

Instructiekaart COPD

Protocollen, richtlijnen en hulpmiddelen

- COPD protocol
- No show beleid
- Inhoud Instructiekoffer longmedicatie
- Longaanvalactieplan
- VIP handleiding zorgactiviteit opvoeren

Inclusiecriteria

- Diagnose COPD gesteld conform NHG standaard
- Diagnose mengbeeld Astma-COPD waarbij COPD leidend is.
- ICPC code R95 (COPD)
- Huisarts is hoofdbehandelaar
- > 40 jaar
- Relevante rookhistorie (> 10 jaar) of andere relevantie expositie
- Blijvende FEV1/FVC -ratio < -1,64 na gestandaardiseerde bronchusverwijder
- Patiënt is akkoord met deelname aan ketenzorgprogramma COPD

Let op! Registreer hoofdbehandelaar en deelname ketenzorg in het HIS

Exclusiecriteria

- Geen geregelde zorg op initiatief huisarts of patiënt
- Hoofdbehandelaar specialist
- Astma-COPD mengbeeld waarbij astma leidend is bij niet rokende patiënt -> astma-keten

Let op! Indien patiënt (tijdelijk) onder behandeling is in de tweedelij en/of opgenomen is in een verpleeghuis dient de behandeling gestaakt te worden binnen de keten.

Extra inventarisatie bij intake nieuwe COPD patiënt

- Start met scharnierconsult
- Bespreek het COPD programma met de patiënt
- Expliciet aandacht voor het delen van gegevens met andere behandelaars in de keten.
- Toestemming vragen (informed consent)
- Breng ziektelast in kaart aan de hand van 4 subdomeinen
- Maak en registreer IZP

Elementen begeleiding COPD patiënten

- Diagnostiek (buiten de keten)
- Instellen beleid (scharnierconsult)
- Stabiele fase
- Longaanval management
- Stoppen met roken
- Beweging optimaliseren

Minimale handelingen bij een jaarcontrole

- Inventariseer klachten en vragen van patiënt
- Evalueer de 4 subdomeinen van de ziektelast bij COPD: klachten en beperkingen, longaanvallen, voedingstoestand en mate van luchtwegobstructie.
- Neem zo nodig een spirometrie af (zie tabel Monitoring COPD na de diagnostische fase)
- Bespreek de uitkomsten van de CCQ en MRC/ Ziektelastmeter, bij mengbeeld astma-COPD ook de ACQ
- Meet lengte en gewicht, informeer naar voedingstoestand
- Evalueer het inspanningsvermogen met extra aandacht voor voldoende beweging
- Informeer naar roken, indien roker advies stop roken geven en zo nodig aanbieden extra begeleiding
- Inventariseer longaanvallen (aantal, ernst en duur)
- Eventueel auscultatie van de longen
- Evalueer medicatiebeleid, belang inhaleren conform recept/ therapietrouw, inhaleren trainen m.b.v. incheck-DIAL en kennis medicatie checken (www.inhalatorgebruik.nl)
- Evalueer individueel zorgplan waarbij aandacht voor zelfmanagement
- Bespreek de griepvaccinatie en voeg eventueel een griepruiter toe
- Ondersteuning van IZP door verwijzing naar: diëtiste, fysiotherapeut en/of SMR
- Registreer een jaarcontrole

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 corticosteroïden 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

*<https://www.cahag.nl/praktijkvoering/screeningsinstrumenten>

† Gebruik voor het bepalen van de ziektelast de laatste spirometrie-uitslag

Monitoring COPD na de diagnostische fase		
Patiënten	Monitoring	Spirometrie**
Lichte ziektelast [†] , zonder klachten en niet (meer) roken	Jaarlijks controle	Geen spirometrie noodzakelijk
Lichte ziektelast, met klachten of roken	Jaarlijks controle	1x 3 jaar spirometrie onder eigen med.
Verhoogde ziektelast [†] rokers	Minstens 2x per jaar	Jaarlijks onder eigen med.
Verhoogde ziektelast [†] ex-rokers	Minstens 2x per jaar	1 x per 3 jaar onder eigen med.

[†]Voor ziektelast, bij afwezigheid van jaarlijkse spirometrie kan uitgegaan worden van de laatst gemeten waarden.

** Spirometrie met gestandaardiseerde bronchusverwijding geïndiceerd bij: discrepantie tussen klachten en spirometrie-uitslagen, twijfel over de eerder gestelde diagnose of gereede twijfel over gebruik van de eigen luchtwegmedicatie

Advies nadere analyse bij onvoldoende bereiken van de behandeldoelen

- Twijfel aan de diagnose en bij het niet bereiken van behandeldoelen, twijfel tussen COPD en hartfalen
- Snel progressief beloop; toename dyspnoe, afname inspanningsvermogen, daling FEV1 > 150 ml pj (≥ 3 jaar), FEV1 \cdot 50% van voorspeld en SaO2 in rust < 90%, FEV1 < 50% van voorspeld of FEV1 < 1,5 l
- COPD \leq 50 jaar
- Blijvende verhoogde ziektelast, blijvende klachten en beperkingen (CCQ ≥ 2 , MRC ≥ 3 ondanks optimale behandeling,
- Verminderde voedingstoestand als dit het gevolg lijkt van COPD Zie hiervoor tabel voedingstoestand
- ≥ 2 longaanvallen per jaar waarvoor de patiënt werd behandeld met orale corticosteroïden, ondanks duo- of tripletherapie
- FEV1 < 50% van voorspeld of < 1,5 liter ondanks optimale behandeling
- Complexe comorbiditeit of problemen op meerdere subdomeinen (longrevalidatie)
- Werkgerelateerde problemen; dan ook verwijzing naar de bedrijfsarts
- Psychosociale problemen of problemen met het omgaan met de ziekte (ook naar poh ggz)

Voedingstoestand

Voeding en bewegen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

- Bespreek het belang van een gezonde leefstijl en gezond gewicht.
- Leg uit dat fors overgewicht de klachten kan verergeren.
- COPD kan leiden tot gewichtsverlies als gevolg van metabole en systemische veranderingen.
- Onbedoeld gewichtsverlies bij COPD is ernstig; het wijst op een ernstige fysiologische stoornis.
- Overweeg patiënten met COPD bij verminderde voedingstoestand (BMI < 21 kg/m²) of ongewenst gewichtsverlies (> 5% in 1 maand of > 10% in 6 maanden) te verwijzen naar de longarts voor verdere analyse en een behandeladvies.
- Overweeg tegelijkertijd alvast verwijzing naar een diëtist.
- Overweeg patiënten met overgewicht te verwijzen naar een diëtist (onder andere bij gewichtstoename na stoppen met roken).

Verwijscriteria diëtist (binnen de keten)

- Gewichtsverlies: 5% in 1 maand en/of 10% in 6 maanden
- Ondergewicht (BMI \leq 21) of overgewicht
- Voedingsadvies

Verwijscriteria fysiotherapeut (binnen de keten)

- Bij Gold II-IV afhankelijk van MRC, aantal longaanvallen en CAT score: 5-70 behandelingen per jaar vergoed vanuit de basisverzekering
- Verhoogde ziektelast met name CCQ ≥ 2
- patiënten waarbij fysieke activiteit en/of capaciteit verminderd zijn door bijvoorbeeld (angst voor) kortademigheid of slijmvorming.
- Geef bij verwijzing informatie mee: FEV1, MRC en CCQ-scores, aantal longaanvallen

Ketenzorgprogramma

- Zorg in de huisartsenpraktijk door POH en huisarts
- Diëtiste
- Fysiotherapeut
- Stoppen met roken begeleiding door POH
- Consultatie kaderarts
- Consultatie longfunctieanalist
- Consultatie apotheker: via VIP mbt voortgang gebruik device/inhalatietechniek.

Proces Indicatoren

- Functioneren MRC en CCQ
- Controle inhalatie techniek
- Ziektelast
- BMI en ongewenst gewichtsverlies
- Rookgedrag en SMR advies
- Bewegen volgens de norm
- Spirometrie < 3 jaar
- Aantal longaanvallen geregistreerd

Declareren spirometrie en SMR

Spirometrie of stoppen met roken consult (SMR) dat binnen de ketenzorg valt, kan gedeclareerd worden als zorgactiviteit in VIP. Dit kan via [patiënt opzoeken - acties - voeg zorgactiviteit toe]. De handleiding staat op onze website in VIPLive

Spirometrie uitbesteden

Indien spirometrie uitbesteed is aan Star-shl, geef in KOMPAS de juiste frequentie van oproep aan.