op de behoeften en wensen van de patiënt, de persoonlijke doelen en de gemeten ziektelast. (zie hoofdstuk 3.3 voor bepaling ziektelast)

## 4.3. Halfjaar-/jaarcontrole spreekuur Praktijkondersteuner

(Half)Jaarcontrole POH ± 1-2 x per jaar

### 1. Voorbereiden consult

- Laat de patiënt thuis of vooraf het consult de CCQ en/of MRC lijst invullen
- Zijn er de laatste controles nog exacerbaties geweest?
- Laat de patiënt zijn eigen inhalatiemateriaal meenemen

### 2. Inventarisatie en vaststellen inhoud consult

- Bepaal samen met patiënt welke zaken er in ieder geval besproken moeten worden.
- Inventariseer klachten/vragen van de patiënt.
- Vergelijk de scorelijsten van de vorige keren en bespreek de verschillen.
- **Monitoring spirometrie:**
  - In de monitoring fase wordt gestandaardiseerde bronchusverwijding bij spirometrie niet aanbevolen en wordt spirometrie verricht met behoud van de eigen luchtwegmedicatie van de patiënt.
  - Spirometrie wordt niet meer standaard jaarlijks geadviseerd bij de controles van de COPD-patiënt.
  - Voor monitoring spirometrie zie Hoofdstuk 2 Diagnostische fase.

- **Leefstijl:**

Zie ook boek: Protocolaire astma & COPD zorg, editie 2015

- **Roken**

Voor mensen met COPD in elke fase van de aandoening, is stoppen met roken veruit het meest effectieve behandeloptie om een (versnelde) achteruitgang van de longfunctie en progressie van de ziekte te voorkomen. Hoe meer hierin geïnvesteerd wordt hoe hoger het rendement.

Belangrijk hierbij is het stoppen met roken-advies, er wordt gewezen op het feit dat roken een belangrijke rol speelt bij het ontstaan en de prognose van de klachten en dat stoppen met roken een onmisbaar onderdeel is van de behandeling.

Daarnaast wordt er gekeken naar de motivatie van de patiënt om te stoppen met roken. Patiënten die voldoende gemotiveerd zijn om te stoppen met roken krijgen begeleiding met het stoppen met roken. Wanneer het stoppen met roken interventie niet of onvoldoende beschikbaar is in de eerste lijn, is een verwijzing naar een programma via Sinefuma of de tweede lijn zinvol.

- **Beweging**

Bij veel COPD-patiënten is er sprake van inactiviteit. Deze inactiviteit kan invloed hebben op de klachten, de beperkingen en kwaliteit van leven. Er is voldoende bewijs dat fysieke training het inspanningsvermogen en de kwaliteit van leven van patiënten met COPD gunstig beïnvloedt.

Informeer naar het bewegingspatroon van de patiënt en geef uitleg over belang van beweging bij COPD. Geef de patiënt een advies op maat en leg dit vast in het individueel zorgplan.

Verwijs de patiënt mogelijk naar begeleiding fysiotherapie / sportschool.

Er zijn voor verwijzing naar fysiotherapie nog geen afspraken gemaakt binnen het DBC COPD.

- **Voeding**

Ondergewicht en overgewicht hebben een ongunstige invloed op het beloop van COPD. COPD gaat vaak gepaard met spierverlies naarmate de obstructie toeneemt. COPD is een chronische ziekte waarbij tenminste eenmalig een goede voedingsanamnese afgenomen moet worden. Dit kan door het stellen van eenvoudige vragen en bepaal bij elk vervolgconsult de BMI en vergelijk deze met de vorige keren.

### **Doorverwijscriteria**

Bij verminderde voedingstoestand (BMI <21) bij patiënten met matig ernstig COPD (gold II) bij wie een andere oorzaak dan COPD waarschijnlijk is, wordt verwijzing naar longarts overwogen.

Doorverwijzen naar een diëtist is mogelijk indien de patiënt voldoet aan één van de onderstaande criteria:

1. Gewichtsverlies > 5% in 1 maand of >10% in 6 maanden
2. SNAQ-score >2
3. SNAQ-rc score oranje/rood
4. BMI < 21kg/m<sup>2</sup> of BMI <25kg/m<sup>2</sup> bij onvrijwillig gewichtsverlies
5. Zeer afwijkende voedingsgewoonten.

- **Medicatie**

- Medicamenteuze behandeling conform NHG-standaard.
- Medicatie uitleg:
- Werking, volgorde van inname, bijwerkingen, belang therapietrouw bespreken
- Inhalatie instructie:
- Techniek, aandacht voor de juiste toedieningsvorm, onderhoud, meegeven van instructiemateriaal.
- Zie ook [www.Inhalatorgebruik.nl](http://www.Inhalatorgebruik.nl)

- **Actieplan/monitoring**

- Bepaal ziektelast (zie criteria onderscheid ziektelast hoofdstuk 3.3)
- Bespreek met de patiënt wat hij moet doen bij toename van klachten
- Mogelijke individuele doelen en afspraken worden vastgelegd in een individueel zorgplan. Een individueel zorgplan helpt de patiënt inzicht te krijgen in het ziekteproces, de zelfzorg te versterken en het stimuleert tot het vervullen van een sleutelrol in het monitoren van het verloop van het eigen ziekteproces.
- Overleg bij medicatiewijzigingen met de huisarts.
- Maak een vervolgspraak over het vervolgconsult met de patiënt afhankelijk van de termijn waarop een volgende evaluatie gewenst is. Zie schema hieronder

### Monitoring na de diagnostische fase

Patienten	Frequentie controleconsult	Frequentie spirometrie
Instelfase COPD	Na verandering medicatie	1-2 keer
Lichte ziektelast*: Bij patiënten zonder klachten** én die niet (meer) roken	Jaarlijks	niet
Lichte ziektelast: bij patiënten met klachten*** of die roken	Ten minste jaarlijks	Eenmaal per drie jaar
Matige ziektelast	Ten minste tweemaal per jaar	Jaarlijks bij adequate omgang met de aandoening bij patiënt die gestopt is met roken kan dit eenmaal per drie jaar
Ernstige ziektelast	In de tweede lijn	In de tweede lijn
Beperkte levensverwachting	Zorg op maat	Niet aanbevolen
Exacerbatie	Extra na behandeling van de exacerbatie	Niet extra

\* Ziektelast: zie tabel Criteria voor onderscheid in ziektelast (diagn. Fase)

\*\* Zonder klachten (bij lichte ziektelast): MRC < 2 en/of CCQ < 1 én zonder exacerbatie in de voorafgaande 12 maanden

\*\*\* Met klachten (bij lichte ziektelast): MRC = 2 if CCQ <2 of maximaal 1 exacerbatie in de voorafgaande 12 maanden.

#### 4.4. Jaarcontrole spreekuur huisarts

- Inspectie patiënt, eventueel auscultatie
- Bespreking co-morbiditeit
- Psychosociale begeleiding;  
Sluit aan op de problemen die de patiënt op psychosociaal gebied ondervindt en die naar voren komen uit vragenlijsten en anamnese of vanuit het consult
- Aandacht voor doorgemaakte exacerbaties.
- Bespreking medicatiegebruik en mogelijk medicatieverandering

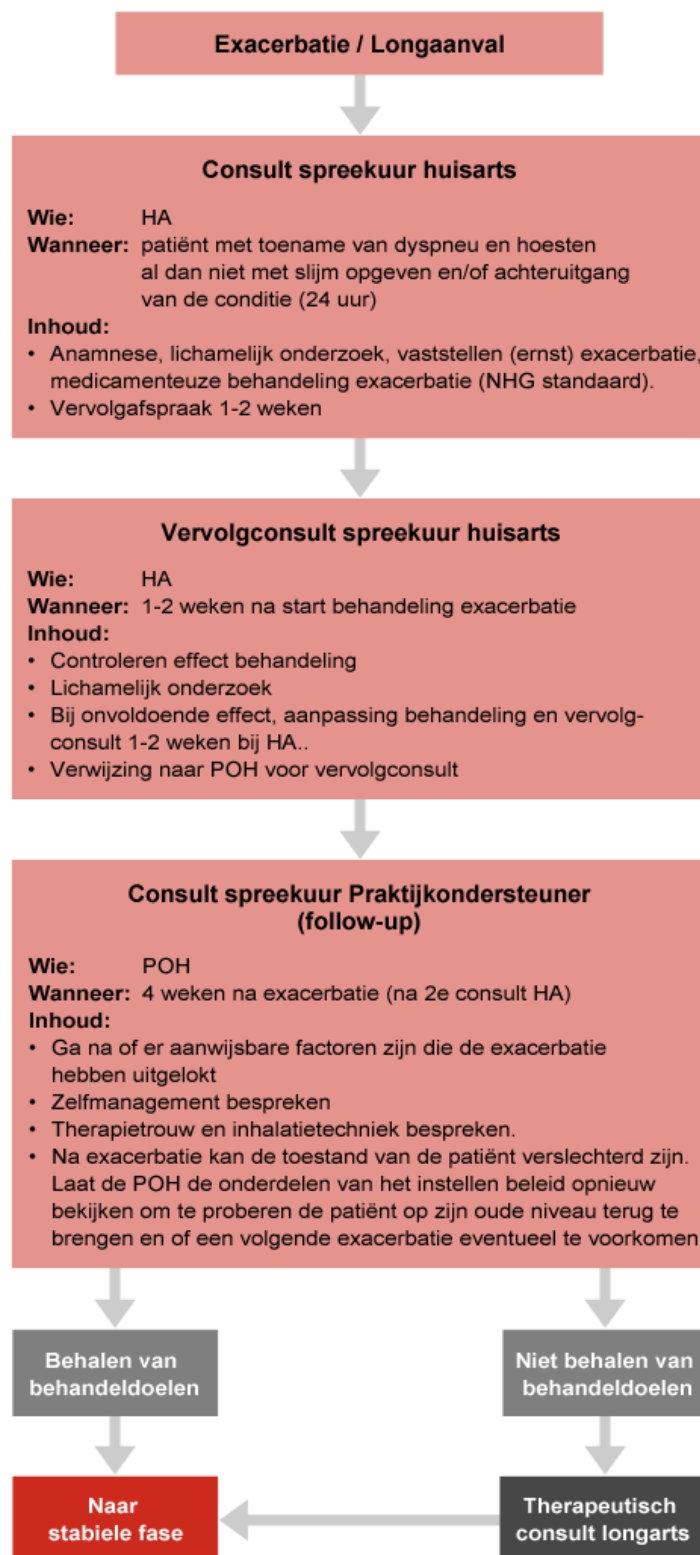
Afsluiting en vervolgspraken:

- Bespreek de onderwerpen die uit het consult naar voren zijn gekomen en bespreek de persoonlijke streefdoelen en leg dit vast in het protocol COPD in het HIS.
- Maak een vervolgspraak of check naar de vervolgspraak die al is gemaakt door de praktijkondersteuner wanneer een volgende evaluatie gewenst is.

# Hoofdstuk 5

## Instabiele fase / Exacerbatie / Longaanval

### 5.1 Stroomschema instabiele behandelfase (declaratie via DBC)



## 5.2. Instabiele fase/beleid exacerbatie

Exacerbatie volgens de NHG-standaarden: een aanhoudende verslechtering van de conditie van de patiënt binnen één of enkele dagen, die wordt gekenmerkt door een toename van dyspneu en hoesten – al of niet met slijm opgeven – die groter is dan de normale dag-tot-dag- variabiliteit.

### Consult spreekuur huisarts

- Bij het vermoeden van een exacerbatie wordt de patiënt altijd door de HA gezien:
- Inspecteert de patiënt en onderzoekt de thorax
- Ga de oorzaak van de exacerbatie na
- Beoordeel of er een andere oorzaak van de verergering van de dyspnoe is
- Bij behandeling van de meeste exacerbaties kan de huisarts volstaan met:
- Het (opnieuw) starten met bronchusverwijders, het tijdelijk verdubbelen van de dosis
- Bij onvoldoende effect: kuur prednison 1dd30mg gedurende zeven tot veertien dagen.
- Bij patiënten met ernstig COPD kan de huisarts op grond van ervaringen bij eerdere exacerbaties besluiten eerder een AB-kuur te starten.
- Zie ook voor medicamenteuze behandeling” NHG-standaard COPD, Transmurale samenwerking COPD Midden Brabant
- Vervolgafspraak 1-2 weken

### Vervolgconsult spreekuur huisarts

- Controleren effect behandeling
- Inspecteer de patiënt en lichamelijk onderzoek
- Bij onvoldoende effect behandeling: aanpassing behandeling conform NHG standaard COPD en vervolgconsult 1-2 weken bij huisarts
- Verwijzing naar POH voor vervolgconsult 1-2 weken
- Therapeutisch consult longarts; Bij het niet behalen van behandeldoelen of twijfel over juiste diagnose zal de patiënt verwezen worden voor (eenmalig) therapeutisch consult bij de longarts of overleg longarts/huisarts

### Consult spreekuur praktijkondersteuner (Follow-up)

- Ga na of er aanwijsbare factoren zijn die de exacerbatie hebben uitgelokt.
- Therapietrouw en inhalatietechniek controleren
- Zelfmanagement bespreken
- Na exacerbatie kan de toestand van de patiënt verslechterd zijn. Laat de POH de onderdelen in fase instellen beleid, opnieuw bekijken (b.v. indeling ziektelast) om te proberen de patiënt op zijn oude niveau terug te brengen en of een volgende exacerbatie eventueel te voorkomen. En bepaal daarbij opnieuw de monitoringsfase van deze patiënt.

Zie voor beleid exacerbaties:

Boek: Protocollaire astma & COPD zorg, editie 2015

# Hoofdstuk 6

## Palliatieve zorg

Vooralsnog zijn er nog geen definitieve DBC afspraken gemaakt rondom de palliatieve zorg van de COPD-patiënt.

Voor richtlijnen verwijzen wij naar:

- [NHG-standaard COPD, maart 2015](#)
- [Zorgstandaard COPD LAN, Januari 2016](#)
- Protocollaire astma/COPD-zorg (editie 2015)

# Hoofdstuk 7

## Stoppen met roken

### 7.1. Stoppen met roken (declaratie via DBC)

Kenmerken patiënten:

- Patiënt met actueel rookgedrag

Voor mensen met Astma in elke fase van de aandoening, is stoppen met roken veruit het meest effectieve behandeloptie om een (versnelde) achteruitgang van de longfunctie en progressie van de ziekte te voorkomen.

Tevens is het effect van inhalatie steroïden op de ontstekingsreactie in de luchtwegen minder bij rokende astmapatiënten dan bij niet-rokende-astma-patiënten. Daarom is het van belang dat een astmapatiënt zo spoedig mogelijk het roken stopt.

Dit vraagt om gerichte voorlichting, advisering en begeleiding, zo nodig ondersteund met medicatie of nicotinevervangers.

Ga na of de patiënt (nog) rookt. Zo ja, bespreek het rookgedrag, geef uitleg hierover.

Belangrijk hierbij is het stoppen met roken –advies, er wordt gewezen op het feit dat roken een belangrijke rol speelt bij het ontstaan en de prognose van de klachten en dat stoppen met roken een onmisbaar onderdeel is van de behandeling.

Daarnaast wordt er gekeken naar de motivatie van de patiënt om te stoppen met roken.

Patiënten die voldoende gemotiveerd zijn om te stoppen met roken krijgen begeleiding met het stoppen met roken.

Deze begeleiding bestaat gemiddeld uit 4 consulten en 3 telefonische consulten door de praktijkondersteuner (afstemming met de huisarts.)

#### **De Huisarts:**

- Geeft stopadvies (tijdens scharnierconsult)
- Peilt motivatie, nodigt zo mogelijk uit tot nieuw gesprek
- Verwijst voor begeleiding naar praktijkondersteuner
- Schrijft zo nodig medicatie uit

#### **De praktijkondersteuner:**

- Neemt rookprofiel af
- Verhoogt motivatie
- Inventariseert en bespreekt belemmeringen
- Maakt stopafpraak met patiënt
- Bespreekt hulpmiddelen
- Overlegt met huisarts
- Biedt nazorg (in de vorm van telefonische en spreekuurcontacten)



De huisarts en praktijkondersteuner maken hierbij gebruik van het een stappenplan in het stoppen met roken begeleiding, zoals erkend door het kwaliteitsregister Stoppen met roken en de richtlijnen van de NHG-standaard Stoppen met Roken.