



**Ketenzorgprogramma
COPD**

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	4
1. Doel van het ketenzorgprogramma	5
2. Huidige stand van zaken in de regio Noordwest-Utrecht	6
3. Specifieke aandachtspunten	7
4. Definitie en classificatie van COPD	8
5. Het ketenzorgprogramma COPD in onderdelen	10
5.1 Casefinding en spirometrie	12
5.2 Totaal inventarisatie met het scharnierconsult	12
5.3 Behandeling en follow-up	13
5.3.1 Zelfmanagement en voorlichting	13
5.3.2 Medicamenteuze behandeling	14
5.3.3 Follow up	15
5.3.4 Exacerbatie COPD	15
6. De 3 aanvullende leefstijlmodules	16
6.1 De module stoppen-met-roken	16
6.2 De voedingsmodule	16
6.3 De module longfysiotherapie	16
7. De samenwerking tussen longarts en huisarts	18
7.1 Bij de stabiele COPD-patiënt	18
7.2 Bij diagnostische problemen	18
7.3 Bij het niet behalen van behandeldoelen	19
7.4 Bij gedeelde zorg tussen huisarts en longarts	19
7.5 Het MDO	20
8. Het ketenzorgprogramma implementeren in de huisartsenpraktijk	21
Dankwoord	22
Bijlagen	23

VOORWOORD

Dit ketenzorgprogramma is ontwikkeld door de stuurgroep COPD van coöperatie Noordwest-Utrecht: Jelmer Haanstra, Jouke Hanje, Guus Hermsen, Jan Willem Sloeserwij en Roel Wennekes, allen huisartsen. In afstemming met de kaderarts en de uit de stuurgroep ontstane “kwaliteitswerkgroep COPD” werden de aanpassingen aan de actualiteit geformuleerd. De kwaliteitswerkgroep is onderdeel van RegiozorgNU, het operationele gedeelte van de coöperatie Noordwest-Utrecht. De coöperatie Noordwest-Utrecht is sinds 2013 omgedoopt tot coöperatie ZorgNU.

INLEIDING

In april 2009 heeft de werkgroep COPD de opdracht gekregen van het bestuur van de coöperatie Noordwest-Utrecht om te starten met het ontwikkelen van een ketenzorgprogramma COPD. Dit was een vervolg op het recent afgeronde ketenzorgprogramma diabetes mellitus en ook een logische stap gezien de plannen met integrale bekostiging van de overheid.

De voortschrijdende ontwikkelingen aan de vraagzijde, aanbodzijde en in financiële en maatschappelijke context vereisen verandering. Aan de *vraagzijde* moet rekening worden gehouden met een toenemende prevalentie van COPD en met daarmee gepaard gaande toenemende zorgbehoefte en kosten voor de gezondheidszorg. Aan de *aanbodzijde* zien we onder meer uitbreiding van mogelijkheden van (informatie) technologie, toenemende professionalisering en specialisatie. Het is daarbij vanzelfsprekend dat de groeiende groep COPD-patiënten optimale diagnostiek en behandeling op de juiste plaats behoort te krijgen. Vanuit *de maatschappelijke en financiële context* gezien is er behoefte aan integrale zorg waarbij de kosten beheersbaar blijven. Ontschotten van en intensief samenwerken in de zorg is hierop een goed antwoord, waarbij de patiënt centraal komt te staan. Het ketenzorgprogramma COPD sluit hierop aan.

Ten tijde van de opzet van dit programma waren er landelijk vergevorderde projecten op het gebied van ketenzorgprogramma's. De werkgroep vond het van belang om de ervaringen van anderen mee te nemen, om vervolgens te beoordelen wat wenselijk en haalbaar is binnen de regio Noordwest-Utrecht. Aan de basis van dit rapport ligt (met toestemming) het protocol van Maastricht Heuvelland, geschreven door de Stichting Huisartsenzorg Heuvelland, en het protocol Ketenzorg COPD, Eemland, geschreven door Leo Boom.

Daarnaast is dit ketenzorgprogramma COPD van de Coöperatie Noordwest-Utrecht geïnspireerd door de Zorgstandaard COPD, die in het voorjaar van 2010 is uitgekomen. Met dit document wordt een norm gesteld voor goede zorg waarmee een geschikt uitgangspunt is gevormd voor de afspraken voor de verzekerde zorg en voor de onderliggende bekostigingssystematiek.

In de Zorgstandaard COPD is gekozen naast de indeling van patiënten met COPD in GOLD-classificatie ook een indeling in lichte, matige en ernstige ziektelast te hanteren. Bij deze indeling staat patiënt met zijn ziektebeleving concreet centraal.

Voor het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de ketenzorg dienen er indicatoren te worden vastgesteld. Deze zijn tevens van belang zijn voor de transparantie richting zorgverzekeraars. In de bijlagen van dit ketenzorgprogramma is de NHG-indicatoren set COPD opgenomen.

De werkgroep kiest ervoor om in de toekomst de diagnose astma ook te betrekken bij de ketenzorg. Dat is echter in dit rapport nog niet nader uitgewerkt. De werkgroep wacht de NZA-beleidsregel af.

In de periode november 2010 tot augustus 2012 is er een start gemaakt met de ketenzorg COPD met behulp van een subsidie van ZonMw in het kader van het landelijke project "Op één lijn" gericht op verbetering van de samenwerking in de eerste lijn. Dit subsidieproject met de naam "Implementatie van ketenzorg COPD door middel van multidisciplinaire samenwerking in de regio Noordwest-Utrecht" heeft het mogelijk gemaakt om ketenzorg COPD aan de hand van dit ketenzorgprogramma in 20 huisartsenpraktijken/multidisciplinaire teams te realiseren. Dit was een periode, waarin er nog geen ketenzorg COPD kon worden gecontracteerd met de zorgverzekeraar. Aanvullend is er in dit project veel aandacht geweest voor patiëntenparticipatie en het werken met een individueel zorgplan.

1. Doel van het Ketenzorgprogramma

Het doel van het ketenzorgprogramma COPD is:

- Bevorderen van de kwaliteit van leven voor de individuele patiënt met COPD. De patiënt staat in dit ketenzorgprogramma centraal. Zo wordt er samen met iedere patiënt een zogenaamd individueel zorgplan opgesteld, waarbij gekeken wordt naar de persoonlijke ziektelast (zie paragraaf 4);
- Optimale diagnostiek en behandeling te bieden aan de groep patiënten met COPD, volgens recente moderne inzichten, middels heldere geprotocolleerde lijnen, zoals ontwikkeld in het ketenzorg programma;
- Het goed organisatorisch hanteerbaar te maken voor de individuele huisarts om het ketenzorgprogramma te implementeren in de praktijk of gezondheidscentrum;
- Een soepel lopende samenwerking met duidelijke afspraken te hebben met de 2e lijns longartsen binnen het ketenzorgprogramma;
- Een soepel lopende samenwerking met duidelijke afspraken te hebben met de participerende COPD-gekwalificeerde paramedici. Dit zijn m.n. de fysiotherapeuten en diëtisten.

Om de doelen te kunnen realiseren, wordt het van belang geacht dat de huisartsen en longartsen vanaf het begin van de ontwikkeling van het ketenzorgprogramma met elkaar in overleg zijn. De samenwerking tussen beide disciplines vormt in dit concept de basis voor goede patiëntenzorg. Verder is het uitgangspunt dat er één centrale regiefunctie bestaat. Deze rol is in principe toebedeeld aan de huisarts, waarbij de POH een belangrijke ondersteunende functie heeft. De inzet van een (specifiek opgeleide) POH is in het ketenzorgprogramma COPD dus onontbeerlijk.

2. Uitgangssituatie in de regio Noordwest-Utrecht

Op dit moment wordt de COPD-zorg in de regio Noordwest-Utrecht per praktijk verschillend georganiseerd, waarbij de individuele huisarts zich in meer of mindere mate laat leiden door de NHG-standaard COPD. De spirometrie wordt uitgevoerd in de praktijk zelf, door het ziekenhuis of door het regionale laboratorium (bijvoorbeeld SALTRO). Sommige praktijken maken gebruik van een POH voor de COPD zorg. Zo nodig worden mensen verwezen naar de polikliniek longziekten. Eventueel kan de patiënt verwezen worden naar een specifieke longrevalidatie programma.

Begin 2009 hebben twee longartsen uit het (voormalige) Zuwe/Hofpoort (nu Antonius) Ziekenhuis Woerden samen met enkele huisartsen het initiatief genomen om een enquête onder de regionale huisartsen te houden. De bedoeling was om meer zicht te krijgen hoe de zorg nu loopt bij de diverse praktijken om ideeën te kunnen ontwikkelen om de zorg te optimaliseren. Uit deze enquête (respons ongeveer 50%) blijkt o.a. dat 39 van de 44 beschikken over een spirometer; 24 van de 44 praktijken geven aan een eigen astma/COPD spreekuur te hebben, dat in 82% wordt uitgevoerd door de POH. Algemeen geconcludeerd kan worden uit de enquête dat de COPD-zorg bij redelijk veel praktijken leeft, inclusief spirometrie en op diverse manieren is georganiseerd.

3. Specifieke aandachtspunten

De regio van de coöperatie bestrijkt een groot gebied. Dat brengt een aantal specifieke regionale aandachtspunten met zich mee:

- Er is een groot aantal huisartsen werkzaam, die allen een eigen werkstijl hebben in een specifieke setting. Dit vraagt flexibiliteit van het ketenzorgprogramma waarbij het voor individuele huisartsen aantrekkelijk wordt om mee te doen.
- De huisartsen werken samen met meerdere 2e lijns instellingen op verschillende locaties, bijvoorbeeld in Woerden, Utrecht, Gouda, Amsterdam, Amstelveen. Daarnaast is er het regionale laboratorium dat de spirometrie kan uitvoeren, bijvoorbeeld SALTRO. Dit behoeft een goede organisatie en een specifieke afstemming.
- Meerdere zorgverzekeraars zijn actief in het gebied van Noordwest-Utrecht. Dit betekent dat verschillende huisartsenpraktijken uiteenlopende preferente zorgverzekeraars hebben. Dat maakt de onderhandeling voor uniforme contractafspraken gecompliceerder.

Daarnaast spelen andere algemene aandachtspunten:

- Een zeer belangrijk punt voor het efficiënt en doelmatig functioneren van het ketenzorgprogramma betreft de ICT-ondersteuning, met behulp van een KIS (Ketenzorg Informatie Systeem). Er is aangesloten bij Portavita (KIS) Diabetes mellitus. Deze moet goed de kwaliteitsindicatoren weten te verwerken (zie inleiding). Ook moet de patiënt zelf toegang kunnen krijgen vanachter zijn computer en gegevens kunnen aanleveren via een speciaal bedoelde link.
- Huisartsen, longartsen, POH, longverpleegkundige, eventueel praktijkassistenten zullen moeten worden geleerd hoe het COPD- ketenzorgprogramma geïmplementeerd kan worden in de praktijk, en hoe de ICT-ondersteuning functioneert. Er wordt gebruik gemaakt van de CASPIR-cursus ("copd, astma, en spirometrie") van de CAHAG, voor het medische inhoudelijke aspect. Dit is een voorwaarde om deel te nemen aan het ketenzorgprogramma COPD.
- Gekwalificeerde paramedici (fysiotherapeuten, diëtisten) moeten gevonden en gecontracteerd worden, die per huisartsenpraktijk kunnen invoegen in het ketenzorgprogramma. Inmiddels is er de Coöperatie Noordwest-Utrecht. Mogelijk kan gebruik worden gemaakt van de netwerkervaring van bijvoorbeeld Raedelij en de Coöperatie Noordwest-Utrecht.
- De spirometrie is onmisbaar geworden voor de diagnostiek en het vervolgen van de patiënt met COPD. Uitgangspunt is dat de individuele huisarts zelf kan organiseren waar de spirometrie te verrichten en door wie te beoordelen. Flexibiliteit van het protocol, zodat iedere huisarts er mee uit de voeten kan, is erg belangrijk. Zo kan spirometrie verricht worden in de praktijk, maar ook bij een onderzoekslaboratorium, of polikliniek longziekten. Als de huisarts meer delegeert buiten de praktijk, heeft dat uiteraard consequenties voor het geïnde tarief.
- Uit kosten oogpunt kunnen meerdere spirometers worden aangeschaft voor de huisartsenpraktijken, via gezamenlijke inkoop.

Dit alles vereist weer een eigen specifieke aanpak, welke door de Coöperatie Noordwest-Utrecht logistiek en organisatorisch is opgepakt.

Tot slot: wat er onder ketenzorg valt en wat vergoed wordt door de zorgverzekeraar kan een punt van discussie zijn. De werkgroep is van mening dat in principe alle patiënten met COPD zonder drempels in aanmerking moeten kunnen komen voor alle onderdelen van het ketenzorgprogramma. Welke dat zijn staat beschreven op de volgende pagina's.

Voor het overzicht en de definitie van de indicatoren voor COPD in de huisartsenzorg wordt verwezen naar het gelijknamige document van de NHG-versie (1.3).

4. Definitie en classificatie van COPD

Volgens de NHG-standaard COPD (2015) kan COPD als volgt worden gedefinieerd: “COPD is een aandoening die wordt gekarakteriseerd door een niet volledig reversibele luchtwegobstructie, die in het algemeen progressief is en wordt veroorzaakt door een abnormale ontstekingsreactie van de longen op schadelijke prikkels en gassen”. De genoemde schadelijke stoffen betreffen meestal sigarettenrook.

In een standaardpraktijk zijn er circa 50 patiënten met COPD (incidentie 2,4% bij mannen en 1,7% bij vrouwen). Behalve dat COPD vaak voorkomt, is het ook een ernstige ziekte die gepaard gaat met een hoge mortaliteit. Zo meldt de Zorgstandaard COPD dat in 2006 COPD verantwoordelijk was voor 4,6% van alle sterfgevallen. Daarnaast is COPD op dit moment de vijfde oorzaak van arbeidsverzuim.

De NHG-standaard COPD stelt de volgende richtlijnen voor de diagnostiek, waarbij het longfunctieonderzoek met de spirometer centraal staat:

- “De diagnose COPD wordt gesteld bij patiënten ouder dan 40 jaar met klachten van dyspneu en/of hoesten, al of niet met slijm opgeven, in combinatie met een relevante rookhistorie (> 20 jaar roken of > 15 pakjaren), én een FEV₁/FVC-ratio (de zgn. FER) na bronchusverwijding van < z-score (-1,64 SD of LLN). COPD is voldoende uitgesloten bij een FEV₁> 80% van de voorspelde waarde én een FEV₁/FVC-ratio > z-score (-1,64 SD of LLN).
- Een toename van de FEV₁ ten opzichte van de waarde voor bronchusverwijding met ≥ 12% en (bij een kleiner longvolume) ≥ 200 ml wijst op astma.
- Differentiaal diagnostisch moet ook worden gedacht aan hartfalen bij patiënten > 60 jaar met een cardiovasculaire voorgeschiedenis. “

Zie voor meer achtergronden de NHG-standaard COPD (2015).

COPD kan worden geclassificeerd in verschillende stadia van ernst. De internationaal gebruikelijke indeling is gebaseerd op de GOLD-richtlijnen, zie tabel 1.

Tabel 1: Indeling van de ernst van COPD volgens GOLD*-criteria⁽⁴⁾

Ernst	GOLD-stadium	FEV ₁ / FVC(FER)	FEV ₁ % voorspelde waarde	Prevalentie
Licht	1	< z-score	≥ 80	28%
Matig	2	< z-score	50 – 80	54%
Ernstig	3	< z-score	30 – 50	15%
Zeer ernstig	4	< z-score	< 30%	3%

*GOLD= Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

De GOLD-indeling kent zijn beperkingen, omdat de mate van luchtwegobstructie onvoldoende zegt over de kwaliteit van leven van de individuele COPD-patiënt. Andere factoren bepalen ook de ernst van COPD, zoals de mate van de kortademigheid, klachten zoals hoesten en het opgeven van slijm, de ernst en frequentie van exacerbaties, beperkingen van het inspanningsvermogen, de aanwezigheid van co morbiditeit. De werkgroep kiest er dan ook voor de indeling in ziektelast, zoals gebruikt in de Zorgstandaard COPD over te nemen. Hierin wordt de GOLD-classificatie een onderdeel van de

indeling. Er is een eenvoudig instrument, de zogenaamde ziektelastmeter, ontwikkeld, waarmee de ziektelast kan worden bepaald. Hierover volgt hieronder meer.

De indeling in ziektelast is:

1) Patiënt met COPD met een lichte ziektelast:

Iedere patiënt met COPD (volgens de richtlijnen van de NHG-standaard) met een GOLD 1 of 2 classificatie, die tevens niet (meer) voldoet aan de criteria voor nadere analyse in de 2e lijn (zie paragraaf 7.2).

2) Patiënt met COPD met een matige ziektelast:

Iedere patiënt met COPD die voldoet aan de criteria voor nadere analyse in de 2e lijn in verband met diagnostische problemen c.q. niet behalen van behandeldoelen. Hierbij is behandeling dicht bij huis (al dan niet met bijvoorbeeld een beweegprogramma) mogelijk, maar daarbij is tevens uitgebreidere monitoring (en eventueel bijsturen van de behandeling) in de 2e lijn nodig.

3) Patiënt met COPD met een ernstige ziektelast:

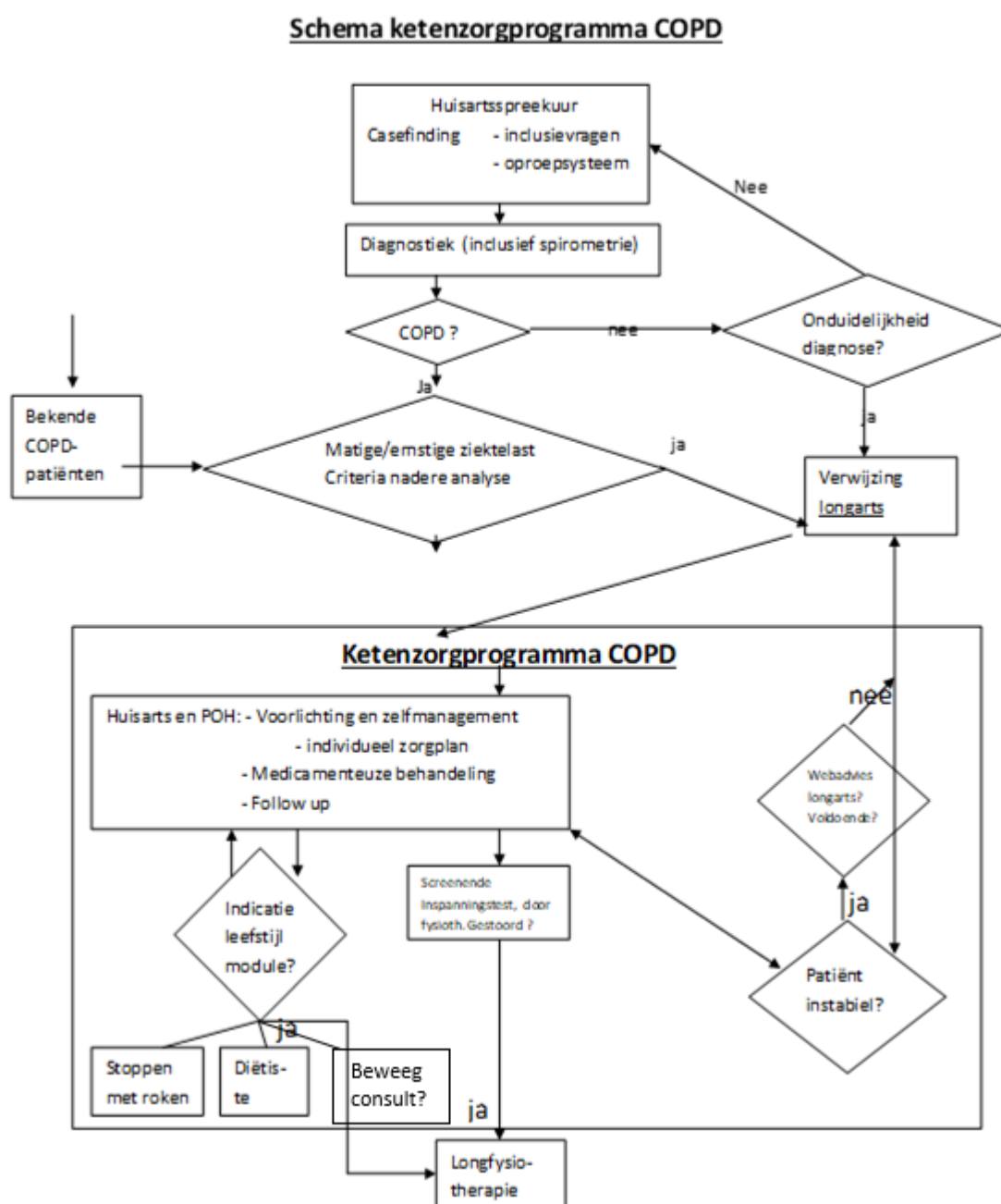
Behandeling en follow-up vindt dan plaats in de 2e lijn of in kader van een intensieve multidisciplinaire longrevalidatie. Als patiënt een exacerbatie krijgt in de thuissituatie, wordt de huisarts er in ieder geval in eerste instantie bij betrokken en is er sprake van gedeelde zorg. Indien de behandeldoelen na multidisciplinaire longrevalidatie zijn behaald, volgt een terug verwijzing naar de longarts. Bij terminale zorg kan in overleg met de patiënt voor terug verwijzing naar de huisarts voor zorg dicht bij huis gekozen worden.

Deze indeling geeft een meer gewogen inzicht in de door de patiënt ervaren gezondheidsproblemen. Dit weegt zwaarder dan het feit dat de GOLD-classificatie eenvoudiger was. Ziektelast is dynamischer omdat het in de tijd bij één patiënt kan variëren, niet alleen naar meer ernstige ziektelast, maar ook naar lichte ziektelast. De bepaling vraagt ook meer: er is bij aanvang van het ketenzorgprogramma een zogenaamd scharnierconsult nodig om de ziektelast te bepalen en te bespreken met de patiënt (zie paragraaf 5.2). Afhankelijk daarvan stroomt de patiënt wel of niet in het ketenzorgprogramma.

Voor het bepalen van de ziektelast is een hulpmiddel ontwikkeld, de zogenaamde ziektelastmeter. Dit instrument bestaat uit de CCQ, aangevuld met 4 vragen, in te vullen door de patiënt en een aantal gegevens, die door de zorgverlener moeten worden ingevuld (rookstatus, longfunctie en exacerbaties). Na het invullen van deze gegevens zijn alle facetten, die van belang zijn voor het bepalen van de ziektelast, zichtbaar in een reeks ballonnen, waarvan de kleur en de hoogte corresponderen met de ernst van deze facetten. Deze ziektelastmeter maakt de verschillende onderdelen, die van belang zijn voor het bepalen van de ziektelast, inzichtelijk voor patiënt en zorgverlener. De ziektelastmeter is inmiddels in het KIS Portavita ingebouwd. Er is een ziektelastindex ontwikkeld, waarmee na het invullen van de ziektelastmeter een getal resulteert, dat eenduidig de ernst van de ziektelast vaststelt.

5. Het ketenzorgprogramma COPD in onderdelen

In de paragrafen hierna wordende vastgestelde onderdelen van het ketenzorgprogramma meer in detail besproken. Zie ook het schema waarin het hele proces van COPD-zorg nog eens bondig wordt geschetst.



De keten begint met opsporing van de patiënt met COPD door middel van casefinding en spirometrie in de huisartsenpraktijk.

Na de casefinding en spirometrie volgt een totaal inventarisatie (in de Zorgstandaard COPD wordt de term “assessment” gebruikt) van de patiënt met bespreking van de resultaten in een scharnierconsult (zie paragraaf 5.2). Hieruit vloeit voort of een patiënt al dan niet in het ketenzorgprogramma zal belanden. Bij het stellen van de diagnose COPD met lichte ziektelast (zie paragraaf 4) treedt de patiënt binnen. Patiënten met een matige ziektelast vallen in eerste instantie buiten het ketenzorgprogramma maar kunnen later in een stabiele fase vooralsnog instromen (zie ook paragraaf 4 en 7.2). Patiënten met een ernstige ziektelast blijven in de tweede en/of derde lijn.

Bij een nieuwe patiënt zal er in veel gevallen na het scharnierconsult een periode van intensievere zorg plaatsvinden. Behalve controle van de klachten en medicatie (inhalatietechniek), wordt er gestreefd naar zelfmanagement. Hierbij wordt de patiënt geïnformeerd over zijn chronische ziekte, waarbij hij kennis en vaardigheden opdoet om op adequate wijze met zijn aandoening om te gaan. De werkgroep volgt de Zorgstandaard COPD waarbij gestreefd wordt om de patiënt medebehandelaar te maken met een eigen verantwoordelijkheid voor zijn aandoening. Daarvoor wordt onder andere gebruikgemaakt van het individuele zorgplan.

Afhankelijk van het bereiken van de behandeldoelen en de ernst van de COPD zal de intensiteit van de begeleiding afnemen.

In iedere fase van de behandeling dient te worden vastgesteld of de inzet van leefstijlmodules noodzakelijk zijn. Deze interventies zijn alle als aanvullende optie in het ketenzorgprogramma opgenomen. Het gaat om de module “stoppen met roken”, de module diëtetiek en de module longfysiotherapie. In iedere fase kan een indicatie ontstaan om de longarts erbij te betrekken, bijvoorbeeld bij een exacerbatie of vragen over de diagnose (zie paragraaf 5.3.4 en 7.2).

Overzicht 1: Het ketenzorgprogramma COPD:

De basis van het ketenzorgprogramma:

- Casefinding en spirometrie (5.1)
- Totaal inventarisatie met het scharnierconsult (5.2)
- Behandeling en follow-up:
 - Voorlichting, zelfmanagement (5.3.1)
 - Medicamenteuze behandeling (5.3.2)
 - Follow-up (5.3.3)
 - Exacerbatie COPD (5.3.4)

De 3 optionele leefstijlmodules:

- De module stoppen-met-roken(6.1)
- De voedingsmodule (6.2)
- De module longfysiotherapie(6.3)

5.1 Casefinding en spirometrie

Het is zeer relevant COPD vroegtijdig in de huisartsenpraktijk op te sporen omdat de prognose van COPD onder meer wordt bepaald door de ernst van de longfunctiestoornis op het moment van diagnostiek. Via casefinding wordt beoogd COPD op te sporen bij personen die ervan worden verdacht een verhoogd risico te hebben. De volgende inclusievragen voor COPD-diagnostiek worden gesteld:

- bent u 40 jaar of ouder? ;
- rookt u 10 jaar of heeft u tien jaar gerookt? ;
- hoest u meerdere keren per dag? ;
- hoest u regelmatig slijm op? ;
- bent u sneller buiten adem dan leeftijdsgenoten?

Als er 3 of meer vragen positief worden beantwoordt komt de patiënt in aanmerking voor een spirometrie. Ook kan het geïndiceerd zijn om een X-thorax te laten maken of bloedonderzoek te doen; dat valt echter buiten de reikwijdte van het ketenzorgprogramma.

Daarnaast is er in veel huisartsenpraktijken een grote groep mensen die gebruikmaakt van inhalatiemedicatie, maar bij wie geen duidelijke diagnose is gesteld. Een huisartsenpraktijk kan kiezen om deze patiënten eveneens uit te nodigen in het kader van COPD casefinding en spirometrie. Ook kan gebruik gemaakt worden van de ICPC-codering.

Als de huisarts bij aanvang van het ketenzorgprogramma beschikt over duidelijke aantoonbare diagnostische gegevens van de COPD-populatie, kunnen patiënten direct instromen in het ketenzorgprogramma. Het is daarbij echter wel vereist dat ook deze patiënten onderworpen worden aan een uitgebreide inventarisatie om de patiënt goed in kaart te krijgen.

5.2 Totaal inventarisatie met het scharnierconsult

Alle patiënten die volgens de richtlijnen van de NHG-standaard de diagnose COPD hebben, komen in aanmerking voor deze inventarisatie. Hieruit volgt de patiënt wel of niet zal doorstromen naar het ketenzorgprogramma.

Als de huisarts stuit op diagnostische problemen dan wordt patiënt verwezen voor een diagnostisch consult naar de longarts, zie ook paragraaf 8.2. Mocht deze de diagnose COPD stellen, dan krijgt de patiënt alsnog de totaal inventarisatie met het scharnierconsult om in het ketenzorgprogramma te worden opgenomen.

De totaal inventarisatie met het scharnierconsult kan voor een groot deel worden uitgevoerd door de POH. De resultaten worden besproken door de huisarts in het scharnierconsult en daarmee begint feitelijk de begeleiding van de patiënt met COPD. De structuur en inhoud van dit consult is vastgelegd in het KIS-programma, wat de hulpverlener systematisch doorloopt. De ziektelastmeter is hierbij een belangrijk hulpmiddel.

De volgende punten komen aan de orde:

- Het GOLD-stadium wordt bepaald (zie tabel 1);
- Algemene anamnese:
Hier wordt gelet op de adaptatie van patiënt, op alle relevante gebieden. Centraal staat de vraag hoe de patiënt zijn aandoening beleeft en hoe het gedrag van de patiënt eruitziet. Er is aandacht voor het omgaan met dyspnoe en fysieke en sociale beperkingen, werkverzuim, rookgedrag, exacerbaties, medicatiegebruik en fysieke activiteit;
- De CCQ-vragenlijst wordt afgenomen voor de ervaren klachten en beperkingen;
- De MRC-vragenlijst wordt afgenomen om de mate van dyspneu te beoordelen;
- Voedingstoestand: Gewichtsverlies, BMI wordt bepaald;
- Bij gebruik van inhalatiemedicatie wordt de techniek van het gebruik gecontroleerd.

Bij het stellen van de diagnose COPD treedt de patiënt in het ketenzorgprogramma, mits er sprake is van een milde ziektelast of een stabiele GOLD 3-patient. Van belang is dat onze werkgroep ervoor heeft gekozen om ook de patiënten met een FEV1 tussen 30 en 50% toe te laten tot het ketenzorgprogramma, mits er voldaan wordt aan de andere criteria van een milde ziektelast (zie paragraaf 4). Naar onze mening kan ook deze stabiele GOLD 3-patient instromen in het ketenzorgprogramma met de overweging om laagdrempelig een keer de longarts te consulteren.

Bij matige en ernstige ziektelast gaan patiënten in eerste instantie naar de longarts en vallen ze buiten het ketenzorgprogramma.

Het is zeer goed mogelijk dat patiënten in tweede instantie vooralsnog geclassificeerd worden met een milde ziektelast, bijvoorbeeld als het beeld duidelijker gediagnosticeerd en/of gestabiliseerd is.

Het ketenzorgprogramma heeft echter een dynamische in- en uitstap, want bij een verslechtering van het beeld moet de patiënt uit het ketenzorgprogramma en worden behandeld door de longarts; bij een verbetering wordt (weer) de omgekeerde route gevolgd (zie paragraaf 7).

Ter waarborging van de kwaliteit vindt de werkgroep het wenselijk dat in principe iedere patiënt die instroomt via de huisarts in het ketenzorgprogramma gecheckt wordt door de longarts. Via het COPD/KIS patiëntendossier loopt deze alle parameters af, controleert de spirometrie en kan zijn/haar akkoord zetten voor de instroming. Als alternatief kan gebruik gemaakt worden van een diagnostisch consult door de longarts. Op termijn zou een COPD-kaderarts deze extra controle kunnen doen.

De afspraken met betrekking tot de verwijzing van de huisarts naar de longarts en de terugverwijzing van de longarts naar de huisarts bij COPD zijn vastgelegd in de RTA (Regionale Transmurale Afspraak) uit 2015 (zie bijlage).

5.3 Behandeling en follow-up

Als de diagnose COPD is gesteld komt de patiënt “administratief” terecht in het ketenzorgprogramma COPD. Vanaf dat moment wordt de patiënt begeleid conform het hier verder beschreven protocol. De doelen van de behandeling, zoals ook omschreven in de NHG-standaard, zijn:

- verminderen van klachten;
- verbeteren van het inspanningsvermogen;
- normaliseren van de achteruitgang van de longfunctie (FEV1);
- voorkomen van exacerbaties;
- uitstellen of voorkomen van invaliditeit en arbeidsongeschiktheid;
- verbeteren van de ziekte gerelateerde kwaliteit van leven.

Bij de behandeling staat de patiënt centraal, mede concreet gemaakt door het opstellen van een Individueel zorgplan (zie volgende paragraaf).

5.3.1 Zelfmanagement en voorlichting

Als de patiënt is ingestroomd in het ketenzorgprogramma wordt veel aandacht besteed aan zelfmanagement en voorlichting. Dit consult wordt uitgevoerd door de POH; in individuele gevallen kan een vervolgsconsult moeten volgen. Feitelijk betreft het een natuurlijk vervolg van het eerdere inventarisatie-consult.

Als “tool” bij zelfmanagement wordt gebruikgemaakt van het individueel zorgplan, zoals ook uitgebreid wordt besproken in de Zorgstandaard COPD. Het streven daarbij is onder andere om de betrokkenheid van de patiënt bij (de behandeling van) de aandoening te vergroten. Dit laatste kan een positieve invloed hebben op de individuele leefstijl van de patiënt, vooral als het gaat om roken en de mate van fysieke activiteit. Het gaat in op de persoonlijke zorgvraag van patiënt met de NHG-behandeldoelen als kapstok (zie paragraaf 6.3) en met ruimte voor de eigen ziektebeleving en emoties. Het zorgplan legt de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid mede bij de patiënt zelf. Voor het ontwerpen van een individueel zorgplan kan de ziektelastmeter een geschikt startpunt zijn.

Met de patiënt kan na invulling van de ziektelastmeter besproken worden aan welke facetten hij of zij zou willen gaan werken.

In het individuele zorgplan komt aan de orde:

- Het formuleren van individuele streefdoelen, bijvoorbeeld kunnen sporten of tuinieren, geen hinder ervaren van kortademigheid;
- Indien van toepassing: de aanpak om te stoppen met roken (zie paragraaf 6.1);
- De rol van (gezonde) voeding (zie ook paragraaf 6.2);
- Het opzetten van een fysiek trainingsprogramma en/of technieken om met kortademigheid om te gaan (zie ook paragraaf 6.3);
- Kennis over werking (educatie) en gebruik (instructie) van medicatie;
- (Mogelijk) vermijden van uitlokkende factoren;
- Vroegtijdige herkenning van exacerbaties. Eventueel krijgt de patiënt “noodmedicatie” waarmee zelf met duidelijke instructies gestart kan worden;
- Indien van toepassing: hoe de energie te kunnen verdelen binnen een activiteit en gedurende de dag;
- Eventuele depressie en angst (bijvoorbeeld om te stikken) en inadequate ziektecognities;
- Communicatie met omgeving over ziekte, aanpassingen werk, etc.

Minstens één keer per jaar wordt in de follow up dit individuele zorgplan besproken en worden de streefdoelen geëvalueerd. Om goed te werken met het Individuele Zorgplan is een opleiding Motivational interviewen voor de POH gewenst.

De patiëntenvoorlichting beslaat minimaal:

- uitgebreide uitleg over zijn COPD, met enige achtergronden over de ziekte, behandeling mogelijkheden, prognose. Er is een patiëntenfolder COPD van RegiozorgNU beschikbaar.
- het belang van stoppen met roken;
- het belang van goede inhalatietechniek van de medicatie;
- patiënten worden geïnformeerd over het bestaan van websites met informatie over COPD-, zoals thuisarts.nl, longfonds.nl en livingwellwithcopd.nl.
- patiënten worden geïnformeerd over het bestaan van de COPD-patiënten vereniging.

Het COPD KIS kan bij zelfmanagement en voorlichting een belangrijke ondersteunende functie hebben omdat de patiënt zijn eigen dossier kan raadplegen en eventueel vragen, opmerkingen en zelfregistraties kan plaatsten op een daarvoor specifiek bedoelde website-link.

5.3.2 Medicamenteuze behandeling

De werkgroep stelt dat de NHG-standaard COPD uit 2015 de basis vormt voor de medicamenteuze behandeling; voor de details wordt hiernaar verwezen. Hier kan met gewogen argumenten van worden afgeweken. Kort samengevat is de medicamenteuze behandeling afhankelijk van het GOLD-stadium. Voor GOLD 1 wordt zo nodig gestart met een kortwerkende bronchusverwijder (een beta-2-sympaticomimeticum of anticholinergicum). Bij het niet behalen van de behandeldoelen wordt bij mensen met GOLD 2-4 een langwerkende bronchusverwijder aanbevolen, naast de kortwerkende luchtwegverwijder. Bij mensen met frequentie exacerbaties (2 of meer per jaar) zijn naast een langwerkende bronchusverwijder ook inhalatiecorticosteroïden aan te bevelen. Bij iedere patiënt met COPD wordt griepvaccinatie geadviseerd.

Het beleid wordt uitgestippeld door de huisarts, ondersteund door de POH. Een ‘nieuwe’ patiënt met COPD wordt na een verandering van de medicamenteuze behandeling na twee weken gecontroleerd om te beoordelen of de patiënt voldoende verbetering ervaart; ook wordt de inhalatietechniek beoordeeld. Als de stabiele fase is bereikt, volgt de patiënt de geprotocolleerde follow-up (zie paragraaf 5.3.3)

Bij een exacerbatie van de COPD wordt de patiënt behandeld door de huisarts, in het kader van het ketenzorgprogramma. Bij het merendeel van deze patiënten zal onder regie van de huisarts het beeld weer onder controle worden gekregen.

Bij ernstige ziekteverschijnselen die niet te behandelen zijn in de thuissetting, of bij het niet behalen van de behandeldoelen wordt de patiënt verwezen naar de longarts, zie ook paragraaf 8.3. Zuurstoftherapie of Prednison als onderhoudsmedicatie gebeurt op indicatie van de longarts.

5.3.3 Follow up

De follow-up vormt de basis van het ketenzorgprogramma voor de stabiele patiënt met COPD.

Mensen met stabiele COPD krijgen één à twee keer per jaar een controle en jaarlijks of eenmaal per drie jaar een spirometrie, afhankelijk van de ziektelast en de klachten. Bij een lichte ziektelast en zeer geringe klachten zonder exacerbaties kan bij een COPD-patiënt, die niet (meer) rookt, zelfs geheel worden afgezien van een vervolg spirometrie. Bij instabiele patiënten (bijv. in geval van een exacerbatie) en/of na medicatiewijziging zijn er frequentere controles nodig. Dit conform de richtlijnen van de NHG-standaard COPD.

De systematiek van de jaarlijkse controle (in stabiele fase) wordt gewaarborgd door de vaste structuur in het KIS-programma. De controle bestaat uit:

- Eventueel bespreken van de uitslag van de één- tot driejaarlijkse spirometrie;
- Evaluatie van de streefdoelen zoals geformuleerd in het individuele zorgplan;
- Invullen en bespreken van de ziektelastmeter met evaluatie van klachten, eventueel doorgemaakte exacerbaties, de ervaren beperkingen en het inspanningsvermogen. Hierbij wordt weer gebruik gemaakt van de gestandaardiseerde CCQ en MRC-vragenlijsten, die geïntegreerd zijn in het KIS;
- Het effect van de ingestelde behandeling, eventuele aanpassingen voorstellen. Er is bijzondere aandacht nodig voor het eventueel gebruik van een inhalatiesteroïd en het stoppen van deze medicatie bij het ontbreken van een indicatie hiervoor.
- Zo nodig het bespreken van problemen met het stoppen met roken; eventueel extra begeleiding aanbieden;
- Bepalen van het gewicht en de BMI; aandacht voor voldoende beweging, gezonde voeding en stabilisatie van het gewicht;
- Aandacht voor therapietrouw en inhalatietechniek; aandacht voor bijwerkingen van de medicatie;
- Aandacht voor aanwijzingen van comorbiditeit, zoals hartfalen;
- Punten uit het individuele zorgplan die overblijven worden geëvalueerd en worden zo nodig bijgesteld.

Specifiek wordt tijdens iedere controle gekeken of er een indicatie bestaat voor een aanvullende behandeling bij een andere module binnen het ketenzorgprogramma (zie de volgende paragraaf).

5.3.4. Exacerbatie COPD

Onder een exacerbatie wordt verstaan een snelle toename van benauwdheidsklachten in combinatie met een toename of purulente van sputumvolume en/of hoesten. De patiënt consulteert in dat geval de huisarts. Een exacerbatie vraagt om medicamenteuze maatregelen volgens de NHG-standaard. Dit houdt in dat inhalatiemedicatie wellicht zal moeten worden aangepast, al dan niet in combinatie met een kuur prednison en/of antibiotica. Naar eigen inzicht zal de huisarts ook nader onderzoek doen (bijv. thoraxfoto). Naast medicamenteuze aanpassingen zal de huisarts ook uitleg geven over de aandoening en alarmsymptomen. Eventueel is het nodig patiënt te verwijzen naar de longarts. In de andere gevallen worden er in ieder geval een controle-afspraken bij de huisarts gemaakt, later gevolgd door een nacontrole bij POH of arts, waarin het vervolgbeleid verder wordt besproken. Daarna komt patiënt in principe weer in het normale follow-up schema terecht. Zie ook paragraaf 7.4. Er is speciale aandacht nodig voor de correcte registratie van exacerbaties in het KIS en de hierboven beschreven follow up.

6. De drie aanvullende leefstijlmodules

Bij alle patiënten met COPD in het ketenzorgprogramma wordt bij iedere controle gekeken of er een indicatie bestaat voor één van de onderstaande modules.

6.1 De module Stoppen-met-roken

Stoppen met roken is de meest effectieve behandelingsoptie om de versnelde achteruitgang van de longfunctie te voorkómen en is voor alle mensen met risico op COPD in elke fase van de aandoening de belangrijkste niet-medicamenteuze behandeling. Het is van groot belang dat alle zorgverleners ieder consult het stoppen met roken onder de aandacht brengen. De motivatie van de roker is bepalend voor de vervolginventie.

De huisarts biedt samen met de praktijkondersteuner de patiënt de begeleiding binnen de module aan, welke is gebaseerd op de NHG standaard “Stoppen met roken”. De huisarts en de praktijkondersteuner volgen de minimale interventie strategie, de H-MIS (zie handleiding van Stivoro: “Minimale Interventie Strategie stoppen met roken voor de Huisartsenpraktijk”). Bij ieder consult komt het rookgedrag ter sprake en wordt een algemeen stoppen met roken advies gegeven. Afhankelijk van de wil tot stoppen zal er gekozen worden voor een korte motivatie verhogende interventie (1 consult bij de POH) of een intensieve ondersteunende interventie (4 consulten bij de POH met 3 telefonische contacten). De huisarts biedt aanvullend de mogelijkheid om de patiënt medicamenteus te begeleiden binnen de intensieve ondersteunende interventie. De huisarts zal in een medicatieconsult uitleg geven en een recept meegeven, de POH zal vervolgens in het traject van de interventie navraag doen naar werking en bijwerkingen.

6.2 De voedingsmodule

Voor de beoordeling van de voedingstoestand van patiënten met COPD is bepaling van de BMI en gewichtsverloop noodzakelijk. Dat gebeurt standaard bij de contacten in het basis ketenzorgprogramma. Zo nodig worden basale voedingsadviezen gegeven door de POH of huisarts.

De module voedingsinterventie door de diëtiste dient te worden overwogen bij patiënten waarbij blijkt dat de adviezen van de huisarts en/of POH niet toereikend zijn. Daarvan kan sprake zijn bij matig, ernstig en zeer ernstig COPD (GOLD II-IV) in combinatie met ondergewicht (BMI <21), of ongewenst gewichtsverlies (> 5% in één maand of > 10% in 6 maanden). Overigens is dit ook een indicatie voor een verwijzing naar de longarts.

De voedingsmodule is gericht op het herstellen van de energiebalans, het voorkomen en corrigeren van over- en ondergewicht en op het verbeteren van de functionele toestand. De voedingsinterventie zal vaak gecombineerd zijn met de module longfysiotherapie.

Bij COPD-patiënten met een matige of ernstige ziektelast en overgewicht (BMI \geq 30 kg/m²) is een dieetinterventie pas geïndiceerd indien andere medische redenen gewichtsreductie vereisen. De behandeling is gericht op gewichtsvermindering met behoud van spiermassa door het intensiveren van lichamelijke inspanning en een adequate inname van eiwitten en energie.

6.3 De module longfysiotherapie

Primair is het een de taak van de praktijkondersteuner om de patiënt te ondersteunen en te motiveren om te bewegen, onder andere gebruikmakend van de richtlijn “gezond bewegen”.

Daarnaast voorziet het ketenzorgprogramma in een optionele fysiotherapeutische module bij mensen met COPD. De kwaliteitswerkgroep acht het wenselijk dat de fysiotherapeut een longaantekening heeft en lid is van het longfysiotherapie netwerk Utrecht i.v.m. het onderhouden van de specifieke kennis. Deze module kan worden onderverdeeld in een deel waarin men zich richt op ademhalingstechnieken en sputummobilisatie (ademhalings therapie), en een deel waarin men zich

richt op het verbeteren van inspanningsvermogen en spierkracht (bewegen). Belangrijke doelstellingen van de fysiotherapeutische behandeling bij mensen met COPD zijn het verminderen van benauwdheid en het verbeteren van de inspanningstolerantie.

Uit recent onderzoek is gebleken dat er voor patiënten vanaf een ernstig GOLD-2 een gerichte fysiotherapeutische behandeling de kwaliteit van leven verbetert. De werkgroep vindt het wenselijk om in principe *alle COPD-patiënten* in ieder geval eenmalig te onderwerpen aan een inspanningstest bij de gespecialiseerde longfysiotherapeut. Dit draagt bij aan een belangrijke kwaliteitsverbetering van de zorg in het ketenzorgprogramma, ook omdat patiënten vaak zelf niet in de gaten hebben hoe slecht de conditie ervoor staat. Hieruit kan een advies volgen van de fysiotherapeut voor een beweegadvies. Ketenzorg NU heeft met de zorgverzekeraar afgesproken (conform contract tot eind 2019) dat er vanaf GOLD 2 een beweegadvies met inventarisatie door de fysiotherapeut, bestaande uit 2 consulten, wordt vergoed vanuit de ketenzorg COPD. Hierbij hoort ook het gezamenlijk invullen van een individueel zorgplan (zie bijlage beschrijving Pilot Bewegingsconsult).

In specifieke gevallen is deze gerichte fysiotherapeutische behandeling niet toereikend, bijvoorbeeld als er sprake is van meervoudige en complexe problematiek. Dan kan intensievere multidisciplinaire zorg nodig zijn, waarbij de patiënt naar een 2e of 3e lijns instelling verwezen wordt met een specifieke mogelijkheid voor intensieve longrevalidatie. Dit valt dan buiten de ketenzorg. Bij de indicatiestelling dient telkens een individuele afweging te worden gemaakt

7. De samenwerking tussen longarts en huisarts (zie RTA 2014 in bijlage)

Zoals eerder gesteld heeft dit ketenzorgprogramma een dynamische in- en uitstap. Bijvoorbeeld bij een ernstige verslechtering van het beeld wordt de hoofdbehandelaar de longarts en moet patiënt meestal tijdelijk uit het ketenzorgprogramma; bij een verbetering wordt de huisarts weer de verantwoordelijke behandelaar. Dit vraagt om duidelijke afspraken over de overdracht van patiënten en een goede samenwerking tussen huisarts en longarts zoals bij onderstaande situaties.

7.1 Bij de stabiele COPD-patiënt

Zoals eerder aangegeven is, wordt in principe iedere patiënt die instroomt via de huisarts in het ketenzorgprogramma eenmalig gecheckt door de longarts/kaderarts COPD. Dit kan via het COPD/KIS-patiëntendossier of d.m.v. een diagnostisch consult. De longarts /kaderarts COPD controleert de spirometrie en het ingezette beleid door de huisarts, en geeft zijn akkoord (of niet) voor de instroming. Hierin schuilt een belangrijke extra kwaliteitsborging van de COPD-zorg; tevens kan er een nuttig leereffect voor de huisarts in besloten zijn.

Alleen als de huisarts de hoofdbehandelaar is van de patiënt, is er sprake van COPD-zorg geregeld binnen het ketenzorgprogramma. Zoals eerder vermeld is dit het geval voor patiënten met COPD met een milde ziektelast ende patiënten met stabiele matige ziektelast (oftewel stabiele GOLD 3-patiënten). Hieruit volgt dat de longarts hoofdbehandelaar is van de instabiele patiënten met een matige of ernstige ziektelast, mits geen palliatieve zorg noodzakelijk is.

Stabiele patiënten met COPD met lichte en matige ziektelast die daarvoor zijn behandeld door de longarts in het ziekenhuis, worden terugverwezen naar de huisarts. Zij belanden dan in het ketenzorgprogramma. Mocht het nodig zijn dat de patiënt op indicatie fysiek gezien moet worden door de longarts, dan stapt deze, meestal tijdelijk, uit het ketenzorgprogramma. Zie de paragrafen hierna.

7.2 Bij diagnostische problemen

Als de huisarts stuit op diagnostische problemen wordt patiënt-buiten het ketenzorgprogramma-verwezen voor nadere analyse in de tweede lijn. Mocht deze de diagnose stabiele COPD stellen met lichte of matige ziektelast, dan stroomt de patiënt vooralsnog in het ketenzorgprogramma.

Richtlijnen voor verwijscriteria zijn:

- COPD op jonge leeftijd, arbitrair onder de 50 jaar;
- Ernstige klachten of beperkingen door dyspnoe. Dit kan worden bepaald middels de bondige MRC-vragenlijst en CCQ-vragenlijst (zie bijlagen). Er is hiervan sprake bij een MRC-score groter of gelijk 3, en/of CCQ groter of gelijk aan 2;
- Ernstige persisterende fysiologische beperking, FEV1 < 50% pred, of < 1,5 liter absoluut. De werkgroep is overigens van mening dat een patiënt met een stabiele COPD Gold 3 zonder comorbiditeit en weinig klachten kan instromen in de ketenzorg met de mogelijkheid van een laagdrempelige verwijzing naar de longarts.
- Met frequente exacerbaties. Arbitrair kan dat worden gesteld op meer dan twee exacerbaties per jaar, waarvoor behandeling met orale corticosteroïden nodig was;
- Nooit gerookt en geen onder behandeld astma;
- Ongewenst gewichtsverlies. Dit is > 5% van het gewicht in één maand, > 10% in 6 maand, of een BMI < 21 zonder andere verklaring;
- Verdinking hypoxie, bijvoorbeeld perifere zuurstofsaturatie van=< 92%, de saturatie bij inspanning> 3 % of 90% absoluut.
- Bij wie de ziektelast in grote mate beïnvloed wordt door co morbiditeit;

- Ernstige adaptatieproblemen;
- Verdenking op andere /bijkomende oorzaak van de klachten.

7.3 Bij het niet-behalen van behandeldoelen

Doel van de behandeling is vooral gericht op het verminderen van klachten, het verbeteren van het inspanningsvermogen en het voorkómen van exacerbaties.

Bij problemen tijdens de behandeling heeft de huisarts de mogelijkheid om in eerste instantie een webbased-mailconsult aan te vragen bij de longarts, nog in het kader van het ketenzorgprogramma. Mocht dit niet toereikend zijn, dan moet de patiënt verwezen worden naar de longarts in de 2e lijn. De patiënt gaat hierdoor, al dan niet tijdelijk, buiten het ketenzorgprogramma vallen. De richtlijnen (vanuit de Zorgstandaard) hiervoor zijn:

- Persistierend forse klachten en problemen betreffende de kwaliteit van leven, gerelateerd aan de COPD. Hierbij wordt weer gebruik gemaakt van de MRC- en CCQ-vragenlijsten;
- Snel progressief beloop: toename van de dyspneu en afname van het inspanningsvermogen, ook bij stabiel FEV1. Een eventuele inzet van een tijdelijke orale kuur antibiotica en/of prednison in de thuissituatie heeft niet voldoende gewerkt;
- Progressief longfunctieverlies (bijvoorbeeld een daling van de FEV1 > 150 ml/jaar);
- Ernstig persisterende fysiologische beperking, een FEV1 < 50% van voorspeld of < 1,5 liter absoluut;
- Twee of meer exacerbaties per jaar, waarvoor behandeling met orale corticosteroïden nodig was;
- Een mogelijke indicatie voor zuurstoftherapie;
- Mogelijke indicatie voor longrevalidatie in de 2e lijn of 3e lijn nodig is;
- Matige tot ernstige adaptatieproblemen;
- Wens van de patiënt zelf.

Patiënten die met de behandeling door de longarts in een stabiele fase gekomen zijn, zullen worden terugverwezen naar de huisarts. De patiënt stroomt dan opnieuw het ketenzorgprogramma COPD eerste lijn in.

7.4 Bij gedeelde zorg tussen huisarts en longarts

Van gedeelde zorg is sprake als de huisarts en de longarts overeengekomen zijn de verantwoordelijkheid voor de zorg voor bepaalde patiënten gezamenlijk te dragen, welke dan niet valt binnen het ketenzorgprogramma. Goede communicatie is hiervoor vanzelfsprekend essentieel. Van gedeelde zorg zal sprake zijn bij patiënten met een matige en ernstige ziektelast.

Hieronder volgen enkele beschrijvingen van gedeelde zorg.

- De behandeling van exacerbaties zal bij patiënten die onder behandeling zijn van de longarts zowel door de huisarts als door de longarts geschieden. Meestal zal de patiënt contact opnemen met de (waarnemend) huisarts. Als de huisarts de behandeling verandert bij een patiënt die mede onder controle staat van de longarts, zal hij de longarts schriftelijk bericht doen van zijn bevindingen en ingestelde behandeling. Ook de longarts geeft regelmatig (ten minste een keer per jaar) schriftelijk bericht over zijn controles, behandeling van exacerbaties of wijziging in de medicatie. Deze berichten kunnen eventueel aan de patiënt worden meegegeven.
- Bij patiënten die langer dan zes maanden 7,5 mg prednis(ol)on of meer gebruiken in verband met COPD, moet aandacht worden besteed aan preventie van osteoporose en diabetes mellitus. De werkgroep stelt dat er in zijn algemeenheid bij COPD geen indicatie is voor onderhoudsbehandeling met prednis(ol)on. Toch wordt er incidenteel vanuit de 2e/3e lijn een onderhoudsbehandeling met prednis(ol)on gestart. De voorschrijver (dus de longarts) is verantwoordelijk voor het ter sprake brengen van de preventie van osteoporose en diabetes

mellitus en voor het op regionaal niveau overeenkomen wie de preventieve maatregelen zal uitvoeren.

- Bij patiënten met ernstiger vormen van COPD of terminaal COPD is intensieve aandacht van de huisarts voor de behandeling, maar ook zorgbehoefte in de thuissituatie gewenst, bijvoorbeeld om tijdig en adequaat aanpassingen in de woon-en leefomstandigheden te kunnen realiseren. Door passende zorg hoeft daardoor de patiënt en de longarts niet geconfronteerd te worden met ziekenhuisopnames op alleen 'sociale indicatie'.

7.5 Het Multidisciplinair overleg

Zoals uit het voorgaande blijkt is ketensamenwerking essentieel bij de populatie COPD-patiënten omdat de zorg van deze doelgroep zeer complex is. Daarom is er in het kader van de ketenzorg een streven om twee keer per jaar een multidisciplinair overleg te organiseren met het lokale multidisciplinaire zorgteam (zie format verslaglegging MDO in de bijlage). Hierin kan naast casuïstiek bijvoorbeeld ook aan bod komen: De rollen van de ketenpartners en teamleden, eenduidige registratie in Portavita, consultatie kaderarts, medicatie instructie, scholingsbehoefte en transmurale communicatie. De longartsen van het Sint Antonius Ziekenhuis in Woerden en Utrecht werken ook via Portavita. Er zijn voorbeelden beschikbaar van goedlopend multidisciplinair overleg zoals bijvoorbeeld in de COPD-carrousel in Montfoort/Linschoten of het SCORE project in Maarssen. Voor het verslag kan gebruik gemaakt van het format.

8. Het ketenzorgprogramma COPD implementeren in de huisartsenpraktijk

Er vindt vanuit Ketenzorg NU een intensieve praktische ondersteuning plaats om de huisartsenpraktijken te begeleiden bij de implementatie. Hiervoor zijn 2 POH's uit onze regio aangesteld. Dit is het vervolg op het eerder gebruikte COPD-implementatietraject (CIT).

Het handboek protocollaire COPD van NHG /CAHAG wordt in combinatie met de website www.astmacopdzorg.nl gehanteerd bij de implementatie van de ketenzorg.

Onder andere komen aan de orde:

- Organiseren casefinding; nulmeting uitvoeren, selecteren patiënten;
- Nascholingen (huisarts, POH): CASPIR, voor het KIS;
- KIS operationeel maken;
- Eventueel aanschaf van spirometer.

Daarnaast staat de huisarts voor een aantal keuzes over de taakverdeling binnen de praktijk. Deze beslaan:

1/ Uitvoering van de spirometrie:

- Binnen de praktijk door praktijkassistent of POH;
- Door andere praktijk uitgevoerd binnen de HAGRO of andere huisarts in de buurt;
- Gedelegeerd bij SALTRO, ziekenhuis.

2/Beoordeling spirometrie:

- Door huisarts zelf;
- Door andere huisarts binnen HAGRO, of in de buurt;
- Via SALTRO (betrokken longarts);
- Door longarts ziekenhuis.

3/ De totaal inventarisatie met het scharnierconsult:

- Door de POH of de huisarts.

4/ De follow up consulten:

- Door de huisarts, de POH of speciaal opgeleide praktijkassistent.

5/ Controles na exacerbaties en/of medicatieverandering:

- Door de huisarts en/of door goed opgeleide POH.

6/ Afspraken over samenwerking binnen de keten:

- Met welke longartsen;
- Met welke fysiotherapeuten en diëtisten;
- Afspraken over de terugkoppeling en overdracht. Hier heeft het KIS een belangrijke functie;
- Financiële afspraken.

De Coöperatie Noordwest-Utrecht vervult de rol om deze samenwerking vorm te geven. Tevens treedt zij op als onderhandelaar met de zorgverzekeraar.

Dankwoord

De leden van de werkgroep COPD hebben, na het aanvaarden van de opdracht van de coöperatie om een ketenzorgprotocol te ontwikkelen voor onze regio, in eerste instantie gebruik gemaakt van de resultaten van eerdere besprekingen van enkele huisartsen met de longartsen in het voormalig Zuwe/Hofpoort (nu Antonius) Ziekenhuis te Woerden. De eerdergenoemde enquête is één van de resultaten van die besprekingen en vormt mede een uitgangspunt van dit protocol. Voor verdere verdieping in de materie is er, met dank aan Manon Spijkers van de firma AstraZeneca, een informatieve avond georganiseerd met Ronald Riemersma, huisarts, en Geert-Jan Wesseling, longarts. Riemersma heeft zijn ketenzorgmodel COPD Groningen/Delfzijl toegelicht en Wesseling dat van Maastricht/Heuvelland. De werkgroep heeft bij de verdere ontwikkeling van het ketenzorgprogramma vooral aspecten uit het Maastrichtse protocol geïmplementeerd en aangevuld met onderdelen uit het reeds voltooide protocol van de regio Eemland. Dit laatste protocol is ons door Leo Boom, huisarts, ter beschikking gesteld.

Gedurende het ontwikkelingstraject is er een bijeenkomst geweest met de longartsen van het voormalig Zuwe/Hofpoort (nu Antonius) Ziekenhuis (Han Ribbert en Ron van der Kamp) en het Sint Antonius Ziekenhuis Utrecht (Hans van der Zeijden). In goed overleg met hen zijn de afspraken over onder andere de webbased consultaties tot stand gekomen.

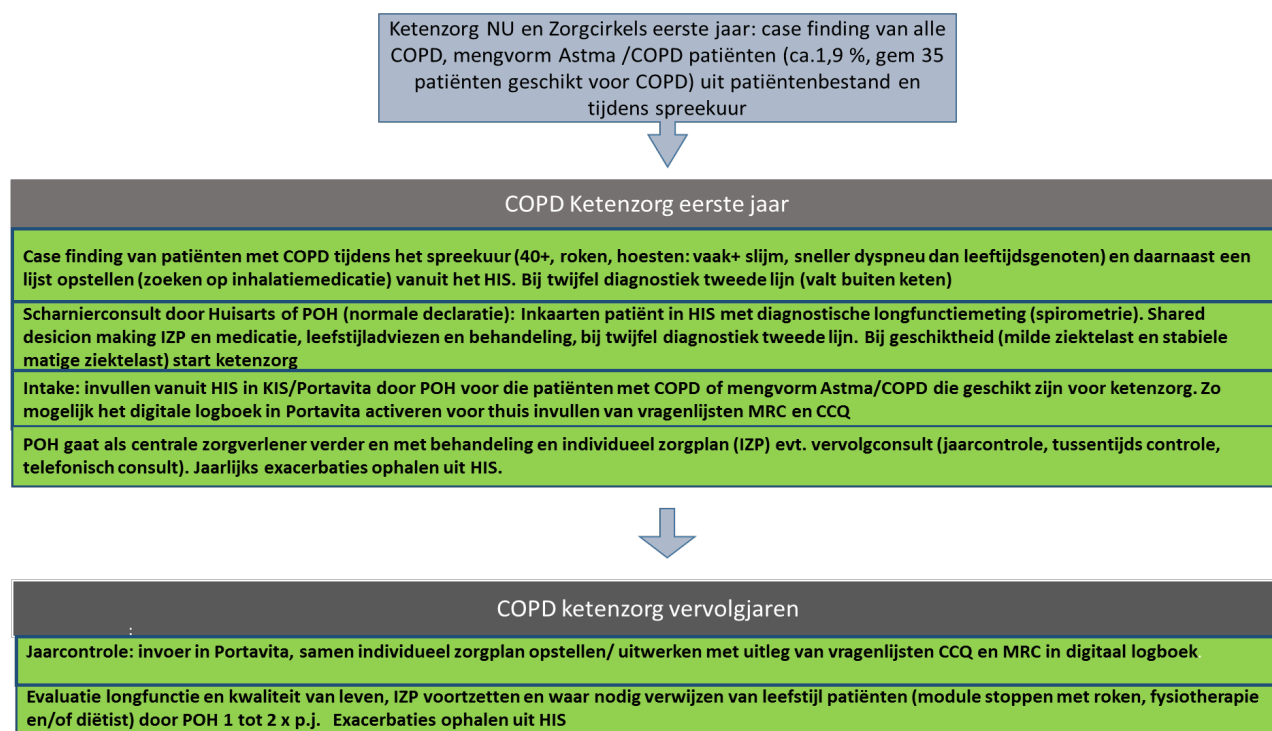
Graag willen wij eenieder, die hierboven genoemd is, van harte bedanken voor de positieve en stimulerende bijdrage aan de totstandkoming van het Ketenzorgprotocol COPD Noordwest-Utrecht.

BIJLAGEN

	Blz
1. Module POH Een schematische weergave van de stappen voor een na inclusie in Portavita met daaronder de taken nader uitgewerkt	2
2. Voedingsmodule COPD NWU	26
3. Beweegmodule COPD	29
4. RTA 2014	32
5. Format voor verslaglegging van het multidisciplinair overleg ketenzorg COPD en vacatieformulier	40
6. MRC en CCQ-vragenlijsten	42
7. Ziektelastmeter	44

Bijlage 1: Module POH

Een schematische weergave van de stappen voor een na inclusie in Portavita met daaronder de taken nader uitgewerkt.



- De POH participeert in de behandeling samen met de huisarts en andere praktijkmedewerkers nl fysiotherapeut, diëtist, en longarts in de COPD zorg.
- Verzorgt de anamnese bij nieuw aangemelde patiënten en verzorgt de eerste educatie;
- Geeft aan de patiënt voorlichting en informatie betreffende COPD, de daarbij behorende leefregels en beantwoordt vragen binnen haar kennisniveau;
- Verwijst patiënten die moeite hebben met naleving van een zo gezond mogelijke leefwijze, of het innemen van de medicatie door naar de huisarts;
- Bespreekt de barrières van patiënt bij te nemen stappen, begeleiding bij stoppen met roken;
- Verricht spirometrisch onderzoek;
- Verzorgt (periodieke) controles bij niet-stabiele en complexe patiënten;
- Verzorgt de jaarlijkse controles van stabiele en niet stabiele COPD-patiënten.
- Zorgt – na overleg met de huisarts - voor verwijzing naar fysiotherapeut en diëtist;
- Adviseert en instrueert de patiënt in het gebruik van inhalatiemedicatie;
- Overlegt met de huisarts over eventuele aanpassing van de medicatie;
- Inventariseert het dagelijks functioneren en beoordeelt de therapietrouw;
- Bespreekt de voeding en de dagelijkse lichaamsbeweging;
- Is zich bewust mogelijke comorbiditeit en verwijst indien nodig naar de huisarts;
- Maakt vervolgsafspraken en controleert op follow-up;
- Zorgt dat hij/zij op de hoogte blijft van de ontwikkelingen in de COPD zorg binnen het vakgebied;
- Informeert de huisarts over de toestand van de patiënt en zorgt dat deze op de hoogte is van de noodzaak tot eventueel doorverwijzen;

- Instrueert, begeleidt en overlegt met mantelzorgers en professionele verzorgers / hulpverleners indien nodig;
- Heeft aandacht voor psychosociale factoren en sociale belemmering

Bijlage 2: Voedingsmodule COPD NWU

Doelen:

1. het verbeteren of behouden van het lichaamsgewicht
2. het verbeteren of behouden van de spiermassa
3. het verbeteren of behouden van kwaliteit van leven

Energie inname

De energiebehoefte van mensen met COPD wordt sterk beïnvloed door hun fysiologische omstandigheden. De verhouding energieverbruik en energie-intake moeten op elkaar afgestemd worden. Tijdens een toename van klachten is er sprake van een stijging in de energiebehoefte. Speciale aandacht voor de energie intake is gewenst bij mensen met chronische klachten. Dyspneu en vermoeidheid bemoeilijken de voedingsintake. De algemene kennis over hoogkwalitatieve energierijke voeding is matig bij veel mensen daar de marketing vooral gericht is op energiebeperkte voedingsmaatregelen.

Oorzaken van verhoogde energiebehoefte:

Verhoogd rustmetabolisme
Ontsteking
Medicatie
Verhoogd totaal energieverbruik
Verminderde mechanische efficiëntie
Verminderde metabole efficiëntie
Verhoogde ademarbeid tijdens inspanning

Eiwit-intake

Aandacht voor de eiwitintake is gewenst als er sprake is van verhoogde behoefte. Dat is altijd het geval bij (dreigende) ontstekingen. Behoud van spiermassa vraagt om training en vereist adequate eiwit- en energie intake. Bij een BMI lager dan 21 zal de eiwit intake berekend moeten worden.

Energiebehoefte en eiwitbehoefte: in stabiele fase thuissituatie

Kenmerken	BMI < 21	BMI 21-27	BMI > 27
Energiebehoefte	120 -130%	100%	75-100%
Eiwitbehoefte per kg lichaamsgewicht	1,5 gram	0,8 – 1,2 gram	0,8 gram

Energiebehoefte en eiwitbehoefte: in kritische fase (bij ernstige ontstekingsreacties)

Kenmerken	Opname in het ziekenhuis	Thuisituatie	Revalidatie
Energiebehoefte	150%- 200%	150-170%	170-200%
Eiwitbehoefte per kg lichaamsgewicht	1,5-1,7 gram	1,5 gram	1,5 gram

Verwijzing naar de diëtist is geïndiceerd als er sprake is van:

- Bij adipositas BMI > 30
- Bij ondervoeding

Ondervoeding wordt vastgesteld via de screeningsmethoden SNAQ 65+ SNAQ 65-

Screening ondervoeding	Leeftijd onder de 65	Leeftijd boven de 65
BMI	≤ 21 (gew/ l ²)	≤ 21 (gew/ l ²)
VVMI	≤16 man ≤ 15 vrouw	≤16 man ≤ 15 vrouw
Ongewenst gewichtsverlies (ook bij gezond	≥ 10% in laatste 6 maanden of ≥ 5% in de laatste	≥ 4 kg
Armomtrek	N.v.t.	≤ 25 cm
Verminderde eetlust en verminderde functionaliteit	Ja	Ja

Als op een van bovengenoemde categorieën positief gescoord is, is er sprake van ondervoeding en is verwijzing naar een diëtist geïndiceerd.

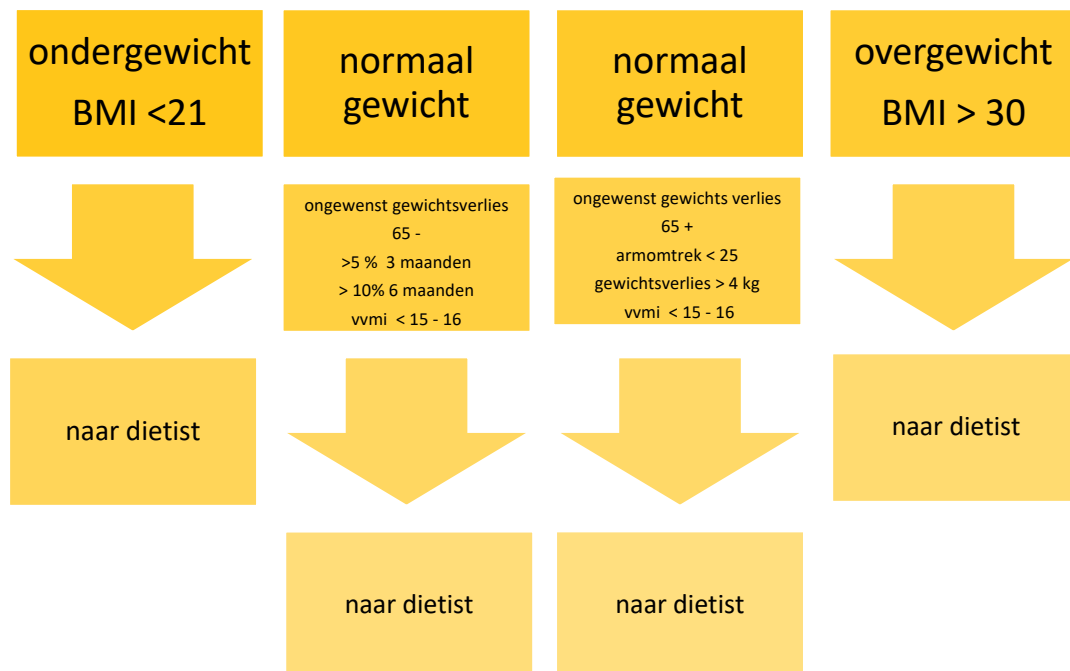
Kenmerken van dieet

- Energetische waardeafhankelijk van de behoefte
- Voedingsadviezen afstemmen op ziekte gerelateerde klachten
- Eiwitgehalte afhankelijk van de behoefte
- Vetgehalte: 30 -35% energieprocent: kwaliteit vetsamenstelling: EO / MOV : +/- 20 energie% en VV: max 10 energie%
- Extra aandacht voor omega 3 vetten i.v.m. gunstige invloed op ontstekingsprocessen verdeling van vetten over de dag i.v.m. matige eetlust: een vetrijke maaltijd geeft een langere verzadiging in de maag en patiënten met een afgeplat diafragma hebben sneller last van verzadiging en dyspneu
- Aandacht voor het Vitamine D en het Kaliumgehalte in de voeding
- Goede verdeling van de voeding over de dag: meerdere kleine porties en manier van aanbieden (niet opdringen)
- Frequent gebruik van corticosteroïden en immobiliteit geven risico op osteoporose
- Speciale aandacht voor het gebruik van melkproducten: Binnen de dieetbehandeling is het belangrijk om extra aandacht voor het gebruik van melkproducten te hebben, want patiënten kunnen deze producten onterecht achterwege laten vanwege vermeende hinderlijke slijmvorming.

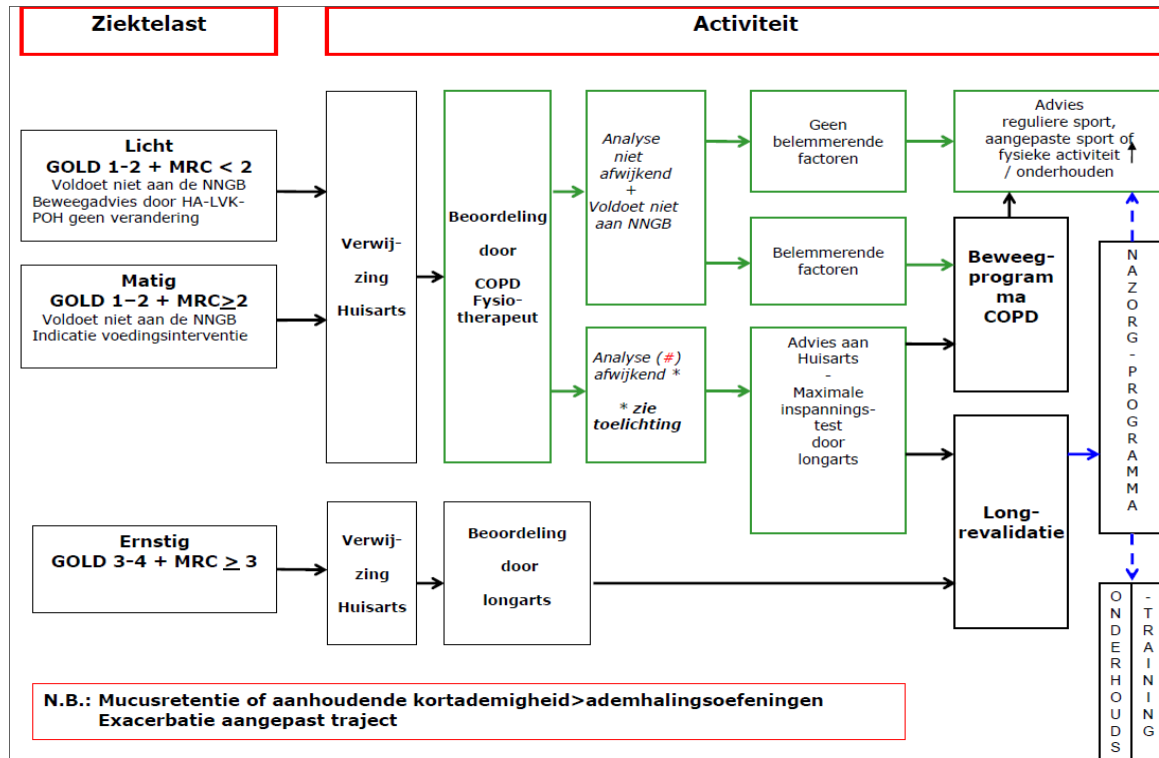
Door voedingsinterventie in combinatie met training is het gewichtsverlies omkeerbaar -> gewichtstoename is mogelijk. Voedingsinterventie in combinatie met training biedt perspectief voor verbetering van het algehele functioneren en de prognose van COPD.

SNAQ ⁶⁵⁺			Gewicht en gewichtsverlies 65 ⁺			
1 Gewichtsverlies	minder dan 4 kg	4 kg of meer	1 Gewichtsverlies	minder dan 5%	tussen 5 en 10%	10% of meer
2 Bovenarmomtrek	25 cm of meer	minder dan 25 cm	2 BMI	20 of hoger	tussen 18,5 en 20	minder dan 18,5
3 Eetlust en functionaliteit	goede eetlust en/of functionaliteit	weinig eetlust én verminderde functionaliteit	3 Behandelbeleid	niet ondervoed	risico op ondervoeding	ondervoed
4 Behandelbeleid	niet ondervoed	risico op ondervoeding	Let op: 2 keer oranje is rood!			
Het stappenplan			Het stappenplan			

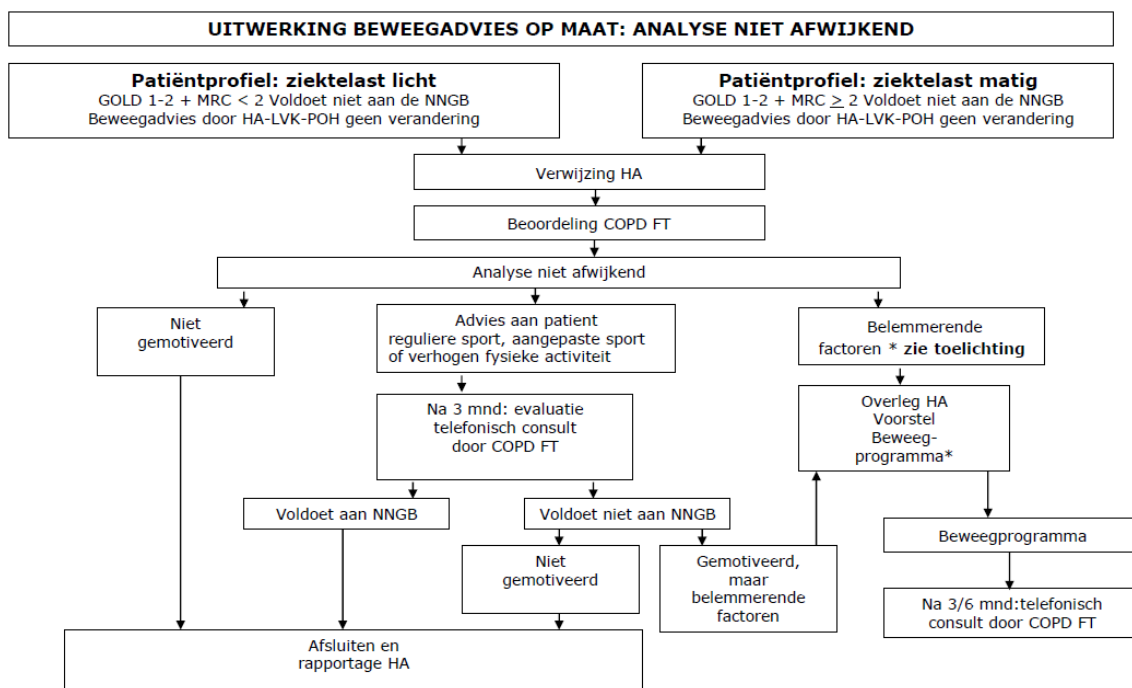
Verwijsschema:

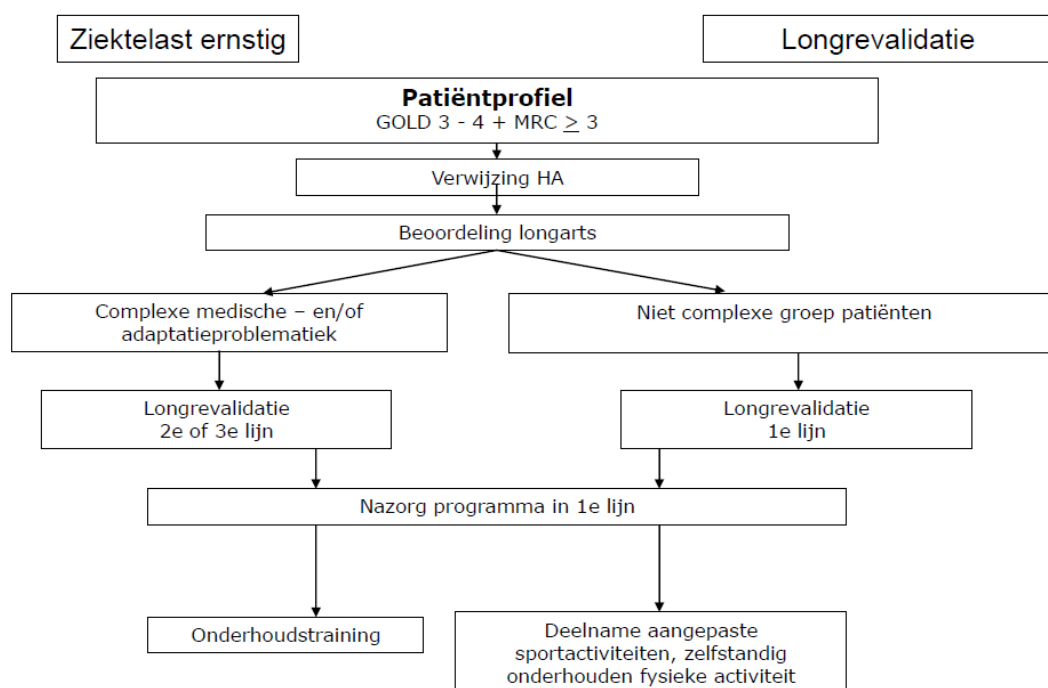


Bijlage 3: Bewegmodule COPD



Stroomschema inbedding bewegmodule in zorgprogramma Keten zorg NU





Schematische uitwerking Longrevalidatie

***Toelichting (analyse afwijkend zie eerste stroomschema)**

Analyse afwijkend indien:

- Saturatie in rust $\leq 92\%$
- Saturatiedaling tijdens 6 MWT $>4\%$
- Saturatiedaling tijdens 6 MWT $<90\%$
- Tijdens de 6 minuten wandeltest angineuze klachten, collaps of duizeligheidsklachten van vasculaire aard (zwart zien) optreden

Als belemmerende factoren worden gezien:

- Gewrichtsklachten
- Kortademigheid door onjuiste ademhalingstechniek
- Negatieve sportervaring
- Bewegingsangst
- Afgenomen inspanningsvermogen
- Onvoldoende spierkracht

Beweegadvies op Maat (BOM)

Patiëntprofiel BOM

- Lichte of matige ziektelast
- Kortademigheid en (mogelijk) verminderd inspanningsvermogen. ($FEV1 \geq 50\% \text{ pred} + MRC < 2$)
- Medicamenteus goed ingesteld
- Gemotiveerd om zijn leefstijl aan te passen
- 1e beweegadvies van POH of huisarts
- Belemmerende factoren zoals bijv.
- Het ontbreken van fysieke vaardigheden
- Geen geschikt beweegaanbod gevonden

Beweegprogramma COPD

Patiëntprofiel Beweegprogramma COPD

- Lichte of matige ziektelast, Kortademigheid en afgenomen inspanningsvermogen ($FEV1 \geq 50\% \text{ pred} + MRC \geq 2$ ($W_{max} \geq 70\% \text{ pred. en } VO2_{max} \geq 80\% \text{ pred.}$))
- Medicamenteus goed ingesteld
- Gemotiveerd om zijn leefstijl aan te passen
- Heeft BOM gehad

Is er niet in geslaagd om zelfstandig deel te nemen aan reguliere sport door belemmerende factoren zoals bijv.

- Gewrichtsklachten
- Kortademigheid door onjuiste ademhalingsstechniek
- Bewegingsangst

Longrevalidatie COPD (1e lijn)

Patiëntprofiel longrevalidatie 1e lijn

- Matige of ernstige ziektelast
- Kortademigheid en afgenomen inspanningsvermogen
- $FEV1 < 50\% \text{ pred} + MRC \geq 2$ (Max. ergometrie $W_{max} \leq 70\% \text{ pred. en } VO2_{max} \leq 80\% \text{ pred}$)
- Patiënt wenst zorg dicht bij huis.
- Is medicamenteus goed ingesteld
- Er zijn belemmerende fysieke factoren aanwezig zoals bijv;
- Aanwezigheid diffusiestoornissen
- Obesitas (BMI > 30) of cachexie
- Er zijn regelmatig exacerbaties
- Er is sprake van een comorbiditeit welke het fysiek inspannen beperkt (claudicatio intermittens, hartfalen of coronair lijden)

Onderhoudstraining

Patiëntprofiel onderhoudstraining 1e lijn

- Patiënt heeft een matige of ernstige ziektelast.
- $FEV1 < 50\% \text{ pred} + MRC \geq 2$ (Max. ergometrie $W_{max} \leq 70\% \text{ pred. en } VO2_{max} \leq 80\% \text{ pred}$)
- Is door de ernst van de aandoening of door aanwezigheid van comorbiditeit niet in staat zelfstandig verder te trainen om de verworven conditie te onderhouden;
- Heeft een multidisciplinaire longrevalidatie (2e of 1e lijn) gevolgd niet langer dan 3 maanden geleden.
- Heeft recent een exacerbatie gehad waardoor de situatie is verslechterd
- Diffusiestoornissen
- Aanwezigheid meerdere comorbiditeiten (cardiovasculair of neurologisch)
- De patiënt traint met zuurstof

Bijlage 4: RTA 2014 Regionale Transmurale Afspraken Regio Utrecht COPD

1. Doelstelling Regionale Transmurale Afspraak

Het doel van de Regionale Transmurale Afspraken (RTA) is het krijgen van uniforme afspraken tussen de eerste en tweede lijn met betrekking tot de diagnostiek, behandeling, (terug)verwijzing en berichtgeving ten behoeve van de regionale zorg voor **Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)**.

De RTA vormt de basis voor afspraken en samenwerking in de regio Utrecht. Naast het krijgen van uniforme afspraken is het van belang dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt.

Deelnemende partijen:

De RTA wordt gedragen door:

1. Zorggroepen regio Utrecht:
Zorggroepen Stadsmaatschap, Preventzorg, Leidscherijn, Houten, Zeist, Nieuwegein, Noord-West, Lunetten, Vleuterweide, Kanaleneiland
2. Ziekenhuizen:
Universitair Medisch Centrum Utrecht

Diakonessenhuis Utrecht

St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein

Intentieverklaring

De partijen hebben de intentie om transmurale ICT en financiën verder vorm te geven.

Samenvatting

Hieronder volgt een samenvatting van de RTA COPD welke aanbevelingen geeft voor de samenwerking tussen huisartsen en longartsen bij de

- Diagnostiek
- Behandeling
- Consultatie
- Verwijzen en terugverwijzen van patiënten
- De berichtgeving over patiënten.

Bron

Deze RTA zijn gebaseerd op de Landelijke Transmurale Afspraken COPD, het LAN-protocol 2010 en de NHG-standaard COPD.

2. Diagnostiek bij de huisarts

Via de LAN Zorgstandaard COPD zijn er afspraken gemaakt om door middel van een basaal assessment de ernst van COPD te bepalen en hierbij wordt gebruikt gemaakt van de ziektelast (zie LAN). Het basale assessment bestaat uit de volgende parameters: anamnese (waaronder vragenlijst:

CCQ en aantal exacerbaties), dyspnoe score (MRC), fysiologische beperkingen (longfunctie), gewicht (BMI), inschatten van dagelijkse beperkingen en de kwaliteit van leven. Ook speelt hierbij het in kaart brengen van Co morbiditeit een rol. Dit laatste is van belang omdat dit in belangrijke mate ook de mortaliteit bepaalt. Zie ook bijlage 1 met stroomdiagram basale assessment. Verder bestaat er een trapsgewijs assessment zoals dit in de LAN-zorgstandaard is beschreven namelijk:

Trap 1: basale assessment door 1^e lijn.

Trap 2: Bij afwijkend profiel volgt gedetailleerd assessment (zie onder bij criteria) door de longarts en longverpleegkundige na doorverwijzing via de huisarts.

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

Consultatie van longarts in de huisartsenpraktijk bij nieuwe patiënt (eerste diagnostische fase):

Er kan bij de eerste diagnostische fase of bij een patiënt waarbij er een lichte tot matige ziektelast bestaat reden zijn voor consultatie. Ook kan het zijn dat er getwijfeld wordt over de diagnose. Bij de beslissing van consultatie dient rekening te worden gehouden met de situatie van de patiënt, de levensverwachting, het effect van de interventie op de lange termijn en de ernst van co morbiditeit. Indien er aanwijzingen zijn voor een diagnostisch probleem zoals beschreven in de LAN Zorgstandaard (zie ook onder verwijzing) maar er besloten is af te zien van verwijzing (bijvoorbeeld op basis van leeftijd of op verzoek van patiënt) kan er ook consultatie via een longarts plaatsvinden (manier van consultatie: zie bijlage).

Consultatie van longarts in de huisartsenpraktijk bij reeds bekende diagnose COPD (tweede diagnostische fase):

De diagnose COPD is bij de huisarts gesteld maar na behandeling wordt er toch getwijfeld aan de diagnose of ziektelast. Hiervoor kan de huisarts eerst met de kaderhuisarts overleggen en vervolgens ook samen met de longarts een beleid maken afhankelijk van de mogelijkheden in de eerste lijn en ook de wens van de patiënt en levensverwachting. Indien patiënt voldoet aan criteria voor doorverwijzing voor verdere analyse dan zal patiënt worden verwezen naar de longarts (zie criteria verwijzing).

3. Behandeling en behandelaarschap

Voor algemene behandeling wordt verwezen naar hoofdstuk 6 uit de LAN Zorgstandaard COPD.

Lichte ziektelast: streven behandeling in de eerste lijn.

Iedere patiënt met COPD met:

- FEV1 >50% van voorspeld of >1,5 liter absoluut
- FEV1 stabiel
- MRC < 3
- CCQ < 2
- BMI >21
- BMI stabiel: <5% verlies in een maand, <10% verlies in 6 maanden
- Exacerbaties < 2 per jaar waarvoor orale steroïden
- 'Geringe co-morbiditeit'.

Matige ziektelast: streven gedeelde zorg eerste en tweede lijn.

Iedere patiënt met COPD die volgens het assessment voldoet aan de criteria voor nadere analyse, waarbij behandeling dicht bij huis mogelijk is, maar waarbij wel uitgebreidere monitoring in de tweede lijn noodzakelijk is.

Ernstige ziektelast: streven behandeling in de tweede lijn.

Iedere patiënt met COPD die volgens het assessment voldoet aan de criteria voor nadere analyse, waarbij behandeling en begeleiding in de tweede lijn thuis hoort, bijvoorbeeld longrevalidatie. Elke patiënt hoort twee weken na exacerbatie een controle door de POH of longverpleegkundige te krijgen. De controles (follow up na behandeling) volgen de regels van de ketenzorg en LAN Zorgstandaard COPD.

Behandeling acute exacerbatie of andere behandeling bij COPD-patiënten opgenomen op de afdeling longgeneeskunde

De behandeling van een acute exacerbatie kan bij de huisarts plaatsvinden maar ook kan een patiënt hiervoor worden opgenomen. Bij klinische COPD zorg bij patiënten die (nog) niet poliklinisch worden vervolgd zoals tijdens een exacerbatie zal de longarts het hoofdbehandelaarschap overnemen tijdens de opname. Bij ontslag zal nog nader moeten worden bepaald tussen de huisarts en longarts afhankelijk van de ziektelast, bijkomende diagnose en ook of er comorbiditeit aanwezig is, of patiënt poliklinisch (tijdelijk) wordt vervolgd of na ontslag via de huisarts kan worden gecontroleerd of dat er gedeelde zorg plaatsvindt. Patiënten met frequente exacerbaties hebben een hoger risico op heropnames en hebben een verhoogde mortaliteit. Intensieve monitoring is daarom vooral in deze patiëntengroep van essentieel belang.

Consultatie in huisartsenpraktijk door longarts bij niet bereiken van behandeldoelen:

Er wordt een aanvullend behandelplan opgesteld na consultatie van een longarts vanwege het niet bereiken van behandeldoelen maar er is geen noodzaak tot doorverwijzing of er is in overleg met patiënt besloten niet door te verwijzen. Dit is afhankelijk van de situatie van de patiënt, de levensverwachting, het te verwachten effect van de interventie op de lange termijn en de ernst van comorbiditeit.

4. Verwijzing

4a. Van huisarts naar longarts

Bij de beslissing van verwijzing dient rekening te worden gehouden met:

- de situatie van de patiënt,
- de levensverwachting,
- het effect van de interventie op de lange termijn en
- de comorbiditeit.

Een verwijzing naar de tweede lijn is geïndiceerd als het niet is gelukt om met de mogelijkheden binnen de eerste lijn (zoals begeleiding diëtiste, SMR-traject, bewegingstraject bij FT, begeleiding GGZ, behandeling medicamenteus/niet-medicamenteus) de patiënt binnen de criteria van de basale assessment te houden.

Het verwijzen naar de polikliniek of voor opname in het ziekenhuis verloopt via Zorgdomein.

Hieronder staan de criteria voor verwijzing en wordt onder de volgende omstandigheden geadviseerd:

CRITERIA VERWIJZING

4.1. Een diagnostische verwijzing wordt geadviseerd onder de volgende omstandigheden:

- COPD op jonge leeftijd (≤ 50 jaar)
- Ernstige persisterende fysiologische beperking, FEV1 $< 50\%$, of $< 1,5$ l absoluut
- Verdenking op andere/bijkomende oorzaak van de klachten
- Nooit gerookt en geen onder behandeld astma
- Ongewenst gewichtsverlies $> 5\%/mnd.$, $> 10\%/6$ mnd., of BMI < 21 , VVMI < 16 (man) < 15 (vrouw) zonder andere verklaring
- Verdenking hypoxemie: bijvoorbeeld perifere zuurstofsaturatie $\leq 92\%$, desaturatie bij inspanning $> 3\%$ of $\leq 90\%$ absoluut.

4.2. Niet of onvoldoende bereiken behandeldoelen ondanks adequate therapie:

- Persisterend forse klachten en problemen met kwaliteit van leven gerelateerd aan COPD (bijvoorbeeld CCQ ≥ 2 , MRC ≥ 3)
- Ernstige persisterende fysiologische beperking, FEV1 $< 50\%$, of $< 1,5$ l absoluut
- Snel progressief beloop (toename dyspnoe, afname inspanningsvermogen), ook bij stabiele FEV1
- Progressief longfunctieverlies (bijvoorbeeld FEV1 > 150 ml/jaar) over meerdere jaren
- Mogelijke indicatie voor zuurstofbehandeling en/of longrevalidatie
- Matig tot ernstige adaptatieproblemen
- Exacerbatie ≥ 2 afgelopen jaar waarvoor orale steroïden.

4.3. Wens van de patiënt

Daarnaast is in geval van comorbiditeit de ziektelast in het algemeen hoger dan wanneer er geen comorbiditeit meespeelt. Tevens hebben de symptomen dikwijls een multifactorieel karakter in oorzakelijke zin. De longarts kan hierbij een rol spelen om aanvullend onderzoek uit te voeren bij overlappende symptomatologie welke deels pulmonaal bepaald kan zijn. Om deze reden kan bij veel patiënten met comorbiditeit, ongeacht GOLD status, de noodzaak bestaan tot uitgebreidere analyse en zot samen met de huisarts een zorgvuldig individueel zorgplan te bepalen en te onderhouden.

Er kunnen verschillende soorten comorbiditeit worden onderscheiden;

- Comorbiditeit vanuit zelfde risicoprofiel, zoals hart- en vaatziekten
- COPD gerelateerde comorbiditeit, zoals osteoporose, gestoorde slaap, verminderde cognitieve functies, systemische inflammatie en verlaagde vetvrije massa index.
- Het hebben van een andere pulmonale diagnose dan COPD, zoals een slaap apneu syndroom of bronchiectasiën.

Hierover zullen op termijn nog nader afspraken moeten worden gemaakt tussen de eerste en tweede lijn. Dit is ook weer afhankelijk van factoren zoals situatie van de patiënt, de levensverwachting, het te verwachten effect van de interventie op de lange termijn.

4b. terugverwijzing van de longarts naar de huisarts.

Indien het assessment door een longarts heeft plaats gevonden, wordt gekeken of, en zo ja wanneer, de patiënt kan worden terugverwezen naar een behandeling dicht bij huis. Indien de behandeldoelen daar niet kunnen worden gehaald of bij een complexere somatische en/of adaptatieproblematiek, is er een indicatie voor verdere, intensieve begeleiding door een longarts.

Patiënt met COPD met een lichte ziektelast:

Terugverwijzen (meestal na diagnostisch consult = verwijzing) binnen drie maanden.

Patiënt met COPD met een matige ziektelast:

Stabiel en de behandeldoelen zijn inmiddels behaald: terug verwijzing na follow-up 3 - 12 maanden.
Instabiel en de behandeldoelen zijn niet gehaald: behandeling in tweede lijn of gedeelde zorg.

Patiënt met COPD met een ernstige ziektelast:

Behandeling en follow up in tweede lijn, gedeelde zorg bij exacerbaties.
Bij terminale zorg kan in overleg met de patiënt voor terugverwijzing worden gekozen.

4c. Gedeelde zorg

Bij een deel van de COPD-patiënten zal het noodzakelijk zijn gedeelde zorg te voeren. Hieronder wordt verstaan een (langdurig) behandeltraject bij zowel huisarts als longarts en hierbij spelen kwaliteitseisen en ook de behandelmogelijkheden in de eerste lijn een rol zoals vanuit de LAN is afgesproken. Dit kan noodzakelijk zijn bij:

- De patiënt met matige ziektelast, waarbij de meerwaarde van de longarts nodig is om de gestelde behandeldoelen te halen, maar bij wie dit in een relatief lage frequentie kan plaatsvinden in relatie tot de andere consulten bij de huisarts.
- De patiënt die één of meer acute exacerbaties heeft, waarvoor ziekenhuisopname noodzakelijk is met rondom deze episode een tijdelijke begeleiding door de longarts. De overige begeleiding buiten de exacerbaties wordt primair verzorgd door de huisarts.

Bovenstaande scenario's zullen verder moeten worden uitgewerkt in de implementatiefase.

(zie ook bijlagen "status document" en "7. Implementatie van een RTA COPD")

4d. Interne verwijzing binnen het ziekenhuis

Bij COPD-patiënten die bij de huisarts bekend zijn en een preoperatieve beoordeling, adviezen en behandeling/begeleiding nodig hebben tijdens een klinische opname voor een ander specialisme binnen het ziekenhuis zal de COPD zorg tijdelijk worden overgenomen door de longarts. Dit zal met de huisarts worden kortgesloten of dat de huisarts hierin ook een rol kan spelen. Patiënten worden hierna alleen poliklinisch teruggezien indien dit gepaard gaat met (tijdelijk) toegenomen ziektelast en er andere redenen zijn waarvoor 2^e lijns zorg geïndiceerd is. Ook is het mogelijk dat er een eenmalige consultatie via een ander specialisme poliklinisch wordt aangevraagd en dit zal in overleg plaatsvinden met de huisarts. In principe wordt de zorg na opname weer aan de huisarts overgedragen. Het is de taak van het specialisme waarvoor de patiënt is opgenomen hierover ook duidelijk te corresponderen naar de huisarts bij ontslag. Indien er relevante diagnostiek en behandeling is ingezet door de longarts, dat kan zowel extra relevante COPD pre- en postoperatieve begeleiding, toegenomen ziektelast, of aanvullende pulmonale diagnose en behandeling zijn, dan zal de longarts hierover aan de huisarts bij ontslag een bericht sturen. Hierin zal vermeld worden of de zorg tijdelijk of voor langere tijd wordt overgenomen door de longarts.

5. Berichtgeving**Verwijsbrief van de huisarts naar de specialist**

Bij een verwijsbrief van de huisarts naar de longarts dient hierin een duidelijke vraagstelling te worden vermeld evenals al bekende gegevens over basale parameters, voorgeschiedenis, het medicatie

overzicht volgens de HASP-richtlijn en tevens dienen recente gegevens aangaande comorbiditeit meegezonden te worden.

Terugverwijsbrief vanaf de poli naar de huisarts

Een terugverwijsbrief van de policonrole dient binnen een week via Edifact te worden verstuurd of middels een geschreven brief aan de huisarts volgens de HASP richtlijn.

Terugverwijsbrief na opname naar de huisarts

Indien er sprake is van een terugverwijzing na opname in het ziekenhuis dient in de brief een vermelding te komen wie de nazorg op zich neemt en wie hoofdbehandelaar wordt indien er gedeelde zorg zal plaatsvinden.

Bij poliklinische controle in de 2^e lijn en de longarts hoofdbehandelaar is zal er jaarlijks een brief naar de huisarts worden verstuurd. Bij terugverwijzing zal dit in de brief duidelijk worden vermeld. Volgens de HASP-richtlijn.

Status document

In de RTA worden vakinhoudelijke werkafspraken weergegeven voor de regio Utrecht, gebaseerd op de landelijke zorgstandaard COPD. De RTA is niet bedoeld om er declaratierecht voor nieuwe populatiebekostiging aan te ontlenen. Met het verschijnen van de landelijke zorgstandaard is de discussie over nieuwe populatiebekostiging wel een logische consequentie. De werkafspraken in deze RTA dienen als basis om dergelijke systematiek uit te werken. Hiertoe zullen paragrafen worden toegevoegd, die de uitwerking weergeven gericht op implementatie en financiële doorrekening. Deze paragrafen zullen worden ontwikkeld via speciaal daarvoor nog op te richten werkgroepen, bestaande uit financiële en inhoudsdeskundigen (zie ook in dit document; **Implementatie van een RTA COPD**).

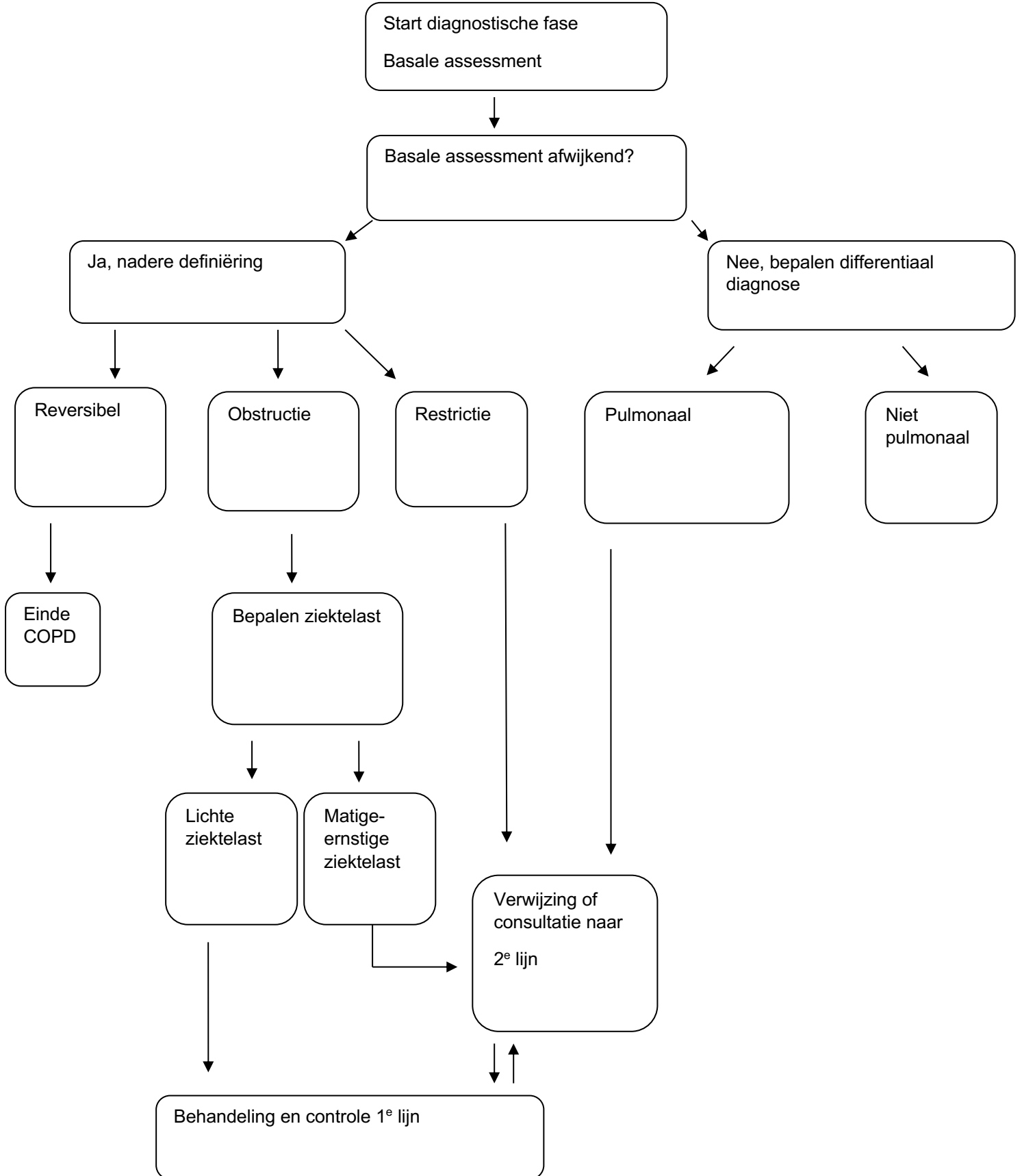
Implementatie van een RTA COPD

Deze RTA COPD omvat de eerste opzet naar medische inhoudelijke transmurale afspraken tussen huisartsen en longartsen omtrent optimale COPD zorg in de regio en is gebaseerd op de afspraken conform de LAN Zorgstandaard COPD. De implementatie van deze RTA COPD kan pas plaatsvinden indien er ook afspraken zijn gemaakt rondom financiële vergoedingen en afspraken hieromtrent tussen huisarts en longarts/ziekenhuis en ook wanneer de ICT rondom deze RTA functioneel is. Na goedkeuring en de implementatie van deze RTA COPD zal de effectiviteit van de complete RTA COPD na een half jaar (november 2014) getoetst worden en waar nodig worden aangepast via RTA COPD werkgroep waarin huisartsen en longartsen plaats zullen zitten. Tevens zal de volledige huisartsengroep/praktijk en longartsen praktijk minimaal jaarlijks op de hoogte moeten worden gesteld naar de voortgang van deze RTA door de vertegenwoordiger van de ze RTA uit de groep. Voor goede implementatie is ook nascholing, registratie en beoordeling van de evaluatie van de RTA en kwaliteit van de zorg van belang.

Een voorstel voor evaluatiecriteria zijn opgesteld:

- Aantal patiënten van eerste naar tweede lijn (HIS)
- Aantal patiënten van tweede naar eerste lijn (HIS)
- Aantal consultaties kaderarts/specialist per specialisme (telefonisch, email, Zorgdomein, diagnostiekservice)
- Aantal casuïstiek besprekingen
- Patiëntervaringen
- Ervaringen huisarts en POH
- Aantal nascholingen, aanwezigheid en evaluatie

Stroomdiagram Assessment: Bepaling ziektelast en begeleiding eerste/tweede lijn



Stroomdiagram verwijzing longarts

Zie www.huisartsenrechtstad.nl rubriek COPD

Methodes van consultatie in de huisartsenpraktijk:

- Telefonisch overleg (bijvoorbeeld tussen huisarts/ longarts maar ook tussen POH en verpleegkundig specialist uit ziekenhuis)
- Via KIS (bv Porta Vita Tele MC)
- Beoordeling longfunctieonderzoek door longarts uitgevoerd door SALTRO
- Casuïstiek bespreking (voorstel minimaal 2 maal per jaar en eventueel met meerdere huisartsengroepen samen) eventueel in de vorm van video conferentie
- Spreekuur door specialist in eerste lijn (dit dient nog nader te worden afgesproken hoe dit vorm wordt gegeven).

Scholing en kennisuitwisseling

Longartsen en huisartsen streven naar continue ontwikkelingen en kennisuitwisseling bijvoorbeeld: Gezamenlijke bijeenkomsten in het ziekenhuis, met als doel de verbetering van contacten en samenwerking door betere interactie. Eventueel nascholing organiseren in ziekenhuis voor huisartsen en vice versa. Casuïstiek besprekingen, nascholingen etc.

Contactpersoon huisarts per huisartsengroep:

Drs. M. van Cuilenburg Kaderhuisarts COPD stadsmaatschap, andere kaderartsen volgen nog

Contactpersoon voor COPD zorg per ziekenhuis:

UMC Utrecht:

Bart Luijk, longarts (centraal verwijzersnummer 0800-8099 of dienstdoende longarts).

Esther van Kooten, COPD verpleegkundige.

Diakonessenhuis Utrecht:

Renée van Snippenburg, longarts

Cynthia Carls, COPD verpleegkundig specialist.

St. Antonius ziekenhuis Nieuwegein:

Hans van der Zeijden, longarts en Erik-Jan Oudijk, longarts

Bianca van Buuren en Remco Verbrugge, COPD verpleegkundigen

Bijlage 5: Format voor verslaglegging van het multidisciplinair overleg ketenzorg COPD en vacatieformulier

1. Aanwezig en vergadertijd (Getekende vacatieformulieren p.p. bijvoegen):
Aanwezigheid longarts of longfunctie analist?:

2. Naam van het multidisciplinaire team:

3. Wie hebben de volgende functies vervuld:

Functie	Naam:
Voorzitter	
Verslaglegger	
Inleider onderwerp (indien anders dan voorzitter)	
Externe spreker (indien aanwezig)	

4. Verslag van het besprokene/casuïstiek

5. Eventuele besluiten/afspraken die zijn gemaakt:

6. Planning volgende bijeenkomst

Datum:

Locatie:

Onderwerp:

Functie	Naam:
Voorzitter	
Verslaglegger	
Inleider onderwerp	
Externe spreker (indien aanwezig)	

Bijlage 6: MRC en CCQ vragenlijsten



Bent u wel eens kortademig? En zo ja, welke van de onderstaande uitspraken is voor u het meest van toepassing		
<input type="radio"/>	Ik heb geen last van kortademigheid	0
<input type="radio"/>	Ik word alleen kortademig bij zware inspanning	1
<input type="radio"/>	Ik word alleen kortademig als ik me moet haasten op vlak terrein of tegen een lichte helling oploop	2
<input type="radio"/>	Door mijn kortademigheid loop ik op vlak terrein langzamer dan andere mensen van mijn leeftijd, of moet ik stoppen om op adem te komen als ik mijn eigen tempo loop	3
<input type="radio"/>	Na ongeveer 100 meter lopen op vlak terrein moet ik na een paar minuten stoppen om op adem te komen	4
<input type="radio"/>	Ik ben te kortademig om het huis uit te gaan, of ik ben kortademig tijdens het aan- of uitkleden	5

Referenties:

Bestall JC, Paul EA, Garrod R, Garnham R, Jones PW, Wedzicha JA. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1999;54:581-586.

Kruis het nummer aan dat het beste beschrijft hoe u zich de **afgelopen week** heeft gevoeld.
(Slechts één antwoord per vraag)

Hoe vaak voelde u zich in de afgelopen week ...	nooit	zelden	af en toe	regelmatig	heel vaak	meestal	altijd
1. kortademig in rust ?	0	1	2	3	4	5	6
2. kortademig gedurende lichamelijke inspanning ?	0	1	2	3	4	5	6
3. angstig/bezorgd voor de volgende benauwdheidsaanval?	0	1	2	3	4	5	6
4. neerslachtig vanwege uw ademhalingsproblemen?	0	1	2	3	4	5	6
In de afgelopen week , hoe vaak heeft u ...							
5. gehoest ?	0	1	2	3	4	5	6
6. slijm opgehoest?	0	1	2	3	4	5	6
In welke mate voelde u zich in de afgelopen week beperkt door uw ademhalingsproblemen bij het uitvoeren van ...	helemaal niet beperkt	héél weinig beperkt	een beetje beperkt	tamelijk beperkt	erg beperkt	héél erg beperkt	volledig beperkt/ of niet mogelijk
7. zware lichamelijke activiteiten (trap lopen, haasten, sporten)?	0	1	2	3	4	5	6
8. matige lichamelijke activiteiten (wandelen, huishoudelijk werk, boodschappen doen)?	0	1	2	3	4	5	6
9. dagelijkse activiteiten (u zelf aankleden, wassen)?	0	1	2	3	4	5	6
10. sociale activiteiten (praten, omgaan met kinderen, vrienden/familie bezoeken)?	0	1	2	3	4	5	6

Bijlage 7 - De ziektelastmeter

Gebleken is dat de indeling van COPD naar ernst op basis van de FEV₁ (GOLD-classificatie) niet goed correspondeert met de kwaliteit van leven. Voor het bepalen van de optimale zorg is de ziektelast dan ook een betere maatstaf. De ziektelast kan gemeten worden met de Ziektelastmeter.

De ziektelastvragenlijst bestaat uit vijf domeinen (symptomen, functionele status, mentale status, emoties en vermoeidheid) en bleek in eerder onderzoek een zeer valide en betrouwbaar instrument te zijn. De ziektelastmeter is eigenlijk de CCQ die bestaat uit vragen over symptomen, functionele status, mentale status aangevuld met vragen over emotionele ervaringen en vermoeidheid. Deze patiëntenvragenlijst wordt gecombineerd met andere parameters (longfunctie, exacerbaties, *bodymass index*, comorbiditeit, rookstatus en het zelf gerapporteerde niveau van lichamelijke activiteit) waarmee de integrale gezondheidstoestand van een patiënt met COPD beoordeeld kan worden. De Ziektelastmeter COPD visualiseert het resultaat (met behulp van 11 ballonnen, zie de figuur hieronder) en faciliteert hiermee de voorlichting voor de patiënt en de communicatie met de zorgverlener. Deze ballonnen geven elk een specifiek domein weer, bijvoorbeeld vermoeidheid en longaanvallen. Ook geven de ballonnen met behulp van kleuren aan welk domein aandacht verdient en welke domeinen voldoende zijn. Door te klikken op de ballonnen, verschijnt er een *evidence-based* behandeladvies om mee aan de slag te gaan. Op deze wijze kan er een gerichte behandeling plaatsvinden met als doel de ziektelast van de patiënt te verlagen.

Met behulp van een behandelalgoritme wordt door de behandelaar en de patiënt een individueel zorgplan opgesteld. Zij kunnen dan gezamenlijk besluiten over een behandelplan dat is opgesteld in termen die de patiënt zelf formuleert.



Waarom de Ziektelastmeter COPD gebruiken

Het is een instrument ontwikkeld door de Universiteit van Maastricht en Rotterdam in samenwerking met de LAN. Het is bedoeld als hulpmiddel voor de integrale aanpak en bij persoonsgerichte zorg,

Er zijn verschillende voordelen van deze manier van werken o.a.:

- Meten van ziektelast
- Structuur in consult
- Shared decision making
- Koppeling ervaren ziektelast aan behandeling
- Individueel zorgplan

De Zorgstandaard COPD gaat uit van het begrip ziektelast. Met de komst van de ziektelastmeter COPD is hier een belangrijke stap gezet. Daarom is de ziektelastmeter COPD ook opgenomen in de Zorgstandaard COPD.

In Portavita en in een aantal HISSEN het al mogelijk om met de ziektelastmeter COPD te werken. Via Curavista is het voor patiënten mogelijk om de ziektelastmeter COPD te gaan gebruiken.

REGIOZORGNU

RegiozorgNU is dé organisatie in de regio Noordwest-Utrecht voor betrokken zorgverleners in de chronische ketenzorg
