

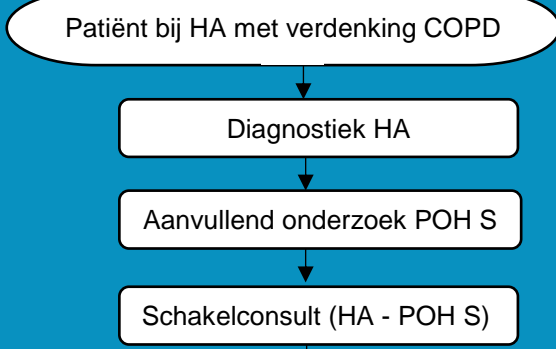
Samenvattingskaart Zorgprogramma COPD

Zorgprogramma COPD
Huisarts is hoofdbehandelaar

Buiten zorg-
programma COPD

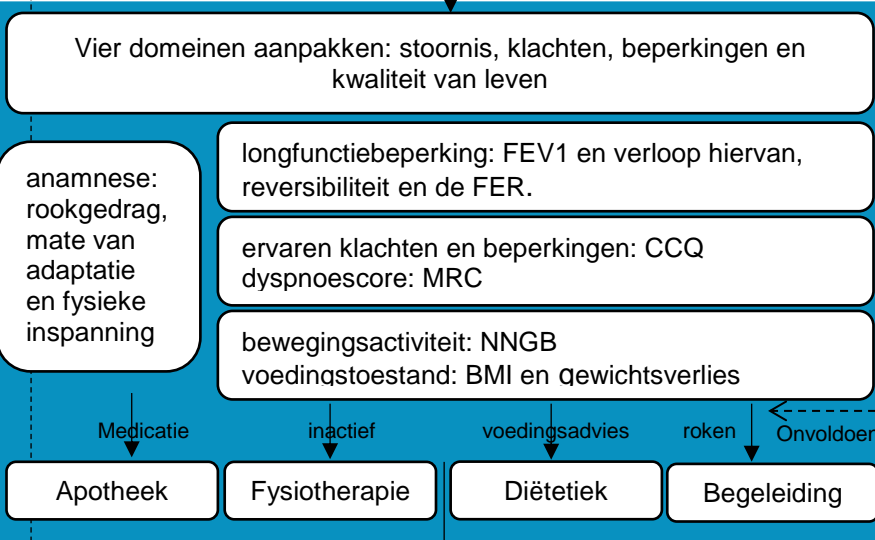


D i a g n o s t i e k



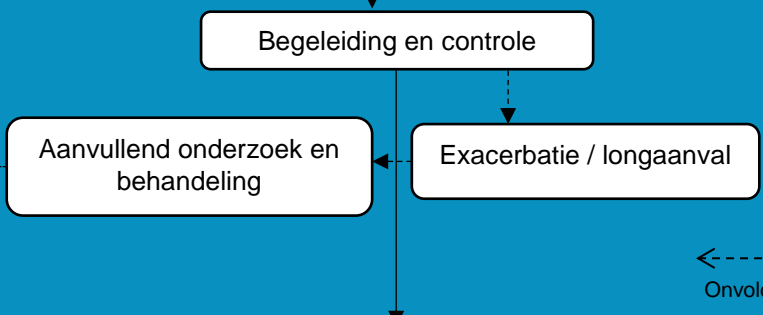
Verwijzing
Longarts

I n t e n s i e v e
B e h .



Verwijzing
Longarts

F o l l o w u p
F a s e



Verwijzing
Longarts

Patiënten	Frequentie controleconsult	Frequentie spirometrie
Instelfase COPD	Na verandering medicatie	1-2 x
Lichte ziektelast*: bij patiënten zonder klachten** en 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 pt die gestopt is met roken kan dit eenmaal per 3 jaar
Ernstige ziektelast	In de 2 ^e lijn	In de 2 ^e 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.

- = Start/einde van het proces
- = Processtap
- = Standaard stap in het proces
- = Optionele stap in het proces

Samenvattingskaart Zorgprogramma COPD

Samenvatting voor huisarts en praktijkondersteuner



Inclusie criteria	De diagnose R95, COPD is juist gesteld o.b.v. anamnese en spirometrie																									
Diagnostiek door huisarts	Tijdens het consult stelt de huisarts de voorlopige diagnose aan de hand van: anamnese en lichamelijk onderzoek (longen, hart, BMI, voedingstoestand, gewichtsverlies) De huisarts laat zo nodig aanvullend onderzoek doen voor: X-thorax, laboratorium: Hb (andere lab-bepalingen op indicatie), spirometrie en ECG (1: screening voor ergometrie, 2: verdenking decompensatio cordis of 3: matige ziektelast)																									
Diagnostiek door POH	De praktijkondersteuner (POH) doet een spirometrie, waarna zij een afspraak maakt voor een schakelconsult bij de huisarts. De spirometrie wordt beoordeeld door een Caspir gecertificeerde huisarts.																									
Schakelconsult tussen huisarts en POH S	<p>Tijdens het schakelconsult stelt de huisarts een definitieve diagnose, inclusief classificering, en initieert de behandeling. Indien van toepassing wordt het longaanvalsplan besproken. De medicamenteuze behandeling wordt ingesteld volgens de NHG standaard.</p> <p>Mate van luchtwegobstructie</p> <table border="1" data-bbox="363 645 1437 824"> <thead> <tr> <th>Luchtwegobstructie</th> <th>FEV1/FVC</th> <th>FEV1 (% van voorspelde waarde)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I Licht</td> <td></td> <td>≥ 80</td> </tr> <tr> <td>II Matig ernstig</td> <td>< p5 (z-score <-1,64)</td> <td>50 ≥ en < 80</td> </tr> <tr> <td>III Ernstig</td> <td>LLN 5%</td> <td>30 ≤ en < 50</td> </tr> <tr> <td>IV Zeer ernstig</td> <td></td> <td>< 30</td> </tr> </tbody> </table> <p>De grenswaarden van FEV zijn waarden na luchtwegverwijding</p> <p>Mate van ziektelast Lichte ziektelast: afwezigheid van alle criteria Matige ziektelast: aanwezigheid van ≥ 1 criterium</p> <table border="0" data-bbox="363 920 1437 1144"> <tr> <td>Parameter</td> <td>Afkappunt</td> </tr> <tr> <td>Klachten/hinder/beperkingen</td> <td>MRC ≥ 3 of CCQ ≥ 2*</td> </tr> <tr> <td>Exacerbaties</td> <td>≥ 2 exacerbaties per jaar behandeld met orale corticosteroiden of ≥ 1 ziekenhuisopname wegens COPD</td> </tr> <tr> <td>Longfunctie</td> <td>FEV₁ na bronchusverwijding < 50% van voorspeld of < 1.5 l absoluut of progressief longfunctieverlies (bv ↓FEV₁ > 150 ml/jaar) over 3jaar of meer (≥ 3 metingen)</td> </tr> <tr> <td>Voedingstoestand</td> <td>Ongewenst gewichtsverlies > 5% / maand of > 10% / 6 maanden, of verminderde voedingstoestand (BMI <21), zonder andere verklaring</td> </tr> </table> <p>* 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. 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. De overige patiënten worden verwezen naar de longarts.</p>	Luchtwegobstructie	FEV1/FVC	FEV1 (% van voorspelde waarde)	I Licht		≥ 80	II Matig ernstig	< p5 (z-score <-1,64)	50 ≥ en < 80	III Ernstig	LLN 5%	30 ≤ en < 50	IV Zeer ernstig		< 30	Parameter	Afkappunt	Klachten/hinder/beperkingen	MRC ≥ 3 of CCQ ≥ 2*	Exacerbaties	≥ 2 exacerbaties per jaar behandeld met orale corticosteroiden of ≥ 1 ziekenhuisopname wegens COPD	Longfunctie	FEV ₁ na bronchusverwijding < 50% van voorspeld of < 1.5 l absoluut of progressief longfunctieverlies (bv ↓FEV ₁ > 150 ml/jaar) over 3jaar of meer (≥ 3 metingen)	Voedingstoestand	Ongewenst gewichtsverlies > 5% / maand of > 10% / 6 maanden, of verminderde voedingstoestand (BMI <21), zonder andere verklaring
Luchtwegobstructie	FEV1/FVC	FEV1 (% van voorspelde waarde)																								
I Licht		≥ 80																								
II Matig ernstig	< p5 (z-score <-1,64)	50 ≥ en < 80																								
III Ernstig	LLN 5%	30 ≤ en < 50																								
IV Zeer ernstig		< 30																								
Parameter	Afkappunt																									
Klachten/hinder/beperkingen	MRC ≥ 3 of CCQ ≥ 2*																									
Exacerbaties	≥ 2 exacerbaties per jaar behandeld met orale corticosteroiden of ≥ 1 ziekenhuisopname wegens COPD																									
Longfunctie	FEV ₁ na bronchusverwijding < 50% van voorspeld of < 1.5 l absoluut of progressief longfunctieverlies (bv ↓FEV ₁ > 150 ml/jaar) over 3jaar of meer (≥ 3 metingen)																									
Voedingstoestand	Ongewenst gewichtsverlies > 5% / maand of > 10% / 6 maanden, of verminderde voedingstoestand (BMI <21), zonder andere verklaring																									
Exacerbatie / longaanval	<p>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. Soms is er sprake van een ernstige exacerbatie / longaanval, criteria hiervoor zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (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 hulpademhalingspijpen • fors gedaalde zuurstofsaturatie (> 5% daling) ten opzichte van normaal en/of < 90% <p>Behandeling exacerbatie / longaanval Als de patiënt een longaanvalsplan heeft, handelt de patiënt volgens het longaanvalsplan en neemt contact op met de praktijk voor het maken van een afspraak met de huisarts. Er vindt altijd behandeling door de huisarts plaats:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eerste keus: luchtwegverwijders maximaal doseren • bij longaanvalsplan: evaluatie effect <p>Bij voldoende verbetering geeft de huisarts:</p> <ul style="list-style-type: none"> • instructies voor het gebruik van bronchusverwijders gedurende de komende 24 uur (bijvoorbeeld een dubbele dosis of inhalatie via een inhalatiekamer) • een prednisonstootkuur 7 dagen 30 mg/dag (max. 14) of 5 dagen 40mg/dag • antibiotica bij koorts en COPD GOLD 4 <p>Bij onvoldoende verbetering verwijst de huisarts de patiënt naar de longarts.</p> <p>Behandeling recidiverende exacerbaties / longaanvallen In geval van herhaaldelijke longaanvallen bij COPD kan een inhalatie-corticosteroid als proef worden voorgeschreven:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 																									