

Ketenzorgprogramma COPD Zuid-Holland Noord

Door: Knooppunt Ketenzorg Zuid-Holland Noord, werkgroep longziekten
Contactpersoon: Dirk van Rijn (kaderhuisarts longziekten i.o., voorzitter)
Versie: juli 2022
Status: vastgesteld
Online informatie: <https://zorgapp-zhn.nl/werkafspraken>

Inhoudsopgave

1.	Voorwoord	3
2.	Wijzigingen versie juli 2022	3
3.	Disclaimer ketenzorgprogramma's Knooppunt Ketenzorg	4
4.	Werkprotocol POH en huisarts.....	5
5.	Werkprotocol apotheek	11
7.	Werkprotocol diëtist	15
8.	Werkprotocol logopedie.....	18
9.	Werkprotocol fysiotherapie	21
10.	Transmurale afspraken	25
11.	Checklist implementatie	28
12.	Zorgroutes	29
13.	Kwaliteit	39
14.	Bronnen.....	41
	Bijlage epidemiologie, betrokkenen, doelgroep.....	42
	Bijlage zelfmanagement	45
	Bijlage organisatie van het ketenzorgprogramma	49
	Bijlage aanbevelingen farmacotherapeutische behandeling	53
	Bijlage zorgmodule stoppen met roken	55
	Bijlage zorgmodule voeding	59
	Bijlage kwaliteitsindicatoren.....	63
	Bijlage intake astma en/of COPD: anamneselijst	64

1. Voorwoord

In dit ketenzorgprogramma vind je de werkafspraken rondom mensen met COPD.

Dit ketenzorgprogramma is ontwikkeld door de [werkgroep COPD](#) van Knooppunt Ketenzorg. Ben je een lokaal samenwerkingsverband in Zuid-Holland Noord en deelnemer van het Knooppunt Ketenzorg, dan kun je dit regionale ketenzorgprogramma COPD lokaal implementeren. Wel vraagt het document aanvulling wegens lokale afspraken in jouw werkgebied. Je volgt hiervoor de aanwijzingen in het ketenzorgprogramma (aangegeven in kaders).

2. Wijzigingen versie juli 2022

Nieuwe aandachtspunten NHG-standaard COPD

De ernst van de ziektelast wordt uitgedrukt in 2 niveaus: lichte en verhoogde ziektelast.

- Het beleid bij COPD richt zich op 4 subdomeinen van de ziektelast bij COPD: klachten en beperkingen, longaanvallen, voedingstoestand en mate van luchtwegobstructie.
- Een longaanval wordt voortaan 'longaanval' genoemd.
- Het medicamenteuze beleid is aangepast. Bij onvoldoende effect van 1 langwerkende luchtwegverwijder is de mogelijkheid toegevoegd een tweede luchtwegverwijder uit de andere groep te overwegen.
- Er is meer aandacht voor het beperkt voorschrijven en het stoppen van inhalatiecorticosteroiden (ICS) bij COPD
- Er zijn opnieuw wijzigingen in de vergoeding van fysiotherapie bij COPD-patiënten

Wijzigingen in het ketenzorgprogramma

Ziektelastmeter:

- In het ketenzorgprogramma is de nieuwe ziektelastmeter verwerkt. De ziektelastmeter meet waar de patiënt het meest last van heeft gezien de COPD.

Vergoeding fysiotherapie:

- De vergoeding voor de fysiotherapie vanuit de basisverzekering is aangepast. Is gekoppeld aan longaanvallen en de ernst van de aandoening. Berekening van de vergoeding van het aantal behandelingen (zie bijlage 1: werkprotocol huisarts en POH en bijlage 5: werkprotocol fysiotherapie).

ICS gebruik bij COPD patiënten;

- In de regel is dit gebruik hoger dan volgens de NHG-standaard verwacht (30%). In de indicatoren is het % ICS gebruik opgenomen. Met een uitdraai uit het HIS, krijgt men een beeld van de scores in de eigen praktijk. Handleiding voor uitdraai ICS gebruik zie de website van Knooppunt ketenzorg. Wat zijn de struikelblokken bij patiënt en zorgverlener om het ICS gebruik aan te pakken? Wat kan de rol van de huisarts, praktijkondersteuner en apotheker zijn? Hiervoor is door de werkgroep een apart document gemaakt die via de website van KK is op te halen. Dit document is een handvat om het onderwerp te bespreken in het FTO. Ook zijn er verschillende producten ontwikkeld die de huisartspraktijk kan gebruiken bij de opsporing en medicatie-omzetting van deze patiënten.
- Check de vitamine D status van COPD patiënt, adviseer en informeer patiënt en voorschrijver over het belang van vitamine D en osteoporose, zeker bij bewegingsarmoede.
- Controleer op onnodig ICS en oraal predniso(lo)n gebruik bij stabiele COPD- patiënt zonder longaanval in de afgelopen 12 maanden. Stop in overleg met patiënt en behandelaar de ICS en leg interventie vast in AIS
- Controle op geschiktheid toedieningsvorm en doseringsmomenten van de medicatie; gebruik van inhalatieinstructie bij voorkeur de InCheckDail
- Controle op therapietrouw: neem medicatie zo mogelijk op in herhaalservice indien bij herhaling therapieontrouw advies medicatie te verpakken in weekdoseersysteem (alleen bij orale medicatie);
- Vergroot de actieve betrokkenheid van de patiënt bij zijn/haar behandeling door het gebruik van een individueel zorgplan en digitale informatiebronnen te stimuleren, deze gezamenlijk in

te vullen en de toegang hiertoe te vergemakkelijken: MijnGezondheid.Net (MGn), MedGemak, Ketenenformatie, Kijksluiter, inhalatorgebruik.nl etc. Maar ook te verenigen bij Patiëntenverenigingen zoals Longfonds en lokaal LongPunt

- Jaarlijks vervanging voorzetskamer

3. Disclaimer ketenzorgprogramma's Knooppunt Ketenzorg

Dit ketenzorgprogramma van Knooppunt Ketenzorg:

- heeft de landelijke professionele richtlijnen en zorgstandaarden als basis en is aangepast naar de regionale situatie in Zuid-Holland Noord
- mag gebruikt worden door deelnemers van Knooppunt Ketenzorg (WSV's of zorggroepen), de betrokken zorgpartners en Zorg en Zekerheid. Graag met behoud van het logo van of de verwijzing naar Knooppunt Ketenzorg bij de schriftelijke lokale vertaling en de implementatie
- is opgesteld als handvat voor zorgprofessionals. Patiënten en zorgorganisaties kunnen op geen enkele wijze rechten ontleen aan de inhoud van dit ketenzorgprogramma.
- Kan onderdelen bevatten die niet door de verzekeraar worden vergoed. Voor vergoeding gelden de reguliere polisvoorwaarden.

4. Werkprotocol POH en huisarts

4.1. Doelgroep

COPD-patiënten met een lichte ziektelast of een verhoogde ziektelast die terugverwezen zijn naar de 1e lijn.

4.2. Eisen aan de huisartsenpraktijken voor goede COPD-zorg

De huisartsenpraktijk:

- Verleent COPD-zorg volgens de NHG zorgstandaard;
- Volgt de regionale samenwerkingsafspraken met betrekking tot verwijzing en consultatie;
- Werkt met generalistische POH die goed geschoold is op het gebied van COPD-zorg;
- Heeft een huisarts beschikbaar voor consultatie door de POH;
- Organiseert structureel overleg tussen POH en huisarts;
- Kan spirometrie uitvoeren op de praktijk of besteedt dit uit aan een eerstelijns diagnostisch centrum;
- Maakt GOLD indeling van COPD-patiënten en deelt patiënten in naar ziektelast;
- Zorgt dat GOLD 1 patiënt door POH gezien wordt en zorgt dat GOLD 2 patiënt minimaal 1x per 2 jaar ook door huisarts gezien wordt;
- De huisarts geeft de diagnose COPD door aan apotheek;
- Is aantoonbaar deskundig en bekwaam in:
 - Advies t.b.v. stoppen met roken;
 - Inhalatietechniek;
 - Interpretatie van uitkomsten spirometrie.

4.3. Aanpak

- Bepaal de ziektelast voor de 4 subdomeinen en maak onderscheid tussen lichte en verhoogde ziektelast (zie [tabel 5](#)). De ziektelast is verhoogd als ≥ 1 subdomein afwijkend is.
- Patiënten met een verhoogde ziektelast hebben in de regel meer zorg nodig dan patiënten met een lichte ziektelast (zie Doel en frequentie van controleconsulten).

4.4. Doelen en aanpak van de behandeling

- De POH biedt begeleiding bij stoppen met roken
- Probeer de ziektelast te verminderen op de 4 subdomeinen:
 - verminder klachten en beperkingen en verbeter fysieke capaciteit (conditie) en activiteit
 - voorkom longaanvallen
 - voorkom onder- of overgewicht en ondervoeding door ongewenst gewichtsverlies
 - stabiliseer de achteruitgang van de longfunctie
- Geef ondersteuning bij het zich aanpassen aan de ziekte en bij het opstellen en nastreven van persoonlijke behandeldoelen.

4.5. Werkwijze

In de samenwerking tussen huisarts en POH is het van belang dat de POH weet wanneer zij de huisarts moet consulteren. Een gestructureerd overleg tussen huisarts en POH is onontbeerlijk. Extra overleg is nodig bij bijvoorbeeld:

- Verdenking co-morbiditeit zoals decompensatio cordis of depressie;
- Verslechtering van de CCQ score zonder duidelijke oorzaak;
- Klachten die niet direct aan de COPD zijn toe te schrijven of die ernstiger zijn dan verwacht;
- Daling van de FEV1 onder de 50% van voorspeld;
- Daling van de FEV1 van meer dan 60% (over een aantal jaren);
- Er sprake is van ongewenst gewichtsverlies;
- Het noodzakelijk lijkt de behandeling aan te passen.

Als de huisarts COPD vermoedt, wordt de patiënt voor een diagnostisch consult verwezen naar de POH. De POH neemt een gerichte anamnese en een spirometrie met reversibiliteitstest af. Naar aanleiding van dit onderzoek bevestigt (bij een obstructieve longfunctie zonder reversibiliteit) de huisarts de diagnose COPD in een consult en verwijst de patiënt terug naar de POH voor verdere begeleiding.

Onderwerpen van aandacht in het individuele zorgplan:

Stoppen met roken;
Fysieke activiteit/bewegen;
Gewicht;
Medicatie gebruik / therapietrouw;
Longaanval-management.

Aandachtspunten bij de consulten door de POH:

Informatie en voorlichting over de aandoening (zie paragraaf 2.3.2);

Uitgebreide assessment, dmv:

Afname anamnese

Uitvragen longaanvalfrequentie

MRC

CCQ

4DKL

BORG

NNGB

Meten BMI

Uitleg over de (eventuele) medicatie;

De leefstijl van de patiënt. Het rookgedrag, de beweging en voeding worden uitgevraagd. Er wordt zo nodig een 'stoppen-met-roken-advies' gegeven;

Gebruik van andere disciplines. Als de patiënt aan de onderstaande criteria voldoet (zie 'Verwijscriteria'), vindt er een verwijzing plaats naar de desbetreffende discipline in overleg met de huisarts;

Het welbevinden van de patiënt en eventuele vragen of opmerkingen;

De spirometrie bespreken en op indicatie herhalen.

De POH stelt samen met de patiënt een individueel zorgplan op. Het zorgplan heeft als doel de integrale gezondheidstoestand van de patiënt te verbeteren. De uitgebreidheid van de interventies is afhankelijk van de ernst van de COPD en de ervaren ziektelast. Een individueel zorgplan helpt de patiënt inzicht te krijgen in het ziekteproces, de zelfzorg te versterken en het monitoren van het verloop van het eigen ziekteproces. Het zorgplan legt daarmee de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid mede bij de patiënt zelf. Het individueel zorgplan wordt bij ieder consult zo nodig bijgesteld of aangepast. Onderdeel van het individueel zorgplan is het longaanval-actieplan:

In een longaanval-actieplan staat:

Welke klachten bij deze patiënt wijzen op een beginnende longaanval

bij welke klachten en op welk moment de patiënt contact moet opnemen en met wie op welk moment, op welke wijze en hoe lang de patiënt de dosering van luchtwegverwijders zelf kan verhogen (indien de patiënt dit adequaat kan toepassen)

Op welk moment een patiënt zelf kan starten met prednisolon (indien de patiënt dit adequaat kan toepassen)

Wanneer de patiënt contact moet opnemen als de zelf ingestelde behandeling niet aanslaat

Frequentie van de controles (follow up):

Lichte ziektelast: 1 tot 2 keer per jaar bij POH met jaarlijks een basaal assessment;

Verhoogde ziektelast: minimaal 2x per jaar bij de longarts/stabiele patienten bij POH, minimaal jaarlijks een assessment in de tweede lijn en op indicatie een uitgebreider assessment;

Longaanval: 2-6 weken na de longaanval zien om oorzaak en beleidsaanpassing te beoordelen. Indien een spirometrie gewenst is, is dit niet wenselijk om dit binnen de zes weken na de longaanval te doen gezien de tijd die nodig is voor het herstel van de longfunctie. Zie tabel 3 Monitoring na de diagnostische fase;

Na een eerste voorschrift van inhalatiemedicatie zal de patiënt binnen 2 weken terug gezien worden door de POH.

- Stem de frequentie van de monitoringsconsulten af op de behoeften en wensen van de patiënt als deze een stabiele situatie heeft bereikt; houd als vuistregel aan: bij lichte ziektelast jaarlijks; bij verhoogde ziektelast ten minste 2 × per jaar.
- Na een longaanval is het belangrijk dat de patiënt twee weken later door de POH gezien wordt om de oorzaken in kaart te brengen en een beleidsaanpassing te beoordelen.
- Na een nieuw voorschrift van inhalatiemedicatie zal de patiënt binnen twee weken terug worden gezien door de POH

Voor meer informatie; zie 'Protocollaire COPD-zorg', editie 2015, 'Het COPD consult in acht stappen'.

4.6. Medicamenteuze therapie

Stappenplan:

Uitgangspunten

- Het formularium is niet meer van kracht (slechts nog als naslagwerk)
- Controleer in de instelfase elke 6 weken.
- Controleer bij onvoldoende verbetering de tevredenheid met de toedieningsvorm, de therapietrouw en de inhalatietechniek.
- Ga bij onvoldoende verbetering ondanks goede therapietrouw en inhalatietechniek in samenspraak met de patiënt naar een volgende stap (zie onderstaande tabel).
- Geef bij elke stap instructies over het beleid bij tijdelijke toename van klachten.
- Luchtwegverwijders verminderen dyspneu, en daarmee hinder en beperkingen.
- Bij ≥ 2 longaanvallen per jaar is er een indicatie voor ICS, maar als de patiënt verder weinig klachten heeft, volstaat een langwerkend parasymphaticolyticum (LAMA).
- Bijwerkingen van kort- of langwerkende parasymphaticolytica (SAMA of LAMA) zijn een droge mond, urineretentie, tachycardie en accommodatiestoornissen. Dit zijn anticholinerge effecten.
- Bijwerkingen van kort- of langwerkende bèta-2-agonisten (SABA of LABA) zijn tremor van handen en vingers, hoofdpijn, nachtelijke spierkrampen en stijging van de hartfrequentie.

Tabel 6 van de NHG standaard

	Stap 1	Stap 2	Stap 3
	Infrequente dyspneuklachten, geen longaanvallen	Regelmatige dyspneuklachten, hinder of beperkingen	Persisterende dyspneuklachten, hinder of beperkingen
Dyspneuklachten, hinder of beperkingen	SABA of SAMA, zo nodig	LAMA of LABA, onderhoud	LAMA + LABA, onderhoud
Longaanvallen, ≥ 2 per jaar	Niet van toepassing	Voeg ICS toe* Start of continueer luchtwegverwijder	Voeg ICS toe Bij voorkeur 1 luchtwegverwijder (overweeg de andere te staken) Overweeg verwijzing

SAMA = kortwerkende muscarineantagonist (parasymphaticolyticum); SABA = kortwerkende bèta-2-agonist. LAMA = langwerkende muscarineantagonist (parasymphaticolyticum); LABA = langwerkende bèta-2-agonist. ICS = inhalatiecorticosteroïd.
* Als de patiënt verder weinig klachten heeft, volstaat een LAMA.

4.7. Voorlichting, informatie en educatie

De huisarts geeft, na de diagnose COPD te hebben gesteld, algemene voorlichting over COPD, uitleg over taken en begeleiding door de POH en algemene informatie over het zorgprogramma.

De Praktijkondersteuner geeft informatie over:

- COPD, kennis over het ziektebeeld;
- Geeft antwoord op vragen van de patiënt en eventueel partner;
- Oorzaken en gevolgen COPD;
- Behandel mogelijkheden;
- Stoppen met roken;
- Risicofactoren en complicaties;
- Inhalatie instructie;
- Voeding en beweging; eventueel verwijzing naar fysiotherapie en diëtiste;
- Frequentie van controles;
- Mogelijke oegelijke cursussen en patiënten informatie op internet (website longfonds ([leven met COPD](#)) en [patiënten versie zorgstandaard COPD](#));
- Lotgenotencontact via: www.longforum.nl
- Invloeden COPD op psychosociaal en lichamelijk vlak; klachten herkennen;
- Wat te doen bij een longaanval

4.8. Verwijscriteria

Longarts of kaderhuisarts

Verwijs naar of consulteer een longarts, of consulteer een kaderhuisarts, bij:

- Diagnostische problemen bijv. discrepantie tussen de mate van dyspnoe en de ernst van de obstructie blijvende twijfel tussen COPD en hartfalen
- COPD ≤ 50 jaar;
- Snel progressief beloop:
 - Toename dyspneu, afname inspanningsvermogen, daling van FEV1 met gemiddeld > 150 ml per jaar gedurende ≥ 3 jaar (≥ 3 metingen) ondanks maximale behandeling
- Blijvend verhoogde ziektelast:
 - Blijvende klachten, hinder en beperkingen (CCQ ≥ 2, MRC ≥ 3) ondanks optimale behandeling
 - Verminderde voedingstoestand of ongewenst gewichtsverlies COPD (zie Voedingstoestand)
 - ≥ 2 longaanvallen per jaar waarvoor behandeld is met orale corticosteroiden, ondanks duo- of tripletherapie
- Complexe comorbiditeit
- Werk en/of psychosociale problematiek of belemmeringen (betrek hierbij de bedrijfsarts)

Fysiotherapeut:

- Bij MRC ≥ 3 en/of bij patiënt met bewegingsangst en/of bewegingsarmoede, uitgaande van de standaard Nederlandse norm Gezond Bewegen, verwijst de huisarts naar een fysiotherapeut voor het starten van een beweegprogramma. De POH neemt de MRC-schaal af tijdens de diagnostiek;
- Bij MRC ≤ 2 en bewegingsarmoede wordt eerst een beweegadvies gegeven; bij onvoldoende effect wordt alsnog een beweegprogramma aangeboden. (NB. De richtlijn van de KNGF hanteert als verwijscriterium naar fysiotherapie: MRC ≥ 2 met FEV1 50-70%. In de regionale afspraken wordt MRC ≥ 3 als verwijscriterium gehanteerd omdat deze verwijscriteria worden gehanteerd in de CBO-richtlijn, zorgstandaard COPD en de NHG-standaard.);
- Bij gestoord mucustransport;
- Bij verminderde kwaliteit van leven: dat wil zeggen patiënten die bij de CCQ-lijst de vragen 7-10 (functionele vragen) gemiddeld een score van 2 of meer invullen.
- Voor de vergoeding van de fysiotherapie vanuit de basisverzekering gelden sinds 1 januari 2019 andere richtlijnen. Afhankelijk van de ernst van de aandoening.

Stuur daarom met de verwijzing de CCQ, MRC en het aantal longaanvallen in het afgelopen jaar mee.

C	D	≥2 longaanval (met prednison en/of antibioticum) of ≥ 1 longaanval met opname
A	B	0-1 longaanval (met prednison en/of antibioticum)
MRC < 3 of CCQ < 1,5	MRC ≥ 3 of CCQ ≥ 1,5	

Dat leidt tot de volgende vergoedingen.

COPD Klasse	A	B	C	D
1 ^e jaar	5X	27X	70X	70X
Volgende jaren	0X	3X	52X	52X

Logopedist

De huisarts verwijst naar de logopedist indien er sprake is van:

- Kortademigheid (dyspnoe), verminderde spierkracht van de ademhalingspijpen waardoor de client stem, communicatie en verstaanbaarheidsproblemen heeft/ervaart.
- Chronisch hoesten
- Problemen met eten en drinken (reflux, vermoeidheid, verminderde hoestkracht)

Diëtist

De huisarts verwijst naar de diëtist indien er sprake is van de diagnose COPD in combinatie met tenminste één van de volgende gegevens:

Een BMI ≤ 21kg/m² ;

Ongewenst gewichtsverlies van >5% binnen een maand of >10% binnen 6 maanden, ongeacht het aanvangsgewicht;

Vermoeden van een te lage VVM. Dit moet bij voorkeur bepaald worden met een 4-punts meting. Te lage VVM is voor mannen een VVMI ≤ 16kg/m² en voor vrouwen ≤ 15kg/m² ;

Voor het vaststellen van (veranderingen in) de VVMI.

De huisarts kan verwijzing naar een diëtist overwegen bij de diagnose COPD in combinatie met:

Ernstig afwijkend voedingsgedrag (gewoonten, klachten tijdens eten);
Bij aanwezigheid van co-morbiditeit zoals: hartklachten, afwijkend lipidenprofiel, osteoporose;
Verhoogde ziektelast

Andere afspraken rondom diëtetiek:

- Dieetvoeding:
 - Indien bij ondervoeding drinkvoeding wordt overwogen, consulteert de huisarts of POH een diëtist. De diëtist kan voorschrijven en machtigingen verzorgen.
 - Duur van dieetvoeding wordt bepaald door diëtist. Dieetvoeding in combinatie met een trainingsprogramma geeft een optimaal resultaat;

- De diëtist koppelt dit terug aan huisarts, fysiotherapeut (bijv. na 3 maanden gebruik en in ieder geval bij stoppen) en de logopedist bij slikklachten;
- Vitamines en mineralen.
 - De diëtist informeert de apotheek digitaal of schriftelijk als de patiënt deze gebruikt of advies heeft gekregen deze te gaan gebruiken. Gebruik van deze middelen is van belang in verband met interacties.

Apotheker

Een huisarts of POH verwijst naar een apotheker bij:

Behandeling met medicatie;

Wijzigingen in medicatie;

Problemen met de inhalatie;

Inhalatie-instructie;

Het leveren van voedingssupplementen of dieetvoeding die door de diëtist, huisarts of POH zijn voorgeschreven. Dit is relevant vanwege de mogelijke invloed van vitaminen op medicatie (bijv. vitamine K op antistolling).

Psycholoog

Er wordt door de POH met een CCQ-vragenlijst gescreend op kwaliteit van leven. Bij een score van het domein 'Mentaal' ≥ 2 of een verandering van minimaal 0,4 van het domein 'Mentaal' attendeert de POH de huisarts. De huisarts bepaalt welke interventie noodzakelijk en geschikt is.

4.9. Verwijsinformatie

Bij verwijzing naar een paramedicus stuurt de POH de volgende informatie mee:

Verwijsbrief;

Diagnose / Gold classificatie;

Mate van ziektelast;

Recent longfunctie onderzoek met FER, FEV1 en FVC;

Eventuele co-morbiditeit / ziektegeschiedenis;

Medicatie overzicht.

4.10. Bronnen:

NHG Standaard COPD april 2021

5. Werkprotocol apotheek

De kernactiviteiten van de apotheek bij mensen met COPD zijn, uitgaande van het feit dat de apotheker **behandelaar** (WGBO) is en als zodanig verantwoordelijk voor de farmaceutische zorg van de patiënt:

5.1. Medicatiebewaking

Veilig afleveren:

- Invoeren juiste indicatie COPD in AIS, in overleg met hoofdbehandelaar;
- Contra-indicatie afstemmen met longarts, indien huisarts niet de hoofdbehandelaar is;
- Uitvoeren van de algehele medicatiebewaking, rekening houdend met het totale medicatiedossier en andere mogelijke contra-indicaties. Maak bij COPD onderscheid tussen drie patiënten categorieën (lichte en verhoogde ziektelast), waarbij de indeling gebaseerd is op spirometrie, de mate en ernst van symptomen, en de ernst en frequentie van longaanval
- Adviseer te starten met bronchusverwijders bij COPD patiënten met symptomen van dyspnoe.
- Leg uit dat het doel van het gebruik van bronchusverwijders het bevorderen van een zo volledig mogelijke uitademing is, wat een positief effect heeft op de inspanningscapaciteit. Licht toe dat de kwaliteit van leven nauw samen hangt met de mate waarin de dyspnoe klachten onder controle zijn
- Ga per patiënt na of de klachten gecontroleerd kunnen worden met kortwerkende (zo nodig gebruik of onderhoud) en/of met langwerkende bronchusverwijders (als onderhoud).
- Geef bij een onderhoudsbehandeling de voorkeur aan een langwerkende bronchusverwijder vanwege het gebruiksgemak
- Controle op interacties, bijvoorbeeld bèta-2-sympathicomimetica ter inhalatie met niet-selectieve bètablokkers; Adviseer bij bètablokkers met een lage dosis te beginnen en deze langzaam te verhogen. Informeer dat het vermijden van bètablokkers bij COPD in de meeste gevallen niet nodig is. De voordelen van een cardioselectieve bètablokker bij ischaemische hartziekten en hartfalen wegen ruimschoots op tegen een potentieel risico bij patiënten met COPD (zelfs bij ernstige COPD)
- Controle op (pseudo-) dubbelmedicatie, zoals het combineren van twee kortwerkende of twee langwerkende bèta-2-sympathicomimetica;
- Controle op contra-indicatie, zoals voorzichtigheid bij acetylsalicylzuur, NSAID's, Niet-selectieve bètablokker, ACE-remmer bij astmatische component en mesalazine; zeker bij astmatische component/mengvorm
- Check de vitamine D status van COPD patiënt, adviseer en informeer patiënt en voorschrijver over het belang van vitamine D en osteoporose, zeker bij bewegingsarmoede
- Controle op therapietrouw, zoals patiënten die te veel kortwerkende bèta-2-sympathicomimetica met te weinig onderhoudsmedicatie gebruiken.
- Informeer arts en patiënt dat zelden ademhalingsproblemen optreden, indien opioïden worden gedoseerd op geleide van de pijn. Opioïden kunnen zeer effectief zijn bij dyspnoe klachten in het eindstadium van COPD
- Controleer op onnodig ICS en oraal predniso(lo)n gebruik bij stabiele COPD- patient zonder longaanval in de afgelopen 12 maanden. Stop in overleg met patient en behandelaar de ICS en leg interventie vast in AIS

5.2. Verstrekking van medicatie en hulpmiddelen

- Controle op geschiktheid toedieningsvorm en doseringsmomenten van de medicatie; gebruik van inhalatie instructie bij voorkeur de InCheckDail;
- Laat de geneesmiddelkeuzes bij de behandeling van COPD afhangen van de individuele respons en kenmerken (zoals mate van ziektelast en comorbiditeit)
- Controle of inhalator geschikt is voor de patiënt en of voorzetkamer bij de inhalator past;
- Indien niet toepasbaar voor patiënt > aanpassing door apotheek en apotheek meldt dit terug aan voorschrijver;

- Controle op therapietrouw: neem medicatie zo mogelijk op in herhaalservice indien bij herhaling therapieontrouw advies medicatie te verpakken in weekdoseersysteem; alleen bij orale medicatie);
- Vullen van een weekdoseersysteem met voorgeschreven dosering van orale medicatie per patiënt, per dag en per moment verpakt voor gebruik in de thuissituatie en in verzorgingstehuizen, of geautomatiseerde verstrekking van weekdoseersysteem per patiënt per inname moment;
- Verstrekken inhalatoren, voorzetkamers (jaarlijks te vervangen) en geneesmiddelen voor toediening via vernevelaars;
- Jaarlijks vervangen voorzetkamer bij chronisch gebruik;
- Thuisbezorgen indien nodig.

5.3. Beheer medicatiedossier

- De bevindingen van de Begeleiding Nieuw Geneesmiddel (BNG) en prestatie inhalatie-instructie worden per patiënt vastgelegd in het zorgdossier (conform KNMP richtlijn patiëntendossier);
- Daarnaast wordt het inhalatieprotocol per patiënt gearchiveerd om bij herhaling het verloop te kunnen volgen;
- Naast de Begeleiding Nieuw Geneesmiddel (BNG) zijn ook prestatie indicatoren vastgesteld, registreer en boek zo nodig en zo mogelijk de prestatie.

5.4. Medicatiebegeleiding

- Gestructureerde Begeleiding Nieuw Geneesmiddel (BNG) (conform KNMP richtlijn Farmaceutisch Consult), met tevens uitleg over het COPD-zorgaanbod van de apotheek;
- Inhalatie-instructie volgens protocol; Bespreken farmacotherapeutisch werking, verwachting patiënt t.a.v. medicatie, gebruiksduur en plaats in de behandeling (escape, chronisch); Ga per patiënt na of de klachten gecontroleerd kunnen worden met kortwerkende (zo nodig gebruik of onderhoud) en/of met langwerkende bronchusverwijders (als onderhoud). Geef bijeen onderhoudsbehandeling de voorkeur aan een langwerkende bronchusverwijder vanwege het gebruiksgemak
- Licht de COPD patiënt voor over de verschijnselen van een longaanval, hoe deze tijdig herkend kunnen worden, welke medicatie hierbij gebruikt kan worden en wanneer contact met de arts opgenomen dient te worden
- Adviseer COPD-patiënten dagelijks voldoende calcium en vitamine D in te nemen en voldoende te bewegen, omdat ze een verhoogd risico hebben op osteoporose en wervelfracturen
- Aanbieden van herhaal instructie bij tweede uitgifte met controle van de inhalatietechniek. Daarbij navragen of medicatie effectief is, hoe de nieuwe medicatie bevalt en of er bijwerkingen optreden;
- Gestructureerde vervolguittigften bij voorkeur in HerhaalService;
- Schriftelijke voorlichtingsmaterialen afgestemd op de vragen van de patiënt en op het type patiënt (bijvoorbeeld laaggeletterdheid) en zelfmanagement;
- Jaarlijkse evaluatie: inhalatiecheck en medicatie.

5.5. Begeleiding van de patiënt bij zijn medicatiegebruik

- Bevorderen therapietrouw;
- Periodieke evaluatie inhalatietechniek, zeker na longaanval; Ook fysiotherapeut kan aandacht geven aan goede inhalatietechniek.
- Begeleiding of doorverwijzing bij mogelijke problemen, zoals slechte inhalatietechniek
- Bevorder het zelfmanagement van patiënten met COPD door begeleiding en adviezen op maat te geven, zoals gerichte informatievoorziening en ondersteuning rondom het stoppen met roken, het beweeggedrag en het juiste gebruik van medicatie
- Huisbezoek bij Begeleiding Nieuw Geneesmiddelinhalatiemedicatie bij bezorgrecepten;
- Registratie bevindingen in Zorgdossier per patiënt;
- Vergroot de actieve betrokkenheid van de patiënt bij zijn/haar behandeling door het gebruik van een individueel zorgplan en digitale informatiebronnen te stimuleren, deze gezamenlijk in te vullen en de toegang hiertoe te vergemakkelijken: MijnGezondheid.Net (MGn), MedGemak, Keteninformatie, Kijksluiter, inhalatorgebruik.nl etc. Maar ook te verenigen bij patiëntenverenigingen zoals Longfonds en lokaal LongPunt

- Synchroniseren medicatie; zo mogelijk opname in HerhaalService
- Belang van medicatiebewaking op zelfzorg medicatie (NSAID's!);
- Begeleiding specifieke groepen/vragen, bijvoorbeeld: adviseer actief het Stoppen met Roken-beleid en leg bevinding en rookstatus vast in KIS
- Ramadanadvies op geleide van vragen van de patiënt of speciale Ramadan projecten;
- Reisadvies.

In samenspraak/overleg met arts:

Extra medicijngesprek na eventueel ontslag uit ziekenhuis (indien gewenst thuis bij patiënt);
Jaarlijkse evaluatie van de medicatie met polyfarmaciepatiënten: Beoordeel of de comorbiditeiten van de COPD patiënt adequaat worden behandeld. Veel voorkomende comorbiditeiten zijn: hartfalen, atriumfibrilleren, hoge bloeddruk, depressie, angst, spierdysfunctie, diabetes, osteoporose en longkanker.

5.6. Periodieke evaluatie op farmacotherapie volgens de NHG standaard en met gebruik van ondersteunende programma COPD van SFK

- (Over)gebruik kortwerkende bronchusverwijders;
- Controleer en evalueer (periodiek) bij gebruik van ICS de indicatie en het effect (op longaanvallen): overweeg op den duur een proefstop van de ICS bij patiënten met stabiel COPD of bij patiënten waarbij de longaanvallen niet afnemen.
- Langwerkende bronchusverwijders;
- Wees alert dat COPD patiënten geen langdurige monotherapie met een ICS krijgen, omdat het minder effectief is dan de combinatie van ICS met een langwerkende bronchusverwijder
- Stootkuur orale corticosteroiden in het afgelopen jaar (osteoporose medicatie indien nodig); koppelen aan advies zo mogelijk toevoegen inhalatiecorticosteroid
- Twee of meer antibioticakuren/predniso(lo)n stootkuren koppelen aan advies toevoegen inhalatiecorticosteroid of ophogen dosering
- Controleer bij patiënten die langdurig hoge doseringen orale corticosteroiden (gaan) gebruiken of er een indicatie is voor osteoporoseprofylaxe met bisfosfonaten of voor een botdichtheidsmeting
- Therapieontrouw o.a. tiotropium en xanthines;
- Aandeel gebruikers van inhalatiemedicatie boven 75 jaar met een aerosol;
- Aandeel gebruikers van inhalatiecorticosteroiden zonder orofaryngeaal gebruik van antimycotica;
- Aandeel gebruikers van aerosolen met/ zonder voorzetskamer.
- Jaarlijks vervanging voorzetskamer

5.7. Voorlichting en educatie in samenwerking met de arts/POH

- Ziekte, levenswijze, dieet, farmacotherapeutisch behandelplan, periodieke controle;
- Medicatie: inhalatiemedicatie, orale medicatie en comedatie;
- Overleg vóór het starten van een onderhoudsbehandeling met antibiotica met de voorschrijver over het doel en het evaluatiemoment van de behandeling en leg dit vast. Onderhoudsbehandeling met antibiotica bij COPD is off-label
- Raad behandeling met theofylline - gezien de toxiciteit en het relatief lage effect- niet aan, tenzij therapie met andere bronchusverwijders niet mogelijk of onvoldoende effectief is
- Het geven van reisadvies (bewaring van geneesmiddelen op reis, aanpassing van het doseerschema wanneer meerdere tijdzones gepasseerd worden, leveren van reisdocument.

5.8. Patiënten ervaringen

Patiënten enquête met daarbij het in beeld brengen van de kwaliteit van de voorlichting en de klanttevredenheid.

5.9. Facilitair

Het organiseren van machtigingen en andere regelgeving rondom verstrekkingen.

5.10. Verwijscriteria en –informatie en terugrapportage patiënten met COPD

Verwijscriteria:

- Behandeling met medicatie;
- Wijzigingen in medicatie;
- Problemen met de inhalatie;
- Inhalatie-instructie;
- Het leveren van voedingssupplementen of dieetvoeding die door de diëtist, huisarts of POH zijn voorgeschreven. Dit is relevant vanwege de mogelijke invloed van vitamines op medicatie (bijv. vitamine K op antistolling).

Verwijsinformatie:

De volgende verwijsgegevens zijn noodzakelijk:

- Diagnose;
- Co-morbiditeit;
- Longfunctie;
- Farmacotherapeutisch Behandelplan;
- Lab-waarden.

Terugrapportage:

De apotheek rapporteert in de volgende gevallen terug aan de arts/POH:

- Problemen met medicatie;
- Problemen met inhalatie;
- Periodiek overleg met de arts over de farmacotherapie evaluaties.

Medicatie: Begeleiding Nieuw Geneesmiddel (BNG) volgens protocol:

Conform Nederlandse Apotheeknorm (NAN) informatie over:

- gebruik, werking, belangrijkste bijwerking(en), bijzonderheden, wat te doen bij vergeten dosering;
- het verschil in werking tussen de spierontspanner en de ontstekingsremmer uitleg met behulp van het model van de longen.

Bij eventueel aanwezige astmatische klachten:

- Controleren of de patiënt noodmedicatie in huis heeft, naast zijn langwerkende B2-mimeticum.

Inhalatietechniek instrueren volgens protocol:

Controleren of de arts/POH de inhalatie-instructie heeft gegeven.

- a. zo nee: instructie volgens protocollen uit de computer: per apparaatje is er een protocol met instructie, gebruik, reinigingsvoorschrift, hoe te inhaleren, mond spoelen na gebruik. Controleren of de patiënt een inhalatiekamer nodig heeft. Informatie verstrekken over werking, reiniging, aantal pufs per keer, vervanging. Eerst doet de apotheekmedewerker het voor, daarna vragen we de patiënt het voor te doen en bespreken we de aandachtspuntjes
- b. zo ja: dan de patiënt vragen het inhaleren voor te doen, en checken hoe het gedaan wordt. Als de patiënt moeite heeft met het apparaatje, of er te weinig inademingkracht voor heeft, wordt aan de arts een andere doseervorm voorgesteld. Bij gebruik van twee verschillende inhalatiemedicijnen wordt gebruik van hetzelfde type apparaatje geadviseerd.

Zowel bij a als b wordt herhaal instructie bij de Tweede Uitgifte aangeboden.

Vervolg verstrekkingen medicatie en hulpmiddelen:

- Controle op geschiktheid, toedieningsvorm en doseermomenten van de medicatie zoals gebruik van B2sympathicomimetica en therapietrouw inhalatie-corticosteroïden;
- Controle geschiktheid van de inhalator voor de patiënt en controle op de inhalatietechniek;
- Indien nodig aanbieden van medicatie per tijdstip, per dag, op maat;
- Indien nodig verstrekken van nieuwe inhalatoren, voorzetkamers, vernevelaars en regelen van de benodigde machtiging bij de zorgverzekeraar.

7. Werkprotocol diëtist

7.1. Doelgroep

De patiënt wordt naar de diëtist verwezen na het stellen van de diagnose COPD in combinatie met tenminste één van de volgende gegevens:

- BMI \leq 21 kg/m²;
- Ongewenst gewichtsverlies van >5% binnen een maand of >10% binnen 6 maanden ongeacht het aanvangsgewicht;
- (Vermoeden van) een verlaagde vetvrije massa (VVMi) \leq 16 kg/m² bij mannen en 15 kg/m² bij vrouwen;
- Voor het vaststellen van (veranderingen in) de VVMi;
- BMI > 30, bij lichte of verhoogde ziektelast

7.2. Eisen aan de diëtist voor goede COPD-zorg

Kwaliteit Diëtisten

De diëtist is een HBO-opgeleide professional en staat ingeschreven in het kwaliteitsregister Paramedici. Alle diëtisten hebben voldoende kennis en ervaring rondom COPD en hebben bij voorkeur een post-HBO cursus COPD (zoals Voeding en COPD, MINT) gevolgd, of een andere cursus met als einddoelen:

- kennis over dieetrichtlijnen bij COPD;
- basiskennis omtrent de fysiologie bij COPD;
- het beheersen van berekenen van de inname van COPD-specifieke voedingsmiddelen;
- het beheersen van het berekenen / bepalen van de VVMi;
- basiskennis over (het belang van) de multidisciplinaire behandeling bij COPD.

De diëtist levert transparante zorg van hoogwaardige kwaliteit. De zorgstandaard COPD dient hierbij als leidraad. De adviezen zijn toegespitst op gedragsverandering en de bijbehorende fasen.

7.3. Doelen van de behandeling

Doel van diëtetische behandeling

Het voedingspatroon van de patiënt voldoet aan de eisen van het dieetvoorschrift of wijkt daarvan af binnen acceptabele grenzen. Het doel van de behandeling is:

- Handhaven en/of verbeteren van de voedingstoestand;
- Verbeteren en/of behouden van de vetvrije massa;
- Bereiken/behouden van een gezond gewicht;
- Bevordering en ondersteuning van zelfmanagement;
- Bevorderen van therapietrouw.

De patiënt:

- Kent de principes van het dieet bij COPD en begrijpt de relatie van het dieet tot deze aandoening;
- Kent het belang van een goed lichaamsgewicht;
- Kent het belang van verbetering en/of behoud van de spiermassa;
- Kent de samenhang van lichamelijke inspanning en voedingsinterventie;
- Is in staat het dieet in het dagelijks leefpatroon in te passen;
- Heeft voldoende kennis over de energiebalans: verbruik versus inname;
- Heeft inzicht in eigen eetgedrag en kan omgaan met de barrières die hij daarin ondervindt;
- Is gemotiveerd de veranderende voedingsgewoonten op langere termijn voort te zetten;
- Voelt zich verantwoordelijk voor het eigen voedingsgedrag en de eigen levensstijl;
- Is therapietrouw;
- Is in staat om de gevolgen van de ziekte te beheersen, de ziekte in te passen in het leven en daarmee de ervaren kwaliteit van leven te verhogen (zelfmanagement).

In overleg met de patiënt stelt de diëtist een dieetbehandelplan op. Bij het opstellen van het individuele behandelplan kan bekeken worden of de hiervoor genoemde doelen moeten worden gewijzigd en/of aangevuld. Het aantal consulten wordt bepaald aan de hand van welke doelen behaald moeten worden tijdens de begeleiding van de cliënt.

7.4. Werkwijze diëtetische behandeling

Dieetbehandeling bij de diëtist.

De werkafspraken voor de behandeling van mensen met COPD zijn gebaseerd op de Zorgstandaard COPD april 2021, opgesteld door een daartoe ingestelde werkgroep van de Long Alliantie Nederland (LAN). Deze voedingsadviezen zijn gebaseerd op Dieetbehandelingsrichtlijn, Richtlijn 12: Chronische Obstructieve Longaandoeningen februari 2017, 20/10 Uitgevers. De begeleiding richt zich onder meer op het optimaliseren van het gewicht en de vetvrije massa (VVMi) en een optimale calcium- en vitamine D-inname.

De onderwerpen die worden besproken zijn:

- Relatie COPD, (onder)voeding en eventuele medicatie;
- Dieetuitleg en risico en gevolgen van ondervoeding;
- Kenmerken dieetbehandeling en leefregels; bij ondergewicht 170-200% Energie van het ruststofmetabolisme (volgens Harrison-Benedict formule) en 1,5-1,7 gram eiwit/kg huidig lichaamsgewicht. Bij overgewicht verminderde energie intake en een adequate inname van eiwit met behoud van spiermassa.
- Daarnaast streven naar een totale dag inname van 1000-1200 mg Calcium en 10-20 mcg vitamine D;
- Relatie voeding, bewegen en VVMi bij ondervoeding;
- De diëtist stemt haar boodschap af op de fase van gedragsverandering waarin de patiënt/cliënt zich bevindt, helpt bij het opsporen van barrières en coacht bij het structureel veranderen van de leefstijl;
- Bevorderen van het algemeen welbevinden; leren omgaan met de symptomen slijmvorming, droge mond en vermoeidheid;
- Indien nodig het voorschrijven van drinkvoeding (inclusief machtiging)

De diëtist meet en bepaalt periodiek de VVMi en indien nodig extra op indicatie.

Werkwijze doorverwijzen naar diëtist

De huisarts of POH geeft de patiënt een verwijsbrief mee voor de diëtist. Bij de verwijzing worden het GOLD niveau en de mate van ziektelast aangegeven, reden van verwijzing vermeld, eventuele co-morbiditeit vermeld en is een (relevant) medicatie overzicht toegevoegd. Voor deze verwijsbrief zal gebruik gemaakt worden van een centrale maskerbrief.

De huisarts/POH en diëtist registreren beiden het aantal doorverwezen COPD- patiënten zodat de zorggroep jaarlijks kan evalueren hoeveel patiënten zich daadwerkelijk aanmelden.

Zorgduur

In het jaar van het stellen van de diagnose COPD zal de benodigde zorg geleverd worden in het kader van de bovenstaande doelstellingen. In de jaren daarna zal de patiënt worden uitgenodigd voor jaarlijkse evaluatie van het dieet of wanneer er behoefte is aan eerdere evaluatie volgens het individuele zorgplan.

Samenwerken

De diëtist werkt samen met alle disciplines die zich met COPD-zorg bezighouden, zowel in de eerste lijn als in de tweede lijn, zoals huisarts, POH, longarts, longverpleegkundige, fysiotherapeut en apotheker. Dit kan zowel in ad hoc situaties als projectmatig, bijvoorbeeld in de vorm van cursussen omtrent COPD.

7.5. Voorlichting, informatie en educatie

Communicatie

De diëtist is in staat met de cliënt een vertrouwensrelatie op te bouwen en deze relatie gedurende langere tijd te continueren. De diëtist is in staat het belang van een gezonde leefstijl en gezonde voeding aan de cliënt duidelijk te maken. De diëtist helpt de cliënt inzicht te krijgen in de eigen motivatie om zo tot gedragsverandering te komen. De diëtist helpt de cliënt zijn/haar aandoening te leren accepteren en barrières voor een goede compliance op te heffen. De diëtist beschikt over een breed scala aan gesprekstechnieken en motiverende technieken.

7.6. Criteria voor overleg of terugverwijzing

Afstemming diëtist en huisarts/POH

Tussen de verwijzende huisarts/POH en diëtist zal met name bij nieuwe patiënten met COPD-behoefte zijn aan overleg en vervolgens periodiek of op indicatie. Afspraken over de omvang van de te leveren dieetzorg dient in overleg met de betreffende zorggroep te worden bepaald. De POH is binnen de huisartsenpraktijk het eerste aanspreekpunt.

Overleg diëtistengroep en huisartsen

Eén keer per jaar zal een afvaardiging van de Diëtistengroep overleg hebben met de *zorggroep* om de kwaliteit rondom de COPD-zorg en de afspraken hier omheen te evalueren. De diëtisten ontvangen vacatiegeld voor deze vergadering.

Spiegelbijeenkomst

Eén keer per jaar vindt er een spiegelbijeenkomst en mogelijk een nascholingsbijeenkomst plaats onder alle praktijkondersteuners, fysiotherapeuten en apothekers. Diëtisten kunnen daar bij aanwezig zijn.

7.7. Terugrapportages naar de verwijzer

Afstemming zorgplan

De diëtist stuurt de verwijzer een rapportage van de bevindingen bij de intake en bij afsluiting van de begeleiding. Bij tussentijdse problemen neemt de diëtist telefonisch of via versleutelde e-mail (bijvoorbeeld Sleutelnet) contact op met de verwijzer.

8. Werkprotocol logopedist

8.1. Doelgroep

In aanmerking voor logopedische behandeling komen de patiënten met:

- kortademigheid(dyspnoe), verminderde spierkracht van de ademhalingsspieren waardoor de client stem, communicatie en verstaanbaarheidsproblemen heeft/ervaart.
- chronisch hoesten
- problemen met eten en drinken (reflux, vermoeidheid, verminderde hoestkracht)

De vergoeding van de behandeling van de COPD patiënt door de logopedist wordt vanuit de basisverzekering betaald

Opmerkingen:

- In sommige gevallen komt de patiënt via DTL bij de logopedist binnen. In dat geval zal de logopedist (in overleg met de patiënt) contact opnemen met de huisarts om te overleggen over de te volgen behandeling.

8.2. Eisen aan de logopedist voor goede COPD-zorg

De logopedist moet voldoen aan de onderstaande criteria:

- a. minstens 1 jaar werkervaring als logopedist
- b. gespecialiseerd in het behandelen van volwassenen
- c. werken volgens de richtlijn orofaryngeale dysfagie
- d. bij voorkeur Specifieke COPD-scholing gevolgd hebben (NPI-cursus COPD en/of post-hbo cursus Hogeschool Leiden)
- e. Ervaring in het afnemen van:
 - a) Stemonderzoeken:
 - b) Dysfagie onderzoeken
- f. Ervaring met de interpretatie van testresultaten (zie beschreven testen hierboven);
- g. Ervaring met het opstellen van aangepaste voedingsschemas voor dysfagiepatiënten;
- h. Ervaring in het geven van individuele adem-stemadviezen;
- i. Ervaring met het geven van hoesttechnieken in relatie tot stem en spreken
- j. Affiniteit met de patiëntenpopulatie.

8.3. Doelen van de behandeling

Hoofddoel

De logopedist geeft

- voorlichting over ademhaling, stemgebruik en stemtechnieken, hoesten, reflux, (ver)slikken en communicatie in relatie tot COPD

Afhankelijk van de problemen van de cliënt:

- leren omgaan met en optimaliseren van de beschikbare ademcapaciteit in relatie tot stemgebruik en communicatie
- aanleren van optimale stemhygiëne en verschillende stemtechnieken
- verminderen van de dysfagie door sliktechnieken aanleren en waar mogelijk aanpassing van consistenties te bespreken

Subdoelen

- Afnemen anamnese van eet-, kauw- en slikstoornissen;
- In kaart brengen van de ontwikkeling;
- Specifieke klachten en het beloop daarvan op zowel functieniveau (kokhalzen, verslikken, traag eten);
- Activiteitsniveau (te weinig eten, weglaten van moeilijke consistenties) als participatieniveau (gevoed worden door anderen of dineren met anderen).
- Afnemen anamnese van stemklachten: in kaart brengen van de klachten en het beloop daarvan zowel op functieniveau (pijn, hees, enz.) als op activiteitsniveau (te kort aan adem bij spreken) en participatieniveau (minder communicatie met anderen)
- Bespreken van gevolgen van medicatie (slijmvorming, droge mond, stemverandering)
- Verbeteren van de kwaliteit van leven.

8.4. Kenmerken werkwijze logopedische behandeling

- De logopedist interpreteert de gegevens die zijn verstrekt door de huisarts en POH;
- Samen met de patiënt worden de verwijsgegevens besproken, zo nodig herhaald en gecontroleerd;
- Een belangrijk deel van de intake betreft de vaststelling van de persoonlijke motivatie en doelstelling(en), het vertrouwen om te slagen en eventuele barrières die een gedragsverandering in de weg staan;
- Samen met de patiënt analyseert de logopedist belemmerende factoren in het bewegend functioneren van het hoofd- hals gebied;
- Naast de anamnese en inspectie maakt de logopedist gebruik van een aantal meetinstrumenten om de patiënt in kaart te brengen en om de behandeling te evalueren:
- Voice Handicap Index
- GRBAS (stemonderzoek)
- Watersliktest
- de Radboud Oral Motor Inventory for Parkinson's Disease (ROMP), subschaal slikken (Kalf, 2011).

Om de bovengenoemde (sub)doelen te behalen heeft de logopedist een aantal verrichtingen ter beschikking:

- Het optimaliseren van de slikactiviteit, sliktechnieken en waar nodig advisering ten aanzien van consistentie
- Het optimaliseren van de ademhalingstechniek –o.a. het aanleren van pursed lips breathing (PLB-technieken), huftechnieken en houding, soms training inspiratoire ademhalingspijpen;
- Het verbeteren van de mucusklaring – ademhalingstechnieken en stimuleren van stembewegingen en communicatie
- Het realiseren van adequaat gedrag/ zelfmanagement – voorlichting en coaching.

8.5. Voorlichting, informatie en educatie

De logopedist geeft voorlichting/uitleg over de effecten en het belang van bewegen op de volgende punten:

- De spierfunctie (spierkracht, lokaal spieruithoudingsvermogen, verbetering van de zuurstofcapaciteit in de spier, verbetering van de stofwisseling tijdens inspanning op cellulair vlak) in het hoofd- hals gebied;
- De inspanningscapaciteit (op het gebied van spreken, communicatie, verandering van het adempatroon);
- De kwaliteit van leven (reductie van de kortademigheid bij inspanningen (spreken en eten) van het dagelijks leven);
- Daarnaast geeft de logopedist voorlichting/uitleg over het belang van ontspanning en het doseren van inspanningen op het gebied van communicatie eten& drinken.

8.6. Criteria voor overleg of terugverwijzing

Bij het optreden van complicaties wordt overlegd met of terugverwezen naar de verwijzer. De training wordt stopgezet of in ieder geval niet verder geïntensiveerd. Mogelijke complicaties zijn:

- Toegenomen dyspnoe;
- Afname fysieke prestaties
- Koorts;
- Toename hoestactiviteit tijdens eten en drinken

8.7. Terugrapportages naar de verwijzer

Voor wat betreft rapportage zijn de volgende afspraken gemaakt:

- Zodra een patiënt bij een eerstelijnslogopedist in behandeling komt stuurt de logopedist ieder jaar een rapportage. Bij complicaties zal er extra gerapporteerd worden of middels zorgmail/siilo/telefoon contact gezocht worden met de verwijzer;
- In de rapportages worden de persoonlijke doelstellingen met de patiënt geëvalueerd en wordt het nog te volgen traject besproken. Hierbij kunnen bestaande doelstellingen worden bijgesteld c.q. aangepast of nieuwe doelstellingen worden geformuleerd. Daarnaast worden de uitkomsten van onderzoeken vermeld.

8.8. Bronnen:

- Richtlijn COPD van het NVLF;
- Richtlijn Parkinson en logopedie
- Richtlijn Orafaciale dysfagie

9. Werkprotocol fysiotherapeut

9.1. Doelgroep

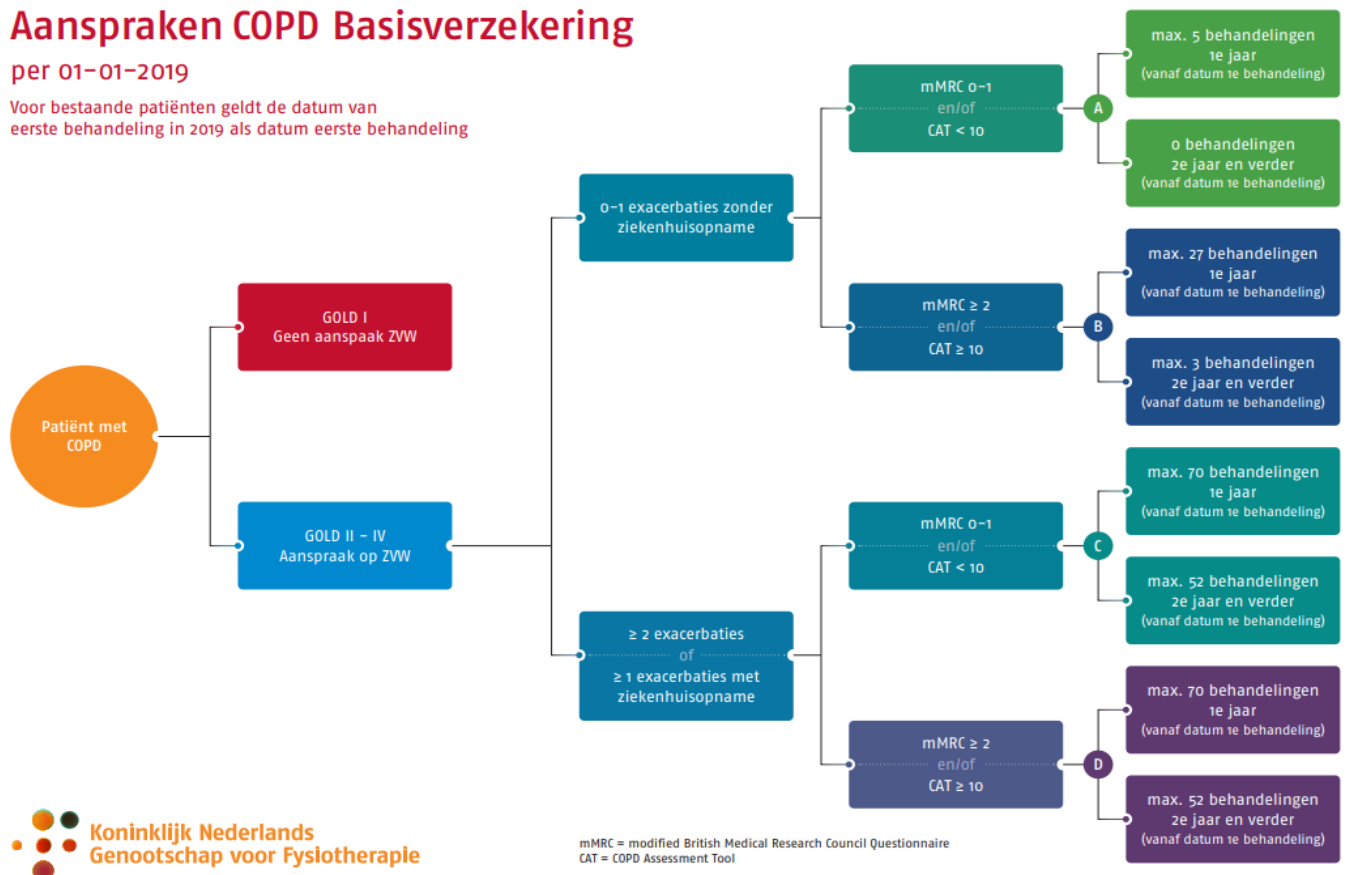
In aanmerking voor fysiotherapeutische behandeling komen de patiënten met:

- MRC ≥ 3 en/of patiënt met bewegingsangst en/of bewegingsarmoede, uitgaande van de standaard Nederlandse norm Gezond Bewegen, verwijst de huisarts naar een beweegprogramma. De POH neemt de MRC-schaal af tijdens de diagnostiek;
- MRC ≤ 2 en bewegingsarmoede wordt eerst een beweegadvies gegeven; bij onvoldoende effect wordt alsnog een beweegprogramma aangeboden (NB. De richtlijn van de KNGF hanteert als verwijscriterium naar fysiotherapie: MRC ≥ 2 met FEV1 50-70%. In de regionale afspraken wordt MRC ≥ 3 als verwijscriterium gehanteerd omdat deze verwijscriteria worden gehanteerd in de CBO-richtlijn, zorgstandaard COPD en de NHG-standaard.);
- Gestoord mucustransport;
- Verminderde kwaliteit van leven: dat wil zeggen patiënten die bij de CCQ-lijst de vragen 7-10 (functionele vragen) gemiddeld een score van 2 of meer invullen.
- De vergoeding van de behandeling van de COPD patiënt door de fysiotherapeut is per 1 januari 2021 aangepast. Het aantal vergoedingen dat betaald wordt vanuit de basisverzekering is gekoppeld aan de ernst van de aandoening.
- Zie in dit schema hoe de vergoedingen zijn opgebouwd.

Aanspraken COPD Basisverzekering

per 01-01-2019

Voor bestaande patiënten geldt de datum van eerste behandeling in 2019 als datum eerste behandeling



Opmerkingen:

- In sommige gevallen komt de patiënt via DTF bij de fysiotherapeut binnen. In dat geval zal de fysiotherapeut (in overleg met de patiënt) contact opnemen met de huisarts om te overleggen over de te volgen behandeling en om de bovengenoemde gegevens te achterhalen;
- Als een patiënt wordt verwezen met een onderzoeksvraag, kan hiervoor het Consult Fysiotherapeutisch Onderzoek (CFO, code 1400) gebruikt worden.

9.2. Eisen aan de fysiotherapeut voor goede COPD-zorg

De fysiotherapeut moet voldoen aan de onderstaande criteria:

- a. CKR-registratie en minstens 1 jaar werkervaring als fysiotherapeut;
- b. Specifieke COPD-scholing gevolgd;
 - Reanimatie-diploma BLS;
 - Ervaring in het afnemen van:
 - Conditietesten:
- c. 6MWT (6 Minuten Wandel Test);
- d. (gemodificeerde) Shuttle walk test;
- e. Fietsergometer test: steep ramptest/Astrandtest;
- f. BMI en/of BIA;
- g. Krachttesten:
 - Manueel;
 - Quadricepskracht;
 - Handknijpkracht;
- h. Ervaring met de interpretatie van testresultaten (zie beschreven testen hierboven);
- i. Bekendheid met de Nederlandse Norm Gezond Bewegen en normen voor fitheid;
- j. Ervaring met het opstellen van trainingsschema's voor COPD-patiënten;
- k. Bekendheid met de principes van bewegingsstimulering en fasen van gedragsverandering (o.a. cursus motivational interviewing);
- l. Ervaring in het geven van individuele beweegadviezen;
- m. Affiniteit met de patiëntenpopulatie.

De praktijkruimte moet voldoen aan de onderstaande criteria:

- De fysiotherapeut moet kunnen beschikken over een oefenzaal met:
 - (Cardio)fitnessapparatuur o.a. fietsergometers, loopbanden en krachttrainingsapparaten;
 - Voldoende ruimte voor warming-up en functionele oefeningen;
 - Borgschaal;
 - Geijkte bloeddrukmeter;
 - Saturatiemeter;
 - AED;
 - Oefenmaterialen (matjes, losse dumbbells etc.).
 - Activiteitenmeter

NB. Via Basalt is er een lijst beschikbaar met namen en contactgegevens van gekwalificeerde COPD-fysiotherapeuten.

9.3. Doelen van de behandeling

Hoofddoel

Het optimaliseren van de gezondheidstoestand van de patiënt waarbij de patiënt een actieve levensstijl ontwikkelt waardoor het dagelijks functioneren en de zelfredzaamheid van de patiënt verbeteren.

Subdoelen en mogelijke verrichtingen

- Verbeteren van de fysieke capaciteit - duur / interval training, en spierkrachttraining
- Verbeteren van de fysieke activiteit – motivational interviewing, leren doseren van inspanningen en leren omgaan met arbeid/rustverhouding
- Het verminderen van bewegingsangst en het verbeteren van het zelfvertrouwen – Ontspanningsoefeningen, inspanningstraining en spierkrachttraining;
- Het optimaliseren van de ademhalingstechniek –o.a. het aanleren van pursed lips breathing (PLB-technieken), huftechnieken en houding, soms training inspiratoire ademhalingspijpen;
- Het verbeteren van de mucuskleding – ademhalingstechnieken en stimuleren van bewegen, eventueel bij inactief leven, training;

- Het realiseren van adequaat gedrag/ zelfmanagement – voorlichting en coaching.
- Verbeteren van kwaliteit van leven.

9.4. Kenmerken werkwijze fysiotherapeutische behandeling

De fysiotherapeut:

- Interpreteert de gegevens die zijn verstrekt door de huisarts en POH;
- Samen met de patiënt worden de verwijsggegevens besproken, zo nodig herhaald en gecontroleerd;
- Een belangrijk deel van de intake betreft de vaststelling van de persoonlijke motivatie en doelstelling(en), het vertrouwen om te slagen en eventuele barrières die een gedragsverandering in de weg staan;
- Samen met de patiënt analyseert de fysiotherapeut belemmerende factoren in het bewegend functioneren;
- Naast de anamnese en inspectie maakt de fysiotherapie gebruik van een aantal meetinstrumenten om de patiënt in kaart te brengen en om de behandeling te evalueren:
 - MWT (6 minuut wandeltest);
 - Eventueel SWT (shuttle walktest);
 - Krachttesten (o.a. Handknijptest, Quadricepskrachttest);
 - MRC (Medical Research Council);
 - CCQ (Clinical COPD Questionnaire) of CAT (COPD assessment test)
 - PSG (Patiënt Specifieke Goal setting methode)
 - De fysiotherapeut maakt na het verzamelen van de bovengenoemde gegevens samen met de patiënt een behandelplan. Er zijn afhankelijk van de uitkomsten van het onderzoek en de anamnese verschillende mogelijkheden.
 - Profiel 1 Geen therapie, adviseer deelname aan reguliere beweeg- en/of sportactiviteiten, overweeg overleg met huisarts over verwijzing voor een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI).
 - Profiel 2 Geen (of zeer beperkt) therapie, adviseer deelname aan reguliere beweeg- en/of sportactiviteiten, overweeg overleg met huisarts over verwijzing voor een GLI.
 - Profiel 3 Eerstelijns therapie primair gericht op het optimaliseren van fysieke activiteit en daarna overgang naar reguliere beweeg- en/of sportactiviteiten of opvolging in de vorm van onderhoudsbehandeling.
 - Profiel 4 Eerstelijns therapie primair gericht op het bevorderen van fysieke capaciteit en daarna overgang naar reguliere beweeg- en/of sportactiviteiten of opvolging in de vorm van onderhoudsbehandeling.
 - Profiel 5 Eerstelijns therapie primair gericht op het bevorderen van fysieke capaciteit, optimaliseren van fysieke activiteit en daarna overgang naar reguliere beweeg- en/of sportactiviteiten of opvolging in de vorm van onderhoudsbehandeling.
 - Profiel 6 Tweede- of derdelijns interdisciplinaire longrevalidatie, gevolgd door onderhoudsbehandeling in de eerstelijnszorg.
 - Bepaal het patiëntenprofiel opnieuw indien er sprake is van een longaanval.

9.5. Voorlichting, informatie en educatie

De fysiotherapeut geeft voorlichting/uitleg over de effecten en het belang van bewegen op de volgende punten:

- De spierfunctie (spierkracht, lokaal spieruithoudingsvermogen, verbetering van de zuurstofcapaciteit in de spier, verbetering van de stofwisseling tijdens inspanning op cellulair vlak);
- De inspanningscapaciteit (toename van de maximale inspanningscapaciteit, toename van het uithoudingsvermogen, reductie van de ventilatie bij een zelfde inspanning, verandering van het adempatroon en afname van dynamische hyperinflatie);
- De kwaliteit van leven (klinische relevante verbetering van de functionele inspanningscapaciteit, reductie van de kortademigheid bij inspanningen van het dagelijks leven);
- De mucusklaring (fysieke activiteit zal naast de bovengenoemde effecten ook de mucusklaring stimuleren. Daarnaast omvat fysiotherapie verscheidene andere methodes om

de mucusklaring te bevorderen. Deze worden de patiënten aangeleerd zodat zij deze zelfstandig kunnen toepassen).

Daarnaast geeft de fysiotherapeut voorlichting/uitleg over het belang van ontspanning en het doseren van inspanningen.

9.6. Criteria voor overleg of terugverwijzing

- Bij het optreden van complicaties wordt overlegd met of terugverwezen naar de verwijzer. De training wordt stopgezet of in ieder geval niet verder geïntensiveerd. Mogelijke complicaties zijn:
 - Angineuze klachten;
 - Collaps;
 - Duizeligheid;
 - Toegenomen dyspnoe;
 - Desaturatie van de patiënt (saturatie < 90% bij een patiënt zonder hypoxemie in rust of < 85 % bij bewegen);
 - Veranderde symptomen, zoals bleek/grauw zien, meer hoesten, perifeer oedeem, sterker afwijkend adempatroon;
 - Afname van fysieke prestaties;
 - Koorts;
 - (Vermoeden van) een verlaagde vetvrije massa (VVMi) $\leq 16 \text{ kg/m}^2$ bij mannen en 15 kg/m^2 bij vrouwen.

9.7. Terugrapportages naar de verwijzer

Voor wat betreft rapportage zijn de volgende afspraken gemaakt:

- Zodra een patiënt bij een eerstelijnsfysiotherapeut in behandeling komt stuurt de fysiotherapeut ter informatie een brief aan (alle) behandeld arts(en), met daarin:
 - Dat de patiënt bij hem/haar in behandeling is gekomen;
 - In het kort het plan en/of doel waarbij de verwachte duur en intensiteit benoemd worden.
- Daarna stuurt de fysiotherapeut na drie maanden een rapportage en in het vervolg ieder half jaar. Bij complicaties zal er extra gerapporteerd worden;
- In de rapportages worden de persoonlijke doelstellingen met de patiënt geëvalueerd en wordt het nog te volgen traject besproken. Hierbij kunnen bestaande doelstellingen worden bijgesteld c.q. aangepast of nieuwe doelstellingen worden geformuleerd. Daarnaast worden de meetinstrumenten (6 MWT, spierkrachtmetingen, CCQ, MRC en PSG) herhaald.

9.8. Bronnen

- Richtlijn COPD van het KNGF;
- COPD protocol van Fysionair;
- Standaard beweeginterventie van het KNGF;

10. Transmurale afspraken

Partijen

- Alrijne Ziekenhuis
- LUMC
- Knooppunt Ketenzorg

maken de volgende Transmurale Afspraken in het kader van COPD:

Verwijscriteria

10.1. Verwijzing van huisarts naar longarts

Voor verwijzing van COPD-patiënten naar de longarts volgt de huisarts de NHG standaard. Daarnaast zijn er aanvullende criteria vanuit de zorgstandaard COPD. Een nadere analyse (een 'trap 2 assessment', zie ook Zorgstandaard pag. 30) wordt geadviseerd onder de volgende omstandigheden:

Bij diagnostische problemen:

- Discrepantie tussen de ernst van de klachten en de objectieve (onder andere spirometrische) bevindingen
- COPD op jonge leeftijd (arbitrair < 50 jaar)
- Ernstige persisterende fysiologische beperking, FEV1 < 50%, pred. of < 1,5 liter absoluut
- Verdenking op andere/bijkomende oorzaak van klachten
- Nooit gerookt en geen onderbehandeld astma
- Ongewenst gewichtsverlies (5% in één maand of 10% in een half jaar) of BMI < 21, zonder andere verklaring
- Verdenking hypoxemie, bijvoorbeeld perifere zuurstofsaturatie ≤ 92%, desaturatie bij inspanning > 3% of ≤ 90% absoluut

Bij niet of onvoldoende bereiken van de behandeldoelen:

- FEV1 < 50% van de voorspelde waarde of 1,5 liter, ondanks optimale behandeling
- Persisterend forse klachten en problemen kwaliteit van leven gerelateerd aan COPD (bijvoorbeeld CCQ ≥ 2, MRC ≥ 3)
- Snel progressief beloop, ook bij stabiele FEV1
- Progressief longfunctieverlies (bijvoorbeeld FEV1 > 150 ml/jaar) over meerdere jaren
- Twee of meer longaanvallen per jaar ondanks behandeling met inhalatiecorticosteroiden
- Een mogelijke indicatie voor zuurstofbehandeling
- Matige tot ernstige adaptatieproblemen
- Een mogelijke indicatie voor longrevalidatie (GOLD 3 en 4, bij GOLD 2 met MRC ≥ 2)

Meekijkconsult: schriftelijke vraag om expertise of tel consultatie, waarbij de huisarts de volgende informatie meestuurt en een diagnostische vraag formuleert:

- Intake astma en/ of COPD anamneselijst (zie bijlage intake vragenlijst Astma en / of COPD);
- Uitslag spirometrie;
- Uitslag labonderzoek: allergietest;
- CCQ/ MRC of beiden;

Eenmalig diagnostisch consult: de huisarts levert de gegevens van de anamnese en de uitslag van de intake vragenlijst Astma/ COPD aan (bijlage)

Regie afspraak (aankruisen wat gewenst) bij verwijzing:

- A/ Patiënt wordt verwezen voor diagnostiek, eenmalig consult en beleidsadvies.
- B/ Patiënt wordt verwezen voor diagnostiek en instellen beleid, waarna terugverwijzing.
- C/ Patiënt wordt verwezen voor overname behandeling m.b.t. het medisch beleid; bij longaanvallen opvang door de huisarts.
- D/ Patiënt wordt verwezen voor overname behandeling zowel m.b.t. het medisch beleid als de bereikbaarheid en opvang bij longaanval.

Bij wens van de patiënt:

Ook de patiënt zelf kan het belangrijk vinden dat er een nadere analyse wordt verricht.

Bij diagnostische problemen bij COPD-patiënten met een matige ziektelast (GOLD 2) kan de huisarts de longarts consulteren. Blijft er ondanks de consultatie onduidelijkheid dan kan de huisarts verwijzen naar de longarts voor het eenmalig in kaart brengen van de patiënt door middel van een uitgebreider assessment. *In deze situatie blijft de huisarts behandelaar. Naar verwachting is dit slechts bij een kleine groep nodig.*

10.2. Verwijzing van longarts naar huisarts

Welke patiënten kunnen van de specialist terug naar de huisartsenpraktijk?

- Lichte ziektelast: terugverwijzen naar huisarts binnen 3 maanden;
- Matige ziektelast: stabiel en de behandeldoelen zijn inmiddels behaald. Terugverwijzen na follow-up 3-12 maanden naar de huisarts;
- Ernstige ziektelast: in het terminale stadium kan terugverwijzing naar de huisarts overwogen worden of eventueel gedeelde zorg.

Gedeelde zorg:

- Instabiel en de behandeldoelen zijn niet gehaald. Behandeling in de tweede lijn of gedeelde zorg;
- Terminale stadium.

Blijvend bij de longarts:

- Blijvend instabiel en/of behandeldoelen niet gehaald
- Ernstige co-morbiditeit
- Ernstige ziektelast (longarts en/of revalidatiecentrum)

De LTA (Landelijke Transmurale Afspraak) COPD wordt in principe gevolgd:

Patiënten die voor een trap 2 assessment verwezen waren, worden terugverwezen als de diagnose COPD gesteld wordt en er geen ernstige klachten bestaan (lichte of eventueel matige ziektelast). Als er een andere oorzaak van de klachten gevonden wordt, laat de longarts dit binnen korte tijd weten en draagt hij zorg voor de follow-up waarover binnen 3 maanden bericht wordt.

Bij patiënten die verwezen zijn wegens een matige ziektelast draagt de longarts zorg voor de behandeling en follow-up in de periode aansluitend op de verwijzing. De longarts zal vervolgens, afhankelijk van de specifieke omstandigheden van de patiënt, een observatieperiode van drie tot twaalf maanden nodig hebben om vast te stellen of de behandeldoelen, gerelateerd aan de mogelijkheden van de patiënt, bereikt zijn. Als dit het geval is wordt de patiënt terugverwezen naar de huisarts.

Blijft de patiënt instabiel of worden de behandeldoelen niet gehaald dan zal de patiënt bij de longarts in behandeling blijven of kan er sprake zijn van gedeelde zorg. In dat laatste geval is jaarlijks overleg met de zorgcoördinator noodzakelijk.

10.3. Verwijzing van/naar revalidatiecentrum

Alleen de longarts verwijst een patiënt door naar het revalidatiecentrum. De huisarts verwijst niet rechtstreeks naar het revalidatiecentrum maar moet de patiënt tijdig naar de longarts doorverwijzen.

Het revalidatiecentrum verwijst de patiënt terug naar de longarts, deze is namelijk de verwijzer. Contact met de longverpleegkundige kan worden gelegd als wordt ingeschat dat de patiënt na de revalidatieperiode nog begeleiding nodig heeft op andere gebieden dan beweging of diëtetiek, zoals zelfmanagement en omgaan met zijn aandoening.

10.4. Procesafspraken

Terugverwijzing

In zijn algemeenheid geldt dat bij terugverwijzing naar de huisarts, de longarts aan de patiënt een brief meegeeft en het advies om over 6 weken een afspraak te maken bij de huisarts.

Samenwerking bij longaanvallen

- De patiënt en diens omgeving moeten weten wat te doen bij een longaanval, bij voorkeur middels een geschreven actieplan (eventueel als onderdeel van een individueel zorgplan) met onder andere informatie over bereikbaarheid van de hoofdbehandelaar binnen en buiten kantooruren.
- Er dient continue zorg gegarandeerd te zijn door de hoofdbehandelaar.
- Patiënten die onder behandeling van de longarts zijn, maar zich melden bij de huisarts met COPD gerelateerde klachten, beoordeelt de huisarts volgens de standaard. Indien nodig overlegt de huisarts met de behandelend (of zo nodig dienstdoend) longarts.
- Patiënten die onder behandeling van de huisarts zijn, maar zich desondanks (via SEH) melden bij de longarts, beoordeelt de longarts en verwijst hij bij stabiele situatie terug naar de huisarts.

Bij terminale patiënten is de communicatie tussen de zorgverleners essentieel. De boodschap vanuit het ziekenhuis dat een patiënt terminaal is, moet heel duidelijk zijn. In het geval van een terminale patiënt, belt de longarts de huisarts om de situatie samen te bespreken. In de ontslagbrief voor de huisarts geeft de longarts ook aan dat de patiënt niet meer opgenomen zou moeten worden en vermeldt 'potentiële verpleeghuispatiënt of 'thuiszorg regelen'. Dit is verhelderend voor de huisarts. Ook moet duidelijk zijn wat de longarts hierover met de patiënt heeft besproken. Zie eventueel ook de landelijke richtlijn Palliatieve zorg COPD.

10.5. Medicatieafspraken

Bij meer dan 2 longaanvallen per jaar overweegt de huisarts inhalatiecorticosteroïden (ICS) voor te schrijven. Bij een afname van het aantal longaanvallen wordt de behandeling voortgezet. Het is mogelijk dat COPD-patiënten ten onrechte inhalatiecorticosteroïden krijgen. Er kan overwogen worden om bijvoorbeeld bij patiënten met stabiel matig ernstig COPD ($FEV_1 > 50\%$ van de voorspelde waarde) die ICS gebruiken, ICS te staken en het verdere beleid te laten hangen van het al of niet optreden van een longaanval of een geleidelijke toename van de luchtwegklachten in de aansluitende 2 maanden. Op deze manier kan overbehandeling voorkomen worden.

10.6. Informatieoverdracht

Het revalidatiecentrum vermeldt in de brief van de terugverwijzing naar de longarts (kopie aan huisarts) dat verwacht wordt dat huisarts weer de verantwoordelijke in de eerste lijn is en vermeldt of er is verwezen naar fysiotherapeut en/of diëtist en/of longverpleegkundige. Van de huisartsenpraktijk wordt verwacht om in contacten met de patiënt aandacht te besteden aan therapietrouw in bewegen.

Bij verwijzing naar fysiotherapeut en/of diëtist zal de patiënt in het revalidatiecentrum geadviseerd worden 'Kies de zorgverlener eventueel in overleg met de huisarts of POH'. Als de patiënt dan teruggaat naar de huisarts kan hij/zij door een zorgverlener in de buurt behandeld worden. De patiënt wordt vrijgelaten in de keuze aan de hand van de lijst therapeuten die het revalidatiecentrum meegeeft. Het ligt voor de hand dat de keuze valt op een therapeut die in de buurt zit.

De longarts stuurt de huisarts een tussenbericht als de longarts een patiënt langer dan drie maanden in behandeling houdt. Hierin neemt de longarts onder andere informatie op over gedeelde zorg.

Regie afspraak (aankruisen wat gewenst):

- A/ Patiënt blijft onder behandeling m.b.t. het medisch beleid; bij longaanvallen opvang door de huisarts.
- B/ Patiënt blijft onder behandeling zowel m.b.t. het medisch beleid als de bereikbaarheid en opvang bij longaanval.
- C/Patiënt wordt terugverwezen voor verdere behandeling in de eerste lijn.

11. Checklist implementatie

Het regionale ketenzorgprogramma kan 'één op één' overgenomen worden door een lokaal samenwerkingsverband. Wel vraagt het nog aanvulling op basis van lokale afspraken. Je volgt hiervoor de aanwijzingen in dit ketenzorgprogramma (aangegeven in de kaders). Verder verwijzen wij je naar de implementatiehandleiding van het Knooppunt Ketenzorg.

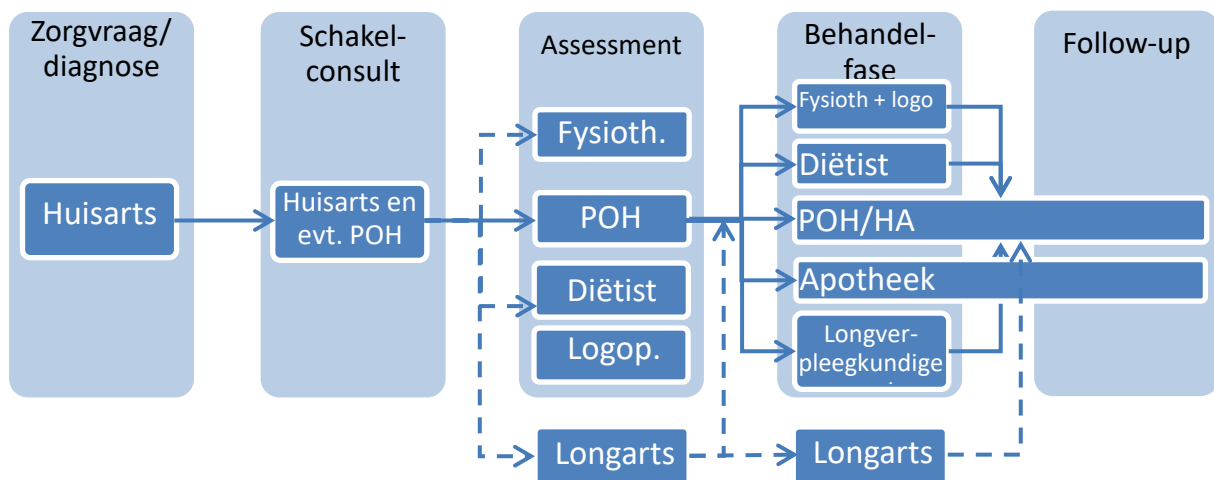
12. Zorgroutes

De eerste paragraaf illustreert de zorgroute van patiënten en daarmee de plaats van iedere zorgverlener in het zorgproces. De volgende paragraaf beschrijft de taakverdeling in de verschillende fases van de zorg.

De multidisciplinaire samenwerkingsafspraken met verwijscriteria staan in paragraaf 2.3 (voor de monodisciplinaire werkprotocollen van iedere discipline wordt verwezen naar bijlage 1 - 4).

12.1. Stroomschema van het zorgproces

In onderstaand schema is het multidisciplinaire zorgproces weergegeven voor patiënten met COPD.



12.2. Fases in de COPD-zorg

Onderstaand volgt een overzicht van de processtappen en de bijbehorende taakverdeling in de verschillende fases van de zorg. Voor een verdere uitwerking van de taken, zie paragraaf 2.3 (verwijscriteria en voorlichting, informatie en educatie) en de (monodisciplinaire) werkprotocollen in de bijlagen.

Het ketenzorgprogramma geeft richtlijnen voor het handelen van de zorgverleners. De rol van de huisarts staat hierin centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt (en/of mantelzorgers) het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in het ketenzorgprogramma aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De zorgverleners stellen waar mogelijk in samenspraak met de patiënt (en/of mantelzorgers) het beleid vast in het individueel zorgplan, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden, mogelijkheden en wensen en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid. Adequate voorlichting is hierbij een voorwaarde.

a. Case-finding en preventie

In de huisartsenpraktijk is aandacht voor patiënten met een relevante rookhistorie die boven de 40 jaar zijn en die chronisch hoesten, inhalatiemedicatie gebruiken of meer dan twee infecties per jaar van de lagere luchtwegen hebben. Er is een actief stoppen met roken beleid ook al blijkt er geen sprake van COPD te zijn.

Taakverdeling

	Patiënt	Huisarts	POH	Assistent huisarts	Specialist	Toelichting
Vraag naar risico op COPD	X					
Aanbieden Preventie Consult				X		COPD risicotest
Mogelijk verhoogd risico op COPD meedelen		X				
Risicoschatting met spirometrie			X			
Vaststellen diagnose COPD		X				Bij aangetoonde obstructie schakelconsult
Schakelconsult met huisarts		X	X			
Controles COPD		X	X			

b. Diagnostiek

De huisarts is verantwoordelijk voor de diagnose. Hierbij zijn de volgende punten essentieel:

Anamnese (rookhistorie, hoesten, slijm, dyspnoe, piepen en familieanamnese). Voor een lijst die daarbij een behulpzaam kan zijn, klikt u [hier](#);

Lichamelijk onderzoek: BMI, auscultatie hart/longen;

Spirometrie, hierbij wordt gebruik gemaakt van de Z-score om te bepalen of er obstructie is.

Tevens zijn de nieuwe referentie GLI-waarden van toepassing;

Op indicatie lab (BSE, Hb, leuco's en evt. pro-BNP);

Op indicatie ECG en/of X-thorax.

Spirometrie: Het aantonen van obstructie is obligaat om de diagnose COPD te stellen. Er zijn twee spirometrien nodig voor de diagnose COPD gesteld kan worden. Neem 6 weken tussen beide metingen.

Taakverdeling

	Patiënt	Huisarts	POH	Assistent huisarts	Specialist	Toelichting
Vraag naar risico op COPD	X					
Aanbieden Preventie Consult				X		COPD risicotest evt. via de site van het longfonds
Afspraak maken voor risicoschatting				X		
Inventarisatie met spirometrie			X			
Vaststellen diagnose COPD		X	X			Bij aangetoonde obstructie schakelconsult huisarts

c. Schakelconsult

In deze fase wordt de diagnose aan de patiënt medegedeeld en moet duidelijk gemaakt worden wat hij kan verwachten van de verdere analyse, de behandeling en het individueel zorgplan. Met

name de rol van de POH moet duidelijk gemaakt worden. Deze speelt een belangrijke rol bij het verdere assessment.

Taakverdeling

	Patiënt	Huisarts	POH	Assistent huisarts	Specialist	Toelichting
Schakelconsult met huisarts		X	(X)			
Controles COPD			X			

d. Assessment

Het assessment in de huisartsenpraktijk bestaat uit:

Anamnese met rookgedrag, omgaan met dyspnoe, fysieke en sociale beperkingen, werkverzuim, gewichtsverlies, longaanval en fysieke activiteit;

Voor de CCQ lijst klikt u [hier](#);

Dyspnoescore: voor de MRC schaal klikt u [hier](#);

Voedingstoestand: BMI en gewichtsverlies; **PROBLEMEN BIJ SLIKKEN**

Longfunctiebeperking en het verloop hiervan.

De fysiotherapeut en diëtist spelen in deze fase ook een rol. De diëtist neemt een voedingsanamnese af en meet de VVMI (vet vrije massa index). De fysiotherapeut maakt een goede inventarisatie van het beweegpatroon en doet de 6 minuten wandeltest (6MWT (zie bijlage 6.4 wat de fysiotherapeut doet bij een intake). Hier kan het Consult Fysiotherapeutisch Onderzoek (CFO) voor gebruikt worden. Hiervoor verwijst de huisarts de patiënt met een onderzoeksvraag naar de fysiotherapeut.

De logopedist inventariseert stemproblemen in relatie tot ademhaling & vermoeidheid, tevens inventariseert de logopedist de slikproblemen. De Voice Handicap index kan afgenomen worden evenals het deel slikproblemen van de ROMP

Taakverdeling

	Patiënt	Huisarts	POH	Apotheek	Diëtist	Fysio-therapeut	Logopedist	Toelichting
Opstellen individueel zorgplan	X		X					
Voorlichting (zie stap e)		X	X	X	X	X	X	
Leefstijladviezen			X		X	X	X	
Dieetbegeleiding			X		X		X consistenties & compensatie- technieken	
Communicatie en stem- advies							X	
Beweegadvies			X			X		
Farmacotherapie			X	X				

e. Bepaling van de ziektelast

Recentelijk is de ziektelastmeter geïmplementeerd om zicht te krijgen in hoeverre de klachten de patiënt belemmerd. Wat is de [Ziektelastmeter](#) COPD?

De gegevens die gegenereerd worden uit de ziektelastmeter zijn een goede basis voor het gesprek met de patiënt.

COPD is meer dan een beschadiging van de longen. De ziekte laat zich op veel gebieden in het functioneren van een patiënt voelen. Alleen een maat voor de ernst van de schade aan de longen schiet daarom te kort om de situatie van een patiënt met COPD weer te geven. Daarom is in 2009 het begrip ziektelast geïntroduceerd. Ziektelast wordt het beste omschreven als de ervaren situatie van de patiënt betreffende zowel het fysieke, als het emotionele, psychologische en sociale aspect. Deze ervaren toestand beïnvloedt de mogelijkheden van de patiënt om met de gevolgen van de ziekte en behandeling om te gaan. Door in te zetten op het begrip ziektelast wordt er dus naar de gehele situatie gekeken van de patiënt. Ook worden op deze manier patiënten meer betrokken bij de behandeling waardoor zowel de patiënt als de behandelaar meer grip en inzicht krijgt op de behandeling en het ziekteproces krijgt. Tegelijkertijd is het lastig om al deze domeinen tegelijk te meten. Daarom is de Ziektelastmeter COPD ontwikkeld. De Ziektelastmeter COPD geeft de behandelaar en de patiënt inzicht in de ervaren ziektelast van de patiënt. Het is een gebruiksvriendelijk meetinstrument waarmee ziektelast op een eenvoudige, gebruiksvriendelijke en praktische manier kan worden aangegeven. Gebruik van de Ziektelastmeter leidt tot een bewezen verbetering van de kwaliteit van leven en de ervaren kwaliteit van zorg van patiënten met COPD [ref slok].

Om de ziektelast van de patiënt inzichtelijk te krijgen, vult de patiënt thuis een [vragenlijst](#) in. Daaruit volgt een lijst met scores die door een computerprogramma (KIS) worden weergegeven in een overzichtelijke grafiek met 11 ballonnen. 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 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. Zeker in het begin van de behandeling kunnen er veel oranje of rode ballonnen zijn. Het helpt dan om samen met de patiënt de 2 of 3 belangrijkste ballonnen er uit te pikken en daar als eerste aan te werken.



De resultaten van de onderdelen worden samengebracht in een individueel zorgplan waarin ze worden geformuleerd als persoonlijke doelen en behandeling.

Bij een verhoogde ziektelast kan verwijzing naar tweede lijn geïndiceerd zijn. Dit zijn de patiënten met diagnostische problemen of bij wie de behandeldoelen niet worden gehaald. Voor deze patiënt kan een behandelplan worden opgesteld en de behandel fase gestart maar als er blijvend sprake is van een matige ziektelast is verwijzing naar de longarts voor een uitgebreid assessment aangewezen. De patiënt wordt door de longarts onderzocht en daarna kan een deel van de patiënten terug naar de eerste lijn. Een deel van de patiënten houdt een indicatie voor behandeling in de tweede lijn. Soms is gedeelde zorg wenselijk.

Bij verhoogde ziektelast waarbij de klachten niet goed onder controle te krijgen zijn kan de longarts besluiten een multidisciplinaire revalidatie in te zetten.

f. Behandelfase

Deze fase is erop gericht de patiënt in een stabiele en zo goed mogelijke situatie te brengen. Deze streefdoelen kunnen hierbij als uitgangspunt dienen:

- Minder klachten;
- Beter inspanningsvermogen;
- Normale achteruitgang van de longfunctie (FEV1);
- Longaanval voorkomen;
- Invaliditeit en arbeidsongeschiktheid uitstellen of voorkomen;
- Betere ziekte gerelateerde kwaliteit van leven;
- Voorkomen van ondervoeding

In deze fase, die ongeveer twaalf maanden duurt, leert de patiënt om goed met zijn ziekte om te gaan. Afhankelijk van het zorgplan van de patiënt, betekent dat: goede kennis van zijn ziekte en ziekteverschijnselen, gezonde leefstijl (stoppen met roken, gezonde voeding en voldoende bewegen), aanpassen aan het inspanningsniveau en een juiste inhalatietechniek. Dit gaat in kleine stappen en per consult wordt de inhoud bepaald aan de hand van de prioriteit vastgesteld door patiënt.

Belangrijk in deze fase maar ook in de hieronder genoemde follow-up zijn duidelijke werkafspraken wanneer de POH de huisarts consulteert. Zie hiervoor het regionale protocol van de POH en huisarts.

g. Follow-up

Deze fase volgt op de intensieve behandelingsfase zoals hierboven beschreven. In de huisartsenpraktijk vindt dit plaats op een categoriaal spreekuur. De apotheek blijft een rol spelen in de medicatieverstrekking en waar nodig blijven fysiotherapeut, logopedist en diëtist betrokken bij de behandeling. Welke onderwerpen wanneer aangekaart worden is afhankelijk van de klachten en behoefte van de patiënt. Hieronder staan een aantal mogelijke onderwerpen:

Stoppen met roken;

Kwaliteit van leven (CCQ);

Dyspnoe (MRC);

Leefstijl;

Inhalatie-instructie en controle;

Gericht lichamelijk onderzoek;

Controle van de longfunctie (spirometrie) volgens onderstaand schema. In de follow up fase met eigen medicatie aangewezen (alleen postmeting), tenzij er opnieuw twijfel is aan de diagnose;

Aantal en oorzaak van de longaanval;

Gezond gewicht nastreven;

Ingaan op vragen;

Voor een lijstje dat de patiënt kan helpen bij het formuleren van vragen klikt u [hier](#).

Tabel 3 Monitoring na de diagnostische fase (NHG standaard COPD, april 2021)

Patiënten	Frequentie controleconsult	Frequentie spirometrie
Instelfase COPD	Na verandering medicatie	Herhalen tot goed
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
Verhoogde ziektelast in de 1 ^e lijn	Ten minste 2 maal per jaar	Jaarlijks; bij adequate omgang met de aandoening bij patiënt die gestopt is met roken kan dit eenmaal per 3 jaar
Verhoogde ziektelast in de 2 ^e lijn	In de 2 ^e lijn	In de 2 ^e lijn
Beperkte levensverwachting	Zorg op maat	Niet aanbevolen
Longaanval	Extra na behandeling van de longaanval	Niet extra

* Ziektelast: zie [tabel 1]. Bij afwezigheid van jaarlijkse spirometrie: ga uit van laatst gemeten waarden.

[†] Zonder klachten (bij lichte ziektelast): MRC < 2 en/of CCQ < 1 én zonder longaanval de voorafgaande 12 maanden.

[‡] Met klachten (bij lichte ziektelast): MRC = 2 óf CCQ ≥ 1 en < 2 óf maximaal 1 longaanval de voorafgaande 12 maanden.

Taakverdeling

	Patiënt	Huisarts	POH	Apotheek	Diëtist	Fysio-therapeut	Logo-pedist	Toelichting
Opstellen individueel zorgplan	X		X					
Voorlichting (zie stap e)		X	X	X	X	X	X	Zie paragraaf 2.3.2
Leefstijladviezen			X		X	X	X	Zie paragraaf 2.3.2
Dieetbegeleiding			X		X		X (consistentie)	
Beweegadvies			X			X		
Communicatieve en stem adviezen			X				X	
Farmacotherapie			X	X				

h. Palliatieve fase

In de palliatieve fase moet worden stil gestaan bij de behandelwensen van de patiënt. Men kan hierbij denken aan de wens tot opname of begeleiding in de 2^e lijn. Er kan in samenspraak met de patiënt ook een stappenplan worden gemaakt ten aanzien van toenemende dyspnoe.

De werkwijze is op te delen in de volgende stappen:

Aangeven in welke fase een patiënt zich bevindt. Hiervoor zijn criteria ontwikkeld;

Gesprek aangaan met patiënt en mantelzorger wat de wensen zijn t.a.v. behandelbeleid;

Indien gewenst overdracht naar eerste lijn voor palliatieve begeleiding. Hiervoor is een handvat ontwikkeld;

Vormgeven van de samenwerking in de eerste lijn, de ambulance en met de longartsen voor een goede begeleiding van patiënt. Hiervoor zijn verschillende handvaten en voorbeelddocumenten gemaakt.

De producten die hierin ontwikkeld zijn, zijn te downloaden via de website van Knooppunt Ketenzorg.

12.3. Multidisciplinaire samenwerkingsafspraken

Er kan op verschillende momenten worden verwezen naar andere disciplines. Deze verwijsmomenten staan in de werkprotocollen (zie bijlage 1 tot en met 6). In deze paragraaf is een overzicht opgenomen van alle verwijscriteria.

12.3.1. Verwijscriteria eerste lijn

Bij een verwijzing is de ziektelastmeter leidend in de aan te pakken onderwerpen.

Uitgangspunten

Voor goede multidisciplinaire samenwerking is het noodzakelijk dat alle betrokken zorgverleners beschikking hebben over algemene gegevens met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Deze gegevens zijn opgenomen in het individueel zorgplan. Zo dienen alle betrokkenen onder meer te weten welke zorgverleners behandelaar zijn en welke controles zij uitvoeren;

De POH coördineert de gehele multidisciplinaire zorg;

De huisarts heeft de regie over verwijzing naar paramedici;

De POH heeft deelfuncties in diagnostiek en het gestructureerd vervolgen van de COPD-zorg.

Voor het regionale werkprotocol van de POH, zie bijlage 1;

De POH is het aanspreekpunt binnen de huisartsenpraktijk voor collega-zorgverleners. Als contact met de huisarts noodzakelijk is, kan de POH hiervoor zorgen;
De POH verwijst, in overleg met de huisarts, de patiënt naar de fysiotherapeut, logopedist en de diëtist;
In de verwijzing naar een andere discipline speelt de mate waarin de patiënt last heeft van bepaalde klachten een belangrijke rol.

Verwijscriteria longverpleegkundige in de eerste lijn (via Thuiszorg)

POH en longverpleegkundige in de eerste lijn zijn beide in alle stadia van de COPD inzetbaar.
POH: m.n. COPD met lichte ziektelast
Longverpleegkundige: m.n. COPD met matige of ernstige ziektelast
De longverpleegkundige heeft in de eerste lijn met name een functie in het uitvoeren van een brede inventarisatie van de thuissituatie voor de complexere patiënten (met het coördineren van de daaruit voortvloeiende interventies). Deze inventarisatie van de thuissituatie kan bestaan uit: verpleegkundige anamnese, voorlichting, instructie en advies, klachten, (medicamenteuze en niet medicamenteuze) behandeling, psychosociale begeleiding, zelfzorgtekorten van de cliënt (en naasten) / mantelzorg, sociale kaart / woonomstandigheden / vervoersvoorzieningen;
Het is denkbaar dat een POH/praktijkverpleegkundige verder wordt opgeleid tot longverpleegkundige en in die functie een meerwaarde heeft in de praktijk en in bredere kring.

Verwijzing naar fysiotherapeutische zorg

Overweeg bij patiënten met een verhoogde ziektelast (met name bij CCQ ≥ 2) verwijzing naar een fysiotherapeut met voldoende kennis en ervaring in de behandeling van patiënten met COPD. Bij deze patiënten kan de fysieke activiteit en/of capaciteit verminderd zijn door bijvoorbeeld (angst voor) kortademigheid of slijmvorming.
Overweeg verwijzing naar een fysiotherapeut om dezelfde reden eveneens bij patiënten met een lichte ziektelast die fysieke beperkingen ervaren (met name bij CCQ 1-2).
Bij MRC ≥ 3 en/of bij patiënt met bewegingsangst en/of bewegingsarmoede, uitgaande van de standaard Nederlandse norm Gezond Bewegen, verwijst de huisarts naar een beweegprogramma. De POH neemt de MRC-schaal af tijdens de diagnostiek;
Bij MRC ≤ 2 en bewegingsarmoede wordt eerst een beweegadvies gegeven; bij onvoldoende effect wordt alsnog een beweegprogramma aangeboden;
(NB. De richtlijn van de KNGF hanteert als verwijs criterium naar fysiotherapie: MRC ≥ 2 met FEV1 50-70%. In de regionale afspraken wordt MRC ≥ 3 als verwijs criterium gehanteerd omdat deze verwijs criteria worden gehanteerd in de CBO-richtlijn, zorgstandaard COPD en de NHG-standaard.)
Bij gestoord mucustransport;
Bij verminderde kwaliteit van leven: dat wil zeggen patiënten die bij de CCQ-lijst de vragen 7-10 (functionele vragen) gemiddeld een score van 2 of meer invullen.

Verwijzing naar logopedische zorg

kortademigheid(dyspnoe), verminderde spierkracht van de ademhalingsspieren waardoor de client stem, communicatie en verstaanbaarheidsproblemen heeft/ervaart.
chronisch hoesten
problemen met eten en drinken (reflux, vermoeidheid, verminderde hoestkracht)

Bij verminderde kwaliteit van leven (VHI>20) wordt er een ademspiertraining gedaan door fysiotherapeuten en oefentherapeuten. De logopedist speelt echter ook een rol. Ademspiertraining vergroot de hoestkracht, wat relevant is voor COPD-patiënten met slikproblemen en het verbetert ook de adem-stemkoppeling, waardoor de verstaanbaarheid van de COPD-patiënt toeneemt.

Verwijzing naar diëtetische zorg

De huisarts verwijst naar de diëtist indien er sprake is van de diagnose COPD in combinatie met tenminste één van de volgende gegevens:

- Een BMI $\leq 21\text{kg/m}^2$;
- Ongewenst gewichtsverlies van >5% binnen een maand of >10% binnen 6 maanden ongeacht het aanvangsgewicht;

- Vermoeden van een te lage VVM. Dit moet bij voorkeur bepaald worden met een 4-puntsmeting. Te lage VVM is voor mannen een VVMI $\leq 16-17\text{kg/m}^2$ en voor vrouwen $\leq 15\text{kg/m}^2$.

De huisarts kan verwijzing naar een diëtist overwegen bij de diagnose COPD in combinatie met:

- Ernstig afwijkend voedingsgedrag (gewoonten, klachten tijdens eten);
- Bij aanwezigheid van co-morbiditeit zoals: hartklachten, afwijkend lipidenprofiel, osteoporose;
- Voor het vaststellen van (veranderingen in) de VVMI. Dit is van belang als een patiënt een beweegprogramma volgt (bijv. bij een VVMI < 15 bij mannen en < 16 bij vrouwen wordt geadviseerd geen trainingsprogramma te volgen en is het beter eerst de voeding aan te passen met een eiwitverrijking);
- Verhoogde ziektelast

Andere afspraken rondom diëtetiek:

Dieetvoeding:

Indien bij ondervoeding drinkvoeding wordt overwogen, consulteert de huisarts of POH een diëtist. De diëtist kan voorschrijven en machtigingen verzorgen.

Duur van dieetvoeding wordt bepaald door diëtist. Dieetvoeding in combinatie met een trainingsprogramma geeft een optimaal resultaat;

De diëtist koppelt dit terug aan huisarts en fysiotherapeut (bijv. na 3 maanden gebruik en in ieder geval bij stoppen). Terugkoppeling naar logopedist bij slikklachten.

Vitamines en mineralen:

De diëtist informeert de apotheek digitaal of schriftelijk als de patiënt deze gebruikt of advies heeft gekregen deze te gaan gebruiken. Gebruik van deze middelen is van belang in verband met interacties.

Verwijzing naar apotheker:

Een huisarts of POH verwijst naar een apotheker bij:

Behandeling met medicatie;

Wijzigingen in medicatie;

Problemen met de inhalatie;

Inhalatie-instructie;

Het leveren van voedingssupplementen of dieetvoeding die door de diëtist, huisarts of POH zijn voorgeschreven.

Verwijzing naar psychologische zorg

De POH screent met een CCQ-vragenlijst op kwaliteit van leven. Bij een score van het domein 'Mentaal' ≥ 2 of een verandering van minimaal 0,4 van het domein 'Mentaal' attendeert de POH de huisarts. De huisarts bepaalt welke interventie noodzakelijk en geschikt is.

12.3.2. Voorlichting, informatie en educatie

In de voorlichting aan de patiënt spelen de vragen en problemen van de patiënt een leidende rol. Hieronder worden mogelijke onderwerpen voor de voorlichting aangegeven.

Wanneer in zorgproces	Wie	Onderwerpen
Schakelconsult	Huisarts eventueel met de POH	Algemene voorlichting* over COPD, het chronische karakter, oorzaken, gevolgen en behandelmogelijkheden; uitleg over taken en begeleiding door POH.
Eerste consult	Praktijk-ondersteuner	Informatie over de ziekte en antwoorden op vragen van de patiënt.
Vervolgconsulten	Praktijk-ondersteuner	Informatie met nadruk op de vragen die bij de patiënt leven. Zie individueel zorgplan. Uitleg over stoppen met roken, inhalatie-instructie en de effecten van bewegen.
1 ^e (en 2 ^e) uitgifte	Apotheker	Uitleg over de werking en de instructie hoe de medicatie te gebruiken.

Start beweegprogramma	Fysiotherapeut	Uitleg over de effecten van bewegen in het algemeen en het speciale belang bij COPD. Het belang van voldoende conditie en spierkracht bij COPD.
Start logopedische begeleiding	Logopedist	Uitleg over ademtechnieken in relatie tot stem en communicatie Uitleg over slikproblemen, compensatietechnieken en meest veilige consistentie van eten in relatie tot COPD
Start diëtetische begeleiding	Diëtiste	Uitleg over gezonde voeding en gewicht. Uitleg over het belang daarvan in het algemeen en in het bijzonder bij COPD.

***Voorlichting; mogelijke onderwerpen**

Informatie over de ziekte, het beloop en de gevolgen is van groot belang.

- Wat is COPD, kennis van het ziektebeeld
- Wat is een gezonde leefstijl
- Wat zijn behandelmethoden
- Wat zijn risicofactoren
- Wat zijn complicaties
- Welke invloed op psychosociaal en lichamelijk vlak
- Welke onderzoeken zijn nodig en wat betekenen deze
- Wat houdt een tussentijdse jaarcontrole in
- Wat zijn klachten, oorzaken en behandeling bij een longaanval
- Patiënten-informatie op internet:
 - [Website Longfonds \(leven met COPD\)](#)
 - [Patiënten versie zorgstandaard COPD](#)
 - Lotgenotencontact via: www.longforum.nl

2.3.3 Verwijscriteria transmuraal

De transmurale afspraken met longartsen zijn opgenomen de transmuraal afspraken.

13. Kwaliteit

Het meten van de kwaliteit van zorg gebeurt met behulp van kwaliteitsindicatoren. Ook is (na)scholing en een gedegen aanpak bij de implementatie nodig, om tot een goede kwaliteit van zorg te komen. Na implementatie is het belangrijk om een kwaliteitsmanagementsysteem te gebruiken, waarmee het programma in een continue cyclus wordt aangepast aan nieuwe ontwikkelingen. Meer informatie hierover vindt u in de implementatiehandleiding van het Knooppunt Ketenzorg.

13.1. Kwaliteitsindicatoren

De indicatoren set van de Long Alliantie Nederland (LAN) is de meest gebruikte indicatoren set (zie bijlage 9). Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen proces- en uitkomstindicatoren. De indicatoren set biedt mogelijkheden voor het verkrijgen van goede spiegelinformatie voor de individuele huisarts.

Het Knooppunt Ketenzorg kiest voor de volgende drie indicatoren als de zogenaamde basis set voor een regionale benchmark:

- % patiënten bekend met COPD bij wie de rookstatus in de afgelopen 12 maanden is vastgelegd;
- % patiënten bekend met COPD waarbij de inhalatietechniek is gecontroleerd in de afgelopen 12 maanden;
- % patiënten bekend met COPD waarbij het functioneren is geregistreerd in de voorgaande 12 maanden.
- % patiënten bekend met COPD met hoofdbehandelaar huisarts en longarts die ICS gebruiken.

Een lokaal samenwerkingsverband kan daar waar wenselijk eigen aanpassingen maken (dus meer of minder indicatoren).

Kwaliteitsindicatoren moeten goed extraheerbaar moeten zijn voor alle HIS'en (of KIS). Om dat te bereiken is het noodzakelijk dat voor elk HIS alle parameters in een COPD-protocol vastgelegd worden. De meeste HIS'en voorzien in zo'n protocol. Voor de HIS'en waarin geen COPD-protocol aanwezig is, dienen de huisartsen zelf een protocol aan te maken waarbij zij gebruik moeten maken van de NHG kwaliteitindicatoren codes (zie bijlage 9).

5.1.1: niet-geregelde zorg

In het geval van niet-geregelde zorg (zie 1.5.1) zijn twee categorieën patiënten te onderscheiden:

- patiënten die kiezen voor helemaal geen programmatische preventie (de 'exit-optie)': deze patiënten worden niet in het ketenzorgprogramma opgenomen. In het dossier van deze patiënten wordt aangegeven dat zij niet-geregelde zorg ontvangen.
- patiënten die kiezen voor het slechts zeer gedeeltelijk nastreven van de in het ketenzorgprogramma opgenomen doelen. Indien patiënten met een dergelijke niet-geregelde zorg in het ketenzorgprogramma worden opgenomen zal dit uiteraard effect hebben op de uitkomsten van de indicatoren. Het kan in dit kader dan ook van belang zijn ook bij hen aan te geven dat er sprake is van niet-geregelde zorg.

Het lokale samenwerkingsverband moet een keuze maken of de gegevens van deze laatste categorie meegenomen worden in de dataverzameling voor de indicatoren.

13.2. Identificatie en registratie patiënten

De huisarts/POH is verantwoordelijk voor goede registratie en voor de verwerking van mutaties. De in bovengenoemde paragraaf genoemde protocollen helpen om de onderzoeksgegevens (zoals beschreven in bijlage 1: werkprotocol huisarts en POH) volledig, correct en overzichtelijk te registreren. Van belang zijn onder andere een juiste ICPC-codering en een goede registratie van de hoofdbehandelaar.

De huisarts/POH is verantwoordelijk voor goede registratie en voor de verwerking van mutaties in het HIS en/of KIS. Hiervoor zijn speciale protocollen in het HIS ontwikkeld die helpen om onderzoeksgegevens (zoals beschreven in bijlage 1: werkprotocol huisarts en POH) volledig en correct te registreren. Van belang zijn onder andere een juiste ICPC-codering en een goede registratie van de hoofdbehandelaar, GOLD-classificatie en ziektelast-indeling.

13.3. Informed consent

Toelichting: de betrokkenheid van patiënten op individueel niveau is vastgelegd in de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst). Deze wet bepaalt dat een zorgverlener een patiënt moet informeren over de behandelmogelijkheden en risico's of bijwerkingen. Op basis hiervan stemt de patiënt al dan niet in met de behandeling.

Informed consent wordt vastgelegd in het individueel zorgplan.

13.4. Scholing

Er is een cyclisch scholingsprogramma voor de kerndisciplines binnen het ketenzorgprogramma wenselijk, waarin kennis adequaat op peil gehouden wordt. Het Knooppunt Ketenzorg evalueert de ketenzorgprogramma's bij de afnemers door middel van het meten van gebruikerservaringen en zo mogelijk de kwaliteitsindicatoren en patiënttevredenheid. Hieruit volgt onder meer een advies ten aanzien van de scholingsbehoefte in de regio.

Het is wenselijk dat de samenwerkingsverbanden, de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen(WDH), de paramedische groepen en de regionale medisch specialisten hun jaarlijkse nascholingsactiviteiten over de ketenzorgprogramma's afstemmen op dit advies en op elkaar zodat het multidisciplinaire karakter versterkt wordt.

Daarnaast kan een samenwerkingsverband het eigen scholingsprogramma aanvullend inrichten op basis van bovengenoemd advies en/of met inbreng van eigen elementen.

Specifieke onderdelen voor scholing zouden kunnen zijn:

- Training in het bepalen van en het werken met de ziektelast (m.n. als de ziektelastmeter beschikbaar is);
- Inhalatie-instructie. Gecombineerde nascholing voor apotheker, apothekersassistente, huisarts en POH door Inhalatie Medicatie Instructie School-trainer (IMIS) en kaderhuisarts;
- Werken met kwaliteit van leven-vragenlijsten.

14. Bronnen

- [NHG Standaard COPD april 2021](#)
- [Richtlijn COPD van het NVLF 2021](#)
- [Richtlijn Parkinson en logopedie 2017](#)
- Richtlijn Orfaciale dysfagie
- [KNGF Richtlijn COPD KNGF 2020](#)
- COPD protocol van Fysionair
- [Standaard beweging interventie van het KNGF](#)
- [Dieetbehandelingsrichtlijn, Richtlijn 12: Chronische Obstructieve Longaandoeningen februari 2017, 20/10 Uitgevers](#)

Bijlage epidemiologie, betrokkenen, doelgroep

Epidemiologie

Prevalentie en incidentie

In Nederland wordt de prevalentie geschat op 3,5% bij mannen en vrouwen. Daarmee heeft Nederland meer dan 613.000 mensen met de diagnose COPD.

Uit onderzoek blijkt dat dit aantal de komende jaren sterk zal toenemen. Er dient bovendien rekening gehouden te worden met een onder diagnostiek, met name bij mensen met een lichte ziektelast. Waarschijnlijk komt bij één op de drie oudere rokers een nog niet gediagnosticeerde COPD voor.

Sterfte

COPD is een ernstige ziekte die veel voor komt en gepaard gaat met een hoge mortaliteit. Zo was COPD in 2020 verantwoordelijk voor 3,4% van alle sterfgevallen. Waarschijnlijk is COPD over vijf jaar wereldwijd gezien de derde doodsoorzaak.

Gebruikte richtlijnen

Dit ketenzorgprogramma is voor een groot deel gebaseerd op de Zorgstandaard COPD. Daarnaast vormt de herziende multidisciplinaire richtlijn CBO COPD 2010 en de NHG Standaard COPD (april 2021) belangrijke bouwstenen voor dit ketenzorgprogramma. Ten slotte wordt gebruik gemaakt van bestaande samenwerkingsafspraken: COPD regio Zuid-Holland Noord, lokale ketenzorgprogramma's uit de regio Zuid-Holland Noord en richtlijnen van de KNMP, het KNGF en de Elseviers Dieetbehandelingsrichtlijnen.

Betrokkenen

De betrokkenen bij dit ketenzorgprogramma zijn:

1. Alle in het samenwerkingsverband aanwezige patiënten met COPD. Aangezien de Zorgstandaard uitgaat van de vraag van de patiënt en er een actieve houding wordt verwacht maakt de patiënt, voor zover binnen zijn/haar mogelijkheden en wensen, dus deel uit van het ketenzorgprogramma.
2. Naast de patiënt, die centraal staat, zijn bij het ketenzorgprogramma verschillende zorgverleners te onderscheiden. Duidelijkheid over ieders taak en verantwoordelijkheid is van groot belang. Dit geeft ook al richting aan wanneer er verwezen en terugverwezen moet worden. De betrokken disciplines en hun taken zijn:

Huisarts: verantwoordelijk voor case finding, diagnostiek, assessment, behandeling, follow-up van COPD-patiënten in de eerste lijn.

POH/PVK (Praktijkondersteuner of -verpleegkundige huisartsen): ondersteuning van de huisarts in diagnostiek, assessment, behandeling en controles op basis van geprotocolleerde (huisartsen)zorg. Eerste aanspreekpunt in de huisartsenpraktijk voor patiënten en collega-zorgverleners binnen de eerste lijn.

Longverpleegkundige: voor complexe patiënten, met naast het medische deel gerichte aandacht voor een brede inventarisatie van de thuissituatie (met de daaruit voortvloeiende interventies). De longverpleegkundige is verbonden aan een thuiszorgorganisatie of aan de polikliniek longziekten van een ziekenhuis.

Apotheker: verantwoordelijk voor farmacotherapeutische zorg voor en het juiste gebruik en toedieningsvorm van (inhalatie-)medicatie door patiënt met COPD.

Fysiotherapeut: anamnese, onderzoek en behandeling met betrekking tot bewegen (fysieke activiteit), inspanningsvermogen (fysieke capaciteit) en ademhalingstechniek (inclusief het meten van uitgang- en voortgangswaarden).

Diëtist: afnemen van diëtetische anamnese, bepalen van de mate van ondergewicht, gewichtsverloop en spiermassa (VMMI). De diëtist begeleidt de patiënt bij een afwijkend gewicht(verloop) en voedingspatroon naar een optimale situatie. De dieetbehandeling wordt afgestemd op relevante co-morbiditeit. Zo nodig worden dieetproducten geïntroduceerd en begeleid.

Logopedist: anamnese, onderzoek en behandeling met betrekking tot adem/stem technieken, eten & drinken (Veilige intake & compensatietechnieken) en communicatie.

Longarts: verantwoordelijk voor uitgebreid longfunctieonderzoek bij ernstiger COPD-patiënten en/of bij gecombineerde problematiek (astma en COPD), klinische behandeling, beoordeling van de noodzaak tot zuurstofbehandeling of revalidatie, consulterende functie bij onduidelijke diagnostiek, gebruik van kennis en expertise op het gebied van COPD, geven van nascholing. Consulterende functie bij diagnostische en therapeutische problemen.

(Medisch) psycholoog: begeleiding van COPD-patiënten met matig tot ernstige psychische klachten gerelateerd aan het leven met COPD.

Doelstellingen

Dit ketenzorgprogramma beoogt patiënten met COPD kwalitatief hoogwaardige zorg te bieden, waarbij maatwerk (met de menselijke maat als norm) mogelijk is.

Gelijkwaardig partnerschap tussen patiënt en hulpverlener is de kern van goede COPD-zorg, waarbij het belangrijk is dat de patiënt een centrale rol speelt en in zelfmanagement ondersteund wordt.

De doelen van het ketenzorgprogramma zijn:

- Afname van klachten en verbetering van kwaliteit van leven;
- Tijdig opsporen van patiënten met milde vormen van COPD;
- Aanbieden van goed georganiseerde multidisciplinaire zorg;
- Ondersteunen en versterken van zelfmanagement;
- Het leveren van zorg op de juiste plek;
- Transparantie over de geleverde zorg met betrekking tot patiënttevredenheid;
- Transparantie over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Doelgroep

In dit ketenzorgprogramma worden de volgende patiënten geïnccludeerd: COPD-patiënten die in de huisartsenpraktijk ingeschreven staan met een lichte of een verhoogde ziektelast en die niet (meer) voldoen aan de criteria voor een uitgebreid assessment. Voor deze patiënten is de huisarts hoofdbehandelaar.

De volgende patiënten worden niet of slechts voor zover dit mogelijk blijkt opgenomen in dit ketenzorgprogramma:

Mensen met COPD die in de huisartsenpraktijk ingeschreven staan met een lichte ziektelast én die voldoen aan de criteria voor een uitgebreid assessment. Voor deze patiënten is de longarts hoofdbehandelaar zolang zij voldoen aan de criteria voor een uitgebreid assessment; Oudere en/of mindervalide COPD-patiënten, bijvoorbeeld in een verzorgingshuis. Voor hen kunnen minder strikte controles afgesproken worden; Palliatieve COPD-patiënten behoeven een andere benadering en vallen buiten dit ketenzorgprogramma; Bij gedeelde zorg. Dit komt voor bij patiënten met een verhoogde ziektelast waarbij specialistische controle weinig frequent noodzakelijk is en waarbij een deel van de controles in de eerste lijn kan plaatsvinden. Voor deze groep moeten nadere afspraken gemaakt worden;

Niet-geregelde zorg

Hoewel de in hierboven genoemde patiënten behoren tot de doelgroep van dit ketenzorgprogramma, beslist de patiënt zelf uiteraard of gebruik gemaakt wordt van het aanbod. De patiënt staat immers centraal en blijft dan ook een stem houden in de uitvoering op individueel niveau. Hierbij kan worden gekozen voor een volledige 'exit-optie', waarbij de patiënt kiest voor helemaal geen programmatische preventie.

De patiënt kan echter ook kiezen voor het slechts zeer gedeeltelijk nastreven van de in het ketenzorgprogramma opgenomen doelen, waarbij de patiënt zelf bewust bepaalt in hoeverre hij dit doet - ook als dit voor het gevoel van de zorgverlener niet overeenkomt met de in het ketenzorgprogramma geregelde zorg. Hierbij kan gedacht worden aan weigeren van bloedonderzoek of weigeren van medicatie. Uiteraard wordt ook een dergelijke keuze van de patiënt gerespecteerd.

Bijlage zelfmanagement

Ondersteuning van zelfmanagement

Onderaan dit hoofdstuk is een algemene uitleg opgenomen over zelfmanagement. Ook kunt u veel kennis en instrumenten vinden op [zelfmanagement](#). Ook op de website van Vilans vindt u informatie over COPD in de huisartsenpraktijk (klik [hier](#)). Onderstaand wordt ingegaan op zelfmanagement gericht op COPD.

Zelfmanagement is een veelgehoord begrip in de zorg. De patiënt wordt door de chronische ziekte gedwongen zijn leven en gedrag aan te passen. Als een patiënt goed inzicht en begrip heeft omtrent de inhoud van zijn ziekte zal dat helpen bij het proces van aanpassing. Zorgverleners kunnen de patiënt daarbij helpen. Het individueel zorgplan ondersteunt de patiënt en de zorgverlener hierbij. Zelfmanagement is een onmisbaar onderdeel van het individuele zorgplan (zie individueel zorgplan COPD).

Zelfmanagement bij COPD

De resultaten van de ziektelastmeter geven aan welke onderwerpen opgepakt kunnen worden met behulp van zelfmanagement.

Het is belangrijk dat de patiënt op basis van bovengenoemde gebieden zelf doelen stelt in samenspraak met de zorgverlener. Deze doelen moeten haalbaar zijn en aansluiten bij de persoonlijke situatie. Er is daarbij aandacht voor zowel medische, mentale als sociale aspecten. Hoe gaan patiënten om met het feit dat zij COPD hebben? Welke emotionele reacties roept het op? Wat is de impact van COPD op het werk en op sociale relaties?

De zorgverlener moet kunnen accepteren dat deze doelen niet altijd dezelfde zijn als datgene wat medisch wenselijk is. Zeker aan het begin van de ziekte is de ziektelast nog beperkt waardoor de patiënt niet altijd de noodzaak voelt om dingen in zijn leven te veranderen. Hier ligt voor de zorgverlener een uitdaging om deze motivatie te onderzoeken en te ontwikkelen.

Bij het opstellen en bespreken van de behandeldoelen zijn de volgende punten van belang:

- Waarom welk doel, wat is de motivatie;
- Haalbaarheid van de doelen;
- Niet alles tegelijk;
- Niet te moeilijk, niet te ver weg;
- Hoe in te passen in dagelijks leven;
- Wat gaat er veranderen;
- Wat zijn belemmeringen die men kan tegenkomen;
- Wat te doen bij moeilijke momenten;
- Voorafgaand aan een controleafspraak de vragen noteren;
- Partner meenemen bij controle;
- Belangrijke punten tijdens controle laten opschrijven.

De behandeldoelen legt u vast in het Individueel Zorgplan.

Individueel zorgplan COPD

De toegevoegde waarde

Met het individuele zorgplan wordt het beter mogelijk om met de patiënt samen te werken. De patiënt en de zorgverlener stellen het zorgplan tijdens de consulten samen op. De patiënt krijgt inzicht in de eigen gezondheidssituatie en kan vervolgens meebeslissen over de prioriteiten bij zijn of haar behandeldoelen. Tevens kunnen afspraken met de patiënt worden gemaakt over de eigen inspanningen om deze doelen te bereiken.

Verwachte pluspunten voor een COPD-patiënt:

- De persoon werkt aan de doelen die voor hem belangrijk zijn;
- De persoon krijgt de zorg en ondersteuning die hij belangrijk vindt;
- De persoon geeft mede richting aan het zorgproces, doordat hij inzicht heeft in medische gegevens, meebeslist in afspraken, behandeldoelen en begeleidingsmogelijkheden. Dit motiveert om de leefstijl te verbeteren.

Verwachte pluspunten voor een zorgverlener:

- De patiënt neemt meer verantwoordelijkheid voor zijn eigen leefstijl;
- Door de patiënt zelf geformuleerde haalbare leefstijldoelen, vergroten de kans dat hij ermee aan de slag gaat;
- Gemaakte afspraken worden in het zorgplan genoteerd en zijn bij de patiënt bekend, waardoor het voor zorgverleners gemakkelijker is om daar tijdens een volgend consult op terug te komen.'

Binnen een samenwerkingsverband kunnen taken van specifieke zorgverleners nader ingevuld worden in het individueel zorgplan. Zo kan de apotheker (bijvoorbeeld) een rol vervullen in het bewaken van het algemene proces (bijv. het signaleren van vermagering of immobiliteit), omdat er bij elke medicatie uitgifte een contactmoment is. Een goed voorbeeld van een individueel zorgplan vindt u [hier](#).

Het uitvoeren en bijstellen van het plan

Het individueel zorgplan is de spil van het vraag-gestuurde zorgproces. Essentieel is dat de patiënt dit mee naar huis neemt of het zelf thuis kan inzien en raadplegen. Ook is het belangrijk dat het individueel zorgplan beschikbaar is voor de andere zorgverleners in het ketenzorgprogramma, bij voorkeur via ICT, en anders in de vorm van een individuele zorg map. Overdracht en terugkoppeling tussen de zorgverleners wordt op dit individuele zorgplan gebaseerd. Wanneer de afgesproken streefwaarden niet worden bereikt, dan wordt de behandeling voor de patiënt door de POH in overleg met de patiënt aangepast. Waar nodig gebeurt dit na overleg met de huisarts.

Zorgmodules

Patiënten met COPD kunnen door de huisarts of POH doorgestuurd worden naar de volgende zorgmodule:

- Stoppen met roken: een verwijzing van de POH (zie bijlage 1) naar een programmatische aanpak van stoppen met roken heeft de hoogste effectiviteit. De zorgmodule Stoppen met Roken is opgenomen in bijlage 9;
- Zorgmodule Voeding: de zorgmodule Voeding is een ziekte-overstijgende module en is opgenomen in alle ketenzorgprogramma's waarin het aanleren van gezond of aangepast voedingsgedrag een onderdeel van de behandeling vormt. Deze zorgmodule is opgenomen in bijlage 10.

Zelfmanagement algemene uitleg

Zelfmanagement is een veelgehoord begrip in de zorg. Het is echter niet nieuw. Nieuw is wel om er gestructureerd aan te werken, door patiënt en zorgverlener. Hieronder is een korte toelichting opgenomen over zelfmanagement. Op internet is nog veel meer te vinden. Wij nodigen u dan ook uit om bijvoorbeeld op [zelfmanagement](#) meer kennis en instrumenten te vinden. Hier volstaan wij met de hoofdlijnen. Daarnaast is het raadzaam om binnen het samenwerkingsverband een gezamenlijke visie op zelfmanagement te ontwikkelen, want voor succesvolle implementatie is het noodzakelijk dat de visie op zelfmanagement door alle disciplines ontwikkeld en gedragen wordt. In deze visie is een flexibele inbreng van de verschillende disciplines mogelijk (met afspraken over wie welke bijdrage heeft).

1. Wat is mijn rol als zorgverlener bij zelfmanagement?

Het hebben van een chronische ziekte heeft een grote invloed op het leven van een patiënt. De patiënt is gedwongen zijn leven en gedrag aan te passen aan zijn/haar kwaal. Dit is niet voor elke patiënt even gemakkelijk. Als zorgverleners helpen wij de patiënt daarbij door hem te ondersteunen in het nemen van de regie in zijn eigen behandelproces ofwel zijn zelfmanagement. Als een patiënt goed inzicht heeft in zijn ziekte en voelt dat hij de regie van de zorgverlener krijgt, helpt dat bij het inpassen van de ziekte in zijn dagelijks leven. Het verbetert de kwaliteit van zijn leven, doordat zijn angst over de toekomst vermindert en zijn therapietrouw wordt verhoogd.

Bij zelfmanagement zijn chronisch zieke en zorgverlener gelijkwaardige partners, die een samenwerkingsrelatie aangaan en onderhouden. Zij zoeken gezamenlijk naar de balans tussen enerzijds de eisen die de aandoening stelt (belasting) en anderzijds de hoeveelheid eigen regie en verantwoordelijkheid die de chronisch zieke wil en kan nemen (belastbaarheid). Het vinden van

deze balans is een continue en dynamisch proces dat moet leiden tot een optimale kwaliteit van leven. De gezamenlijke zoektocht vraagt van de partners goede communicatie en wederzijds vertrouwen en respect.

2. Waar leidt zelfmanagement toe?

Het doel van zelfmanagement voor de patiënt is het behouden van de autonomie en zelfstandigheid. Dit moet de kwaliteit van leven verbeteren. De verwachting is dat, als een patiënt meer greep heeft op zijn ziekte, ook de gedragsveranderingen beter vastgehouden worden. Zelfmanagement vermindert ook druk op de zorg wat belangrijk is bij de te verwachten toename van de chronische ziekten. Uiteindelijk moet het een kostenbesparend effect geven.

Door Newman e.a. (2004) worden 7 categorieën beschreven waar mogelijk resultaten geboekt kunnen worden:

- Klinische uitkomsten en laboratoriumwaarden;
- Symptomen zoals ervaren door patiënt;
- Functioneren zoals ervaren door patiënt;
- Psychologisch welzijn;
- Kwaliteit van leven;
- Gedrag van de patiënt zoals bewegen, voeding, preventieve maatregelen;
- Zorggebruik zoals ziekenhuisopnames, (para)medische consulten, medicatie.

3. Waar gaat zelfmanagement over?

Zelfmanagement kan op de volgende thema's betrekking hebben:

- Stoppen met roken;
- Conditie verbeteren (eventueel door trainingsprogramma's);
- Gezonde voeding en gewicht;
- Goed gebruik van medicatie;
- Behouden van een emotionele balans;
- Omgaan met complicaties en klachten.

4. Wat is er nodig voor zelfmanagement?

De patiënt wordt (mede)behandelaar en de zorgverlener wordt meer coach. Zowel patiënt als zorgverlener moeten hiervoor aan bepaalde voorwaarden voldoen.

4.1 De patiënt:

- Moet zich na de diagnose verdiepen in zijn ziekte waardoor kennis en begrip hierover toenemen;
- Leert vaardigheden aan die hem in staat stellen de ziekte of de symptomen te beïnvloeden;
- Krijgt inzicht in "self-efficacy": kan de patiënt veranderen? Heeft de patiënt voldoende vertrouwen in zijn eigen vaardigheden om te veranderen?
- Wordt actief betrokken bij het realiseren van gedragsverandering o.a. door zelf de behandeldoelen op stellen in het individueel zorgplan;
- Krijgt (waar haalbaar) de mogelijkheid zelf zijn ziekte te monitoren.

4.2 De zorgverlener:

- Bouwt een respectvolle, meer gelijkwaardige, samenwerkingsrelatie op met de patiënt;
- Maakt continue de afweging tussen professioneel perspectief en patiëntperspectief en vindt hier een goede balans in;
- Kan de patiënt kennis, begrip en vaardigheden over de ziekte aanleren;
- Is in staat de veranderingsbereidheid bij de patiënt vast te stellen;
- Kan de patiënt motiveren tot gedragsverandering, bijvoorbeeld met "Motivational Interviewing";
- Is in staat de "self-efficacy" bij de patiënt te versterken. Dit kan onder andere door het individueel zorgplan te gebruiken;
- Werkt multidisciplinair samen met andere disciplines om een integrale aanpak, zowel op het gebied van zelfmanagement als de behandeling, te realiseren en te behouden.

4.3 Aandachtpunten bij bevorderen zelfmanagement

- Om de positieve effecten van zelfmanagement te realiseren moet zorg/zorgorganisatie aandacht richten op:
- Ontwikkelen van de competenties van de professionals op de bovengenoemde vlakken; bijvoorbeeld met een training Motivational Interviewing;
- Beschikbaarheid individueel zorgplan; bij voorkeur ook via een patiënten-portal;
- Leefstijlinterventies aanbieden; stoppen met roken, beweegprogramma etc;

Bijlage organisatie van het ketenzorgprogramma

Beheerder ketenzorgprogramma

De werkgroepen van het Knooppunt Ketenzorg ontwikkelen de ketenzorgprogramma's, evalueren deze onder de deelnemers van het Knooppunt Ketenzorg en actualiseren ze op basis van de gegeven feedback en nieuwe richtlijnen en zorgstandaarden. Ook maakt het Knooppunt Ketenzorg de regionale transmurale afspraken met de ziekenhuizen en evalueert deze periodiek. Hiervoor is een verbetercyclus ingericht. De samenwerkingsverbanden zijn verantwoordelijk voor het beheer van het eigen programma en voor goede implementatie van de regionale eerstelijns- en transmurale afspraken.

Binnen het samenwerkingsverband is één kaderhuisarts verantwoordelijk voor het beheer van het ketenzorgprogramma. Deze beheerder zorgt ervoor dat:

- Het samenwerkingsverband werkt volgens de laatste versie van het ketenzorgprogramma;
- De adviezen van het Knooppunt Ketenzorg verwerkt zijn in de werkafspraken van het samenwerkingsverband;
- Intern geconstateerde verbeterpunten en bijvoorbeeld resultaten uit een klanttevredenheidsonderzoek verwerkt worden indien deze van toepassing zijn op het ketenzorgprogramma.

In het lokale ketenzorgprogramma wordt hier de naam genoteerd van de beheerder.

Eindverantwoordelijke

De behandelend huisarts heeft de medische eindverantwoordelijkheid. Dit omvat de totale multidisciplinaire zorg in het ketenzorgprogramma. Daarbij heeft iedere zorgverlener de verantwoordelijkheid over dat deel van de zorg die hij/zij aan de patiënt levert.

Zorgcoördinator

De POH treedt op als zorgcoördinator en eerste aanspreekpunt voor de patiënt. Op indicatie is er overleg tussen huisarts en POH naar aanleiding van onverwachte ontwikkelingen (voor de overlegmomenten zie bijlage 1, werkprotocol huisarts en POH).

Afspraken over vervanging van de zorgcoördinator bij ziekte en vakantie zijn vastgelegd op lokaal niveau door het desbetreffende samenwerkingsverband. Er wordt gestreefd naar continuïteit van de zorg. Er kan gedacht worden aan een pool van praktijkondersteuners die, als dat nodig is, in verschillende praktijken kunnen invallen bij ziekte of vakantie.

Individueel zorgplan

De POH is verantwoordelijk voor het opstellen van een individueel zorgplan. Dit wordt in nauwe samenwerking met de patiënt en alle bij de behandeling betrokken personen opgesteld. De POH zorgt ervoor dat het individueel zorgplan op basis van evaluatie wordt bijgesteld. Waar nodig gebeurt dit na overleg met de huisarts. Ook is de POH er samen met de patiënt verantwoordelijk voor dat alle bij de behandeling betrokken personen op de hoogte zijn van de actuele afspraken.

Gedeeld informatiesysteem

Voor goede ketenzorg is het noodzakelijk op gestructureerde manier informatie te delen. Een samenwerkingsverband moet hierover afspraken hebben. Een gedeeld informatiesysteem, bijvoorbeeld een KIS, is hiervoor zeer wenselijk. Ook een patiënten-portal is van toegevoegde waarde. Als dit er nog niet is dan spreekt het samenwerkingsverband een alternatief af. Er kan gedacht worden aan een papieren zorgplan dat door de patiënt meegenomen wordt naar de consulten. Er kan ook gebruik gemaakt worden van beveiligde e-mail.

In het lokaal ketenzorgprogramma wordt hier beschreven welke keuze wordt gemaakt.

Organisatie multidisciplinair overleg

Met alle betrokken eerstelijnszorgverleners uit uw samenwerkingsverband maakt u afspraken over de frequentie en inhoud van het multidisciplinair overleg. Er zijn verschillende soorten multidisciplinair overleg:

Patiënten overleg: hier komen nieuwe patiënten aan bod of wordt de voortgang van complexe patiënten besproken, waarbij ook aandacht wordt besteed aan zelfmanagement. De POH draagt zorg voor goede communicatie van gemaakte afspraken naar alle betrokkenen.

Eventuele aanpassing van behandeldoelen wordt door de meest geëigende professional met de patiënt besproken en aangepast in het individuele zorgplan;

Overleg op verzoek van de patiënt: Dit gebeurt bijvoorbeeld als de patiënt de doelen wil bijstellen. Hierbij zijn de betrokken behandelaars en de patiënt aanwezig om de casus te beoordelen en de behandeldoelen bij te stellen en op elkaar af te stemmen;

Beleidsoverleg binnen de eerste lijn: in het overleg kunnen werkwijze, afstemming en aanpassingen van het protocol besproken worden evenals de afspraken over bereikbaarheid. De POH treedt op als coördinator van dit overleg;

Beleidsoverleg tweede lijn: het Knooppunt Ketenzorg coördineert dit overleg. Jaarlijks worden de transmurale afspraken geëvalueerd en waar nodig bijgesteld;

Beleidsoverleg met de nulde lijn (bijvoorbeeld gemeente, welzijn of GGD): de WSV-coördinator of een verantwoordelijke van de zorggroep of regio-organisatie (indien van toepassing) coördineert dit overleg;

Communicatie en bereikbaarheid

Als samenwerkingsverband maakt u aanvullende afspraken over het volgende:

- Wie op lokaal niveau verantwoordelijk is voor algemene informatievoorziening aan de patiënt.
- Communicatie over het samenwerkingsverband aan patiënten (via folders/website)
 - Informatie over de ziekte, beloop en behandeling
 - Werkwijze samenwerkingsverband
 - Delen van informatie
 - Verwachtingen inzet patiënt
 - Bereikbaarheid klachtenprocedure
- Communicatie binnen het samenwerkingsverband:
 - Vastleggen en actualiseren beschikbare informatie over bereikbaarheid en onderlinge communicatie. Dit kan bijvoorbeeld via intranet, of door agendering van vakanties en/of mutaties bij periodiek overleg.

BIJLAGEN

Ziekte specifieke zorg

1. Werkprotocol POH / huisarts
2. Aanbevelingen farmacotherapeutische behandeling
3. Werkprotocol apotheek
4. Werkprotocol diëtetiek
5. Werkprotocol logopedie
6. Werkprotocol fysiotherapie
7. Transmurale afspraken

Zelfmanagement en zorgmodules

8. Zelfmanagement
9. Zorgmodule Stoppen met Roken
10. Zorgmodule Voeding

Kwaliteit

11. NHG-kwaliteitsindicatoren voor COPD
12. Intake astma en/of COPD: anamneselijst

Bijlage aanbevelingen farmacotherapeutische behandeling

- Maak bij COPD onderscheid tussen twee patiënten categorieën: lichte en verhoogde ziektelast, waarbij de indeling gebaseerd is op spirometrie, de mate en ernst van symptomen, en de ernst en frequentie van longaanvallen;
- Laat de geneesmiddelkeuzes bij de behandeling van COPD afhangen van de individuele respons en kenmerken (zoals mate van ziektelast en comorbiditeit);
- Adviseer te starten met bronchusverwijders bij COPD patiënten met symptomen van dyspnoe. Leg uit dat het doel van het gebruik van bronchusverwijders het bevorderen van een zo volledig mogelijke uitademing is, wat een positief effect heeft op de inspanningscapaciteit. Licht toe dat de kwaliteit van leven nauw samen hangt met de mate waarin de dyspnoeklachten onder controle zijn;
- Ga per patiënt na of de klachten gecontroleerd kunnen worden met kortwerkende (zo nodig gebruik of onderhoud) en/of met langwerkende bronchusverwijders (als onderhoud). Geef bij een onderhoudsbehandeling de voorkeur aan een langwerkende bronchusverwijder vanwege het gebruiksgemak;
- Overweeg een onderhoudsbehandeling met inhalatiecorticosteroiden (ICS) bij COPD patiënten die, ondanks behandeling met een langwerkende luchtwegverwijder, twee of meer longaanvallen in het voorafgaande jaar hebben gehad;
- Controleer en evalueer (periodiek) bij gebruik van ICS de indicatie en het effect (op longaanvallen): overweeg op den duur een proefstop van de ICS bij patiënten met stabiel COPD of bij patiënten waarbij de longaanvallen niet afnemen;
- Wees alert dat COPD patiënten geen langdurige monotherapie met een ICS krijgen, omdat het minder effectief is dan de combinatie van ICS met een langwerkende bronchusverwijder;
- Licht de COPD patiënt voor over de verschijnselen van een longaanval, hoe deze tijdig herkend kunnen worden, welke medicatie hierbij gebruikt kan worden en wanneer contact met de arts opgenomen dient te worden;
- Overleg voor het starten van een onderhoudsbehandeling met antibiotica met de voorschrijver over het doel en het evaluatiemoment van de behandeling en leg dit vast. Onderhoudsbehandeling met antibiotica bij COPD is off-label;
- Beoordeel of de comorbiditeiten van de COPD patiënt adequaat worden behandeld. Veel voorkomende comorbiditeiten zijn: hartfalen, atriumfibrilleren, hoge bloeddruk, depressie, angst, spierdysfunctie, diabetes, osteoporose en longkanker;
- Adviseer COPD-patiënten dagelijks voldoende calcium en vitamine D in te nemen en voldoende te bewegen, omdat ze een verhoogd risico hebben op osteoporose en wervelfracturen;
- Controleer bij patiënten die langdurig hoge doseringen orale corticosteroiden (gaan) gebruiken of er een indicatie is voor osteoporoseprofylaxe met bisfosfonaten of voor een botdichtheidsmeting;
- Adviseer bij betablokkers met een lage dosis te beginnen en deze langzaam te verhogen. Informeer dat het vermijden van betablokkers bij COPD in de meeste gevallen niet nodig is. De voordelen van een cardioselectieve betablokker bij ischaemische hartziekten en hartfalen wegen ruimschoots op tegen een potentieel risico bij patiënten met COPD (zelfs bij ernstig COPD);
- Adviseer terughoudend bij aclidinium, glycopyrronium, indacaterol, olodaterol (langwerkende bronchusverwijders) en roflumilast (fosfodiesterase remmer) totdat meer bekend is over de

lange termijn effecten en veiligheid van deze nieuwe middelen. Houd hierbij rekening met het kostenaspect;

- Informeer arts en patiënt dat zelden ademhalingsproblemen optreden, indien opioïden worden gedoseerd op geleide van de pijn. Opioiden kunnen zeer effectief zijn bij dyspnoe klachten in het eindstadium van COPD;
- Raad behandeling met theofylline - gezien de toxiciteit en het relatief lage effect- niet aan, tenzij therapie met andere bronchusverwijders niet mogelijk of onvoldoende effectief is;
- Ga bij de keuze van een inhalatortype na of deze het meest geschikt is voor de patiënt;
- Streef bij het gelijktijdig gebruik van verschillende inhalatiemiddelen naar uniformiteit in toedieningsvorm en – systeem;
 - Gebruik waar mogelijk uniforme landelijk gedragen protocollen voor inhalatie-instructie;
 - Controleer periodiek de inhalatietechniek bij COPD patiënten die inhalatiemedicatie gebruiken, omdat tijdens chronisch gebruik vaak ongemerkt gebruiksfouten ontstaan.

Bijlage zorgmodule stoppen met roken

Momenteel rookt 23% van de Nederlanders van 15 jaar en ouder. Dit percentage is de afgelopen jaren gedaald. Met het Nationale Preventieakkoord en initiatieven als de Rookvrije Generatie is er veel aandacht voor stoppen met roken. Het streven is dat in 2040 minder dan 5% van de Nederlanders rookt. Naast de enorme gezondheidswinst is het ook nog kosteneffectief. In een huisartsenpraktijk met een actief stoppen met rookbeleid is het aantal rokers dat blijvend stopt ruim 2,5 maal zo hoog als in een controlegroep. Dat wil niet zeggen dat dit ook een grote tijdsinvestering betekent.

Zo kan bijvoorbeeld een kortdurend stopadvies zijn, dit zijn 3 vragen die gesteld kunnen worden:

- Rookt u?
- Hoeveel rookt u?
- Hoelang na het opstaan, rookt u de eerste sigaret?

Hierna volgt een ondubbelzinnig stopadvies dat zo nodig na een jaar herhaald kan worden. 1 op de 40 rokers stopt na een dergelijk advies.

Voorbereiding:

Het is belangrijk om de doelgroep te formuleren. Dit betekent de keus tussen de rokers met aan roken gerelateerde klachten/ziekte of de gehele groep rokers.

Vaak wordt gedacht dat een ongevraagd advies de arts-patiëntrelatie kan schaden maar daar is in gericht onderzoek geen grond voor gevonden.

Ook moet er een beslissing genomen worden over het aantal adviezen (per week). Dit heeft te maken met de tijd die men in de praktijk wil investeren aan het stoppen met roken.

Registratie is van groot belang, zowel om de rokers in kaart te brengen als om de begeleiding te monitoren. Het vastleggen van de stoppen met roken adviezen is van belang, evenals de stopdatum. Gebruik hiervoor de diagnostische lab codes.

Binnen de praktijk kunnen de taken verdeeld worden en is het belangrijk om iedereen gemotiveerd te houden.

Bij de stoppen met rokenbegeleiding is het belangrijk om zeer gestructureerd te werk te gaan om alle mogelijkheden goed te benutten. Doorloop bewust de volgende stappen:

1. VAKINHOUDELIJK HANDELEN:

Als SMR begeleider breng je in kaart welke vragen en problemen je client heeft en wat zijn of haar (on)mogelijkheden zijn. Vervolgens zoek je uit welke SMR begeleiding hier het beste bij past. Je richt het begeleidingsproces in en geeft daar vorm aan in samenwerking met (andere) zorgprofessionals.

Vereisten:

- Kennis hebben van epidemiologie van roken
- Kennis hebben van gezondheidsrisico's van roken en roken gerelateerde klachten en aandoeningen op het hele lichaam
- Kennis hebben van effecten van roken op gezondheid van anderen
- Kennis hebben van toevoeging sigaretten en toxicologie van tabaksrook
- Kennis hebben van verslavingsgedrag t.a.v. roken
- Kennis hebben van korte- en langer termijn ontwenningsverschijnselen als gevolg van SMR
- Kennis hebben van (effecten van) roken van andere (tabaks)producten
- Kennis hebben van bewezen effectieve vormen van (individuele) gedragsmatige ondersteuning en minimaal één vorm beheersen
- Kennis hebben van bewezen effectieve vormen van farmacologische behandeling van tabaksverslaving en SMR (nicotine vervangende middelen en medicatie)
 - Kennis hebben van werking, gebruik, contra-indicaties en bijwerkingen van hulpmiddelen
- Basiskennis hebben van de relatie tussen beperkte gezondheidsvaardigheden/sociaal economische positie en roken

2. COMMUNICATIE

Onderzoek welke informatie je client nodig heeft bij de SMR begeleiding. In de communicatie wordt er rekening gehouden met de culturele achtergrond, taalbeheersing, begripsniveau en draagkracht van patiënt en diens naasten ("communiceer op maat").

Communiceren doe je niet alleen face to face maar zo nodig ook online, je past technologische zorgondersteuning toe en biedt zorg op afstand, bijvoorbeeld e-health.

Vereisten:

- In staat zijn om tijdens intakegesprek de benodigde informatie op te halen die nodig is voor een goede behandeling of eventuele doorverwijzing
- Kennis over epidemiologie, gezondheidsrisico's, effecten van roken op gezondheid van anderen, toevoegingen sigaretten, toxicologie van tabaksrook, verslavingsgedrag, ontwenningverschijnselen, de effecten van andere tabaksproducten en effectieve behandelmethoden op een begrijpelijke manier kunnen overbrengen op de patiënt.
- Een effectieve behandelrelatie met patiënt kunnen opbouwen
- Persoonsgericht communiceren met de patiënt teneinde basale persoonsgerichte zorg te bieden
- Bekend zijn met, en kunnen verwijzen naar relevante en evidence based zorg op afstand (zoals e-health) als eventuele aanvulling op het persoonlijke contact of als verwijzing
- Bevorderen van zelfmanagement (concreet met patiënt komen tot gezamenlijke gedragen probleem definitie en gezamenlijke besluitvorming over het te voeren beleid.

Stappen van de L-MIS:

Stap 1: Rookprofiel:

Hier moeten twee zaken worden vastgesteld:

- | | |
|------------------------|--|
| 1. De stopmotivatie | Heeft u nagedacht over het stoppen met roken?
Op welke termijn wilt u stoppen? |
| 2. De nicotinebehoefte | Rookt u meer dan 10 sigaretten per dag?
Rookt u de eerste sigaret binnen 30 minuten na het opstaan? |

Stap 2: Motivatie:

Het verhogen van de motivatie (indien nodig). De hulpverlener helpt met het verhelderen van de redenen om te stoppen en kan proberen om bestaande overtuigingen om te buigen. Het is belangrijk om geen belerende houding aan te nemen maar met toestemming informatie te geven.

Stap 3: Barrières:

Inventariseer en bespreek de hindernissen en obstakels die de inmiddels gemotiveerde roker verwacht bij het stoppen. Doel is het vertrouwen te vergroten om deze problemen te overwinnen.

Vaak genoemde barrières:

1. Ontwenningverschijnselen
2. Mislukte, eerdere poging (leren van verleden en anticiperen op wat kan komen; bijvoorbeeld door actief bevragen wat ging er toen goed en wat niet, wat was de reden tot terugval en hoe kan je dat voorkomen)
3. Gewichtstoename
4. Stress

Stap 4: Stopafspraak:

Plan deze binnen 2 weken na het laatste consult en maak een controleafspraak kort na de stopdatum. Vijf tips als voorbereiding op het stoppen:

1. Het eigen rookpatroon analyseren (rookdagboek)
2. Nagaan wat de drie belangrijkste sigaretten zijn
3. Deze drie sigaretten uitstellen of zelfs laten staan
4. Tot de stopdatum een ander merk gaan roken
5. Nadenken over het doorbreken van de dagelijkse patronen om de zin in roken te verminderen en afleidingen bedenken voor de moeilijke momenten

Stap 5: Hulpmiddelen:

Informatie over de hulpmiddelen wordt in hetzelfde consult gegeven waarin de stopdatum wordt vastgesteld. Dit kan een farmacologische ondersteuning zijn en/of een gedragsmatige ondersteuning (zie eventueel bijlage).

1. Farmacologische ondersteuning:

- a. Nicotine-ervangende middelen. Deze geven relatief weinig bijwerkingen en zijn bewezen effectief. Daarom is dat een eerste keus behandeling. De pleisters geven een constante bloedspiegel. Belangrijk is dat ze niet te laag gedoseerd worden. Ondanks de contra-indicatie bij hart- en vaatziekten en astma zijn ze veiliger dan sigaretten. Het gebruik wordt in drie maanden afgebouwd. Het gebruik tijdens zwangerschap is veilig gebleken.
- b. Bupropion. Oorspronkelijk ontwikkeld als antidepressivum en blijkt met name de hunkering naar het roken tegen te gaan. Er zijn meer bijwerkingen dan bij de nicotine-ervangende middelen en daarom is het belangrijk om het gebruik te begeleiden met in elk geval twee vervolgsconsulten. De gebruiksduur is zeven tot negen weken.
- c. Nortriptyline. Dit is een antidepressivum dat in de beperkte hoeveelheid onderzoeken vergelijkbaar effectief is met bupropion. Het is niet officieel geregistreerd als hulpmiddel bij het stoppen met roken. De duur van het gebruik is zeven tot twaalf weken.
- d. Varenicline. Dit middel blokkeert de nicotineerge acetylcholinereceptor. Hierdoor is het effect van nicotine op het dopaminesysteem verdwenen. Het is dus met name geïndiceerd bij die patiënten waarbij de nicotineverslaving op de voorgrond staat. Het is effectiever dan de andere middelen maar de bijwerkingen lijken ook sterker, met name op cardiaal en psychiatrisch gebied. De behandelduur is twaalf weken. De behandeling hoeft niet te worden afgebouwd tenzij het risico op terugval naar het roken groot is.

2. Gedragsmatige ondersteuning:

- a. Telefonische coaching. Hierbij wordt de patiënt zes maal met een telefonisch gesprek ondersteund in een periode van zes weken. Deze methode kan ingezet worden om een terugval te voorkomen.
- b. Persoonlijke coaching. Dit is de meest intensieve ondersteuning en komt met name in aanmerking bij:
 - Rokers die meerdere stoppogingen hebben gedaan.
 - Rokers met somatische aandoening waardoor stoppen met roken belangrijk is.
 - Rokers die voor deze vorm van begeleiding kiezen

Ook voor deze begeleiding is aan aanvullende opleiding noodzakelijk. De begeleiding behelst zes gesprekken en er is voor de patiënt een werkboek beschikbaar. Bij de begeleiding wordt gebruik gemaakt van technieken van motiverende gespreksvoering en zelfcontroletechnieken.

Stap 6: Nazorg en follow-up:

Hierbij wordt de patiënt gesteund tijdens de stopfase met als doel terugval te voorkomen. Dit kan met een consult, een telefonisch consult of men kan het initiatief bij de patiënt laten. Belangrijk is om af te spreken dat als de patiënt weer een sigaret rookt hij direct contact opneemt. Verwijzen naar ander Stoppen met Roken aanbod in de regio:

- Indien dit niet voldoende blijkt, verwijst de huisarts naar personal coaching of een groepstraining.
- Specifieke patiëntengroepen waarbij een verwijzing eerder noodzakelijk zal zijn:
 - Zwangeren
 - Patiënten met psychiatrische problematiek
- De GGD heeft een overzicht van het aanbod in de regio op het gebied van SMR.

3. SAMENWERKING

Je probeert je SMR begeleiding altijd zo goed mogelijk af te stemmen met je client en diens naasten en je werkt samen met (andere) professionals uit de zorg en evt andere disciplines. Zorg ervoor dat alle partijen de juiste informatie hebben.

Vereisten:

- Interprofessioneel samenwerken (binnen en buiten de organisatie)
- Kennis hebben van, en toegang hebben tot regionaal aanbod en doorverwijsmogelijkheden (sociale kaart).
- In overleg met de patiënt bespreken wie als regiebehandelaar van et SMR traject fungeert
- Adequaaf kunnen verwijzen of samenwerken met extra aandacht bij:

- Lichamelijke comorbiditeit
- Psychische comorbiditeit en/of verslavingsproblematiek
- Zwangerschap (of wens)
- Benodigde inzet van medicatie

4. KENNIS & WETENSCHAP

Evidence Based Practice (EBP) is van belang (zoeken naar best beschikbare onderbouwing van je handelen). Periodiek deelnemen aan intervisie met andere SMR begeleiders en zorgprofessionals is een optie. Zo werk je continu aan de ontwikkeling van je eigen deskundigheid en die van je collega's.

Vereisten:

- Kritisch verwerken van informatie rondom roken, (alternatieve) tabaksproducten, SMR en behandelmethodes
- Bewust zijn van de wetenschappelijke evidentie die ten grondslag ligt aan de zorgstandaard en richtlijnen omtrent tabaksverslaving en deze als zodanig kunnen toepassen.

Groepstraining op locatie:

Het is mogelijk de groepstraining 'Rookvrij! Ook jij?' door Sinefuma op locatie te laten organiseren. De groepstraining 'Rookvrij! Ook jij?' bestaat uit zeven bijeenkomsten, waarbij deelnemers na de derde bijeenkomst stoppen met roken. De training is opgenomen in het [Kwaliteitsregister Stoppen met Roken](#), gecertificeerd bij het [Loket Gezond Leven](#) en voldoet aan de CBO richtlijnen en de Zorgmodule Stoppen Met Roken. Zie voor meer informatie over de trainingen: www.rookvrijookjij.nl.

Een groepstraining op locatie is mogelijk wanneer u:

- Minimaal 8 personen bijeen krijgt die de cursus willen volgen;
- Een geschikte locatie ter beschikking heeft;

Zorgverleners die hier interesse in hebben kunnen contact opnemen met SineFuma via info@rookvrijookjij.nl of 076 889 519 5.

5. GEZONDHEIDSBEVORDERING EN MAATSCHAPPELIJK HANDELEN

In de maatschappij de aandacht steeds meer van 'zorg en ziekte' naar 'gedrag en gezondheid'. Als SMR begeleider beïnvloedt je de leefstijl en het gezond gedrag van burgers en patiënten en stelt daarbij altijd de wens van de zorgvrager voorop.

Vereisten:

- Bekend zijn met preventieve maatregelen en ontwikkelingen t.a.v. SMR; op de hoogte zijn en blijven van Nederlandse wetgeving, tabaksontmoedigingsbeleid, acties en campagnes (zoals Stoptober, Rookvrije Start).
- Bekend zijn met de activiteiten en invloed van de tabaksindustrie.

6. ORGANISATIE

Waar je ook werkt, je hebt altijd een coördinerende rol. Je beslist over de zorg die je je cliënten verleent, zorgt voor een goede clientveiligheid en geeft leiding bij veranderingen.

Vereisten:

- Zorgt voor een adequate patiëntenadministratie/-dossier dat zo is opgesteld dat het intern en extern overdraagbaar is
- Zorgdragen voor continuïteit van begeleiding in geval van ziekte of afwezigheid.

7. PROFESSIONALITEIT & KWALITEIT

De SMR begeleiding past binnen de geldende wet- en regelgeving.

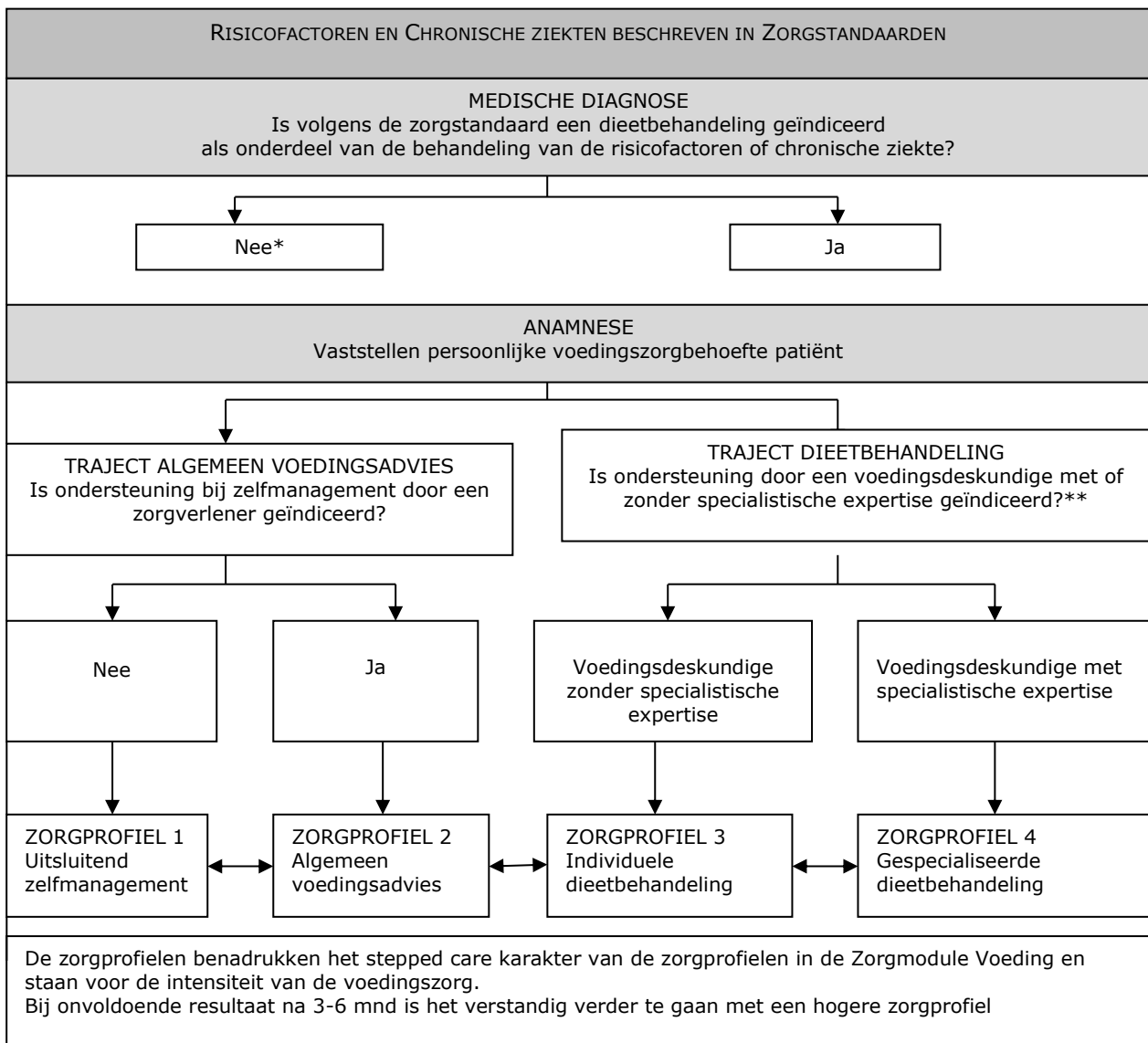
Vereisten:

- Verantwoordelijkheid tonen voor de kwaliteit van het eigen handelen
- Bekend zijn met het vergoedingensysteem van zorgverzekeraars t.a.v. SMR begeleiding.

Bijlage zorgmodule voeding

De link naar de [zorgmodule](#):

Onderstaand het stroomschema en uitwerking van zorgprofielen en competenties.



TOELICHTING STROOMSCHEMA (het stroomschema kan niet zonder toelichting gebruikt worden).

De medische diagnose vormt het uitgangspunt en wordt in de anamnese aangevuld met informatie over de persoonlijke voedingszorgbehoefte. De patiënt en zorgverlener kiezen in samenspraak en op basis van stepped care een geschikt zorgprofiel.

Na verloop van tijd wordt door de zorgverlener die zorg volgens het betreffende profiel levert, op het geplande controlemoment geëvalueerd of het gekozen zorgprofiel tot het gewenste resultaat heeft geleid, en of er nog aanleiding is om de behandeling aan te passen. Op initiatief van deze zorgverlener wordt in overleg met de patiënt én andere zorgverleners besloten over verschuiving van profiel. Indien mogelijk wordt een lager zorgprofiel gekozen. Indien nodig, wordt zorg uit een ander zorgprofiel opgestart. Zorgverleners met verschillende competenties en uit verschillende profielen kunnen ook samenwerken om gepaste zorg te leveren.

*Ook wanneer een dieetbehandeling niet geïndiceerd is, kan voedingsadvies een onderdeel vna de behandeling zijn, afhankelijk van de anamnese op basis van uitsluitend zelfmanagement of geleverd door een zorgverlener uit het multidisciplinair behandelteam.

**Een dieetbehandeling wordt geleverd door een specifiek daartoe opgeleide professional.

ZORGPROFIELEN EN COMPETENTIES ZORGMODULE VOEDING				
	ZORGPROFIEL 1 Uitsluitend Zelfmanagement	ZORGPROFIEL 2 Algemeen Voedingsadvies	ZORGPROFIEL 3 Individuele Dieetbehandeling	ZORGPROFIEL 4 Gespecialiseerde Dieetbehandeling
Indicatie	<p>Geen zorgverleners betrokken op het gebied van voeding</p> <p>Gezond en stabiel gewicht sinds diagnostiek COPD (BMI: 21-25 kg/m² en bij 65+: BMI 22-28 kg/m²) en goede VVMI (♀ ≥ 15 kg/m²; ♂ ≥ 16-17 kg/m²) en geen voedingsprobleem en geen behoefte aan persoonlijke voedingsinfo</p> <p>bij navraag bekend met goede voeding bij COPD</p>	<p>Individuele zorg met algemeen voedingsadvies</p> <p>BMI 21-30 kg/m² bij 65+: 22-28 kg/m² bij oorspronkelijke lengte en stabiel gewicht (maximaal 5-10% gewichtstoename) sinds diagnostiek COPD en goede VVMI (♀ ≥ 15 kg/m²; ♂ ≥ 16-17 kg/m²) en geen co-morbiditeit en niet willen afvallen bij BMI > 25 kg/m² en/of behoefte aan algemene voedingsinformatie</p>	<p>Individuele zorg met dieetbehandeling</p> <p>BMI 21-30 kg/m² bij 65+: 22-28 kg/m² en goede VVMI (♀ ≥ 15 kg/m²; ♂ ≥ 16 kg/m²) en / of willen afvallen en / of willen aankomen en / of aanhoudende voedingsproblemen, onvoldoende inname (let op percentage gewichtsverlies) en / of angst voor gewichtstoename bij stoppen met roken en / of angst voor gewichtstoename bij corticosteroïdgebruik</p>	<p>Individuele zorg met gespecialiseerde dieetbehandeling</p> <p>BMI ≤ 21 kg/m² bij 65+ ≤ 22 kg/m² of BMI ≥ 30 kg/m² en/of te lage VVMI (♀ < 15 kg/m²; ♂ < 16-17 kg/m²) of dalende VVMI en/of onbedoeld gewichtsverlies (5% in 3 maanden of 10% in 6 maanden) en / of meervoudige diagnoses en / of aanhoudende voedingsproblemen en / of problemen met voeding in relatie tot acceptatieproblemen die leiden tot verslechtering van de voedingstoestand en / of een hoge ziektelast en / of uitbehandeld in tweede lijn en/of opstarten van individueel beweegprogramma en / of bij uitblijven van resultaat bij module 2-3</p>

Inhoud zorgprofiel	<p>Patiënt gaat zelf aan de slag met de leefstijl, nadat hij door de zorgverlener op nut en noodzaak tot aanpassen leefstijl is gewezen. Relevante informatie en begeleiding door online hulpprogramma's</p> <p>Materiaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brochure: voeding bij COPD - Site: www.voedingscentrum.nl - Site: www.longfonds.nl 	<p>Zorgverlener geeft algemeen voedingsadvies en richt zich op het bewust maken van de aanwezige gezondheidsrisico's, het leggen van de relatie leefstijl/ziekte en indien nodig het creëren van motivatie voor leefstijlverandering.</p> <p>actie zorgverlener:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wegen ter controle van ongewenst gewichtstoename of gewichtstoename en zo mogelijk VVMI bepalen - Algemene leefstijl adviezen - Voldoet voeding aan Richtlijnen Gezonde Voeding bij COPD: middels intakelijst - Voorkomen ongewenst gewichtsverlies / verlies van spiermassa: info uit brochure voeding bij COPD - Aandacht voor gewichtsbehoud bij aanvang beweegprogramma's - Aandacht voor gewichtsbehoud bij stoppen met roken <p>Materiaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brochure voeding bij COPD - Site: www.voedingscentrum.nl - Site: www.longfonds.nl - Screeningslijst intake 	<p>Zorgverlener geeft dieetbehandeling gericht op het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen en participatieproblemen, conform richtlijn indien aanwezig.</p> <p>Behandeling:</p> <p>Individueel aangepast dieetadvies</p> <ul style="list-style-type: none"> - voldoet voeding aan Richtlijnen Goede Voeding bij COPD - langzame gewichtsreductie met behoud van spiermassa - toename van spiermassa bij toename van gewicht - aanpassing aan voedingsproblemen <p>Materiaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - brochure: eiwitrijke voeding - brochure: eiwit- en energierijke voeding - brochure: eiwitrijke voeding bij overgewicht - brochure: drinkvoeding - brochure: COPD en overgewicht - persoonlijk dieetadvies, overeenkomstig individuele behoefte 	<p>Zorgverlener geeft gespecialiseerde dieetbehandeling gericht op het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen en participatieproblemen, conform richtlijn indien aanwezig.</p> <p>Behandeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - individueel aangepast dieetadvies - voldoet voeding aan Richtlijnen Goede Voeding bij COPD - langzame gewichtsreductie met behoud van spiermassa - toename van spiermassa bij toename van gewicht - aanpassing aan voedingsproblemen - noodzakelijk multidisciplinaire behandeling <p>Materiaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - brochure: eiwitrijke voeding - brochure: COPD en overgewicht - persoonlijk dieetadvies, overeenkomstig individuele behoefte
--------------------	--	--	--	--

Competenties	<p>Hier zijn geen zorgverleners betrokken op het gebied van voeding. De inhoud van de zelfstandig te volgen programma's of interventies waar de patiënt op gewezen wordt, dienen gebaseerd te zijn op de Richtlijnen goede voeding en goedgekeurd te zijn door relevante beroepsgroepen, onder andere op het gebied van voeding en diëtetiek.</p>	<p>In dit profiel wordt het voedingsadvies, dat gebaseerd is op de Richtlijnen goede voeding, geleverd door zorgverleners met kennis op het gebied van gezonde voeding en de relatie met (een hoog risico op) chronische ziekten.</p>	<p>Zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, zoals omschreven in artikel 34 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, geleverd door een (minimaal) HBO opgeleide voedingsdeskundige, deskundig op voeding en gedrag in relatie tot ziekte en gezondheid, en ingeschreven als Kwaliteit geregistreerde in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).</p>	<p>Zorg zoals diëtisten met voor betreffende ziekte specialistische expertise die plegen te bieden, aansluitend op artikel 34 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, geleverd door een (minimaal) HBO opgeleide voedingskundige, deskundig op voeding en gedrag in relatie tot ziekte en gezondheid, en ingeschreven als Kwaliteit geregistreerde in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).</p> <p>❖ Competentie gespecialiseerd diëtist:</p> <p>Vermeld op site longfonds</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recente bijscholing COPD (MINT of Post HBO-pit actief) - Multidisciplinaire samenwerkingsafspraken - Gebruik van kwaliteitsindicatoren - Neemt actief deel aan intervisie - Neemt actief deel aan een (diëtisten)netwerk van COPD
--------------	---	---	--	--

Bijlage kwaliteitsindicatoren

Het is aan te raden om bij het uitvoeren van het zorgprogramma transparantie over de uitgevoerde zorg te bieden middels het registreren van de kwaliteitsindicatoren COPD bij volwassenen. De werkgroep heeft hiervoor een selectie gemaakt uit het document "Overzicht en definitie van indicatoren voor COPD in de huisartsenzorg" van het NHG. Uiteraard staat het een samenwerkingsverband vrij om een keuze te maken uit de genoemde kwaliteitsindicatoren of een eigen selectie te maken uit het genoemde [NHG-document](#).

Nr.	status	omschrijving	type	opmerking
1		% patiënten met een leeftijd ouder dan 40 jaar (> 40) en bekend met COPD (eerste en tweede lijn) in de praktijkpopulatie aan het einde van de rapportageperiode.	structuur	
3		% patiënten met een leeftijd ouder dan 40 jaar (> 40) en bekend met COPD, die in de eerste lijn worden behandeld (definitie: huisarts is hoofdbehandelaar voor 12 maanden of meer) én minimaal 12 maanden zijn ingeschreven in de praktijkpopulatie aan het einde van de rapportageperiode.	structuur	
4		% patiënten van wie het rookgedrag bekend is.	Proces	
5		% patiënten die roken in de groep patiënten waarvan het rookgedrag bekend is.	Uitkomst	Noemer voor volgende indicator
6		% patiënten met een advies om te stoppen met roken in de afgelopen 12 maanden in de groep patiënten die roken.	proces	subgroep
7		% patiënten bij wie de Body Mass Index berekend is in de afgelopen 12 maanden.	proces	
8		% patiënten waarbij inhalatietechniek is gecontroleerd in de afgelopen 12 maanden	Proces	
10		% patiënten die vaccinatie tegen influenza hebben gehad de voorafgaande 12 maanden.	Proces	
11		% van de patiënten waarbij het functioneren van de patiënt volgens een gestructureerde methode is vastgelegd de afgelopen 12 maanden (volgens CCQ of RIQ-MON10 of MRC)	Proces	
12		% patiënten waarbij de mate van beweging is gecontroleerd in de voorafgaande 12 maanden.	Proces	
14		% patiënten waarbij zich in de afgelopen 12 maanden 2 of meer (nieuwe) longaanvallen hebben voorgedaan.	Uitkomst	

Bijlage intake astma en/of COPD: anamneselijst

Klachten

- Kortademigheid nee/ja
- Piepende ademhaling nee/ja
- Chronisch hoesten (> 3 maanden) nee/ja
- Productieve (ochtend)hoest nee/ja
- Frequentie kortademigheid en/of piepen onduidelijk / ≤ 2x pw / > 2x pw / dagelijks
- Zijn er periodes zonder klachten? nee/ja
- Nachtelijke klachten nee/ja
- Zijn er problemen om het slijm weg te hoesten? nee/ja
- Pijn op de borst nee/ja
- Hartkloppingen nee/ja

Allergie en aspecifieke hyperreactiviteit

- Met welke allergenen en/of aspecifieke prikkels komt de patiënt in aanraking:
- Huisdieren nee/ja
 - Vochtig en/of stoffig huis nee/ja
 - Tabaksrook
 - Andere prikkels
- Door welke allergenen of aspecifieke prikkels krijgt de patiënt last van kortademigheid, piepen of hoesten?
- Stoffige of vochtige omgeving nee/ja
 - In voorjaar of zomer (hooikoorts) nee/ja
 - Contact met dieren nee/ja
 - Tabaksrook nee/ja
 - Andere aspecifieke prikkels (koude lucht, mist, baklucht, verflucht, parfum, enzovoort) nee/ja
- Niezen, loopneus, jeuk in de neus of ogen of hardnekkig verstopte neus nee/ja
-

Beroep

- Op het werk meer klachten? nee/ja
- Gevolgen van klachten voor het werk

Roken

- Roken Ja/voorheen/nooit
- Aantal per dag
- Aantal jaren gerookt

Gewicht

- Is er ongewenst gewichtsverlies? nee/ja

Psychosociaal

- Angst voor kortademigheid nee/ja
- Voelt zich angstig nee/ja
- Maakt zich zorgen nee/ja
- Somber of depressief nee/ja
- Verlies van interesse en plezier nee/ja
- Sociale situatie

Voorgeschiedenis

- Astma in de voorgeschiedenis (VG) onduidelijk/nee/ja

Frequente luchtweginfecties of periodes met bronchitis of hoesten	onduidelijk/nee/ja
Atopische aandoeningen in de VG:	
constitutioneel eczeem	onduidelijk/nee/ja
hooikoorts/allergische rhinitis	onduidelijk/nee/ja
Klachten uitgelokt door medicatie (bijvoorbeeld aspirine, NSAID's, bètablokkers, ACE-remmers)	onduidelijk/nee/ja
Eerdere luchtwegmedicatie	nee/ja
Effect?

Familie

Longaandoeningen in eerstegraads familie	onduidelijk/nee/ja
Atopische aandoeningen bij eerstegraads familie	onduidelijk/nee/ja

Tabel 5 Criteria voor afwijkingen op de subdomeinen van de ziektelast COPD

Subdomein	Afwijkend indien
Klachten, hinder en beperkingen	MRC \geq 3 of CCQ \geq 2*
Longaanvallen	\geq 2 longaanvallen per jaar behandeld met orale corticosteroiden of \geq 1 ziekenhuisopname wegens COPD
Voedingstoestand	Ongewenst gewichtsverlies $>$ 5%/maand of $>$ 10%/6 maanden of verminderde voedingstoestand (BMI $<$ 21 kg/m ²) zonder andere verklaring
Longfunctie [†]	FEV ₁ na bronchusverwijding $<$ 50% van voorspeld of $<$ 1,5 l absoluut Of progressief longfunctieverlies (bijvoorbeeld \downarrow FEV ₁ $>$ 150 ml per jaar) gedurende \geq 3 jaar (\geq 3 metingen)
Ziektelast	
Lichte ziektelast	Geen van de subdomeinen afwijkend
Verhoogde ziektelast	\geq 1 subdomein afwijkend
MRC = Medical Research Council dyspneuschaal (schaalbereik 1-5); CCQ = Clinical COPD Questionnaire (schaalbereik 0-6)	

Diagnose	Ziektelast	Roken	Spirometrie frequentie
COPD	Licht	Ja	1x per 3 jaar
		Nee	Geen spirometrie nodig
		Gestopt	Geen spirometrie nodig
	Verhoogd	Ja	Jaarlijks
		Nee	1x per 3 jaar
		Gestopt	1x per 3 jaar