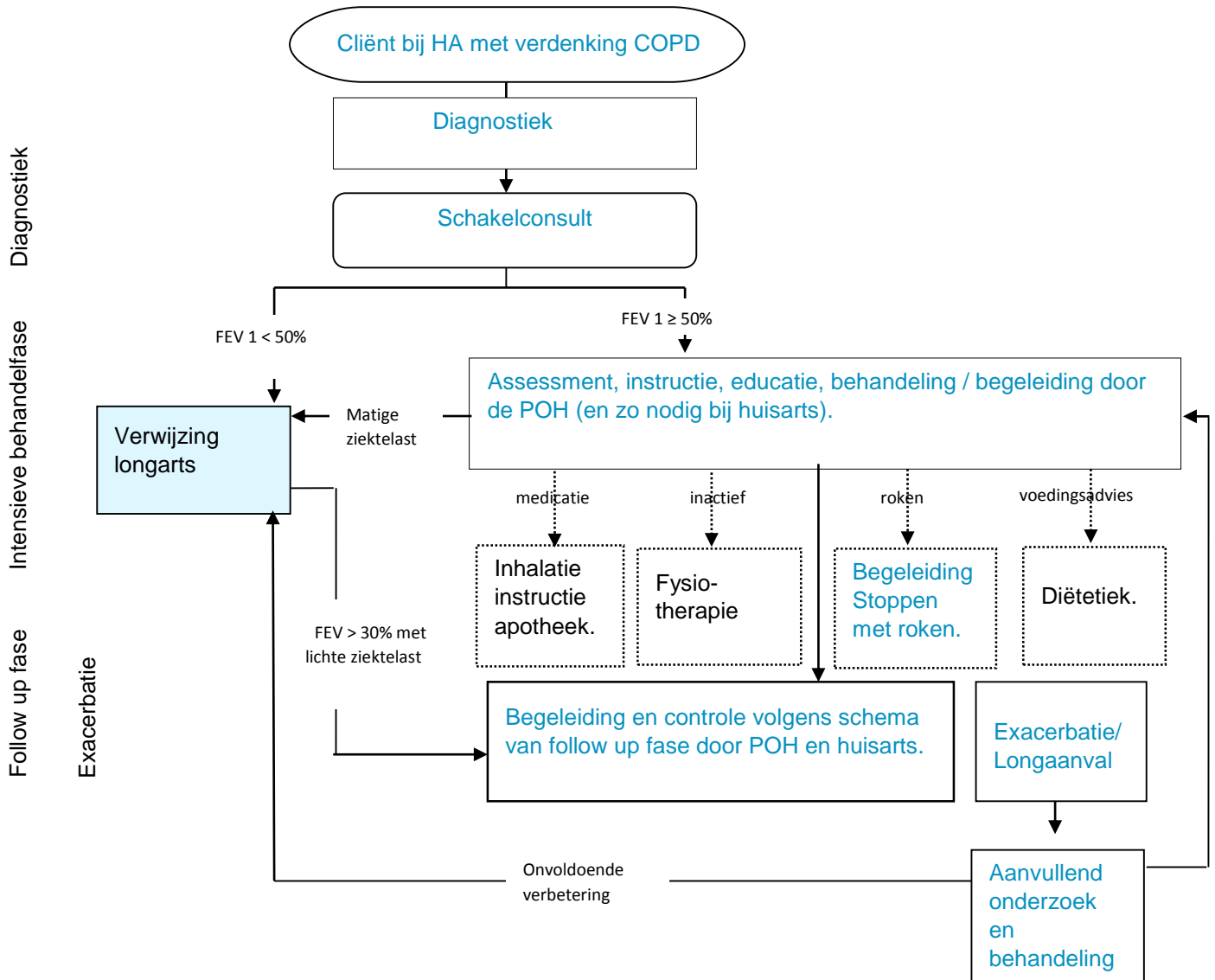


# Samenvatting Zorgprogramma COPD



## Stroomschema Zorgprogramma COPD



## Inhoud Zorgprogramma COPD

In deze samenvatting wordt het Zorgprogramma voor COPD beschreven. Voor meer informatie en uitleg over de onderwerpen verwijzen wij naar het volledige Zorgprogramma COPD (oktober 2015).

Een actuele versie van dit zorgprogramma staat op de website:  
[www.haarlemmermeerketenzorg.nl](http://www.haarlemmermeerketenzorg.nl)

De doelgroep van het zorgprogramma bestaat uit COPD patiënten met een lichte en matige luchtwegobstructie die geen indicatie hebben voor een uitgebreid assessment door de longarts (lichte ziektelast) en patiënten met een ernstige luchtwegobstructie met een lichte ziektelast.

Deze criteria komen overeen met de criteria uit de NHG-standaard COPD april 2015.

## 1. Diagnostisch traject

### 1.1 Diagnostiek door huisarts

Tijdens het consult stelt de huisarts de voorlopige diagnose aan de hand van:

- anamnese
- lichamelijk onderzoek (longen, hart, BMI, voedingstoestand, gewichtsverlies)

De huisarts laat aanvullend onderzoek doen voor:

- X-thorax
- laboratorium: Hb (andere lab-bepalingen op indicatie)
- spirometrie
- ECG:
  1. screening voor ergometrie
  2. verdenking compensatio cordis
  3. matige ziektelast

### 1.2 Diagnostiek door POH of praktijkassistente

De praktijkondersteuner (POH) of praktijkassistente doet een spirometrie, waarna zij een afspraak maakt voor een schakelconsult bij de huisarts.

### 1.3 Schakelconsult door huisarts

Tijdens het schakelconsult stelt de huisarts een definitieve diagnose, inclusief classificering, en initieert de behandeling.

Classificering vindt plaats op basis van mate van obstructie en ziektelast.

**Tabel 1 mate van luchtwegobstructie**

Luchtwegobstructie	FEV <sub>1</sub> /FVC	FEV <sub>1</sub> (% van voorspelde waarde)
I Licht	< p5 (z-score < -1,64) LLN 5%	≥ 80
II Matig ernstig		50 ≥ en < 80
III Ernstig		30 ≤ en < 50
IV Zeer ernstig		< 30

De grenswaarden van FEV zijn waarden na luchtwegverwijding.

**Tabel 2 mate van ziektelast**

Lichte ziektelast: afwezigheid van alle criteria

Matige ziektelast: aanwezigheid van ≥ 1 criterium

Parameter	Afkappunt
Klachten/hinder/beperkingen	MRC ≥ 3 of CCQ ≥ 2*
Exacerbaties	≥ 2 exacerbaties per jaar behandeld met orale corticosteroïden of ≥ 1 ziekenhuisopname wegens COPD
Longfunctie**	FEV <sub>1</sub> na bronchusverwijding < 50% van voorspeld of < 1,5 l absoluut of progressief longfunctieverlies (bijvoorbeeld ↓FEV <sub>1</sub> > 150 ml/jaar) over 3 jaar of meer (≥ 3 metingen)
Voedingstoestand	Ongewenst gewichtsverlies > 5% / maand of > 10% / 6 maanden, of verminderde voedingstoestand (BMI < 21), zonder andere verklaring

\* MRC Medical Research Council dyspneuschaal (range 1-5); CCQ Clinical COPD Questionnaire (range 0-6).

\*\* Bij monitoring: gebruik voor het bepalen van de ziektelast de laatste spirometrie-uitslag.

**Tabel 3 Verwijzing naar longarts**

Classificering luchtwegobstructie	Matige ziektelast	Lichte ziektelast
FEV <sub>1</sub> ≥ 50%	Verwijzing naar longarts voor diagnostiek, beleid uitzetten en daarna terugverwijzen	Blijft bij huisarts en POH
FEV <sub>1</sub> < 50%	Behandeling en controles door longarts	Gedeelde behandeling; in principe jaarlijks controle door longarts, behandeling verder in handen van huisarts en POH

De medicamenteuze behandeling wordt ingesteld volgens de NHG standaard.

## 1.4 Assessment door POH

Na het stellen van de diagnose COPD, is het van belang om de integrale gezondheidstoestand vast te stellen, die bestaat uit vier domeinen, te weten:

- stoornis
- klachten
- beperkingen
- kwaliteit van leven

Dit gebeurt in het zogenaamde assessment. Het basale assessment bestaat uit:

- anamnese: rookgedrag, mate van adaptatie en fysieke inspanning
- ervaren klachten en beperkingen: CCQ
- dyspnoescore: MRC
- bewegingsactiviteit: NNGB
- voedingstoestand: BMI en gewichtsverlies
- longfunctiebeperking: FEV1 en verloop hiervan, reversibiliteit en de FER.

De vier domeinen worden bij elk consult vastgesteld. De longfunctiebeperking wordt zo nodig of protocollair bepaald.

## 2. Behandeling

### 2.1 Intensieve behandelfase (instelfase)

Na het assessment stelt de POH samen met de patiënt een individueel behandelplan op. De POH kan verwijzen naar de apotheek voor inhalatie-instructie, naar Stoppen met Roken begeleiding, ergometrie, fysiotherapie en/of diëtiëk.

De duur van deze intensieve behandelfase is ca. 1 jaar. Het aantal consulten en de uiteindelijke duur verschilt per persoon.

De huisarts verwijst de patiënt zo nodig (bij FEV1 ≤ 50% of aanhoudende matige ziektelast ondanks adequate behandeling) naar de longarts (zie tabel 3 en bijlage 1: verwijsafspraken longartsen).

### 2.2 Follow up fase

Na de intensieve behandelfase komt de patiënt in een stabiele fase. Het aantal consulten in deze follow up fase hangt af van de ervaren ziektelast. Tijdens het consult met de POH wordt tenminste het assessment besproken.

Tabel 5 Monitoring na de diagnostische fase

<i>Patiënten</i>	<i>Frequentie controleconsult</i>	<i>Frequentie spirometrie</i>
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 3 jaar
Matige ziektelast	Ten minste 2 maal per jaar	Jaarlijks; bij adequate omgang met de aandoening bij patiënt die gestopt is met roken kan dit eenmaal per 3 jaar
Ernstige ziektelast	In de 2 <sup>e</sup> lijn	In de 2 <sup>e</sup> lijn
Beperkte levensverwachting	Zorg op maat	Niet aanbevolen
Exacerbatie	Extra na behandeling van de exacerbatie	Niet extra

\* Ziektelast: zie tabel 2. Bij afwezigheid van jaarlijkse spirometrie kan uitgegaan worden van de laatst gemeten waarden.

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

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

### 2.3 Exacerbatie / longaanval

Een exacerbatie / longaanval is een periode waarin de "normale" luchtwegklachten toegenomen zijn, gepaard gaande met een algeheel gevoel van ziek zijn, toename van hoesten/slijm, soms ook koorts en toename van medicijngebruik.

## 2.3.1 Ernstige exacerbatie / longaanval

Soms is er sprake van een ernstige exacerbatie / longaanval, criteria hiervoor zijn:

- (een toename van de) dyspnoe in rust, moeite met het uitspreken van een hele zin, niet plat kunnen liggen
- ademhalingsfrequentie > 30/min (bij zeer ernstige exacerbatie neemt de ademhalingsfrequentie weer af!)
- hartslag > 120/min
- gebruik van hulpademhalingsspieren
- fors gedaalde zuurstofsaturatie (> 5% daling) ten opzichte van normaal en/of < 90%

## 2.3.2 Behandeling longaanval

Er vindt altijd behandeling door de huisarts plaats:

- eerste keus: luchtwegverwijders maximaal doseren

Bij voldoende verbetering geeft de huisarts:

- instructies voor het gebruik van bronchusverwijders gedurende de komende 24 uur (bijvoorbeeld een dubbele dosis of inhalatie via een inhalatiekamer)
- een prednisonstootkuur 10 dagen 30 mg/dag
- antibiotica bij koorts en COPD GOLD 4

Bij onvoldoende verbetering verwijst de huisarts de patiënt naar de longarts.

## 2.3.3 Behandeling recidiverende longaanvallen

In geval van herhaaldelijke longaanvallen bij COPD kan een inhalatie-corticosteroid als proef worden voorgeschreven:

- kies een inhalatie-corticosteroid in dezelfde toedieningsvorm als de gebruikte luchtwegverwijder;
- combinatie preparaat van ICS en LABA;
- evalueer na 3 maanden, indien subjectieve verbetering of vermindering exacerbaties dan afbouwen naar een lagere dosering
- als longaanvallen niet afnemen kan het inhalatie-corticosteroid gestaakt worden, deze hebben dan bij deze specifieke patiënt geen effect. In de episode vermelden dat inhalatie-corticosteroid geen effect heeft.

### 2.3.4 Palliatieve fase

Of een patiënt zich in de palliatieve fase bevindt, wordt bepaald door het (verslechterde) klinische beeld, het ondergaan hebben van intensieve behandelingen zonder (blijvend) effect, de subjectieve inschatting en wensen van de patiënt en de inschatting van de zorgverleners.

In de palliatieve fase neemt één van de volgende zorgverleners de coördinatie van de zorg op zich:

#### Eerste lijn

- huisarts
- POH

#### Tweede lijn:

- longarts
- specialistisch (long)verpleegkundige
- nurse practitioner

Wie als coördinator optreedt, is afgestemd op de wens van de patiënt. Voorwaarde is, dat de zorgverlener die de coördinatie van zorg uitvoert, deskundig is op het gebied van COPD en palliatieve zorg en bereid is de patiënt thuis te bezoeken en te begeleiden. Hierbij is de richtlijn palliatieve Zorg bij mensen met COPD (LAN, 2011) leidend.

Indien de patiënt de huisarts of POH als coördinator wenst, zorgt de longarts voor de overdracht.



## 3. Consultatie en verwijzing

### 3.1 Farmaceutische zorg

De apotheek geeft zorg rond de eerste- en vervolg uitgifte van medicatie, hetgeen inhoudt:

- bespreken verwachting patiënt
- medicatiebewaking
- medicatiebeoordeling
- instructie inhalatietechniek
- evaluatie gebruik medicatie (therapietrouw)

De apotheek koppelt terug aan de huisarts:

- wanneer inhalatie-instructie is gegeven (ook bij vervolgitgifte)
- wanneer het voorgeschreven inhalatie systeem niet past bij de patiënt
- bij signalering ondoelmatig medicijn gebruik (onder- of overgebruik, terapietrouw)

### 3.2 Stoppen met roken

Stoppen met roken is de meest effectieve behandeloptie, om versnelde achteruitgang van de longfunctie te voorkomen. Dit is voor alle mensen met COPD in iedere fase de belangrijkste niet-medicamenteuze behandeling.

Het advies is om de patiënt de **Stoppen met Roken** begeleiding aan te bieden.

### 3.3 Bewegadvies / fysiotherapie

Bij veel patiënten met COPD is er sprake van inactiviteit. Het is van groot belang om hiervoor aandacht te hebben, vanwege de invloed op de ernst van de klachten, de beperkingen, de kwaliteit van leven en het zorggebruik. Aan iedere COPD patiënt wordt een bewegadvies op maat gegeven door de POH. Wanneer er desondanks inactiviteit blijft bestaan, verwijst de POH naar een fysiotherapeut, die een erkend bewegprogramma COPD aanbiedt en aangesloten is bij het KIS.

#### Verwijsindicaties fysiotherapie

1. gestoorde mucuskleding bij onjuiste techniek en / of niet terapietrouw
2. kortademigheid en afgenomen inspanningsvermogen
  - $FEV1 \geq 50\%$  pred. / MRC-score  $<$  geen fysiotherapie, advies, verbeter fysieke activiteit, aangepaste sportactiviteit, reguliere sportbeoefening
  - $FEV1 \geq 50\%$  pred. / MRC-score  $\geq 2$  bewegprogramma bij fysiotherapeut
  - $FEV1 < 50\%$  pred. / MRC-score  $\geq 2$  multidisciplinaire revalidatie, aansluitend bewegprogramma bij fysiotherapeut

#### Verwijsbrief huisarts naar fysiotherapeut

De huisarts of POH stuurt een verwijzing via het KIS aan de fysiotherapeut met de actuele vraagstelling. In de verwijzing wordt tenminste vermeld:

- medische diagnose
- uitslag FER
- FEV 1
- MRC
- CCQ lijst (wordt meegestuurd)
- co-morbiditeit (specifiek gerelateerd aan inspanning)
- medicatiegebruik
- zuurstofsaturatie
- indianaanwezig de uitslag maximale inspanningstest met ECG (ergometrie)

### 3.4 Voedingsadvies / diëtetik

Verwijzen naar een diëtist gebeurt na het stellen van de diagnose COPD in combinatie met:

- BMI  $\leq$  21 kg/m<sup>2</sup>
- BMI  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>
- ongewenst gewichtsverlies van > 5% binnen een maand of > 10% binnen 6 maanden
- VVMI  $\leq$  16 kg/m<sup>2</sup> (mannen) en 15 kg/m<sup>2</sup> (vrouwen)
- gewichtstoename na stoppen met roken ondanks adviezen van POH

Er wordt verwezen naar een diëtist, die aangesloten is bij het KIS.

Een actueel overzicht samenwerkende diëtisten staat vermeld op

[www.haarlemmermeerketenzorg.nl](http://www.haarlemmermeerketenzorg.nl)

#### Verwijsbrief huisarts naar diëtist

De huisarts of POH stuurt via het KIS een verwijsbrief aan de diëtist met een duidelijke vraagstelling en/of verwijsredenen. Daarnaast wordt in de verwijsbrief vermeld:

- GOLD type
- BMI, VVMI
- co-morbiditeit
- gewichtsverlies
- indicatie

### 3.5 Longarts

(Terug)verwijzing vindt plaats volgens onderstaand schema

Tabel 4

Classificering luchtwegobstructie	Matige ziektelast	Lichte ziektelast
FEV1 $\geq$ 50%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwijzing naar longarts voor diagnostiek, beleid uitzetten en daarna terugverwijzen</li> <li>• Verwijzing naar FT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blijft bij huisarts en POH</li> <li>• Eventueel verwijzing naar FT</li> </ul>
FEV1 < 50%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandeling en controles door longarts</li> <li>• Longrevalidatie of fysiotherapie afhankelijk van ergometrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gedeelde behandeling; in principe jaarlijks controle door longarts, behandeling verder in handen van huisarts en POH</li> <li>• Longrevalidatie of fysiotherapie afhankelijk van ergometrie</li> </ul>

## 3.5.1 Verwijzing naar longarts voor een uitgebreid assessment

Bij diagnostische problemen:

- COPD  $\leq$  50 jaar
- ernstige persisterende fysiologische beperkingen: FEV1 < 50% of 1,5L
- verdenking op andere/bijkomende oorzaak van de klachten
- nooit gerookt of geen onderbehandelde astma
- ongewenst gewichtsverlies > 5%/mnd, > 10%/6mnd of BMI < 21
- verdenking hypoxemie: perifere saturatie  $\leq$  92%, desaturatie bij inspanning > 3% of 90% absoluut

Bij het niet of onvoldoende bereiken van behandeldoelen ondanks adequate behandeling:

- persisterende forse klachten en problemen kwaliteit van leven bv CCQ  $\geq$  2 of MRC  $\geq$  3
- progressief longfunctieverlies over meerdere jaren, FEV1 verlies > 150ml/jaar. Snel progressieve klachten; dat wil zeggen bij een verslechtering in de CCQ van 0,4 punten moet er een analyse worden verricht door huisarts/POH. Indien er geen goede, in de eerste lijn, behandelbare verklaring is, of, wanneer deze verslechtering ondanks behandeling aanhoudt moet de patiënt verwezen worden naar de longarts voor analyse en behandeling in de tweede lijn
- mogelijke indicatie voor zuurstofbehandeling
- mogelijke indicatie voor longrevalidatie
- matig tot ernstig adaptatievermogen
- $\geq$  2 exacerbaties per jaar waarvoor orale steroïden

## 3.5.2 Verwijzing naar de longarts bij longaanval

- wanneer binnen een half uur geen verbetering na maximale bronchodilatatie
- thuis onvoldoende zorgmogelijkheden zijn
- eerdere exacerbaties steeds noodzaak gaven tot een ziekenhuisopname
- de patiënt uitgeput raakt

## 3.5.3 Verwijsbrief huisarts naar longarts

Een verwijsbrief van de huisarts naar de longarts bevat tenminste de navolgende punten:

1. Indicatie(s)

- onduidelijke diagnose
- COPD met belangrijke comorbiditeit
- COPD GOLD 1 of 2 met discrepantie tussen klachten en spirometrie
- beoordeling in verband met reactivatie of longrevalidatie
- ergometrie in het kader van fysiotherapie
- GOLD 3 of 4

2. Specifieke vraagstelling

- eenmalige diagnostiek (in kaart brengen)
- overname en (mede)behandeling

3. Voorgeschiedenis

4. Huidige medicatie

5. Roken / stoppen met rokenplan

6. Bevindingen bij recent lab (met name Hb.) en recent X-Thorax, eventueel ECG

7. Eventueel belangrijke sociale situatie

8. Bevindingen bij onderzoek, met name:

- spirometrie
- CCQ en MRC
- huidige performance, NNGB

## 4. Kwaliteitsborging

Aan de hand van de NHG indicatorenset en/of de indicatoren set van InEen voor COPD, worden er per kwartaal rapportages (scorelijsten) samengesteld. Dit gebeurt op praktijkniveau en voor de totale Zorggroep.

Bron voor deze rapportages zijn de data-extracties uit het KIS.

De indicatoren van de eigen praktijk worden afgezet tegen de indicatoren op Zorggroepniveau (spiegelinformatie). De huisarts en de Zorggroep vergelijken praktijkgegevens op proces – , structuur – en outputindicatoren ten opzichte van de rest van de groep. Deze vergelijking wordt gebruikt om het zorgproces te verbeteren, conform de procedure kwaliteitsbewaking van Zorggroep Haarlemmermeer Ketenzorg.

De volgende indicatoren worden aangeleverd

Nr	omschrijving	Type
<b>Indicatoren over de gehele patiëntenpopulatie</b>		
1	% patiënten ouder dan 40 jaar en bekend met COPD (1e en 2e lijn) in de praktijkpopulatie	structuur
2	% patiënten ouder dan 40 jaar en bekend met COPD die in de 1e lijn worden behandeld (HA is hoofdbehandelaar) in de praktijkpopulatie	structuur
3	% patiënten ouder dan 40 jaar en bekend met COPD die in de 1e lijn worden behandeld (HA is hoofdbehandelaar) én minimaal 12 maanden zijn ingeschreven in de praktijkpopulatie	structuur
Indicatoren over deelpopulatie van indicator 3		
<b>Roken</b>		
4	% patiënten waarvan rookgedrag bekend is	proces
5	% patiënten die roken in de groep patiënten waarvan rookgedrag bekend is	uitkomst
6	% patiënten met een advies om te stoppen met roken in de afgelopen 12 maanden in de groep patiënten die roken	proces
<b>BMI</b>		
7	% patiënten bij wie de BMI berekend is in de afgelopen 12 maanden	proces
15	% patiënten met een BMI bepaald in de afgelopen 12 maanden en met een uitslag van < 21	proces

<b>Behandeling en monitoring</b>		
8	% patiënten waarbij inhalatietechniek is gecontroleerd in de afgelopen 12 maanden	proces
9	% patiënten waarbij een spirometrie (FEV 1 post BD, FVC post BD en FEV1/FVC ratio post DB is gedaan in de afgelopen 12 maanden	proces
10	% patiënten die vaccinatie tegen influenza hebben gehad de voorafgaande 12 maanden	proces
11	% patiënten waarbij het functioneren van de patiënt volgens een gestructureerde methode is vastgelegd de afgelopen 12 maanden (volgens CCQ of RIQ-MON10 of MRC)	proces
12	% patiënten waarbij de mate van beweging is gecontroleerd de voorafgaande 12 maanden	proces
13	% patiënten waarbij de ernst van de aandoening volgens de GOLD classificatie is geregistreerd in de afgelopen 5 jaar	proces
14	% patiënten waarbij zich in de afgelopen 12 maanden 2 of meer (nieuwe) exacerbaties hebben voorgedaan	uitkomst
18	% patiënten die behandeld worden met inhalatie corticosteroiden (3 of meer voorschriften in de afgelopen 12 maanden)	proces
19	% patiënten die behandeld worden met inhalatie corticosteroiden (3 of meer voorschriften in de afgelopen 12 maanden) en die een GOLD classificatie hebben van 1 of 2	proces