

**Zorgprogramma
1^e lijns keten-DBC
Astma/COPD**



Inhoud

1. Inleiding	3
Doel	3
Leeswijzer	3
2. Diagnostische fase: definities en uitgangspunten, diagnostiek en in- en exclusie	5
2.1 Definitie en uitgangspunten Astma	5
2.2 Definitie en uitgangspunten COPD	6
2.3 Diagnostiek	6
2.4 In- en exclusiecriteria	7
2.4.1 Inclusie Astma	8
2.4.2 Inclusie COPD	8
2.4.3 Dubbeldiagnose	8
2.4.4 Exclusiecriteria Astma	8
2.4.5 Exclusiecriteria COPD	9
3. Intake (scharnierconsult)	10
4. Instelfase	12
4.1 Persoonsgerichte zorg	12
4.1.1 Algemeen	12
4.1.2 Individueel zorgplan	13
4.1.3 Zelfmanagement	14
4.1.4 Voorlichting en advies (patiëntinformatie)	14
4.2 Leefstijl-advisering op maat	15
4.2.1 Zorgmodule stoppen met roken	15
4.2.2 Zorgmodule Voeding en gewicht (inclusief beperken alcoholgebruik)	15
4.2.3 Zorgmodule bewegen	16
4.2.4 Psychische problemen (angst, depressie)	16
4.3 Medicamenteus beleid	17
4.3.1 Astma	17
4.3.2 COPD	17
5. Stabiele fase	18
5.1 Periodieke Controle Astma	18
5.2 Periodieke controle COPD	20
5.3 Exacerbaties/longaanval	20
5.4 Comorbiditeit	21
5.5. Palliatieve zorg	21
6. Verwijscriteria	22
6.1 Verwijzing naar 1e-lijns ketenpartners	22
6.1.1 Diëtist	22
6.1.2 Fysiotherapeut	23
6.2 Verwijzing naar 2^e lijns ketenpartners	24
6.2.1 Longarts	24

1. Inleiding

In dit document is de inhoud van het zorgprogramma Astma/COPD van Ketenzorg Friesland vastgelegd. In het zorgprogramma vindt u het zorgprotocol voor de huisartsenpraktijk en een overzicht van de verwijsmogelijkheden en -criteria, inclusief het wisselprotocol. Het zorgprogramma is onderdeel van het Digitale Handboek Astma/COPD van Ketenzorg Friesland, met daarin alle relevante documenten (werkinstructies, handleidingen etc.) die betrekking hebben op de zorgverlening binnen de keten Astma/COPD. Het handboek is in de meest actuele versie te allen tijde raadpleegbaar op de website van Ketenzorg Friesland.

In de zorgprogramma's Astma/COPD is de huisarts de hoofdbehandelaar en regievoerder over het (keten-)zorgproces, hij¹ is medisch eindverantwoordelijk voor de behandeling. De hoofdbehandelaar stelt de behandeling vast in samenspraak met de patiënt en zijn² cliëntsysteem, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens verantwoordelijkheid. Samen met de patiënt wordt een individueel zorgbehandelplan opgesteld en de uitvoering daarvan bewaakt. Waar nodig wordt verwezen naar ketenpartners die, onder regie van de hoofdbehandelaar, specifieke zorgtaken op zich nemen.

De inhoud van de keten-DBC Astma is gebaseerd op de Zorgstandaard Astma van de Long Alliantie Nederland (LAN) en de NHG standaard Astma (maart 2015). De inhoud van de keten-DBC COPD is gebaseerd op de Zorgstandaard COPD van de Long Alliantie Nederland (LAN) en de NHG standaard COPD (maart 2015). Beide keten-DBC's zijn afgeleid van de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) bij chronische medicatie bij Astma/COPD. Het boek Protocolair Astma/COPD-zorg editie 2015 van M. Verschuur-Veltman, J.K.W. de Boer en P.J. Honkoop maakt onderdeel uit van het handboek. Voor verdieping zal naar deze uitgaven worden verwezen.

Doel

Dit zorgprogramma is bestemd voor bij Ketenzorg Friesland aangesloten huisartsen, praktijkondersteuners en ketenpartners die multidisciplinaire zorg verlenen aan patiënten die op basis van de inclusie- en exclusiecriteria opgenomen worden in de eerstelijns keten-DBC's Astma of COPD. Het doel van dit zorgprogramma is drieledig:

- het is een praktische handleiding;
- het is een uitwerking van de overeenkomst Astma en COPD, die huisartsen en ketenpartners met Ketenzorg Friesland hebben gesloten;
- het bevat geformaliseerde samenwerkingsafspraken met alle betrokken ketenpartners.

Leeswijzer

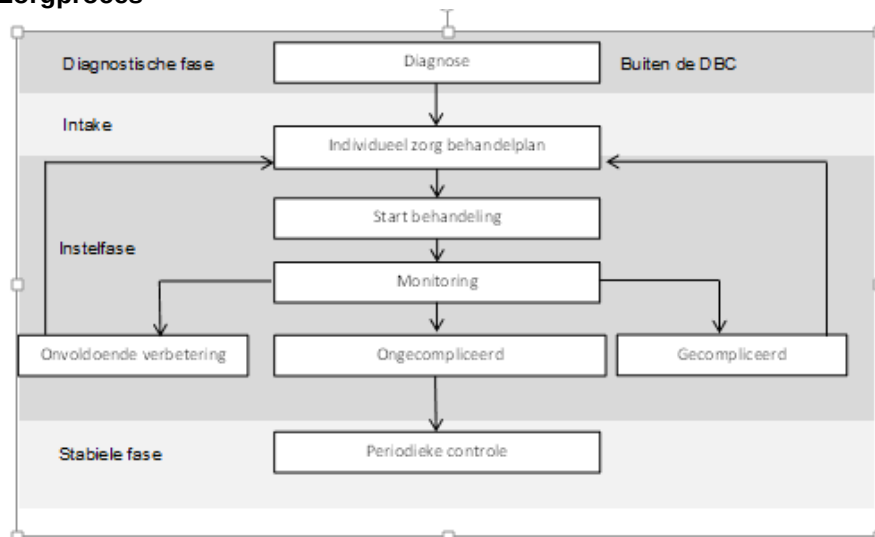
Het zorgprogramma is opgebouwd conform de fasen van het zorgproces (zie schema volgende pagina). De diagnostische fase valt buiten de DBC, maar wordt wel beschreven in het zorgprogramma, vanwege het belang voor inclusie in de keten. De patiënt kan om verschillende redenen (zoals onvoldoende verbetering of een gecompliceerd beloop) verwezen worden naar een ketenpartner, deels binnen en deels buiten de keten.

In hoofdstuk 2 worden de diagnostische fase en inclusie- en exclusiecriteria beschreven, hoofdstuk 3 beschrijft de intake, hoofdstuk 4 de instelfase en hoofdstuk 5 gaat in op de stabiele behandelfase. De verwijsmogelijkheden en -criteria zijn beschreven in hoofdstuk 6. Verspreid in het zorgprogramma zijn kaders opgenomen met verwijzingen naar actuele onderzoeken en inzichten uit de literatuur. Deze zijn ter kennisname.

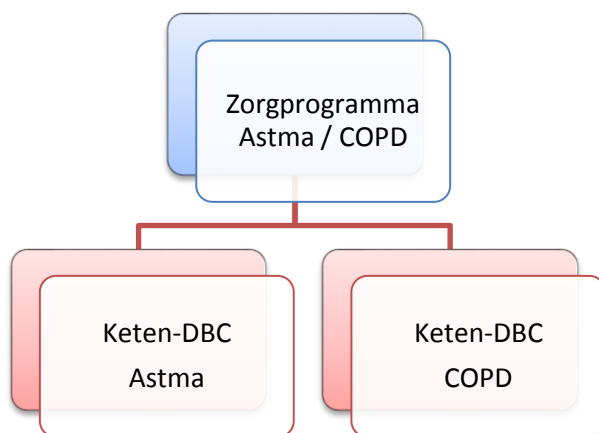
¹ Voor hij kan ook zij gelezen worden

² Voor zijn kan ook haar gelezen worden.

Zorgproces



Dit zorgprotocol is bedoeld voor alle huisartsen en praktijkondersteuners die ketenzorg Astma en/of COPD aanbieden. Indien één van de twee zorgprogramma's niet wordt aangeboden, kunnen de specifieke aandachtspunten voor het niet-aangeboden zorgprogramma overgeslagen worden.

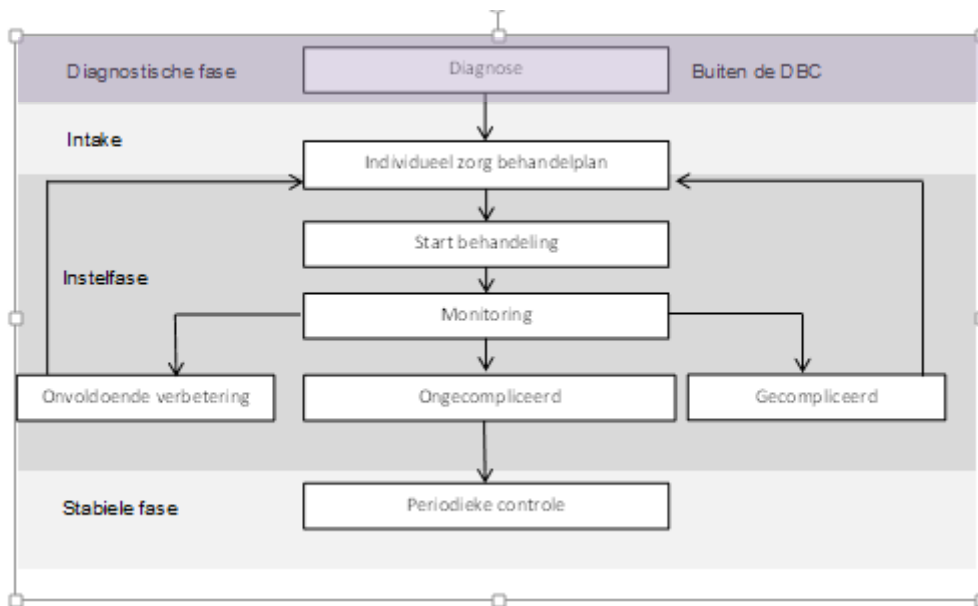


Vanuit de inhoudsopgave is direct doorklikken naar de gewenste paragraaf mogelijk. Aan het einde van een paragraaf vindt u de voor dit gedeelte relevante links.

Relevante links

- [Voorwaarden-voor-aanmelden](#)
- [NHG-Standaard Astma bij volwassenen, samenvatting](#)
- [NHG-Standaard Astma bij volwassenen, volledig](#)
- [NHG-Standaard COPD, samenvatting](#)
- [NHG-Standaard COPD, volledig](#)
- [Zorgstandaard Astma Volwassenen.pdf](#)
- [Zorgstandaard COPD.pdf](#)
- [NHG-Protocollaire astma/COPD-zorg](#)

2. Diagnostische fase: definities en uitgangspunten, diagnostiek en in- en exclusie



De diagnostische fase valt niet binnen de keten-DBC Astma en de keten-DBC COPD, maar is wel essentieel voor het tijdig en juist includeren van Astma/COPD-patiënten in het zorgprogramma.

Bij de start van het zorgprogramma Astma/COPD worden grofweg twee groepen onderscheiden: 'bekende' patiënten en 'nieuwe' patiënten. De groep 'bekende' patiënten is de groep van wie al bekend is dat ze astma of COPD hebben. 'Nieuwe' patiënten zijn de patiënten die gevonden worden via case finding tijdens het spreekuur of door een vorm van systematische opsporing.

2.1 Definitie en uitgangspunten Astma

Bij astma is er sprake van een chronische ontstekingsreactie van de luchtwegen die samengaat met de neiging van het luchtwegsysteem sneller en heftiger te reageren op luchtweg vernauwende allergische - en niet-allergische prikkels. Er is sprake van toegenomen luchtweggevoeligheid (bronchiale hyperreactiviteit). Dit resulteert bij patiënten in aanvalsgewijze klachten, zoals kortademigheid, benauwdheid, piepende ademhaling en (nachtelijk) hoesten. De luchtwegvernauwing is veelal reversibel, hetzij spontaan, hetzij onder invloed van medicatie³.

De diagnose astma wordt gesteld bij patiënten die periodiek klachten hebben van dyspneu en expiratoir piepen al dan niet met hoesten. Reversibiliteit na bronchusverwijding bij spirometrie ondersteunt de diagnose.

Een allergische oorzaak is aannemelijk bij patiënten met astma met een positieve test op inhalatieallergenen of bij patiënten die daarnaast klachten hebben van allergische rhinitis.

Astma begint meestal op de jonge kinderleeftijd maar kan ook op oudere leeftijd voor het eerst optreden.

Relevante links

- [NHG Pathofysiologie en etiologie Astma](#)
- [Zorgstandaard Astma Volwassenen.pdf](#)

³ Zorgstandaard Astma bij Volwassenen, LAN 2012

2.2 Definitie en uitgangspunten COPD

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronisch obstructief longlijden, ofwel COPD), is een verzamelnaam voor longaandoeningen, gekenmerkt door een niet (geheel) reversibele luchtwegobstructie. De obstructie is doorgaans progressief en wordt geassocieerd met een abnormale inflammatoire reactie van de longen op schadelijke prikkels (vooral roken en fijnstofdeeltjes). Naast longklachten veroorzaakt COPD bij een aantal patiënten ook systemische afwijkingen zoals een verminderde spiermassa, gewichtsverlies en soms zelfs pulmonale hypertensie. Genezing van COPD is niet mogelijk, maar de ziektelast kan wel verminderd worden en de progressie van de klachten is af te remmen. Toch ervaren mensen met COPD vaak een zware en in de tijd steeds toenemende ziektelast, waaronder ook vermoeidheid en bijvoorbeeld depressiviteit.

Een longaanval van COPD is een verslechtering van de conditie van de patiënt binnen één of enkele dagen, die wordt gekenmerkt door een toename van dyspneu en hoesten – al of niet met slijm opgeven – die groter is dan de normale dag-tot-dag variabiliteit.

Bij patiënten ouder dan 40 jaar stelt de huisarts de diagnose COPD bij klachten van dyspneu en/of hoesten, al of niet met slijm opgeven, in combinatie met een relevante rookhistorie (> 20 jaar roken of > 15 pakjaren), én een afwijkende FEV₁/FVC-ratio na gestandaardiseerde bronchusverwijding.

COPD louter op basis van andere risicofactoren zoals chronische blootstelling aan fijnstof of aan andere stoffen in arbeidsomstandigheden komt zelden voor, al veranderen de meningen hier geleidelijk wel over. Hiervoor is verwijzing naar de longarts aangewezen, en naar de bedrijfsarts als het arbeidsomstandigheden betreft. Bij allochtonen zoals vluchtelingen kan blootstelling aan fijnstof, zoals biomassarook zeker een rol spelen. Bij deze groep komt COPD daarom ook wel op jongere leeftijd voor.

Bij autochtone patiënten jonger dan 40 jaar komt COPD zelden voor. Het is bijvoorbeeld mogelijk bij alfa-1-antitrypsinedeficiëntie of bij misbruik van (hard)drugs per inhalatie; hiervoor is verwijzing naar de longarts aangewezen.

Hartfalen is een bekende comorbiditeit bij COPD, mede door veroudering en gemeenschappelijke risicofactoren (roken, vermoeidheid en weinig bewegen). Hartfalen komt voor bij 25-30% van de mensen boven de 65 jaar met COPD. Andersom is de prevalentie van COPD bij patiënten met hartfalen 20-30%. Onderscheid tussen hartfalen en COPD wordt ook bemoeilijkt door de overlap van klachten zoals kortademigheid en verminderde inspanningstolerantie. Wanneer er twijfel bestaat tussen hartfalen en COPD, zal nadere diagnostiek aangewezen zijn.

Relevante links

- [NHG Pathofysiologie COPD](#)

2.3 Diagnostiek

Bij de patiënten waar een luchtwegaandoening wordt vermoed is het doel van deze fase om de diagnose astma of COPD te stellen. Dit wordt gedaan op grond van gestructureerde anamnese, lichamelijk onderzoek, zo nodig aanvullend onderzoek en longfunctieonderzoek.

(bij verdenking van) Astma of COPD
• Anamnese
• Beschikbare vragenlijsten ✓ ACQ, eventueel aangevuld met CARAT (ACQ vragenlijst, CARAT vragenlijst) ✓ CCQ (CCQ vragenlijst) ✓ MRC (MRC score)
• Bepalen rookgedrag en motivatie stoppen met roken
• Beweeggedrag inventariseren (overweeg fysiotherapeut). (Indicatie voor paramedische zorg)
• Voedingsgedrag inventariseren + BMI bepalen (overweeg diëtist). (protocol BMI bepalen)
• Relatie werk, hobby, omgeving en ziekte inventariseren
• Comorbiditeit nagaan
• Longfunctieonderzoek (longfunctie) beoordelingsformulier longfunctie
• Bij langdurig hoesten x-thorax (thorax)
• Allergietest (alleen bij Astma) (protocol huidpriktest) (phadiatop)

Bij twijfel over de diagnose is consultering van de longarts voorafgaand aan inclusie in de keten noodzakelijk. Zie hiervoor ook het wisselprotocol. Het is voor de longarts van belang een totaalbeeld van de patiënt te krijgen.

Relevante links

- [NHG Richtlijn diagnostiek astma](#)
- [NHG Richtlijn diagnostiek COPD](#)
- [Wisselprotocol Astma/COPD](#)

2.4 In- en exclusiecriteria

Voor de in- en exclusie van patiënten hanteert Ketenzorg Friesland de meest recente aandoeningsspecifieke set in- en exclusiecriteria van InEen.

Opname in de keten-DBC Astma of de keten-DBC COPD is alleen mogelijk nadat diagnostiek (conform NHG standaard Astma/COPD) heeft plaatsgevonden aan de hand van:

- Anamnese;
- Vragenlijsten (ACQ, ACT, CCQ en/of MRC);
- Longfunctieonderzoek.

De patiënt kan alleen geïnccludeerd worden in de keten-DBC als hij expliciet toestemming geeft voor het delen van medische gegevens met ketenpartners in het kader van de behandeling. Deze toestemming wordt vastgelegd in het Ketenzorg Informatiesysteem. Daarnaast wordt aan de hand van de verplichte NHG-labcode 'Deelname ketenzorgprogramma' expliciet aangegeven dat de patiënt deelneemt aan ketenzorg en in de keten-DBC is geïnccludeerd. Deze labcode draagt bij aan goede registratie van geïnccludeerde en geëxcludeerde patiënten.

Wanneer patiënten wel in aanmerking komen voor ketenzorg, maar om bepaalde redenen opname in de keten weigeren, dan wordt dit vastgelegd in het HIS. Dit kunnen ook patiënten zijn die niet in staat zijn deel te nemen aan de keten.

De patiënt is 'in zorg' indien hij voor de bij hem bestaande chronische aandoening zorg ontvangt waarvan inhoud en levering overeenkomen met de in het zorgprogramma beschreven prestaties.

Relevante links

- [Handleiding InEen inclusie- en exclusiecriteria ketenzorgprogramma's](#)
- [Instructiekaart in- en exclusiecriteria](#)
- [Toestemmingsformulier COPD](#)
- [Toestemmingsformulier Astma](#)

2.4.1 Inclusie Astma

Patiënten worden alleen opgenomen in de keten-DBC Astma als:

- bij de patiënt van 16 jaar of ouder de voorlopige diagnose R96 Astma juist is gesteld conform de NHG-standaard Astma en het Handboek op basis van anamnese, vragenlijsten en longfunctieonderzoek. Bij twijfel over de diagnose is consultering van de longarts voorafgaand aan de inclusie in de keten noodzakelijk;
- de patiënt inhalatiecorticosteroïden gebruikt of hiervoor een indicatie heeft volgens de NHG-standaard;
- de patiënt (fysiek) in staat is aan het ketenzorgprogramma deel te nemen;
- de huisarts de hoofdbehandelaar van de patiënt is;
- de patiënt instemt met ketenzorg;
- de patiënt verzekerd is bij De Friesland Zorgverzekeraar of bij een zorgverzekeraar die de overeenkomst volgt. Welke zorgverzekeraars de overeenkomst wel en niet volgen, staat vermeld in het overzicht op de website van Ketenzorg Friesland.

Relevante links

- [Indicatoren InEen Astma](#)
- [Zorgverzekeraars die de overeenkomst volgen \(in ontwikkeling, volgt\)](#)

2.4.2 Inclusie COPD

Patiënten worden alleen opgenomen in de keten-DBC COPD als:

- bij de patiënt van 18 jaar of ouder de voorlopige diagnose R95, COPD juist is gesteld conform de NHG-standaard COPD en het Handboek op basis van anamnese, vragenlijsten en longfunctieonderzoek. Bij twijfel over de diagnose is consultering van de longarts voorafgaand aan de inclusie in de keten noodzakelijk;
- bij anamnese de patiënt een lichte of matige ziektelast van zijn/haar COPD ervaart, vastgesteld met behulp van bijv. ziektelastmeter COPD;
- de patiënt (fysiek) in staat is aan het ketenzorgprogramma deel te nemen;
- de huisarts de hoofdbehandelaar van de patiënt is;
- de patiënt instemt met ketenzorg;
- de patiënt verzekerd is bij De Friesland Zorgverzekeraar of bij een zorgverzekeraar die de overeenkomst volgt. Welke zorgverzekeraars de overeenkomst wel en niet volgen, staat vermeld in het overzicht op de website van Ketenzorg Friesland.

De ernst van COPD wordt bepaald door de ziektelast, dat wil zeggen: de combinatie van klachten en beperkingen, frequentie van exacerbaties, FEV1 en voedingstoestand.

Relevante link

- [Indicatoren InEen COPD](#)

2.4.3 Dubbeldiagnose

Bij twijfel over de diagnose of als er sprake is van beide aandoeningen kan voor uitgebreidere diagnostiek verwezen worden naar de longarts, mede omdat het van belang is voor het te voeren (medicamenteuze) beleid. Bij een mengvorm wordt de patiënt geïnccludeerd in de keten-DBC Astma.

2.4.4 Exclusiecriteria Astma

Een patiënt kan elk moment worden uitgeschreven uit de DBC Astma. De huisarts is verplicht de patiënt uit de DBC Astma te verwijderen indien:

- de patiënt met de diagnose Astma o.b.v. controles conform NHG-standaard en/of ACQ in de afgelopen 12 maanden geen inhalatiecorticosteroïden heeft gebruikt (incidenteel gebruik maakt van een kortwerkende luchtwegverwijder)
- de patiënt is opgenomen in de keten COPD;

- de patiënt is overleden;
- de patiënt zich uitschrijft bij de praktijk van de huisarts;
- de huisarts niet langer hoofdbehandelaar is;
- de patiënt -al dan niet tijdelijk- voor behandeling van Astma is overgedragen aan de specialist in de 2^e lijn. Deze bepaling geldt niet voor die zorgproducten van de 2^e lijn die in deze DBC beschreven staan;
- de patiënt niet meer verzekerd is bij De Friesland Zorgverzekeraar of bij een zorgverzekeraar die de overeenkomst van Ketenzorg Friesland met De Friesland Zorgverzekeraar volgt. Welke zorgverzekeraars de overeenkomst wel en niet volgen, staat vermeld in het overzicht op de website van Ketenzorg Friesland;
- de patiënt (bijv. door persoonlijke omstandigheden) niet meer wil deelnemen aan de keten DBC Astma of in overleg met de huisarts besluit dat deelname aan de keten niet zinvol meer is;
- er sprake is van no show, zoals gedefinieerd in het no-showbeleid van Ketenzorg Friesland;
- er geen informatie meer gedeeld mag worden;
- de patiënt op grond van de Wet langdurige zorg van een zorginstelling verblijf en behandeling ontvangt.

Relevante link

- [No show beleid](#)
- [Bijlage 1 no show beleid - diagram](#)
- [Bijlage 2 no show beleid-patiëntenbrief](#)

2.4.5 Exclusiecriteria COPD

Een patiënt kan elk moment worden uitgeschreven uit de DBC COPD. De huisarts is verplicht de patiënt uit de DBC COPD te verwijderen indien:

- de patiënt is overleden;
- de patiënt zich uitschrijft bij de praktijk van de huisarts;
- de huisarts niet langer hoofdbehandelaar is;
- de patiënt -al dan niet tijdelijk- voor behandeling van COPD is overgedragen aan de specialist in de 2^e lijn. Deze bepaling geldt niet voor die zorgproducten van de 2^e lijn die in deze DBC beschreven staan;
- de patiënt niet meer verzekerd is bij De Friesland Zorgverzekeraar of bij een zorgverzekeraar die de overeenkomst van Ketenzorg Friesland met De Friesland Zorgverzekeraar volgt. Welke zorgverzekeraars de overeenkomst wel en niet volgen, staat vermeld in het overzicht op de website van Ketenzorg Friesland;
- de patiënt (bijv. door persoonlijke omstandigheden) niet meer wil deelnemen aan de keten DBC COPD of in overleg met de huisarts besluit dat deelname aan de keten niet zinvol meer is;
- er sprake is van no show zoals gedefinieerd in het no-showbeleid van Ketenzorg Friesland;
- er geen informatie meer gedeeld mag worden;
- de patiënt op grond van de Wet langdurige zorg van een zorginstelling verblijf en behandeling ontvangt.

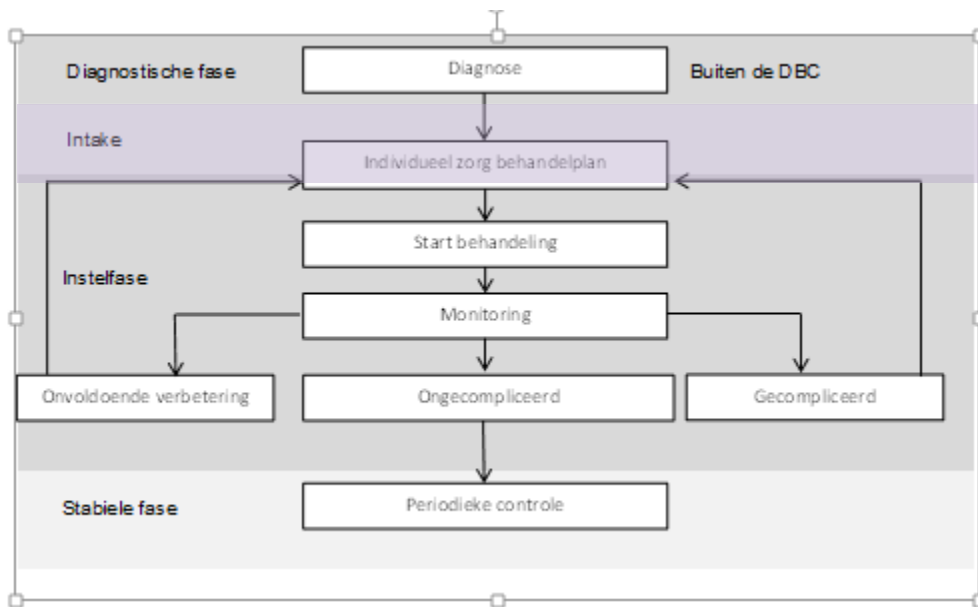
Indien er sprake is van langdurige stabilisering van de gezondheidssituatie van de patiënt met een afgenomen ziektelast, kan dit een reden kan zijn om het zorgprogramma te beëindigen. Dat gebeurt dan wel in samenspraak tussen zorgverlener en patiënt.

Exclusie wil niet zeggen: geen behandeling meer! De patiënt valt dan alleen voor zijn zorgvraag onder de reguliere huisartsenzorg.

Relevante link

- [No show beleid](#)
- [Bijlage 1 no show beleid - diagram](#)
- [Bijlage 2 no show beleid-patiëntenbrief](#)

3. Intake (scharnierconsult)



Relevante links

- [NHG Evaluatie Astma](#)
- [NHG Evaluatie COPD](#)

Na het stellen van de diagnose (of als een patiënt voor het eerst gezien wordt in een nieuwe setting) is het belangrijk de patiënt zo goed mogelijk in kaart te brengen. Door het Ketenzorg Informatiesysteem te volgen (is iedere vraag beantwoord?) legt u de belangrijkste zaken vast en hebt u de basis gelegd voor de behandeling. De rode vragen zijn verplicht en worden gebruikt voor de verantwoording naar de zorgverzekeraar en ten behoeve van landelijke benchmarks.

Bij de intake wordt de patiënt geïncorporeerd in het Ketenzorg Informatiesysteem. Dit scharnierconsult is bedoeld om de (voorlopige) diagnose, de impact daarvan en de behandelrelatie te bespreken en een Individueel Zorgplan op te stellen. De term 'scharnier' wordt gebruikt omdat het consult de overgang vormt van de klachtenfase naar de fase met een chronische aandoening.

Tijdens dit consult zal de huisarts:

- de patiënt informeren over zijn ziektebeeld;
- de patiënt motiveren tot het stoppen met roken;
- de patiënt informeren over het belang van bewegen en hem/haar motiveren tot beweging;
- zo nodig medicatie starten conform NHG-standaard Astma/COPD;
- voor verdere monitoring naar de POH verwijzen;
- zo nodig naar de longarts verwijzen (zie verwijscriteria 2^e lijn).

Tijdens de intake worden de ernst van de ziekte en de beperkingen die de patiënt ervaart geïnventariseerd.

Bepaling van de ernst van COPD

De ernst van de aandoening COPD wordt aangegeven, enerzijds door de mate van luchtwegobstructie, anderzijds door de patiënt ervaren gezondheidsproblemen (klachten, beperkingen, exacerbaties en voedingstoestand). De ernst wordt ingedeeld in categorieën lichte, matige en ernstige ziektelast. Het onderscheid tussen lichte en matige ziektelast wordt bepaald door de afwezigheid (lichte ziektelast) of aanwezigheid van één of meer van de volgende criteria (matige of ernstige ziektelast) in onderstaande

tabel. De overgang van matige naar ernstige ziektelast is een glijdende schaal; bij ernstige ziektelast is in het algemeen intensieve begeleiding noodzakelijk in de tweede of derde lijn om de behandeldoelen te bereiken.

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

*MRC Medical Research Council dyspnoe schaal (range 1-5); CCQ Clinical COPD Questionnaire (range 0-6)

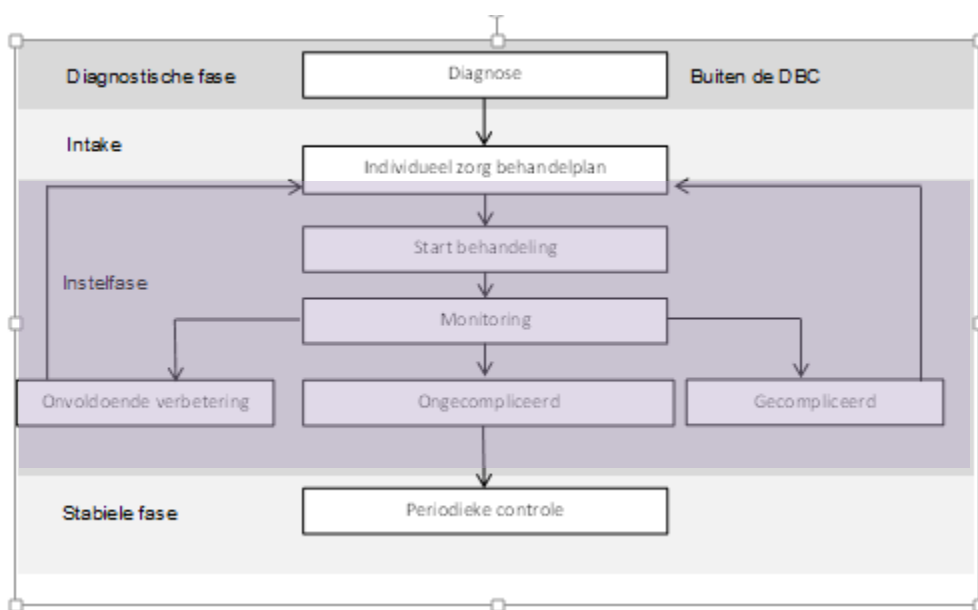
**Bij monitoring: gebruik voor bepalen van de ziektelast de laatste spirometrie-uitslag.

Effectiviteit van de ziektelastmeter COPD

De vragenlijst in de ziektelastmeter is grotendeels gebaseerd op de CCQ, gecombineerd met parameters als longfunctie, exacerbaties, BMI, comorbiditeit, rookstatus, en zelf-gerapporteerd niveau van lichamelijke activiteit, weergegeven door ballonnen. Een klik op de ballon geeft vervolgens evidence-based- behandeladvies. Op basis van dit advies stellen patiënt en behandelaar een behandelplan op in de termen die de patiënt zelf formuleert. Uit: NTVG, november 2016

In 2018 komt de ziektelastmeter beschikbaar in het Ketenzorg Informatiesysteem. Na invoering van de ziektelastmeter in het KIS zal dit instrument worden toegepast.

4. Instelfase



Na het scharnierconsult volgt de instelfase. Deze fase heeft bij een nieuwe Astma/COPD-patiënt een gemiddelde doorlooptijd van 1 jaar. Hierbij zal het uitwerken van een Individueel Zorgplan het hoofddoel zijn.

4.1 Persoonsgerichte zorg

4.1.1 Algemeen

Binnen het zorgprogramma wordt door alle zorgverleners continu rekening gehouden met het patiëntperspectief, zoals vastgesteld in de visie op zelfmanagement van KZF, op het gebied van:

Effectieve zorg

Er wordt gewerkt conform de NHG-standaarden en de zorgstandaarden van de Long Alliantie Nederland (LAN), waarmee de effectiviteit van de (patiëntgebonden) doelstellingen geborgd wordt.

Toegankelijke zorg/patiënt gerichte zorg

Door goede patiëntinformatie over de inclusiecriteria en de laagdrempeligheid bij de zorgverleners wordt gestreefd naar optimale toegankelijkheid.

Continuïteit van de zorg

De borging van patiëntgegevens in het KIS en de onderlinge samenwerking tussen de zorgverleners zorgen ervoor dat het aanbod van zorg niet in gevaar dreigt te komen.

Regie over de zorg

Binnen het zorgprogramma is bij complexe zorg een 'casemanager' (bijv. een POH of wijkverpleegkundige) aangewezen. Deze ondersteunt de patiënt in de eigen regie over de zorg. Het werken met een Individueel Zorgplan en eventueel een patiëntenportaal bevordert de eigen regie bij de patiënt.

Informatie, voorlichting en educatie

De patiënt ontvangt bij de start van het zorgprogramma duidelijke patiëntinformatie over de inhoud en het verloop van de zorg (zie 4.1.4). De huisartsenpraktijk kan een deel van de consulttijd per patiënt benutten voor voorlichting en educatie in groepsverband. Veel patiënten waarderen contacten met andere ervaringsdeskundigen en de voorlichting over de chronische aandoening en het leven met een

chronische aandoening is deels algemeen en geschikt voor bespreking in groepsverband. Beschikbare consulttijd wordt daarmee op een andere, efficiënte wijze ingezet. Tijdens het individuele consult hoeft de POH naar verwachting op termijn minder tijd te besteden aan algemene informatie en voorlichting. Ketenzorg Friesland kan ondersteuning bieden bij het opzetten en organiseren van groepsbijeenkomsten voor patiënten, bijv. door het delen van voorbeelden en draaiboeken voor verschillende vormen van groepseducatie. De vergoeding voor de organisatie van groepsbijeenkomsten door een of meer huisartsenpraktijken valt binnen het kwartaaltarief.

Emotionele ondersteuning, empathie en respect

Begeleiding van de patiënt op emotioneel vlak vormt een onderdeel van de inhoud van het zorgprogramma.

Veilige zorg

Binnen het zorgprogramma staat de veiligheid voor de patiënt op meerdere manieren centraal, bijvoorbeeld veiligheid voor medicatie en informatie.

Relevante links

- [Visie Zelfmanagement Ketenzorg Friesland](#)
- [Informatiebrief Astma-sprekuren voor patiënten](#)
- [Informatiebrief COPD-sprekuren voor patiënten](#)
- [Beleid groepseducatie Ketenzorg Friesland](#)

4.1.2 Individueel zorgplan

De zorgverlener draagt zorg voor een heldere uitleg aan de patiënt over de behandeling en de inhoud van het zorgprogramma. Educatie, leefstijl, zelfmanagement en eigen regie worden daarbij naar vermogen van de patiënt gedifferentieerd, de behandeling wordt hierop afgestemd.

Samen met de patiënt worden, op basis van shared decision making, persoonlijke gezondheidsdoelen geformuleerd die realistisch zijn (wenselijk en haalbaar), niet te ver in de toekomst liggen, positief zijn geformuleerd en niet concurreren met andere doelen. De POH ondersteunt de patiënt bij het bedenken van strategieën om de doelen te realiseren en vol te houden en het leren bieden van weerstand aan frustraties.

Ketenzorg Friesland biedt in het kader van de persoonsgerichte zorg verschillende tools aan, waarmee de POH zelfmanagement kan bevorderen. Daarnaast kunnen de huisartsenpraktijken gebruik maken van coaches op het gebied van gesprekstechnieken (MVG). De coaches kunnen de POH ondersteunen om te komen tot een meer persoonsgerichte consultvoering en daarmee zelfmanagement en regie bij de patiënt te bevorderen.

Het is van belang dat er een IZP beschikbaar is voor de patiënt en alle bij de ketenzorg betrokken zorgverleners, waarin in ieder geval de individuele behandeldoelen en -afspraken rondom de chronische aandoening duidelijk en concreet zijn omschreven.

De volgende elementen vormen samen het Individueel Zorgplan (IZP) binnen de Astma/COPD-ketens:

- diagnose;
- individuele doelen van de patiënt en streefwaarden;
- hoofdbehandelaar;
- centrale zorgverlener;
- aanpak (wijze waarop doelen worden bereikt inclusief tijdspad);
- afspraken ten aanzien van zelfmanagement(ondersteuning) en educatie;
- medicatie;
- controleschema en evaluatiemomenten;

- beschrijving van de verantwoordelijkheden van zowel patiënt als zorgverleners.

Ten behoeve van exacerbatie management wordt in het zorgbehandelplan opgenomen:

- hoe de patiënt de kans op een exacerbatie kan verkleinen;
- vroegtijdige onderkenning van de verschijnselen;
- beschikbaarheid van “nood”-medicatie in de thuissituatie;
- een patiëntplan hoe, wanneer en bij wie hulp in te schakelen, follow up en evaluatie.

Hierbij wordt conform het IZP-concept van het NHG rekening gehouden met multimorbiditeit. In het KIS wordt vastgelegd of er een (schriftelijk) IZP aanwezig is. De patiënt kan altijd beschikken over een (geprinte) versie van het IZP. Het IZP is ook inzichtelijk voor ketenpartners t.b.v. van (e-)consulten.

Relevante link

- [Tools Zelfmanagement](#)

4.1.3 Zelfmanagement

Alle ketenpartners ondersteunen en stimuleren de patiënt in zelfmanagement door:

- ondersteuning in het formuleren en realiseren van persoonlijke doelen van de patiënt (Individueel Zorgplan);
- ondersteuning bij het doorlopen van de leerprocessen;
- versterking van het vertrouwen van de patiënt in het eigen kunnen;
- geven van voorlichting en het motiveren tot aanpassing van de leefstijl.

Relevante links

- [Visie Zelfmanagement Ketenzorg Friesland](#)
- [Tools Zelfmanagement](#)

4.1.4 Voorlichting en advies (patiëntinformatie)

Patiënten ontvangen zowel mondeling als schriftelijk voorlichting waarbij:

- de huisarts/POH bij het verstrekken van informatie uitgaat van de website Thuisarts.nl;
- de patiënt wordt verwezen naar de patiëntenversie van het zorgprogramma;
- de patiënt de algemene folder ketenzorg en informatie over de behandel- en verwijzingsmogelijkheden in de keten krijgt;
- de patiënt wordt geattendeerd op het bestaan van de patiëntenvereniging;
- de patiënt wordt verwezen naar de website van Ketenzorg Friesland;
- de patiënt wordt geattendeerd op voorlichtingsbijeenkomsten voor patiënten over de chronische aandoening.

Relevante links

- [Thuisarts Astma](#)
- [Thuisarts COPD](#)
- [Inhalatorgebruik](#)
- [Longfonds](#)
- [Patiëntenversie zorgstandaard Astma](#)
- [Patiëntenversie zorgstandaard COPD](#)
- [Patiëntenversie Zorgprogramma Astma Ketenzorg Friesland](#)
- [Patiëntenversie Zorgprogramma COPD Ketenzorg Friesland](#)
- [Folders en links](#)
- [Algemene informatiefolder Ketenzorg Friesland](#)
- [Activiteiten de regio](#)

4.2 Leefstijl-advisering op maat

Geef leefstijl-advisering op maat conform de NHG-Leefstijlmodules.

Adviseer de patiënt: te stoppen met roken als hij rookt, voldoende te bewegen, gezond te eten en een BMI tussen de 21 en 25 kg/m² na te streven. Voor onderdelen van leefstijlgerichte interventies kan worden samengewerkt binnen de keten met of doorverwezen worden naar paramedici met name diëtisten en fysiotherapeuten: zie H 6: verwijscriteria.

Relevante links

- [NHG-leefstijlmodules](#)

4.2.1 Zorgmodule stoppen met roken

Stoppen met roken (SMR) is de meest effectieve behandelingsoptie om versnelde achteruitgang van de longfunctie te voorkómen en is voor alle COPD patiënten in elke fase van de aandoening de belangrijkste niet-medicamenteuze behandeling. Omdat het motiveren voor SMR bij COPD-patiënten veel tijd en overtuigingskracht kost, zal regelmatig de huisarts als eerste in aanmerking komen om een motiverend gesprek te voeren. Vervolgens wordt deze interventie overgenomen door de POH. Het is van groot belang dat de verschillende ketenpartners consistent zijn in de advisering.

Gedragmatige ondersteuning bij SMR in het kader van het zorgprogramma omvat:

- korte stopadviezen gericht op gedragsverandering die zorgverleners geven, als onderdeel van hun gebruikelijke zorgcontacten;
- intensieve vormen van begeleiding: een serie van ten minste vier contacten van tenminste tien minuten in een periode van één tot enkele maanden. Deze vorm van begeleiding kan, hetzij individueel, hetzij groepsgewijs, plaatsvinden.

De huisarts of praktijkondersteuner (POH) die de intensieve begeleiding in het kader van Stoppen met Roken biedt, is geregistreerd in het Kwaliteitsregister van het Partnerschap Stoppen met Roken als 'registrant', 'supervisor' of 'supervisant'.

Relevante links

- [NHG zorgmodule stoppen met roken](#)
- [NHG zorgmodule stoppen met roken samenvatting](#)

4.2.2 Zorgmodule Voeding en gewicht (inclusief beperken alcoholgebruik)

Bij astma lijkt er een verband te bestaan tussen obesitas en verminderde astma-controle. Bij COPD kunnen zowel een verminderde voedingstoestand als overgewicht en obesitas voorkomen⁴

Voor het vaststellen van een verminderde voedingstoestand bij patiënten met COPD worden de volgende criteria gehanteerd:

- een te laag lichaamsgewicht in vergelijking tot de lengte (BMI < 21 kg/m², voor mensen > 65 jaar <22 kg/m²);
- of een tekort aan spiermassa (vetvrije massa index, VVMI mannen : VVM – index ≤ 17 kg/m² vrouwen : VVM – index ≤ 15 kg/m²);
- of ongewenst gewichtsverlies; d.w.z. > 5% in 1 maand of > 10% in 6 maanden.

De huisarts en/of de praktijkondersteuner geeft de patiënt binnen het zorgprogramma op indicatie een voedingsadvies, gebaseerd op de Richtlijn Goede Voeding. Het beperken van het gebruik van alcohol is een onderdeel van dit advies. De huisarts en/of de praktijkondersteuner adviseert patiënten met overgewicht.

⁴ Aangezien stabilisatie van het gewicht bij patiënten met matig of ernstige ziektelast bij COPD en BMI ≥25 kg/m² een gunstig effect op de overleving heeft, moet bij aanwezigheid van andere medische redenen die gewichtsvermindering vereisen, gekeken worden waar de prioriteit ligt qua behandeling.

Belangrijke elementen in de behandeling gericht op voeding zijn:

- Kennis over gezonde voeding;
- Inzicht in het voedingspatroon;
- Inzicht in motivatie voor het aanpassen van het voedingspatroon;
- Een concreet plan voor het aanpassen van het voedingspatroon.

Voor aanvullende advisering over voeding kan de patiënt verwezen worden naar de diëtist (zie zorgproducten en verwijscriteria hoofdstuk 6).

Relevante links

- [NHG zorgmodule voeding](#)
- [NHG zorgmodule voeding \(samenvatting\)](#)
- [NHG zorgmodule alcohol](#)
- [NHG zorgmodule alcohol samenvatting](#)

4.2.3 Zorgmodule bewegen

De mate van beweging is erg belangrijk voor het ziektebeeld COPD. Het is aangetoond dat behalve stoppen met roken ook uitbreiding van beweging een gunstig effect heeft op het ziektebeeld.

Regelmatig bewegen is dus gezond voor mensen met astma of COPD. Als de patiënt bij weinig inspanning al kortademig wordt, dan moet hij zich daardoor niet laten tegenhouden. Bewegen is dan juist extra belangrijk. De patiënt wordt geadviseerd om een lichamelijk actieve levensstijl toe te passen en wordt gestimuleerd en gemotiveerd om meer inspanning te leveren. Zelfs een kleine toename van lichamelijke activiteit is gunstig.

Voor de begeleiding van bewegen bij COPD-patiënten kan de POH een stappenplan voor begeleiding bij bewegen gebruiken. Veel COPD-patiënten hebben multi-morbiditeit. Houd hier rekening mee in het advies.

Patiënten met aanhoudende dyspneu of vermijding van beweging uit angst voor dyspneu kunnen verwezen worden naar een gespecialiseerde fysiotherapeut. Bij deze groep zijn educatie over ademen en oefeningen om de hyperventilatie te kunnen verhelpen, effectief en zeer relevant gebleken.

Om adviezen over lichaamsbeweging op termijn op te volgen, is langdurige begeleiding, vooral gericht op gedragsverandering, nodig.

Alvorens een bewegingsprogramma te starten dat meer inhoudt dan wandelen, moet de huisarts nagaan of er geen (relatieve) contra-indicaties zijn voor bepaalde soorten inspanning. Voor aanvullende advisering over bewegen kan de patiënt verwezen worden naar de fysiotherapeut (zie zorgproducten en verwijscriteria hoofdstuk 6). De fysiotherapeut kan de beweegmogelijkheden van de patiënt in kaart brengen, bijv. aan de hand van de 6 minuten-wandeltest en een beweegadvies op maat geven.

Ook kan de patiënt worden gewezen op diverse beweegactiviteiten in de eigen regio. Via het loket van de gemeente kan de patiënt meer informatie krijgen over deze activiteiten en eventuele vergoedingen.

Relevante links

- [NHG zorgmodule bewegen \(samenvatting\)](#)
- [NHG zorgmodule bewegen](#)

4.2.4 Psychische problemen (angst, depressie)

Wees alert op psychische problemen zoals stress en depressie. De Instel-vragenlijst kan behulpzaam zijn bij een eerste screening op psychische problemen.

Zo nodig wordt de patiënt voor evaluatie of behandeling van psychosociale factoren leidend tot bijvoorbeeld angst of depressie, buiten de keten, verwezen naar de POH-GGZ.

Relevante link

- [INSTEEL depressiescreening](#)

4.3 Medicamenteus beleid

4.3.1 Astma

Bij de medicamenteuze behandeling van astma wordt het stappenplan gevolgd van de NHG-standaard. Alleen de patiënten die niet goed ingeregeld zijn met stap 1 medicatie worden binnen de keten behandeld. De patiënten die in de keten zijn geïnccludeerd, hebben een indicatie voor stap 2 medicatie: inhalatiecorticosteroiden (ICS) met zo nodig een SABA. Bij onvoldoende effect van een startdosis ICS wordt de dosering verdubbeld en/of een LABA toegevoegd (zie het stappenplan).

Relevante link

- [NHG Astma medicamenteuze behandeling](#)

4.3.2 COPD

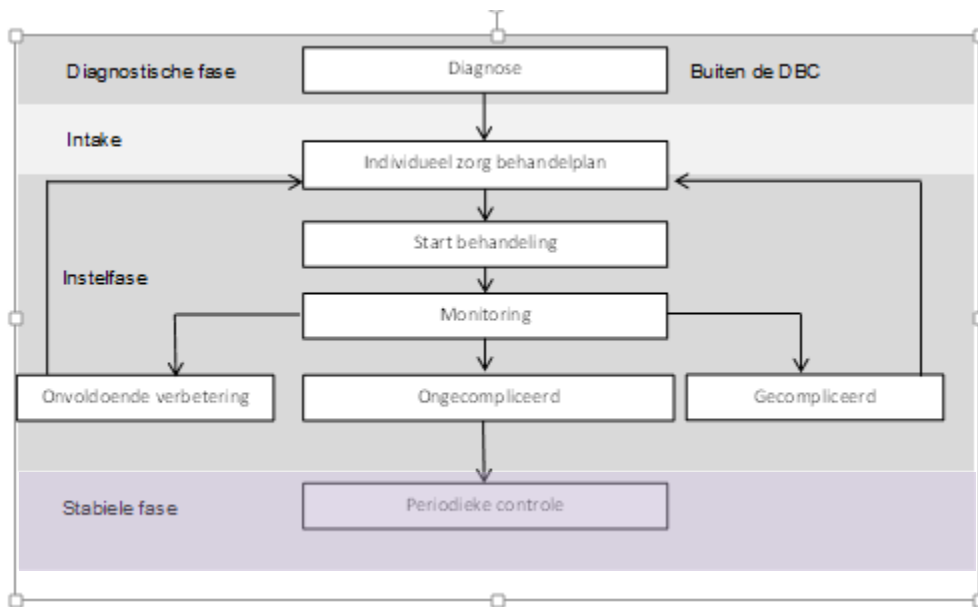
Met kort- en langwerkende luchtwegverwijders worden klachten en exacerbaties symptomatisch behandeld. Deze middelen hebben geen effect op het beloop van de geleidelijke afname van de longfunctie (FEV₁). Bij lichte ziektelast kan ook 'zo nodig' medicatie geadviseerd worden bij verergering van klachten.

Overweeg het toevoegen van inhalatiecorticosteroiden (ICS) gedurende één jaar alleen bij patiënten met frequente ernstige exacerbaties (twee of meer kuren prednisolon of een antibioticum of ziekenhuisopname in verband met COPD per jaar), ondanks onderhoudsbehandeling met een langwerkende luchtwegverwijder (*tabel 4 NHG-standaard*). Bij een afname van het aantal exacerbaties, gemeten aan het aantal kuren prednisolon of een antibioticum of ziekenhuisopnamen in verband met COPD, wordt de behandeling voortgezet. Wanneer iemand 2 of meer exacerbaties heeft gehad is dit ook een reden tot verwijzing.

Relevante link

- [NHG COPD medicamenteuze behandeling](#)

5. Stabiele fase



Als de patiënt goed is ingesteld komt hij in de stabiele fase, waarbij monitoring plaats blijft vinden door middel van periodieke controles. Wanneer er sprake is van ontregeling zoals bij een exacerbatie of wanneer er complicaties optreden, wordt het IZP aangepast en de behandeling bijgesteld volgens het eerder doorlopen schema.

Raadpleeg het wisselprotocol en de verwijzindicaties fysiotherapeut, diëtist en longarts om de patiënt de optimale zorg te leveren, met name wanneer de behandeling niet het gewenste effect heeft. Zie hoofdstuk 6.

Relevante link

- [Wisselprotocol Astma/COPD](#)

5.1 Periodieke Controle Astma

Bij elke wijziging van medicatie of inhalator, maar minimaal jaarlijks, wordt een inhalatiebeoordeling door de POH en zo nodig een medicatiebeoordeling door de HA gedaan met aandacht voor therapietrouw, inhalatie instructie conform IMIS-instructies, inhalatietechniek en –vaardigheden en eventuele bijwerkingen.

De patiënt bevindt zich eigenlijk de rest van zijn leven in de monitoring fase. Doordat de symptomen van astma erg wisselend zijn, ‘vergeten’ patiënten echter nog wel eens dat ze astma hebben. Dit maakt het actief betrekken van de patiënt bij zijn aandoening en het aanleren van zelfmanagement van essentieel belang. Daarnaast stelt zelfmanagement de patiënt en zijn wensen en vragen centraal. Ook is het van belang de symptomen die astma geeft onder controle te houden en toekomstige verslechtingen proberen te voorkomen.

Er wordt gebruik gemaakt van de classificatie op basis van de mate waarin het astma onder controle is (conform NHG-standaard). Wanneer het astma onder controle is (bij volw. $ACQ \leq 0,75$), vindt minimaal jaarlijks een integrale beoordeling plaats door de huisarts of POH aan de hand van het Individueel Zorgplan en de ervaren klachten.

Tabel 2 Mate van astmacontrole

Beoordeling actuele controle (bij voorkeur gedurende een periode van 4 weken)		
	Goede controle (alle items aanwezig dan wel normale ACQ/ACT en normale spirometrie)	Gedeeltelijke of slechte controle (1 of meer van onderstaande items aanwezig in willekeurige week dan wel afwijkende ACQ/ACT of afwijkende spirometrie)
Symptomen overdag*	≤ 2/week	≥ 3/week
Beperking activiteiten*	Nee	Ja
Nachtelijke symptomen*	Nee	Ja
Gebruik noodmedicatie*	≤ 2/week	≥ 3/week
Spirometrie	Normaal (of niet noodzakelijk vanwege goede controle gedurende 3 jaar; zie [tabel 3])	Afwijkend ($FEV_1/FVC < 5^e$ percentiel, reversibiliteit aanwezig)
Elke exacerbatie in de voorafgaande 12 maanden wordt gezien als slechte astmacontrole		
* Te operationaliseren met ACQ6 (Asthma Control Questionnaire, 6 items; range 0-6, afwijkend bij score ≥ 0,75) of ACT (Asthma Control Test, 5 items; range 5-25; afwijkend bij score < 20); zie CAHAG-screeningsinstrumenten .		

Tabel 3 Frequentie van monitoring en spirometrie

Patiënten	Monitoring	Spirometrie
Goede astmacontrole met stap-1- medicatie*	Zo nodig	Niet
Goede astmacontrole met stap-2-medicatie	Jaarlijks	Niet, behalve in de eerste drie jaar
Goede astmacontrole met stap-3-medicatie	Jaarlijks	Jaarlijks
Gedeeltelijke of slechte astmacontrole	Regelmatige controle (bijv. elke 6-12 weken), totdat persoonlijke behandeldoelen zijn bereikt en medicatie optimaal is gedoseerd	Ten minste jaarlijks
Rokers	Jaarlijks	Jaarlijks
Patiënten met een beperkte levensverwachting	Zorg op maat	Niet
* Bij toename gebruik SABA (≥ 3 maal per week): nodig patiënt uit op spreekuur.		

NB: de patiënt die een goede astma-controle heeft met stap 1 medicatie valt niet binnen de keten!

Relevante link

- [NHG monitoring Astma](#)

5.2 Periodieke controle COPD

Bij elke wijziging van medicatie of inhalator, maar minimaal jaarlijks, wordt een inhalatiebeoordeling door de POH en zo nodig een medicatiebeoordeling door de HA gedaan met aandacht voor therapietrouw, inhalatie-instructie conform IMIS-instructies, inhalatietechniek en –vaardigheden en eventuele bijwerkingen.

Tijdens deze fase speelt het Individueel Zorgplan een belangrijke rol. Het werken met persoonlijke behandeldoelen wordt vervolgd en waar nodig uitgebreid zodat de patiënt grip krijgt op het leven met zijn ziekte. Daarnaast worden de luchtwegklachten in de gaten gehouden en de medicatie zo nodig aangepast. De frequentie voor monitoring en spirometrie wordt afgestemd op de behoeften en wensen van de patiënt, de persoonlijke doelen en de gemeten ziektelast.

Tabel 5 Monitoring na de diagnostische fase

Patiënten	Frequentie controleconsult	Frequentie spirometrie
Instelfase COPD	Na verandering medicatie	1-2 keer
Lichte ziektelast*: bij patiënten zonder klachten† én die niet (meer) roken	Jaarlijks	Niet
Lichte ziektelast: bij patiënten met klachten‡ of die roken	Ten minste jaarlijks	Eenmaal per 3 jaar
Matige ziektelast	Ten minste 2 maal per jaar	Jaarlijks; bij adequate omgang met de aandoening bij patiënt die gestopt is met roken kan dit eenmaal per 3 jaar
Ernstige ziektelast	In de 2 ^e lijn	In de 2 ^e lijn
Beperkte levensverwachting	Zorg op maat	Niet aanbevolen
Exacerbatie	Extra na behandeling van de exacerbatie	Niet extra
* Ziektelast: zie <i>tabel 1</i> . Bij afwezigheid van jaarlijkse spirometrie kan uitgegaan worden van de laatst gemeten waarden. † Zonder klachten (bij lichte ziektelast): MRC < 2 en/of CCQ < 1 én zonder exacerbatie de voorafgaande 12 maanden. ‡ Met klachten (bij lichte ziektelast): MRC = 2 of CCQ ≥ 1 en < 2 of maximaal 1 exacerbatie de voorafgaande 12 maanden.		

Relevante links

- [NHG monitoring COPD](#)

5.3 Exacerbaties/longaanval

Een patiënt kan door allerlei oorzaken een exacerbatie krijgen. De exacerbatie moet direct behandeld worden. De POH en/of de huisarts is diegene die samen met de patiënt hernieuwde doelstellingen vastlegt en voorlichting geeft. Indien noodzakelijk overleggen de verschillende disciplines over bijstelling van het Individueel Zorgplan.

Een exacerbatie zorgt er vrijwel altijd voor dat een COPD-patiënt inactiever wordt waardoor gemakkelijker recidieven ontstaan. Daarom is het raadzaam om de patiënt in de stabiele fase hierna te verwijzen naar de fysiotherapeut.

Voorlichting over exacerbaties bestaat minimaal uit de volgende onderdelen:

- hoe kan de kans op een exacerbatie worden verkleind;
- vroegtijdige onderkenning van de verschijnselen;
- herkennen en voorkomen van exacerbatie;
- beschikbaarheid van “nood”-medicatie in de thuissituatie;
- een actieplan hoe, wanneer en bij wie hulp in te schakelen, follow-up en evaluatie. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de brochure van het Longfonds of REDUX van de CAHAG.

Relevante links

- [NHG beleid bij exacerbaties COPD](#)
- [NHG beleid bij exacerbaties Astma](#)
- [Instructiekaart exacerbatie bij Astma](#)
- [Instructiekaart exacerbatie bij COPD](#)
- [Longfonds longaanval-actieplan](#)
- [CAHAG- REDUX herken en actieplan](#)

5.4 Comorbiditeit

Bij astma en vooral ook bij COPD speelt comorbiditeit een grote rol. Vele patiënten met COPD hebben daarnaast ook een andere aandoening die invloed kan hebben op de behandeling. Het is daarom belangrijk om de comorbiditeit goed in kaart te brengen en zo mogelijk te behandelen.

5.5. Palliatieve zorg

Patiënten met astma zullen over het algemeen niet vanwege astma-gerelateerde klachten in deze fase belanden. In de behandeling van COPD is dit echter een essentieel onderdeel, waar veel aandacht voor nodig is.

De fase “Palliatieve zorg” valt niet binnen de keten-DBC Astma en de keten-DBC COPD.

6. Verwijscriteria

De huisarts is regisseur van het ketenproces. In verschillende situaties is consultatie van of verwijzing naar een andere zorgverlener wenselijk. In de keten-DBC Astma en de keten-DBC COPD zijn de volgende ketenpartners betrokken:

- diëtisten;
- fysiotherapeuten;
- longfunctieanalist;
- longartsen.

De huisarts/praktijkondersteuner verwijst de patiënt conform de werkinstructie naar de ketenpartners, ná inclusie in de keten, bij het niet behalen van behandoelen. De hieronder genoemde zorgproducten per ketenpartner en daarmee de financiering van deze zorg vallen binnen de ketenzorg. De patiënt betaalt hiervoor geen eigen risico. Verwijzingen buiten de keten of zorg die niet onder de genoemde zorgproducten valt (bijv. een beweegprogramma) vallen wel onder het eigen risico van de patiënt.

Bij verwijzing naar een ketenpartner ontvangt deze ketenpartner relevante informatie middels het Ketenzorg Informatiesysteem, met daarin overdracht van de aard van de opdracht en de gegevens van de patiënt (NAW, BSN, geslacht, geboortedatum, zorgverzekeraar, polisnummer en de benodigde medische gegevens). De ketenpartner wordt tevens op de hoogte gebracht van het feit dat de patiënt is aangesloten bij de eerstelijns DBC Astma-COPD van Ketenzorg Friesland. Voor het aanvragen van laboratoriumbepalingen dient het Ketenzorg Friesland aanvraagformulier laboratoriumbepalingen te worden gebruikt.

Hieronder staan de afspraken die Ketenzorg Friesland met ketenpartners heeft gemaakt met betrekking tot verwijzingen binnen de keten-DBC Astma en COPD en de zorgproducten.

6.1 Verwijzing naar 1e-lijns ketenpartners

6.1.1 Diëtist

De diëtist verzamelt relevante medische gegevens en voert diëtistisch onderzoek uit om de patiënt te kunnen adviseren over zijn voeding als onderdeel van de behandeling van de chronische aandoening/het verhoogde risico en om te adviseren over het optimaliseren van de kwaliteit van leven, waarbij zelfredzaamheid en zelfmanagement op de voorgrond staan. Het advies wordt geformuleerd als onderdeel van het Individueel Zorgbehandelplan (IZP). De patiënt begrijpt de relatie tussen zijn voedingspatroon en de (ernst van de) de chronische aandoening.

Doelstellingen van de behandeling door de diëtist zijn:

- handhaven/verbeteren van de voedingstoestand;
- handhaven/verhogen van de vetvrije massa;
- bij obesitas(BMI > 30 kg/m²): handhaven of reduceren van het lichaamsgewicht met behoud van spiermassa (door het intensiveren van lichamelijke inspanning en een adequate inname van eiwit en energie).

Consultatie of verwijzing: huisarts naar diëtist		
Criteria	Zorgproducten	Terugverwijzing
- Patiënten met ondergewicht: - een BMI ≤ 21 (mensen >65 jaar: <22) of ongewenst gewichtsverlies van 5% binnen 1 maand of 10% binnen 6 maanden of vetvrije massa index (VVMi) ≤ 17 kg/m² (mannen) en ≤ 15 kg/m² (vrouwen) indien meting mogelijk. - Patiënten met overgewicht: ongewenste gewichtstoename, meer dan 5-10% in 1 maand en/of BMI > 30 kg/m² en/of BMI > 25 indien er sprake is van comorbiditeit en/of klachten als gevolg van het overgewicht (voor mensen >65 jaar: BMI >28)	Eerste begeleiding patiënt - 180 min	Bij het behalen van de behandeldoelen uit het Individueel Zorgplan.
Maximum tijd bij lopende behandeling niet toereikend	Begeleiding patiënt – 120 min of 60 min	Bij het behalen van de behandeldoelen uit het Individueel Zorgplan.
- Maximum tijd bij lopende behandeling niet toereikend - Jaarcontrole op indicatie	Begeleiding patiënt – 120 min of 60 min	Bij het behalen van de behandeldoelen uit het Individueel Zorgplan.

6.1.2 Fysiotherapeut

De fysiotherapeut is de beweegzorgprofessional die een belangrijke rol kan spelen in het optimaliseren van de vitaliteit van mensen. Ook de directe en vaak vertrouwelijke band met patiënten is zeer waardevol en zijn kennis van bewegen. Ook aangepast of gedoseerd belasten en bewegen bijv. bij comorbiditeit zijn belangrijke factoren hierbij.

De zorgproducten van de fysiotherapeut zijn bedoeld voor patiënten die belemmeringen ervaren bij bewegen of begeleiding nodig hebben om effectief te kunnen bewegen. Het is zeker ook belangrijk om bij patiënten met een risico op belemmeringen een advies te geven over beweeggedrag. De patiënt kan alleen worden verwezen indien het Individueel Zorgplan hieromtrent is ingevuld.

Consultatie of verwijzing: huisarts naar fysiotherapeut		
Criteria	Zorgproducten	Terugverwijzing
Patiënten die ondanks optimaal medicatiegebruik toch een inspanningsbeperking hebben. Bij COPD is dit bij MRC ≥ 2	Multidisciplinair overleg	Bij het behalen van de behandeldoelen uit het Individueel Zorgplan.
Patiënten met een duidelijke bewegings- en/of inspanningsbeperking: MRC ≥ 2	Bewegingsfunctieonderzoek/ inspanningstest	Bij het behalen van de behandeldoelen uit het Individueel Zorgplan
Patiënten die niet aan de NNGB voldoen, maar zonder inspanningsbeperking	Advisering beweeggedrag (beweegconsult)	Bij het behalen van de behandeldoelen uit het Individueel Zorgplan
Vervolgbeleid op beweeggedrag en/ of bewegingsonderzoek	Controle consult	Bij het behalen van de behandeldoelen uit het Individueel Zorgplan
Patiënten die ondanks optimaal medicatiegebruik kortademig zijn.	Ademhalingsbegeleiding	Bij het behalen van de behandeldoelen uit het Individueel Zorgplan

Relevante links

- [Patiëntenbrief Fysiotherapie bij Astma](#)
- [Patiëntenbrief Fysiotherapie bij COPD](#)

6.2 Verwijzing naar 2^e lijns ketenpartners (Onder voorbehoud van afstemming 2^e lijn)

In onderstaande tabellen worden de indicaties voor verwijzing binnen de ketens naar de 2^e lijn weergegeven. Deze afspraken zijn gebaseerd op het wisselprotocol Astma/COPD, zoals is overeengekomen met de Maatschap Friese Longartsen. Voor verwijzingen buiten de keten (bijvoorbeeld bij ernstige exacerbaties, (blijvende matige of) ernstige ziektelast en matige/ernstige adaptieproblemen, blijvende twijfel tussen COPD en hartfalen, aanhoudend of gedeeltelijke of slechte astmacontrole (ACQ $\geq$ 0,75 of ACT $<$ 20) of meer dan 2 exacerbaties per jaar waarvoor orale steroïden nodig is), zie het wisselprotocol.

6.2.1 Longarts

Consultatie of verwijzing: huisarts naar longarts		
Criteria	Zorgproducten	Terugverwijzing
Astma		
Behoeftte aan advies bij moeilijkheden rond de uitvoering en/of interpretatie van spirometrie bij een specifieke patiënt. De huisarts/POH vraagt op basis van de uitgevoerde spirometrie advies zonder noodzaak om de patiënt voor een consult te sturen, met het doel de behandeling in de eerste lijn voort te zetten	E-mailconsult – 10 minuten Intercollegiale communicatie met een gerichte vraag over een specifieke patiënt.	Na beoordeling en eerste advies.
Noodzaak tot bevestiging diagnosestelling van bestaande patiënten met de voorlopige diagnose Astma (patiënten bij wie de huisarts de diagnose heeft gesteld, voordat de praktijk was aangesloten bij de DBC-Astma)	Expertanalyse ⁵ - 10 minuten	Na beoordeling en eerste behandeladvies
Bij het niet of onvoldoende bereiken van de persoonlijke behandeldoelen.	E-mail consult – 10 minuten	Bij het behalen van de behandeldoelen uit het Individueel Zorgplan
Onvoldoende resultaten op de medische behandeldoelen, onvoldoende resultaat bij de zorg rond complicaties	Specialistische consultatie -50 minuten	Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn
Onvoldoende resultaten op de medische behandeldoelen, onvoldoende resultaat bij de zorg rond complicaties. Het vervolgconsult volgt op aangeven van de longarts op de eerste specialistische consultatie	Vervolg specialistische consultatie – 30 minuten	Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn

⁵ Expertanalyses ter bevestiging van een diagnose bij nieuwe Astma/COPD-patiënten, voorafgaand aan inclusie in de keten-DBC's, vallen buiten de keten.

COPD		
Behoeftte aan advies bij moeilijkheden rond de uitvoering en/of interpretatie van spirometrie bij een specifieke patiënt. De huisarts/POH vraagt op basis van de uitgevoerde spirometrie advies zonder noodzaak om de patiënt voor een consult te sturen, met het doel de behandeling in de eerste lijn voort te zetten	E-mailconsult Intercollegiale communicatie met een gerichte vraag over een specifieke patiënt.	Na beoordeling en eerste advies.
Noodzaak tot bevestiging diagnosestelling van bestaande patiënten met de voorlopige diagnose COPD (patiënten bij wie de huisarts de diagnose heeft gesteld, voordat de praktijk was aangesloten bij de DBC-COPD)	Expertanalyse ⁴ - 10 minuten	Na beoordeling en eerste behandeladvies
Bij een leeftijd van de patiënt < 50 jaar	Specialistische consultatie – 50 minuten	Na beoordeling en eerste behandeladvies
Bij het niet of onvoldoende bereiken van de persoonlijke behandeldoelen en in ieder geval bij 2 of meer exacerbaties per jaar	Specialistische consultatie – 50 minuten	Bij het behalen van de behandeldoelen uit het Individueel Zorgplan
Blijvende relevante klachten en beperkingen ondanks behandeling (arbitrair CCQ ≥ 2 en MRC ≥ 3)	Specialistische consultatie – 50 minuten	Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn
Bij gecompliceerde of ernstige comorbiditeit	Specialistische consultatie – 50 minuten	Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn
EEN FEV ₁ <50% van de voorspelde waarde of 1,5 liter ondanks optimale behandeling	Specialistische consultatie – 50 minuten	Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn
Een progressief beloop (FEV ₁ , afname inspanningsvermogen, toename kortademigheid ondanks maximale behandeling (<150 ml per jaar na controle longfunctie over meerdere jaren)	Specialistische consultatie – 50 minuten	Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn
Mogelijke indicatie voor zuurstofbehandeling	Specialistische consultatie – 50 minuten	Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn
Mogelijke indicatie voor longrevalidatie	Specialistische consultatie – 50 minuten	Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn

Onvoldoende resultaten op de medische behandeldoelen, onvoldoende resultaat bij de zorg rond complicaties. Het vervolgconsult volgt op aangeven van de longarts op de eerste specialistische consultatie.	Vervolg specialistische consultatie – 30 minuten	Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn
---	--	--

Relevante links

- [Wisselprotocol Astma/COPD](#)
- [Zorgpad Longaanval](#)