



**EerstelijnsZorg Haaksbergen**

**Zorgprogramma COPD  
Versie 14 juni 2011**

<b>1. Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>2. Doelstelling en uitgangspunten</b>	
<i>A. Doelstellingen</i>	4
<i>B. Definities</i>	4
<i>C. Disciplines</i>	5
<i>D. Standaarden</i>	5
<i>E. Uitgangspunten</i>	5
<b>3. Zorgprogramma Chronic Obstructive Pulmonary Disease</b>	<b>7</b>
<i>A. Achtergrond zorgprogramma</i>	9
<i>B. Inclusie- en exclusiecriteria</i>	9
<i>C. Behandeldoelen</i>	9
<i>D. Ondersteuning zelfmanagement</i>	9
<i>E. Zorgproces COPD</i>	11
E.1. Identificatie	11
E.2. Ziektespecifieke zorg	13
- Diagnostiek	13
- Intensieve behandeling	14
- Stabiele fase	16
- Exacerbatie	17
- Eindstadium	18
E.3. Generieke zorgmodules	18
- Zorgmodule Stoppen Met Roken	18
- Zorgmodule Voeding en dieet	19
- Zorgmodule Bewegen	19
E.4. Consultatie	22
<i>F. Indicatoren</i>	25
<b>4. Organisatie</b>	<b>26</b>
<i>A. Structuur EZH</i>	26
<i>B. Verslaglegging en rapportage</i>	27
<i>C. Kwaliteitsmanagement</i>	27
<i>D. Deskundigheidsbevordering</i>	29
<i>E. Inkoop van ketenzorg en ketencontractering</i>	29
<i>F. Financieel beheer</i>	31
<b>5. Bijlagen</b>	
<i>A. Protocol Beweegprogramma COPD Haaksbergen</i>	
<i>B. Standaard Dietetiek</i>	
<i>C. Lokaal Formularium COPD</i>	
<i>D. COPD Protocol THOON</i>	

## 1. VOORWOORD

Stichting Eerstelijns Zorg Haaksbergen (EZH) is een netwerkorganisatie die zich inzet voor de ontwikkeling en realisering van Geïntegreerde Eerstelijns Zorg voor de inwoners van Haaksbergen.

Het samenwerkingsverband EZH is in 2010 opgericht en bundelt diverse disciplines:

- De zelfstandige praktijken en maatschappen van de kerndisciplines farmacie, fysiotherapie en huisartsen,
- Andere betrokken disciplines in de eerste lijn met een zelfstandige praktijk of maatschap (eerstelijnspsychologen, verloskundigen, podotherapie, logopedie, ergotherapie);
- Betrokken instellingen in de eerste lijn (wijkverpleging, thuiszorg, diëtisten, maatschappelijk werk, consultatiebureau/JGZ, GGD, Stichting Welzijn Ouderen).

De disciplines zijn geografisch goed gespreid over de gemeente Haaksbergen. Zij streven niet naar een samenwerking onder één dak (eerstelijnscentrum), maar naar een 'virtuele samenwerking'. Kwaliteit van zorg is immers gebaseerd op samenwerking, samenhang en afstemming tussen de zorgverleners en het zorgaanbod dat lokaal wordt aangeboden.

EZH heeft als doel het bevorderen van een kwalitatief hoge en goed georganiseerde multidisciplinaire eerstelijnszorg in Haaksbergen, afgestemd op de behoefte van de bevolking. De zorgvraag van de patiënt wordt geïntegreerd benaderd en behandeld door de lokale zorgverleners, waar nodig in goede samenwerking met de 2e lijnszorg. Door samen te werken worden kennis en ervaring gebundeld en innovatieve zorgprogramma's en zorgproducten ontwikkeld.

EZH en in het bijzonder haar coördinatiebureau, stimuleert, faciliteert en ondersteunt actief; er wordt gewerkt volgens een cyclische proces van ontwikkelen, implementeren, evalueren en bijstellen van zorgprogramma's en zorgproducten. Deze integrale programma's en producten worden door het EZH, als één aanspreekbare organisatie, aangeboden aan de preferente verzekeraar Menzis.

De zorgprogramma's beschrijven op samenhangende wijze preventie, vroegsignalering, basisaanbod curatieve zorg, zelfmanagement en nazorg en vormen de basis voor een integraal aanbod voor de inwoners van Haaksbergen.

De ontwikkeling, implementatie en borging in de dagelijkse praktijk van integrale zorgprogramma's is rondweg een ingewikkelde klus en er zijn de 'bekende beren' op de weg. Maar als het lukt dan maken we gezondheidszorg beter en het levert aantoonbare voordelen op voor patiënt én voor hulpverleners.

Vanuit die optiek werkten in 2011 de volgende mensen mee aan de ontwikkeling van het Zorgprogramma COPD:

- Gerrit Kuipers, huisarts en programmacoördinator,
- Jeroen van de Sanden, apotheker;
- Margo Versteeg, fysiotherapeut;
- Eveline Nieuwland, projectleider.

Er is een eenmalig advies gevraagd van:

- Jeannette Wes, diëtiste (Livio).

Haaksbergen, juni 2011

## **2. DOELSTELLINGEN EN UITGANGSPUNTEN**

### **A. DOELSTELLINGEN**

De doelstelling van dit zorgprogramma is het beschrijven van de inhoud en de organisatie van de zorg voor patiënten met COPD vanuit Stichting Eerstelijns Zorg Haaksbergen (EZH) en het contracteren van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) COPD. EZH is een netwerkorganisatie die zich inzet voor de ontwikkeling en realisering van Geïntegreerde Eerstelijns Zorg voor de inwoners van Haaksbergen.

Het zorgprogramma bevordert een optimaal geïntegreerd beleid voor multidisciplinaire behandeling en begeleiding van patiënten met COPD en wordt lokaal aangeboden in Haaksbergen. Het zorgprogramma heeft als doel het leveren van optimale kwaliteit van zorg waardoor de gezondheidstoestand verbetert en de kwaliteit van leven van de patiënt toeneemt.

In het algemeen richt de behandeling van COPD zich op:

- verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt,
- afname van het aantal exacerbaties;
- minder opnames in de tweede lijn;
- meer COPD patiënten die stoppen met roken.

De precieze inhoud van deze zorg en de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd staat in de volgende hoofdstukken beschreven.

### **B. DEFINITIE**

*COPD* is de Engelse afkorting van Chronic Obstructive Pulmonary Disease, chronisch obstructief longlijden. COPD is een aandoening die wordt gekarakteriseerd door een niet of niet geheel omkeer-bare luchtwegobstructie, die in het algemeen progressief is en wordt veroorzaakt door een abnormale ontstekingsreactie van de longen op schadelijke deeltjes of gassen. 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.

#### *Voorkomen van COPD*

In Nederland hebben meer dan 350.000 mensen COPD. Naar schatting komt COPD voor 2,4% bij mannen en 1,7% bij vrouwen. Waarschijnlijk komt bij een op de drie oudere rokers een nog niet gediagnosticeerde COPD voor. Het aantal mensen met COPD zal naar verwachting de komende jaren sterk toenemen. COPD gaat gepaard met een hoge mortaliteit en was in 2006 verantwoordelijk voor 4,6% van alle sterfgevallen. Waarschijnlijk is COPD over vijf jaar wereldwijd gezien de derde doodsoorzaak. De economische impact van COPD is groot, vanwege de indirecte kosten. COPD is momenteel de vijfde oorzaak van arbeidsverzuim.

De incidentie in een gemiddelde huisartsenpraktijk is gerekend over alle leeftijden, ongeveer 2 per 1.000 patiënten. De prevalentie is ongeveer 20 per 1.000 patiënten per jaar en komt voor bij 2,4% van de mannen en 1,7% van de vrouwen. Bij een op de drie rokers tussen 40 en 65 jaar komt COPD voor, terwijl een aantal van hen dit (nog) niet weet. De druk op de COPD zorg in de 1<sup>e</sup> lijn zal de komende jaren toenemen als gevolg van het rookgedrag in het verleden en de vergrijzing.

### ***C. DISCIPLINES***

Bij de zorg de behandeling en begeleiding van patiënten met COPD 1<sup>e</sup> lijn zijn de volgende disciplines betrokken:

- Huisartsenzorg,
- Farmacie;
- Fysiotherapie;
- Diëtetiek;
- Psychologische zorg (POH GGZ, AMW, ELP);
- Medisch specialismen.

Dit zorgprogramma beschrijft hun aandeel in de zorg.

### ***D. STANDAARDEN***

De samenwerkende disciplines in EZH, betrokken bij de zorg aan mensen met COPD, hanteren de volgende standaarden:

- Zorgstandaard COPD, Long Alliantie Nederland (2010),
- KNMP Richtlijn COPD, (2010)
- KNMP Richtlijn COPD, Samenvattingskaart (mei 2010).
- KNGF Richtlijn COPD (2008);
- NHG Standaard COPD (juli 2007)
- LESA COPD (juli 2007);
- Concept Model Keten DBC voor COPD, Stichting Ketenkwaliteit COPD (december 2006);
- Richtlijn Ketenzorg COPD, Stichting Ketenkwaliteit COPD (2005)

### ***E. UITGANGSPUNTEN***

De uitgangspunten ten aanzien van de te contracteren COPD zorg zijn:

- toegankelijkheid van de zorg voor alle COPD patiënten van de huisartsen in Haaksbergen,
- optimale persoonlijke zorg op maat afgestemd in overleg met de patiënt;
- COPD zorg wordt primair vanuit de huisartsenpraktijk gestart en geleverd: de huisarts is de vaste begeleider van de patiënt, de regisseur van de patiëntenzorg en heeft de beschikking over alle relevante informatie;
- Alle disciplines leggen de informatie op dezelfde wijze vast in een keteninformatiesysteem;
- Integrale zorg: daar waar van toepassing multidisciplinair en in de keten afgestemd.

De uitgangspunten ten aanzien van de organisatie zijn:

- De zorgverzekeraar koopt de COPD zorg in door middel van een DBC contract met de stichting EZH,
- De zorginhoud, het datamanagement, de verantwoording als ook de financiële logistiek wordt door de EZH ontwikkeld en gecoördineerd;
- EZH maakt contractuele afspraken met alle zorgverleners in de keten voor uitvoering van de zorg (inhoud en afstemming van de zorg, rapportage, evaluatie en de prijs voor de geleverde zorg);
- EZH is verantwoordelijk voor de facturering en uitbetaling naar alle contractpartners;
- EZH heeft een regiefunctie, monitort het zorgproces en voert benchmarks uit.

### 3. ZORGPROGRAMMA COPD

#### A. ACHTERGROND

De ernst van COPD is gebaseerd op de longfunctie en op klachten of symptomen die zich bij de patiënt manifesteren.

##### *Indeling op basis van de GOLD richtlijnen*

De GOLD richtlijnen<sup>1</sup> geven een classificatie voor de ernst van het COPD op basis van longfunctie-onderzoek (spirometrie) criteria. Hierbij zijn twee waarden bepalend, te weten:

- De verhouding tussen FEV1 en de Forced Vital Capacity (FVC). Deze verhouding bepaalt of er sprake is van obstructie,
- De éénsecondewaarde (FEV1) als percentage van voorspeld (na luchtwegverwijding). Deze waarde zegt iets over de ernst.

GOLD	FEV1% voorspelde waarde Bij een FER van < 70%	Klachten/symptomen	Prevalentie
GOLD 1	≥ 80%	Meestal chronisch hoesten en sputum	28%
GOLD 2	50 – 80%	Symptomen verergeren en kortademigheid bij inspanning	54%
GOLD 3	30 – 50%	Kortademigheid neemt toe, herhaalde exacerbaties met invloed op kwaliteit van leven	15%
GOLD 4	< 30% (of 50% bij aanwezigheid van longfalen)	Kwaliteit van leven is ernstig aangetast en exacerbaties kunnen levensbedreigend zijn; longfalen	3%

De ernst van COPD wordt ook bepaald door de klachten of symptomen:

- de ernst van de dyspneu,
- klachten zoals hoesten en slijm opgeven;
- de ernst en frequentie van exacerbaties,
- de beperkingen van het inspanningsvermogen;
- de aanwezigheid van comorbiditeit;
- de mate waarin de patiënt erin slaagt zich aan zijn stoornis aan te passen, speelt een belangrijke rol bij de ervaren ziektelast en de ervaren kwaliteit van leven.

##### *Indeling op basis van ervaren ziektelast*

De nieuwe Zorgstandaard (LAN) hanteert 'ziektelast' als indeling: mensen met COPD met een lichte, matige of ernstige ziektelast. Naarmate de ziektelast van COPD toeneemt, neemt ook de intensiteit van de zorg toe en het aantal disciplines dat betrokken is bij de zorg.

Voor de verdeling naar ziektelast zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar en kan enkel op basis van indirecte gegevens een inschatting gemaakt worden (Bron: Zorgprogramma's in de 1e lijn, Integrale bekostiging Menzis oktober 2010).

<sup>1</sup> Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease

In de Zorgstandaard worden patiënten met een lichte ziektelast gekarakteriseerd door:

- een FEV1 > 50% (dus GOLD 1 en 2) en
- geen ernstige dyspneu (MRC < 3) en
- geen ernstige adaptatieproblemen en
- geen verminderde voedingstoestand en
- geen frequente exacerbaties en
- beperkte invloed van comorbiditeit.

De belangrijkste aspecten zijn de FEV1 en de MRC. Hierover zijn enige gegevens beschikbaar, evenals over verminderde voedingstoestand. Met behulp van deze gegevens is een inschatting gemaakt van het aandeel patiënten met een lichte ziektelast in de eerste lijn. Van alle COPD patiënten valt ongeveer 28% in GOLD 1. Wanneer hieruit de patiënten met ernstige dyspneu en verminderde voedingstoestand worden gehaald, resteert 23,6%. Het aandeel GOLD 2 is 54%. Als hier dezelfde correctie op wordt toegepast, wordt het aandeel 34,7%. Samen is dit 58,4% voor lichte ziektelast. Volgens de standaard kunnen deze allemaal in de eerste lijn worden behandeld. Voor het vaststellen van het aandeel ernstige ziektelast is uitgegaan van de aanname dat alle GOLD 4 patiënten (3%) en 2/3e van de GOLD 3 patiënten (10%) behandeling in de tweede lijn behoeven. In totaal dus 13% ernstige ziektelast in de tweede lijn.

Het percentage COPD patiënten dat resteert met matige ziektelast is daarmee 28,6%. Voor deze categorie geldt dat stabiele patiënten in de eerste lijn behandeld kunnen worden en instabiele patiënten in de tweede lijn. In deze benadering is arbitrair gekozen voor 70% eerste lijn en 30% tweede lijn.

Ziektelast	Totaal	1 <sup>e</sup> lijn	2 <sup>e</sup> lijn
Licht	58,4%	58,4%	
Matig	28,6%	20,0%	8,6%
Ernstig	13,0%		13,0%
Totaal		78,4%	21,6%

De Zorgstandaard laat de GOLD classificatie niet volledig los. Vooral in de diagnosefase blijft de ernst van de luchtwegobstructie (en dus de GOLD classificatie) een belangrijke parameter bij het beoordelen van de fysiologische toestand van de patiënt.

Zeer belangrijk voor de (behandeling van) de patiënt met COPD is dat hij/zij zelf (weer) controle krijgt over het verloop van de ziekte. Medicamenteuze therapie alleen is onvoldoende. COPD vraagt om een geïntegreerde aanpak, waarbij ziekte-uitleg, educatie, zelfmanagement, begeleiding bij stoppen met roken, medicatiebegeleiding, (gezond) bewegen, goede voedingstoestand, exacerbatie management en reactivatie een rol spelen.



## **B. INCLUSIE- EN EXCLUSIECRITERIA**

### **Inclusiecriteria**

Het zorgprogramma COPD wordt door het EZH aangeboden aan:

1. Patiënten met R 91, R 95, R 95.1-2,
2. Met COPD GOLD 1 - 2;
3. Met COPD GOLD 3 - 4 na terugverwijzing door de 2<sup>e</sup> lijn.

### **Exclusiecriteria**

- Bij discrepantie tussen de ernst van de klachten en de objectieve bevindingen,
- COPD op relatief jonge leeftijd (< 50 jaar),
- Niet of onvoldoende bereiken van behandeldoelen ondanks optimale behandeling:
  - Een FEV1 < 50% van de voorspelde waarde (GOLD 4)
  - Snel progressief beloop
  - > 2 of meer exacerbaties
  - Mogelijke indicatie voor O2-behandeling
  - Mogelijke indicatie voor longreactivatie;
- Bij een verminderde voedingstoestand bij GOLD 2 – 4, na uitsluiting van andere oorzaken door de bepaling van de vetvrije massa (VVM1)<sup>2</sup>;
- Eindstadium COPD.

## **C. BEHANDELDOELEN**

Het zorgprogramma COPD richt zich bij elke patiënt op de navolgende behandeldoelen:

- Verminderen van de klachten,
- Stoppen met roken;
- Verbeteren van het inspanningsvermogen;
- Behouden of verbeteren van de voedingstoestand;
- Stabiliseren van de achteruitgang van de longfunctie (FEV1);
- Voorkomen van exacerbaties;
- Uitstellen of voorkomen van invaliditeit en arbeidsongeschiktheid;
- Verbeteren van de ziektegerelateerde kwaliteit van leven;
- Voorkomen van ziekenhuisopnames.

## **D. ONDERSTEUNING ZELFMANAGEMENT**

Bij ondersteuning van zelfmanagement gaat het om een gelijkwaardig partnership tussen de patiënt en de zorgverlener. Het is belangrijk dat de patiënt de regie heeft zoals hij die zelf nodig vindt. Patiënten krijgen op deze manier veel meer de zorg die bij hen past.

Ondersteuning van het zelfmanagement komt tot uitdrukking in een **individueel zorgplan** dat aansluit bij de wensen en doelen van de patiënt en **voorlichting en motivatie** tot aanpassing van de leefstijl.

---

<sup>2</sup> De VVM1 kan bepaald worden door de fysiotherapeut.

De individuele leefstijl van de patiënt heeft grote invloed op het verloop van de ziekte. Het is van essentieel belang te investeren in de betrokkenheid van de patiënt en diens directe omgeving bij de behandeling. Wanneer de patiënt net zijn/haar diagnose heeft gehoord, is er nog te weinig zelfvertrouwen en te weinig kennis van de ziekte en het ziekteproces om de eigen ziekte te kunnen managen. In deze fase is er permanente ondersteuning van de hulpverleners nodig. Naarmate de patiënt meer kennis verwerft, neemt het zelfvertrouwen en de betrokkenheid toe. De kennis behelst inzicht in de structuur van de COPD zorg, ieders verantwoordelijkheden en ziektegerelateerde kennis. Indien de patiënt volledig geïnformeerd is over de ziekte, behandelmogelijkheden, het eigen behandelplan (en hierin vertrouwen) en betrokken wordt bij de uitvoering en evaluatie, is hij/zij in staat de rol van regisseur in een zorgplan op zich te nemen. De regisseursrol op basis van volledige informatie heeft een positieve invloed op de motivatie van de patiënt en op therapietrouw. Zodoende kan het zorgplan op maat worden gemaakt, aangepast aan kennisniveau, leeftijd en leefwijze.

### **Individueel zorgplan**

Een individueel zorgplan (IZP) gaat primair uit van de vraag van de patiënt. Een individueel zorgplan legt alle onderdelen vast die van belang zijn in de behandeling. Ook de verantwoordelijkheden van de verschillende hulpverleners worden in dit plan vastgelegd. Het zorgplan helpt de patiënt inzicht te krijgen in het ziekteproces, de zelfzorg te versterken en het stimuleert tot het vervullen van een sleutelrol in het monitoren van het verloop van het ziekteproces. Het zorgplan legt daarmee de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid veel directer bij de patiënt zelf. Samen met de patiënt worden 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.

Een individueel zorgplan dat aansluit bij het zorgprogramma bestaat uit de volgende elementen:

- Wat wil de patiënt bereiken,
- Wat is daarvoor nodig;
- Hoe gaat de patiënt dit doen;
- Zijn er hulpmiddelen nodig en zo ja welke;
- Is er ondersteuning nodig en zo ja welke en van wie;
- Hoe controleert de patiënt of zijn/haar doel is bereikt;
- Wanneer wil de patiënt zijn/haar doel bereikt hebben;
- Welke afspraken zijn er gemaakt met behandelaars.

De praktijkondersteuner ondersteunt de patiënt bij het bedenken van strategieën om de doelen te realiseren, het vol te houden en weerstand leren bieden aan frustraties. Het IZP is een belangrijk instrument om de mate én de voortgang van zelfmanagement te monitoren. De POH begeleidt de patiënt bij het gebruik van het IZP, maar is niet degene die het zorgplan bijhoudt.

Als individueel zorgplan kan gebruik gemaakt worden van de patiëntenversie zorgstandaard COPD<sup>3</sup> (<http://www.astmafonds.nl/downloads/ZorgstandaardCOPD.pdf>). Het werken met het IZP zal in de komende periode ontwikkeld moeten worden (dit is ook een landelijk thema). Er zal tevens gekeken moeten worden of het IZP aansluit bij de patiënten uit Haaksbergen.

---

<sup>3</sup> Kan gratis door de patiënt besteld worden bij het Astmafonds.

## **Geven van voorlichting en motiveren tot aanpassing van de leefstijl**

De huisartsen en praktijkverpleegkundigen, de apotheker en apothekerassistentes, zijn vanuit hun opleiding geschoold in het geven van patiëntgerichte voorlichting.

Bij voorlichting aan patiënten met een COPD is van belang dat de patiënt begrijpt dat de mate waaraan hij/zij zich weet aan te passen aan de stoornis mede bepalend is voor zijn/haar klachten, beperkingen en kwaliteit van leven. Voorlichting is gericht op het vergroten van kennis over de ziekte en de mogelijkheden om het ziekteverloop zelf te beïnvloeden:

- Wat is COPD,
- Waaruit bestaat de behandeling;
- Wat is de prognose;
- Wat is de rol van medicatie en leefstijl;
- Juiste inhalatietechniek,
- Exacerbatie-management;
- Ademregulatie;
- Hoe hij/zij kan omgaan met de consequenties en emoties en hierover effectief kan communiceren met zorgverleners, familie, vrienden en relevante anderen.

### ***E. ZORGPROCES COPD***

Het zorgproces, zoals schematisch weergegeven op pagina 11, wordt in vier paragrafen uitgewerkt:

1. Identificatie
2. Ziektespecifieke zorg
  - Diagnostiek
  - Intensieve behandeling
  - Stabiele fase
  - Exacerbatie
  - Eindstadium
3. Generieke zorg
  - Stoppen Met Roken
  - Voeding en dieet
  - Bewegen
  - Farmaceutische zorg en medische hulpmiddelen
4. Consultatie expert

#### **E.1. Identificatie**

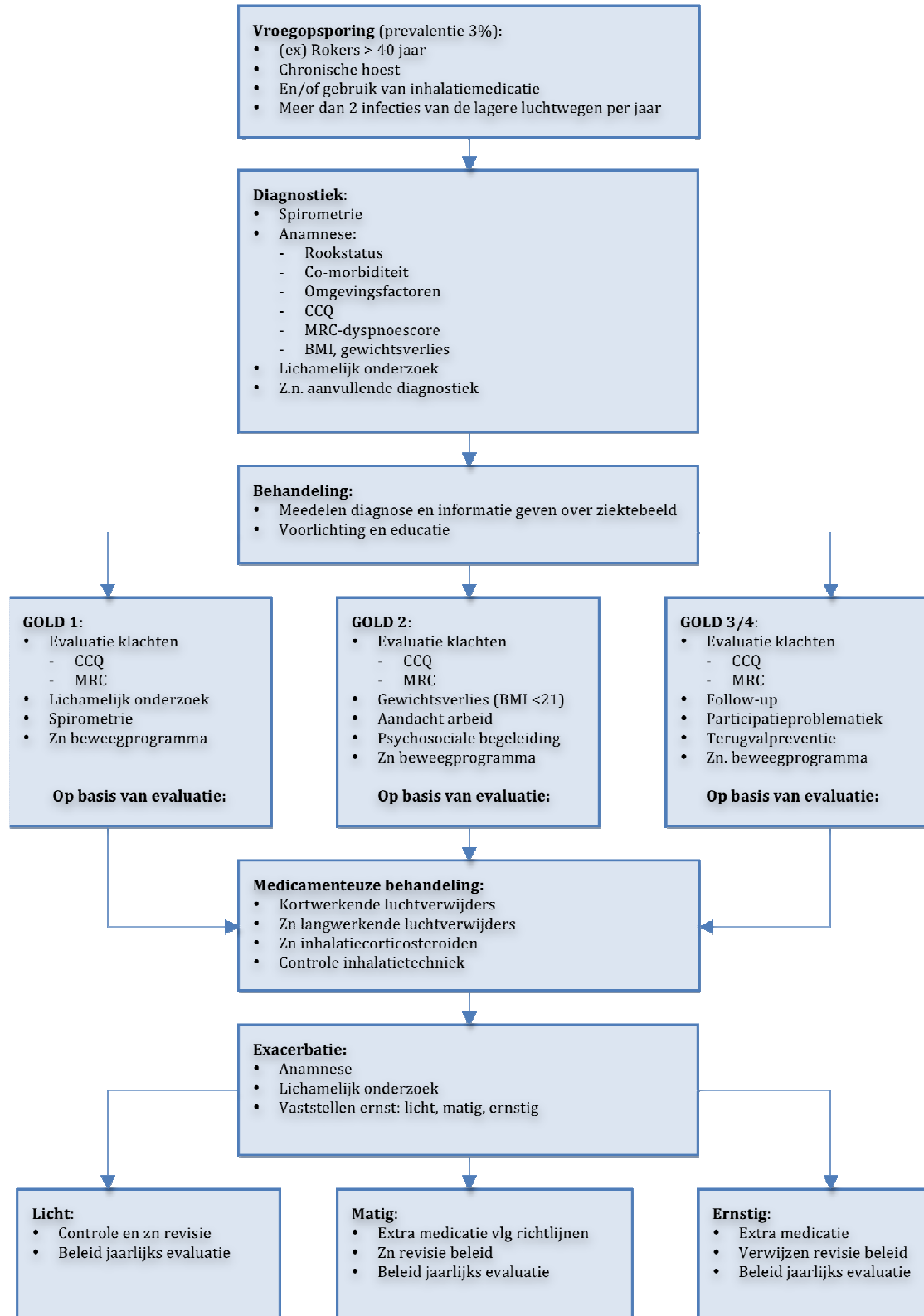
Het zorgprogramma richt zich op patiënten met COPD. Er is geen bevolkingsonderzoek gericht op vroege identificatie van COPD in de algemene bevolking. Volgens de wet moet er een effectieve bewezen therapie voorhanden zijn opdat een bevolkingsonderzoek gerechtvaardigd is.

Vroege opsporing door de huisarts is wel gewenst: actief onderzoek op de diagnose COPD bij (ex) rokende mensen (> 40 jaar) met chronische hoest en/of gebruik van inhalatiemedicatie óf > 2 infecties van de lagere luchtwegen per jaar. Door vroege opsporing kan gezondheidsschade

worden voorkomen met adequate behandeling en leefstijlinterventies, zeker stoppen met roken.

In 2009 - 2010 hebben

de Haaksbergse huisartsen met artikelen in de lokale krant gecombineerd met een advertentie- en postercampagnes actief aan vroegopsporing gedaan. Daarmee is de huidige COPD populatie in beeld. Vanaf nu wordt er actief aan casefinding gedaan in de huisartsenpraktijken .



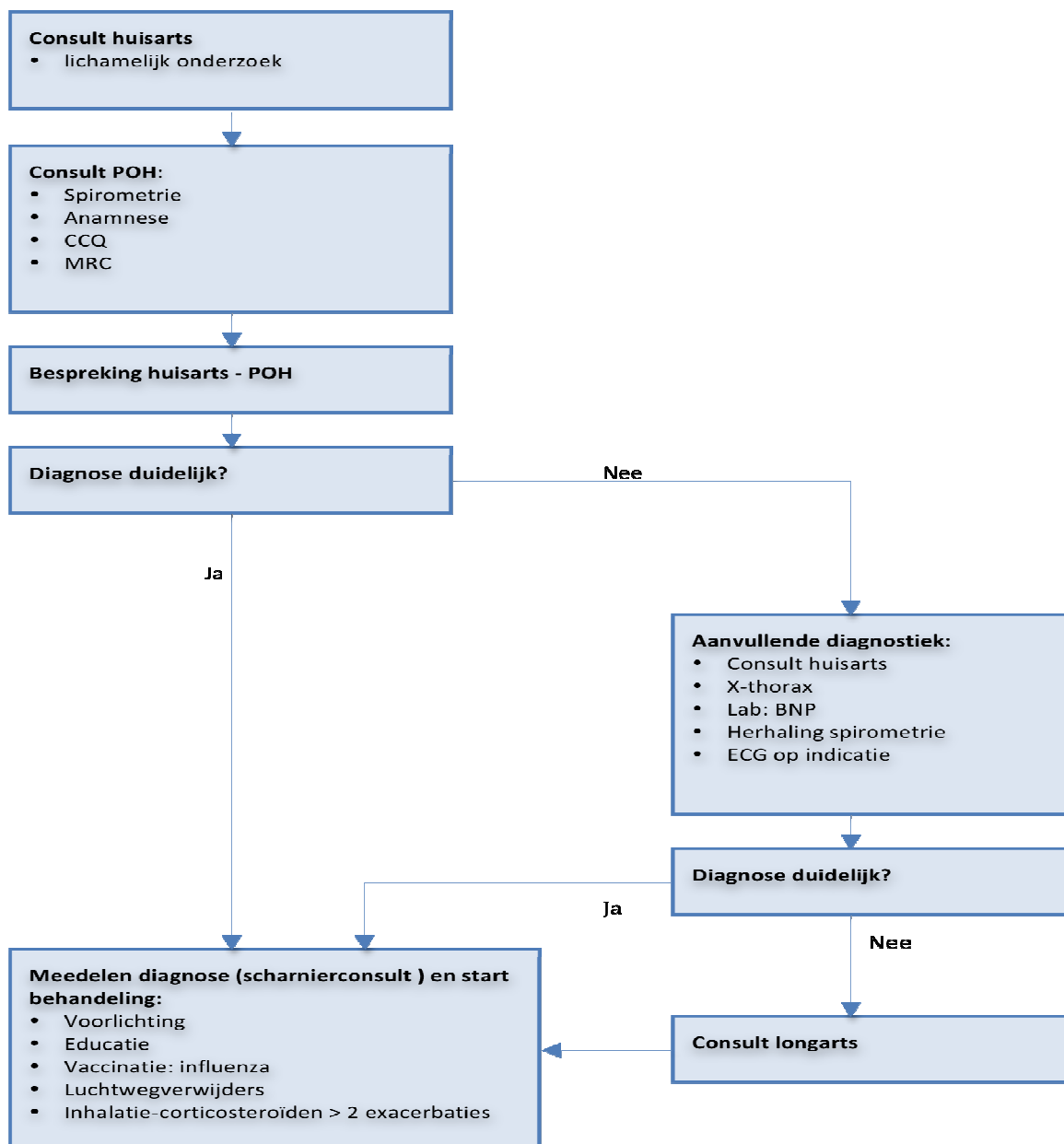
Schema1 Zorgproces COPD

## E.2. Ziektespecifieke zorg

Nadat de patiënten zijn geïdentificeerd begint de ziektespecifieke zorg<sup>4</sup> met diagnostische fase.

### Diagnostiek

Bij COPD spelen vele variabelen een rol die in kaart gebracht dienen te worden. Eerst is echter zekerheid over de diagnose COPD essentieel. COPD wordt gekenmerkt door een luchtwegobstructie. Naast anamnese en lichamelijk onderzoek, is het aantonen van deze obstructie d.m.v. spirometrie vóór en na bronchusverwijding voorwaarde voor het stellen van de diagnose. De medewerkers van de huisartsen-praktijken zijn geschoold in het verrichten en interpreteren van spirometrie. De benodigde apparatuur wordt volgens de norm geïjkt en onderhouden.



Schema 2 Diagnostiek

<sup>4</sup> Ziektespecifieke zorg is gericht op de preventie en zorg bij een bepaalde (specifieke) chronische aandoening, i.c. COPD.

Bij de anamnese komen aan de orde:

- alle aspecten van de gezondheidstoestand (inclusief comorbiditeit),
- de mogelijkheden van de patiënt om zich aan zijn/haar ziekte aan te passen (voorbeelden zijn: juiste inhalatietechniek, therapietrouw, exacerbatie-management, gezonde leefstijl)
- ervaren klachten en beperkingen: CCQ;
- dyspneuscore: MRC;
- voedingstoestand: gewichtsverlies, BMI;
- longfunctiebeperking.

De diagnose wordt gesteld na één of meer consulten. Dit is afhankelijk van de complexiteit en de eventuele noodzaak voor aanvullend onderzoek:

- X-thorax,
- BNP bepaling;
- Herhaling spirometrie;
- ECG op indicatie.

Na het stellen van de diagnose wordt de patiënt geïnformeerd over de aandoening en over wat hem/ haar mogelijk te wachten staat in het 'scharnierconsult'. Dit consult is bedoeld om de patiënt uit te leggen dat hij/zij een chronische aandoening heeft. Het consult wordt uitgevoerd door de huisarts en is de verbinding tussen de diagnostische fase en de intensieve behandelingsfase. Het is het beginpunt van educatie, leefstijladviezen en zelfmanagement (voor uitvoering zie praktijkwijzer Astma/COPD van het Cahag).

### **Intensieve behandeling**

Na het stellen van de diagnose vindt in het eerste jaar een *intensieve behandeling* plaats.

De behandeling wordt opgestart en de effecten ervan worden gevolgd. Essentie van de intensieve behandeling is ***voorlichting en educatie én medicamenteuze behandeling***.

### ***Voorlichting en educatie***

Onderdelen van de voorlichting en educatie zijn:

- Stoppen met roken

Stoppen met roken is de meest effectieve behandelingsoptie om versnelde achteruitgang van de longfunctie te voorkomen en is voor alle rokers met COPD in elke fase van de aandoening de belangrijkste niet-medicamenteuze behandeling.

Het is van groot belang dat alle hulpverleners tenminste eenmalig een stopadvies geven aan elke nieuwe patiënt die blijft roken.

Serius gemotiveerde patiënten worden begeleiding door de praktijkondersteuner geboden. De apotheker kan indien gewenst advies geven over medicamenteuze middelen die het stoppen met roken kunnen ondersteunen.

Zie verder bij Zorgmodule Stoppen Met roken.

- **Voldoende lichaamsbeweging**  
Mensen met COPD zijn vaak inactief, door bewegingsarmoede en/of een inspanningsprobleem. Meer bewegen kan leiden tot: verbetering van de inspanningstolerantie, vermindering van dyspneu, verbetering van kwaliteit van leven en vermindering van medische consumptie.  
Bij GOLD 2 en GOLD met een MRC > 2 wordt verwezen naar de fysiotherapeut. Zie verder bij Zorgmodule Bewegen.
- **Voedingstoestand**  
Bij COPD patiënten met een ernstige ziektelast wordt de prognose van de ziekte, naast de mate van dyspneu en comorbiditeit (met name hartfalen), vooral bepaald door ondergewicht en gewichtsverlies.  
COPD is een chronische ziekte waarbij tenminste eenmalig een goede voedingsanamnese wordt afgenomen. Dit kan door de praktijkondersteuner gedaan worden inclusief voedingsadviezen.  
Bij problemen of het vermoeden van een verminderde voedingstoestand<sup>5</sup> wordt, nadat andere oorzaken van deze voedingstoestand zijn uitgesloten, een dieetinterventie in combinatie met een inspanningsinterventie aangeboden.  
Zie verder bij Zorgmodule Voeding en dieet.
- **Exacerbatie-management**  
Bij iedereen met COPD kan zich plotseling een verergering van de klachten (exacerbatie) voor-doen. Hoewel de ernst van de exacerbatie moeilijk te relateren is aan de ernst van de luchtweg-obstructie, treden exacerbaties over het algemeen meer op bij mensen met ernstige luchtwegob-structies. Exacerbaties zijn niet te voorkomen, maar het risico erop kan verkleind worden.

### ***Medicamenteuze behandeling***

Binnen het farmacotherapieoverleg (FTO) maken huisartsen en apothekers afspraken over het voor-schrijven van medicatie in Haaksbergen met als doel het geneesmiddelengebruik te rationaliseren.

Er worden gezamenlijke adviezen opgesteld op basis van de meest recente standaarden van beide beroepsgroepen (Haaksbergse Formularium). Deze gemaakte afspraken worden regelmatig getoetst (FTO niveau 4).

De doelen van een medicamenteuze behandeling bij COPD zijn:

- Verminderen van de klachten,
- Het optimaliseren van de kwaliteit van leven;
- Het verbeteren van het inspanningsvermogen;
- Het zo mogelijk optimaliseren van de longfunctie;
- Het zo mogelijk verminderen van het aantal exacerbaties;
- Het juist gebruik van het geneesmiddel.

---

<sup>5</sup> De voedingstoestand wordt vastgesteld door:

- BMI,
- Het gewichtsverloop;
- Vetvrije massa-index (VVMi).

Op de langere termijn is het doel het zo mogelijk voorkomen of vertragen van de achteruitgang van de longfunctie, uitstellen of voorkomen van complicaties en invaliditeit.

Patiënten met COPD zijn vaak hun hele leven aangewezen op het gebruik van meerdere geneesmiddelen. Goed geneesmiddelengebruik en therapietrouw is cruciaal: het juiste geneesmiddel moet op het juiste moment op de juiste wijze worden gebruikt en dit moet volgehouden worden.

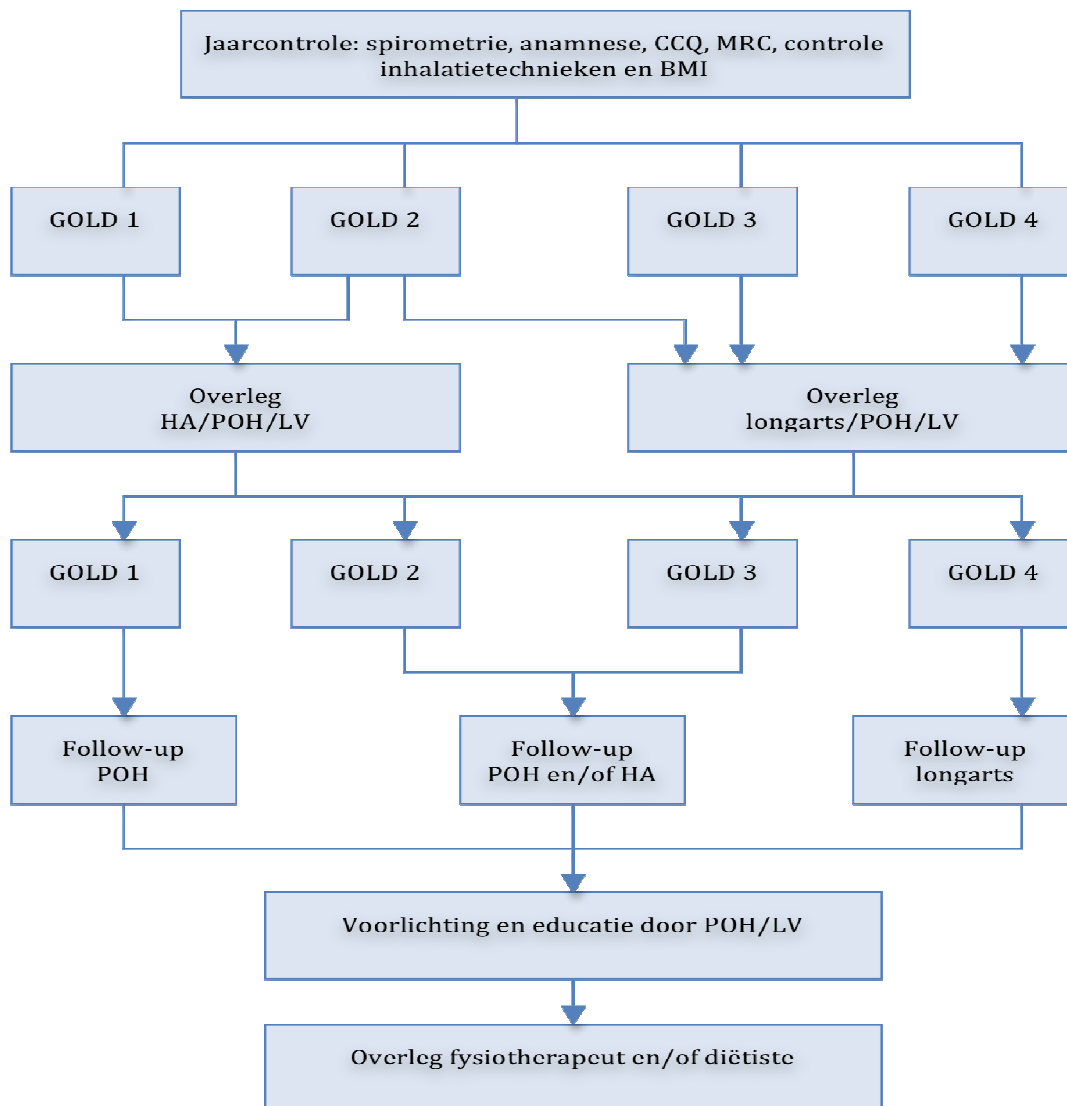
Het is van belang dat een centrale zorgverlener het medicatiegebruik van de patiënt begeleidt en bewaakt. De apotheker is bij uitstek de zorgverlener in het totale zorgproces om overzicht te houden over de totale medicatie, het gebruik te controleren en te beïnvloeden en voorlichting te geven aan de patiënt en de betrokken hulpverleners.

Reguliere farmaceutische zorgverlening zoals vastgelegd in de Nederlandse Apotheek Norm (NAN).

### **Stabiele fase**

Na de periode van intensieve behandeling, waarin de patiënt de belangrijkste voorlichting en educatie heeft gehad, komt de patiënt in de stabiele fase. De intensiteit van de begeleiding is afgenomen. Een goed geïnformeerde patiënt gebruikt de opgedane kennis en de vaardigheden om op adequate wijze om te gaan met de aandoening. De patiënt zal de hulpverleners(s) minder vaak bezoeken.



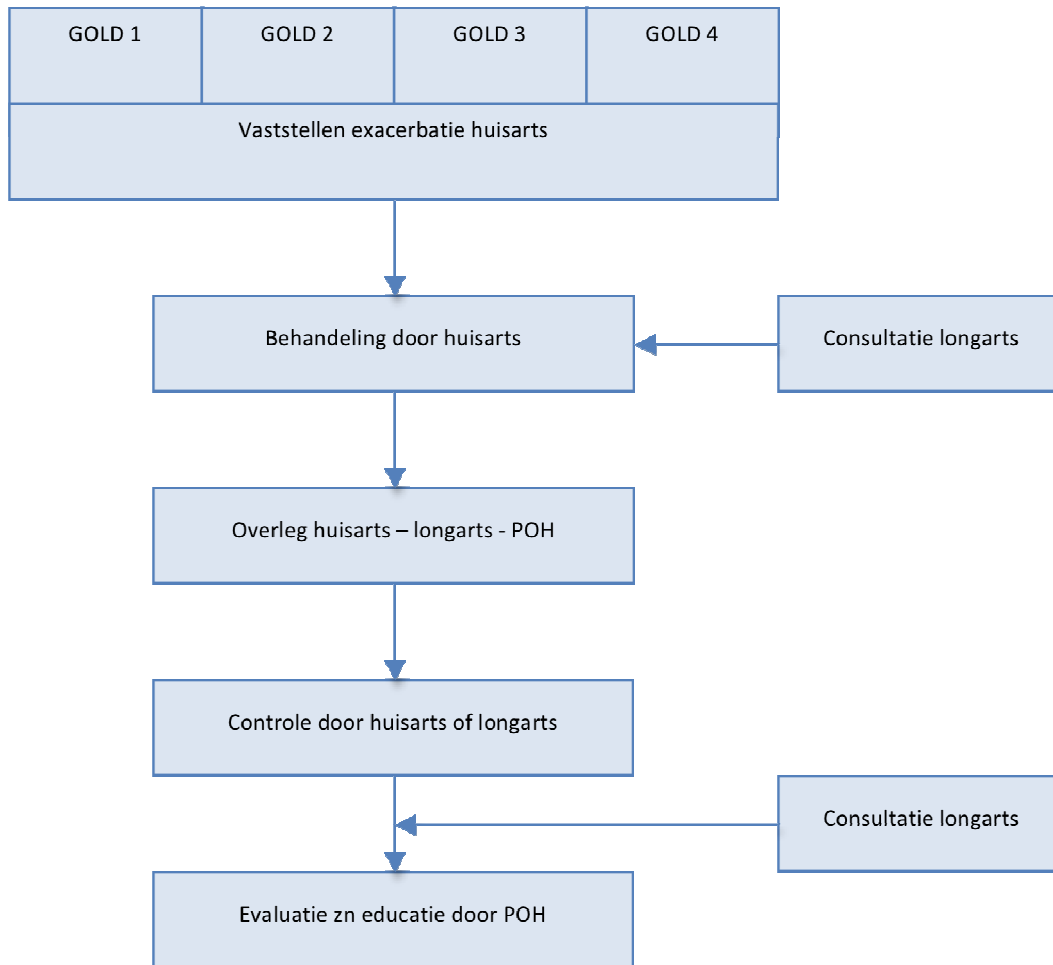


*Schema 3 Stabiele fase*

In deze fase is het voor alle mensen met COPD van belang dat klachten goed worden geëvalueerd op ervaren klachten, functionele status en emoties. De BMI dient bekend te zijn en lichamelijk onderzoek is nodig om comorbiditeit uit te sluiten. In de follow-up kan spirometrie plaatsvinden. Over de frequentie waarmee de evaluatie dient te gebeuren, zijn de richtlijnen niet duidelijk. Bevorderen van zelfmanagement is van belang. Goede voorlichting m.b.t. de aandoening, de risicofactoren en zo nodig de werking en het gebruik van medicatie is hiervoor een voorwaarde. De aard en intensiteit verschilt.

### **Exacerbatie**

Een exacerbatie kan zich op elk moment voordoen en de ernst van de exacerbatie kan moeilijk gerelateerd worden aan de ernst van de COPD. Daarom is de behandeling ervan apart weergegeven.



*Schema 4 Exacerbatie*

Exacerbatie kan ingedeeld worden in een lichte, een matige of een ernstige exacerbatie:

- Bij een lichte exacerbatie is er sprake van een lichte toename van klachten, maar er ontstaat geen nieuwe zorgvraag omdat behandeling met eigen medicatie mogelijk is,
- Bij een matige exacerbatie is de toename van klachten van dien aard dat er een nieuwe zorgvraag ontstaat en extra medicatie nodig is;
- Bij een ernstige exacerbatie is sprake van een dusdanige toename van klachten en eventueel gestoorde bloedgasen dat medisch ingrijpen noodzakelijk is. Zo nodig vindt een bezoek aan de SEH plaats. Er dient beoordeeld te worden of een opname noodzakelijk is.

Nazorg is bij elke exacerbatie van belang om te beoordelen of revisie van beleid nodig is.

Onderdelen van de zorg zijn:

- Vaststellen exacerbatie (anamnese, lichamelijk onderzoek, vaststellen ernst),
- Behandeling;
- Overleg huisarts en praktijkondersteuner;
- Controle (effectiviteit behandeling, controle inhalatie, inactiviteit, gewicht en gewijzigde voedsel-inname);
- Evaluatie, z.n. educatie (medicatie, inhalatietechniek, hoesttechniek);
- Consultatie longarts;
- Beoordelen of aanvullende informatie en herziening van het individueel zorgplan nodig is.

De impact van een exacerbatie is groot en het is belangrijk dat de patiënt al in een vroeg stadium weet hoe hij/zij de verschijnselen van een exacerbatie vroegtijdig kan signaleren en de kans erop kan verkleinen. Voorlichting over exacerbaties bestaat uit:

- Hoe is de kans op het krijgen van een exacerbatie te verkleinen,
- Vroegtijdig onderkennen van de verschijnselen;
- Beschikbaarheid van noodmedicatie voor de behandeling van de exacerbatie;
- Een patiëntenplan hoe, wanneer en bij wie hulp in te schakelen;
- Follow-up en evaluatie.

### **Eindstadium**

De behandeling van patiënten met eindstadium COPD vergt vaak een intensieve begeleiding en een goede samenwerking. Bij een progressieve aandoening die niet meer reageert op curatieve behandeling en een levensverwachting van < 6 – 12 maanden, moet de (palliatieve) zorg meer gericht zijn op het bereiken van de optimale kwaliteit van leven voor de patiënt en zijn omgeving. Het is moeilijk aan te geven wanneer een patiënt het eindstadium van COPD ingaat en hoeveel zorg er nodig is. Om deze redenen is de beschrijving van het eindstadium geen onderdeel van dit zorgprogramma. De huisarts bepaalt het moment van exclusie.

### **E.3. GENERIEKE ZORGMODULES**

Generieke zorg beschrijft de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Generieke zorg onderscheidt zich van ziektespecifieke zorg, doordat de zorg op meer dan één chronische aandoening van toepassing kan zijn.

#### ***Zorgmodule Stoppen met roken***

*Verwijzing naar de praktijkondersteuner*

Roken is de meest vermijdbare oorzaak van morbiditeit en mortaliteit. De helft van de mensen, die regelmatig roken, zal hier uiteindelijk aan sterven. In Nederland sterven jaarlijks meer dan 20.000 mensen (54 per dag) ten gevolge van aan roken gerelateerde aandoeningen. Naar schatting 2000 tot 3000 mensen sterven jaarlijks door meerroken (Gezondheidsraad Passief roken 2003). Stoppen met roken is de enige manier om de achteruitgang van de longen te verminderen.

Mensen die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken kunnen hierin begeleid worden d.m.v. gerichte voorlichting, advisering en begeleiding, ondersteund met medicatie of nicotinevervangers. De praktijkondersteuner heeft hierbij een cruciale rol. Consistentie in de advisering door de verschillende zorgverleners is van groot belang. Kern is dat er bij de patiënt met een verhoogd risico op HVZ een gedragsverandering moet optreden. De eigen verantwoordelijkheid van de patiënt staat hierin centraal. Behandeling door de praktijkondersteuner en huisarts bestaat uit motiverende gespreksvoering, het stimuleren van zelfmanagement en het toepassen van diverse hulpmiddelen om bovenstaande te bereiken.

#### **Minimale Interventie Strategie (MIS)**

De MIS (NHG en Stivoro) vormt de basis voor de begeleiding door de praktijkondersteuner in het stoppen met roken. De MIS is bedoeld voor rokende patiënten. Het is een stappenplan waarbij de praktijkondersteuner en de huisarts samen de patiënt begeleiden bij het stoppen met roken. Uitgangspunt van de MIS is dat de patiënt zelf verantwoordelijk blijft voor het eigen rookgedrag.

De roker moet voldoende gemotiveerd zijn en kennis hebben van het proces verslaving om te kunnen stoppen. De praktijkondersteuner past hierbij de motiverende gesprekstechnieken toe. De persoonlijke situatie van de patiënt staat centraal in de MIS. De begeleiding kan gecombineerd worden met medicamenteuze behandeling en nicotine vervangende middelen.

Stoppen met roken is een belangrijk onderdeel van de leefstijladvies. Interventies die gericht zijn op het terugdringen van het aantal beginnende rokers en op het aansporen om met het roken te stoppen, dragen bij aan een afname van het aantal mensen met HVZ in de toekomst.

De begeleiding kent een totale looptijd van 12 maanden. De totale tijdsinvestering van de MIS is 2 uur. In het begin is de begeleiding intensief, in de loop van het jaar wordt de begeleiding minder intensief.

### **Zorgmodule Voeding en Dieet**

#### *Verwijzing naar de diëtiste*

Bij COPD patiënten met een ernstige ziektelast wordt de prognose van de ziekte, naast de mate van dyspneu en comorbiditeit (met name hartfalen), vooral bepaald door het gewicht(-sverlies).

Aan een COPD patiënt met een verminderde voedingstoestand wordt, na uitsluiting van andere oorzaken van deze voedingstoestand, een dieetinterventie aangeboden. Alleen een dieetinterventie in combinatie met een inspanningsinterventie kan leiden tot een positief effect op de energiebalans.

Bij COPD patiënten met een matige of ernstige ziektelast en overgewicht (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) is een dieet-interventie geïndiceerd indien andere medische redenen gewichtsreductie vereisen. De behandeling is gericht op gewichtsvermindering met behoud van spiermassa door het intensiveren van lichamelijke inspanning en een adequate inname van eiwitten en energie.

#### *Indicaties:*

- BMI  $\leq 21$  kg/m<sup>2</sup>,
- Of ongewenst gewichtsverlies (5% of meer binnen 1 maand of 10% of meer binnen een periode van 6 maanden);
- Of een vetvrije massa index (VVMi) bij mannen  $\leq 16$  kg/m<sup>2</sup> of bij vrouwen  $\leq 15$  kg/m<sup>2</sup>;
- Overgewicht, BMI  $> 30$ ;
- Bij vragen over voeding of twijfel over verantwoorde voeding.

#### *Doelstelling:*

- Gewichtsbehoud of gewichtstoename,
- Spiermassa behouden en of opbouwen;
- Zo nodig optimaliseren van voedingstoestand;
- Bewust worden van het eetgedrag/leefstijl/bewegen;
- Bij overgewicht: gewichtsreductie met behoud van spiermassa.

#### *Verwijsprocedure:*

Via verwijsbrief<sup>6</sup> van de huisarts.

---

<sup>6</sup> Een verwijsbrief van de huisarts aan de diëtiste bevat:

- Gegevens patiënt: NAW, geboortedatum, telefoonnummer, BSN van de patiënt,
- Diagnose (extra: met ondergewicht of overgewicht), bijbehorend zorgprogramma, medebehandelaars;
- Medicatiestatus;
- Actuele episodelijst (o.a. laatste FEV1, antropometrische gegevens);
- Relevante/belangrijke voorgeschiedenis (extra voor diëtist evt. al gestarte bijvoeding, sondevoeding);
- Gegevens verwijzende arts: praktijk, adresgegevens, telefoonnummer.

De diëtist zit in het basispakket; de verzekerde krijgt tot 4 uur dieetadvies per jaar vergoed.

*Interventies volgens het Elsevier Protocol:*

- Energieverrijkt: 150-200% van het rustmetabolisme<sup>7</sup>,
- Eiwitverrijkt: 1,5-1,7 g eiwit per kg lichaamsgewicht;
- 1000-1200 mg calcium;
- 10-20 mg vit D;
- Overige nutriënten conform de richtlijnen goede voeding.

4-8 consulten op het spreekuur is de cliënt niet in staat om op het spreekuur te verschijnen dan kan ook een huisbezoek worden afgelegd, dit gaat in overleg met de diëtist

*Terugkoppeling<sup>8</sup>:*

Begin- en eindrapportage naar de huisarts.

### ***Zorgmodule Bewegen***

*Verwijzing naar de fysiotherapeut*

Mensen met COPD zijn vaak inactief, door bewegingsarmoede en/of een inspanningsprobleem.

Deze inactiviteit is slechts matig gecorreleerd met de afgenomen longfunctie. Er is voldoende bewijs dat fysieke training het inspanningsvermogen en de kwaliteit van leven van patiënten met matig ernstig of ernstig COPD ( $\geq$  GOLD 2) gunstig beïnvloedt. Daarom wordt aanbevolen dagelijks een half uur matig intensief te wandelen, te fietsen of te fitnessen.

Helaas is het vergroten van de motivatie van patiënten voor leefregels een moeizaam proces. Lukt het de praktijkondersteuner niet om de patiënten voldoende te laten bewegen, dan kan verwezen worden naar een fysiotherapiepraktijk<sup>9</sup> met specifieke expertise in behandeling en begeleiding van COPD patiënten.

---

<sup>7</sup> Via de apotheek kan de patiënt een proefpakket met diverse smaken krijgen, de diëtiste vult daartoe het ZN formulier dieetpreparaat artsenverklaring in. De POH kan op dezelfde manier het pakket aanvragen indien nodig.

<sup>8</sup> EZH streeft naar een gestandaardiseerde, elektronische terugkoppeling, bij voorkeur via een KIS.

<sup>9</sup> Fysiotherapie Noordman, Fysik fysiotherapie, Fysiotherapie de Werfheegde.

### *Indicatie:*

- patiënten met GOLD 1 die niet voldoen aan de NNGB/combinorm en een MRC > 2,
- patiënten met GOLD 2 die niet voldoen aan de NNGB/combinorm.

### *Verwijsprocedure:*

Via verwijsbrief<sup>10</sup> van de huisarts.

### *Doelstelling:*

Het hoofddoel is gedragsverandering zodat de patiënt zelfstandig voldoende gaat bewegen, zodat het ADL functioneren en de zelfredzaamheid verbeterd.

Subdoelen zijn:

- Het verbeteren van de cardio-circulatoire conditie.
- Het verbeteren van de ventilatoire conditie.
- Het verbeteren van de kracht van de ademhaling spieren en van de perifere spieren.
- Het verminderen van belemmerende psychologische factoren (zoals angst of te weinig zelfvertrouwen).
- Het optimaliseren van de ademhalingstechniek.
- Het realiseren van adequaat gedrag (niet te vermijdend en niet te confronterend)
- Het verbeteren van de kwaliteit van dagelijkse activiteiten (lopen, fietsen, tillen, sporten).
- Plezier in bewegen krijgen, en uitstroom naar het reguliere beweeg- en sportaanbod, dat wil zeggen zelfstandig bewegen (mogelijk zonder supervisie van een fysiotherapeut).
- Het leren omgaan met fysieke beperkingen

### *Interventies:*

Het beweegprogramma duurt 24 weken:

- Individuele contacten: 4x contact gedurende het programma,
- Groepstraining: 2x per week;
- Individuele training: de patiënt wordt gestimuleerd tot minimaal 1x per week zelf te gaan trainen;
- Een (afsluitende) controle na 52 weken.

Zie verder Beweegprogramma COPD Haaksbergen.

### *Terugkoppeling<sup>11</sup> (via KIS):*

- Eindrapportage naar huisarts en/of praktijkondersteuner met o.a. als indicatoren de MRC score en de uitslag van de 6 minuten wandeltest aan het eind van het beweegprogramma.

---

<sup>10</sup> Een verwijsbrief van de huisarts bevat:

- Gegevens patiënt: NAW, geboortedatum, telefoonnummer, BSN van de patiënt,
- Verwijsredenen + bijbehorend zorgprogramma, GOLD classificatie, uitslag spirometrie, MRC score;
- Actuele episodelijst;
- Relevante/belangrijke voorgeschiedenis;
- Medicatiestatus;
- Gegevens verwijzende arts: praktijk, adresgegevens, telefoonnummer.

<sup>11</sup> EZH streeft naar een gestandaardiseerde, elektronische terugkoppeling, bij voorkeur via een KIS.

#### **E.4. Consultatie expert**

Extra consultatie of verwijzing kan nodig zijn bij de volgende zorgvragen:

#### **Bij moeite met ophoesten van sputum, kortademigheid of beperkt inspanningsvermogen een advies van de fysiotherapeut**

##### *Indicatie*

De patiënt is ingesteld op medicatie en er zijn problemen met:

- Ophoesten van sputum en recidiverende luchtweginfecties en/of,
- Blijvende kortademig (dyspneuïsch) zijn en/of;
- Een beperking in inspanningsvermogen hebben en hierdoor gehinderd worden bij de dagelijkse activiteiten.

##### *Verwijscriteria*

- Normale verwijzing fysiotherapie bij sputumproblematiek, problemen betreffende ademtechniek/ ontspanning, e.d.,
- Eenmalig fysiotherapeutisch consult voor het in kaart brengen van inspanningsbeperking/ inactiviteit, e.d.;
- Verwijzing beweegprogramma COPD;
- Verwijzing longrevalidatie (alleen mogelijk via de longarts o.a. voor ergometrie-onderzoek);
- Verwijzing longrevalidatie (alleen mogelijk via de longarts).

##### *Doelstelling*

- Leren sputum ophoesten,
- Managen van dyspneu;
- Vergroten inspanningsvermogen.

##### *Verwijsprocedure*

De verwijsbrief van de huisarts vermeldt naast de verwijfsreden de volgende informatie:

- Indeling GOLD classificatie/ziektelast,
- Uitslag spirometrie onderzoek met eventueel uitsluitend op indicatie de aanwezigheid van uitslagen fietsergometrie;
- Medicatie;
- CCQ vragenlijst;
- MRC score;
- RR;
- Comorbiditeit (waaronder artrose bewegingsapparaat, HVZ).

##### *Interventies*

- Aanleren van effectieve technieken (geforceerde expiratie technieken zoals hoesten of huffen) voor het ophoesten van sputum,
- Aanreiken van ademhalings technieken zodat de patiënt zijn dyspneu kan managen;
- Vergroten van het inspanningsvermogen door ademspiertraining.

##### *Terugkoppeling*

- Gestandaardiseerde beginrapportage,
- Gestandaardiseerde eindrapportage.

#### **Bij verre reizen een reisadvies van Reisvaccinatieservice Haaksbergen**

*Indicatie:*

Patiënten die op reis gaan naar bestemmingen waarbij medische en/of preventieve maatregelen geïndiceerd zijn.

*Doelstelling:*

Reisadvisering met kennis van volledig medische gegevens van de patiënt specifiek toegepast op gezondheidssituatie van betreffende patiënt.

*Verwijsprocedure:*

Patiënt kan zelf contact opnemen via de website [www.reisvaccinatieservicehaaksbergen.nl](http://www.reisvaccinatieservicehaaksbergen.nl) of apotheek de Waag, Haaksbergen.

*Terugkoppeling:*

Terugrapportage wordt verzorgd door de vaccinerend huisarts in Medicom.

**Bij onvoldoende mogelijkheden tot zelfzorg(-management) wijkverpleging**

Voorwaarde: de patiënt neemt deel aan het zorgprogramma en ontvangt verpleging/verzorging van een thuiszorgorganisatie.

*Indicatie*

- Patiënt is niet in staat zelfstandig medicatie in te nemen of toe te dienen,
- Patiënt heeft ondersteuning nodig bij het aanpassen cq opvolgen van zijn leefstijl;
- Patiënt heeft geen ziekte inzicht;
- Patiënt mist ondersteuning van mantelzorgers;
- Patiënt kan niet zelfstandig zelfcontroles uitvoeren.

*Doelstelling*

Ondersteunen, motiveren en stimuleren van de cliënt m.b.t. diens zelfzorg en zelfzorgmanagement.

*Verwijsprocedure*

Via verwijsbrief van de huisarts/praktijkondersteuner. De brief bevat naast de standaardinformatie, ook de doelen uit het Individueel Zorg Plan.

*Interventies:*

- Leefstijladviezen,
- Voorlichting en educatie;
- Observeren en signaleren;
- Begeleiding en ondersteuning bij het zelfmanagement.

*Terugkoppeling (via KIS):*

- Indien mogelijk gestandaardiseerde eindrapportage.

**Bij psychosociale problematiek begeleiding van de POH GGZ, AMW of ELP**

*Indicatie:*

- De patiënt heeft angstgevoelens,
- De patiënt heeft gevoelens van somberheid of depressie;
- De patiënt heeft andere psychologische klachten (lichamelijke klachten, minderwaardigheidsgevoelens, slaapproblemen).



#### *Doelstellingen:*

- Voorkomen dat een achteruitgang in psychisch welbevinden leidt tot het manifesteren van een depressieve en/of angststoornis,
- Cognities, emoties en gedrag dusdanig beïnvloeden opdat een positieve gedragsverandering optreedt en de patiënt adequaat met zijn ziekte omgaat.

#### *Verwijsprocedure*

De huisarts verwijst naar de POH GGZ, AMW of ELP.

#### *Interventies:*

- Emotionele ondersteuning en adviezen,
- Training in coping vaardigheden;
- Relaxatieoefeningen;
- Stressmanagement;
- Interventies gericht op het veranderen van cognities (gedachten), emoties en gedrag zodat de patiënt adequaat met zijn aandoening om kan gaan (adaptatie);
- Ondersteuning mantelzorg.

#### *Terugkoppeling:*

- Individueel patiëntenoverleg met huisarts,
- Rapportage in HIS/gestructureerde eindrapportage.

Bij ernstiger problematiek, zoals een angststoornis of depressie, stelt de huisarts zelf een behandeling in of verwijst de patiënt hiervoor naar een psycholoog of psychiater.

### **Bij complexe medische zorgvragen een advies van de longarts en/of dyspneu-polikliniek**

Bij diagnostische problemen:

- Bij discrepantie tussen de ernst van de klachten en de objectieve (o.a. spirometrische) bevindingen,
- COPD op relatief jonge leeftijd (< 50 jaar);
- Blijvende twijfel of het verminderd inspanningsvermogen het gevolg is van COPD dan wel hartfalen;
- Bij een verminderde voedingstoestand bij patiënten met (matig) ernstig COPD na uitsluiting van andere oorzaken hiervan door de bepaling van de vetvrije massa-index.

Bij het niet of onvoldoende bereiken van de behandeldoelen ondanks optimale behandeling:

- Een FEV1 <50% van de voorspelde waarde (GOLD 3 - 4) of < 1,5 liter,
- Snel progressief beloop (toename dyspneu, afname inspanningsvermogen);
- > 2 exacerbaties/jaar (ondanks ICS);
- Mogelijke indicatie voor O2-behandeling;
- Mogelijke indicatie voor longreactivatie.

## F. INDICATOREN

Voor de beoordeling of de doelstelling van het zorgprogramma behaald wordt, wordt gebruik gemaakt van prestatie-indicatoren. Binnen het project Zichtbare Zorg<sup>12</sup> zijn prestatie-indicatoren ontwikkeld in overleg met de LHV en de NHG. De indicatoren zijn uit het HIS te extraheren. De indicatoren geven inzicht in de feitelijke uitvoering van de zorg en geven de hulpverleners spiegel- en sturingsinformatie voor het verbeteren van de eigen prestaties. Tevens bieden de indicatoren geanonimiseerde informatie die gebruikt kan worden om de verzekeraar te laten zien of de gemaakte afspraken nagekomen worden.

<b>COPD</b> <i>Algemene selectiecriteria voor onderstaande indicatoren:</i>
– Huisarts is hoofdbehandelaar
– Ingeschreven patiënten met inschrijving langer dan 12 maanden
Percentage COPD patiënten (totaal) in praktijk
Percentage COPD patiënten met programmatische aanpak
Percentage geïncl. COPD patiënten waarvan het rookgedrag bekend is
Percentage geïncl. COPD patiënten dat rookt
Percentage rokers met een Stoppen-Met-Roken advies
Percentage geïncl. COPD patiënten bij wie de BMI is berekend in de afgelopen 12 maanden
Percentage geïncl. COPD patiënten waarbij inhalatietechniek is gecontroleerd in de afgelopen 12 maanden
Percentage geïncl. COPD patiënten waarbij een spirometrie gedaan is in de afgelopen 12 maanden
Percentage geïncl. COPD patiënten dat vaccinatie tegen influenza heeft gehad de voorafgaande 12 maanden
Percentage geïncl. COPD patiënten waarbij de kwaliteit van leven is bepaald de afgelopen 12 maanden (CCQ)
Percentage geïncl. COPD patiënten waarbij de mate van dyspneu is bepaald de afgelopen 12 maanden (MRC)
Percentage geïncl. COPD patiënten met actieve stimulatie naar bewegen
Percentage geïncl. COPD patiënten waarbij een voedingstoestand is vastgelegd in de voorafgaande 12 maanden

<sup>12</sup> zie ook <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Eerstelijnszorg/Huisartsenzorg>

## 4. ORGANISATIE

### A. STRUCTUUR EZH

In het samenwerkingsverband Eerstelijns Zorg Haaksbergen werken diverse disciplines:

- De zelfstandige praktijken en maatschappen van de kerndisciplines: apotheek, fysiotherapie en huisartsen,
- Andere betrokken disciplines in de eerste lijn met een zelfstandige praktijk of maatschap (eerstelijnspsychologen, verloskundigen, podotherapie, logopedie, ergotherapie);
- Betrokken instellingen in de eerste lijn (wijkverpleging, thuiszorg, diëtisten, maatschappelijk werk, consultatiebureau/JGZ, GGD, Stichting Welzijn Ouderen).

Een belangrijke voorwaarde voor het goed functioneren van het samenwerkingsverband is een organisatiestructuur met een heldere verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden en een duidelijke besluitvorming- en communicatiestructuur.

EZH is een stichting met als doel het bevorderen van een kwalitatief hoge en goed georganiseerde multidisciplinaire eerstelijnszorg in Haaksbergen, afgestemd op de behoefte van de bevolking. De zorgvraag van de patiënt wordt geïntegreerd benaderd en behandeld door de lokale zorgverleners, waar nodig in goede samenwerking met de 2<sup>e</sup> lijnszorg.

De Stichting wordt vertegenwoordigd door het **Bestuur**, deze is gerechtigd tot het afsluiten van contracten en samenwerkingsovereenkomsten met derden. Het bestuur heeft een beleidsbepalende functie.

Het bestuur wordt bijgestaan door een **Raad van Advies en Toezicht**. De Raad adviseert over en houdt toezicht op het maatschappelijk belang van EZH, de bestuurskwaliteit, het strategische beleid, de algemene gang van zaken, het jaarplan en het jaarverslag.

De **Raad van Deelnemers** is een inhoudelijk adviesorgaan van de aangesloten disciplines bij het EZH. De raad geeft o.a. advies aan het bestuur over de inhoud van de ontwikkelde zorgprogramma's, signaleert knelpunten in de implementatie en de kwaliteitsverbetering van de programma's en geeft verbetervoorstellen.

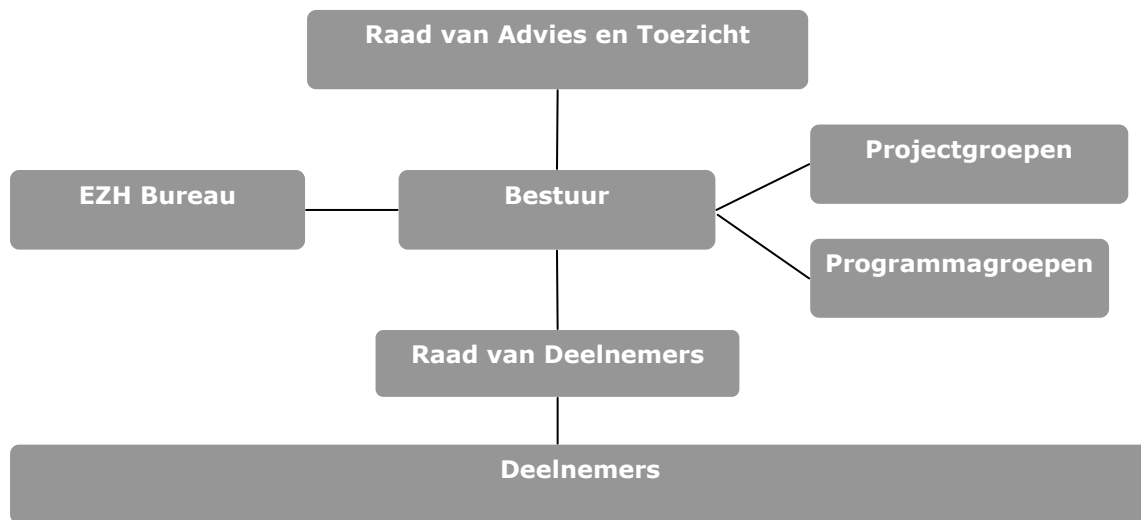
Het **EZH-bureau** coördineert en ondersteunt de activiteiten van EZH en werkt onder verantwoorde-lijkheid van de Samenwerkingsstichting. In het bureau werken:

- De Manager Samenwerkingsverband,
- De Programmacoördinator;
- Eventueel een specifieke inhoudelijke deskundige op consultbasis (bv. een kaderarts).

Voor de ontwikkeling en het cyclisch kwaliteitsmanagement van de geïntegreerde eerstelijnszorg kent het EZH een projectorganisatie bestaand uit programmagroepen en projectgroepen.

Een **Programmagroep** is verantwoordelijk voor het ontwikkelen van zorgprogramma's, bereidt de implementatie voor, toetst de kwaliteit van de geleverde zorg en wordt geleid door de programma- coördinator.

Een **Projectgroep** is verantwoordelijk voor de organisatie en voorwaarden van de zorgverlening en wordt geleid door de manager.



Afb. 1. Organogram EZH

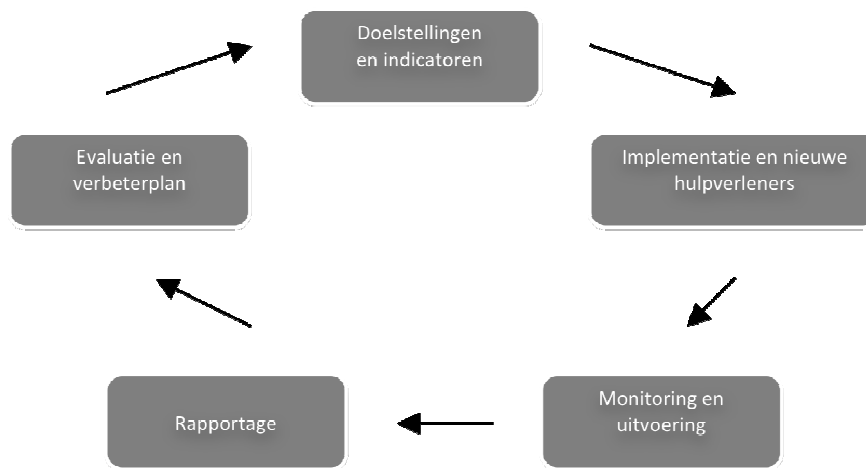
## **B. VERSLAGLEGGING EN RAPPORTAGE**

De grootste groep hulpverleners rondom COPD zijn de huisartsen en de praktijkondersteuners. Zij registreren rechtstreeks in het eigen Huisarts Informatie Systeem (HIS) en hanteren hierbij de door EZH afgesproken prestatie-indicatoren. De huisartsen en praktijkondersteuners worden geschoold en begeleid in het uniform registreren en het correct verwerken van de mutaties. De afgesproken wijze van registreren vormt de basis voor de rapportages naar de zorgverzekeraar. Het HIS blijft vooralsnog de centrale bron voor de databank van EZH. Met de overige hulpverleners worden afspraken gemaakt over de aanlevering van de gegevens ten behoeve van de registratie in het HIS.

Extractie gebeurt onder verantwoordelijkheid van het bestuur van EZH.

## **C. KWALITEITSMANAGEMENT**

Met de ontwikkeling van een zorgprogramma is de eerste stap gezet met de multidisciplinaire behandel- en begeleiding van patiënten met COPD. De vervolgstappen zijn van essentieel belang om het programma ingebed te krijgen in de dagelijkse praktijk en vragen om structureel kwaliteitsmanagement. De PDCA-regelkring (Plan-Do-Check-Act) is het meest voor de hand liggend cyclisch kwaliteitsproces.



*Afbeelding 2 PDCA cyclus*

#### Doelstellingen en indicatoren:

- ontwikkelen zorgprogramma,
- aanpassen zorgprogramma op basis van de evaluatie en op basis van nieuwe kennis.

#### Implementatie zorgprogramma en introductie bij nieuwe hulpverleners:

- het bestuur wijst per programma een programmacoördinator aan,
- de programmagroep ondersteunt de programmacoördinator in de uitvoering van zijn/haar taken;
- de programmacoördinator inventariseert de benodigde scholing van de disciplines betrokken bij de uitvoering van het zorgprogramma;
- de programmacoördinator is verantwoordelijk voor het benoemen van de gewenste scholing per discipline;
- de programmacoördinator delegeert de uitvoering van de scholing (o.a. naar de overige leden van de programmagroep);
- de programmacoördinator zorgt ervoor dat de betrokken disciplines geïnformeerd worden (door het stafbureau) over de wijze waarop het zorgprogramma geïmplementeerd wordt;
- instructie, toetsing en ondersteuning vindt plaats op praktijkniveau en de verantwoordelijkheid ervoor ligt bij de individuele praktijk.

#### Monitoring van het zorgproces en de rapportage (toezien op uitvoering ervan):

- de programmacoördinator monitort de implementatie van het zorgprogramma (= zorgproces),
- het EZH-bureau monitort de registratie van het zorgprogramma.

#### Rapportage:

- het EZH-bureau verzorgt periodieke rapportages van de prestatie indicatoren,
- de programmacoördinator analyseert de rapportage en geeft aanbevelingen.

#### Evaluatie en verbeterplan:

- de programmacoördinator bespreekt de rapportages inclusief de aanbevelingen met de praktijken,

- de programmacoördinator ziet er op toe dat de individuele praktijken de aanbevelingen vertalen naar de eigen praktijkorganisatie;
- de individueel praktijken maken een verbeterplan op basis van de aanbevelingen;
- de programmacoördinator heeft een ondersteunende cq. adviserende rol bij het opstellen van de praktijkverbeterplannen;
- het EZH-bureau verzorgt het jaarverslag en gebruikt daarbij informatie uit de rapportage, aanbevelingen en verbeterplannen.

#### **D. DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING**

Van groot belang bij de realisatie van de doelstelling van het zorgprogramma COPD is voldoende deskundigheid bij de betrokken disciplines (het betreft hier deskundigheid over de inhoud van de zorg, over de organisatie van de zorg en over extractie van de gegevens). Vanuit het EZH kan begeleiding en scholing aangeboden worden om de gewenste deskundigheid te bereiken en/of te behouden.

#### **E. INKOOP VAN KETENZORG EN KETENCONTRACTERING**

Een zorgprogramma biedt de onderbouwing voor de multidisciplinaire zorg, waarop de patiënt moet kunnen rekenen. De beschrijving van de ziektespecifieke zorg en de generieke zorgmodules vormen de input voor de berekening van een bijbehorende kostprijs.

Zo kan het zorgprogramma de basis vormen voor de inkoop van ketenzorg en voor een instrument waarmee EZH en de zorgverzekeraar tot overeenstemming over contractering ketenzorg komen.

<b>ZIEKTESPECIFIEKE ZORGMODULE INSTELLEN BELEID</b>			
	Huisarts	POH	Expert
<b>Lichte ziektelast (74%)</b>			
<i>Vervolg spirometrie</i>		45	
<i>Overleg huisarts - praktijkmedewerker</i>	2x5	2x5	
<i>Follow-up (incl. voorlichting en educatie)</i>	10	3x20	
<b>Matige ziektelast (26%)</b>			
<i>Vervolg spirometrie</i>		45	
<i>Overleg huisarts - praktijkmedewerker</i>	2x5	2x5	
<i>Follow-up (incl. voorlichting en educatie)</i>	2x10	3x30	
<i>Multidisciplinair overleg</i>		10	10
<i>Overleg huisarts – longarts over individuele patiënten</i>	5		5

<b>ZIEKTESPECIFIEKE ZORGMODULE STABIELE FASE</b>			
	Huisarts	POH	Expert
<b>Lichte ziektelast (74%)</b>			
<i>Vervolg spirometrie</i>		45	
<i>Follow-up (incl. voorlichting en educatie)</i>		20	
<i>Overleg huisarts - praktijkmedewerker</i>	10	10	
<i>Multidisciplinair overleg</i>		5	5
<b>Matige ziektelast (26%)</b>			
<i>Vervolg spirometrie</i>		45	
<i>Follow-up (incl. voorlichting en educatie)</i>		2x20	
<i>Overleg huisarts - praktijkmedewerker</i>	10	10	
<i>Multidisciplinair overleg</i>		5	5

<b>ZIEKTESPECIFIEKE ZORGMODULE EXACERBATIE</b>			
	Huisarts	POH/PA	Expert
<b>Lichte ziektelast (74%)</b>			
<i>Vaststellen exacerbatie en behandeling</i>	10		
<i>Overleg huisarts - praktijkmedewerker</i>	5	5	
<i>Controle</i>	10		
<i>Evaluatie en z.n. educatie</i>		20	
<b>Matige ziektelast (26%)</b>			
<i>Vaststellen exacerbatie en behandeling</i>	20		
<i>Overleg huisarts - praktijkmedewerker</i>	5	5	
<i>Controle</i>	10		
<i>Evaluatie en z.n. educatie</i>		30	
<i>Overleg huisarts - longarts over individuele patiënten</i>	5		5

<b>GENERIEKE ZORGMODULES lichte en matige ziektelast</b>							
	Huisarts	POH	DA	Apotheker	Fysiotherapeut	Diëtiste	Anders
<b>Zorgmodule Stoppen Met Roken</b>							
<i>Motivatietraining</i>	x	x					
<i>H MIS: consult</i>		x					
<i>H MIS: tel consult</i>		x					
<i>NVM</i>	x						
<b>Zorgmodule Bewegen</b>							
<i>Individueel: intake</i>					x		
<i>Groepstraining: 12 x 2 uur per week</i>					x		
<i>Individueel: tussenevaluatie</i>					x		
<i>Groepstraining: 12 x 2 uur per week</i>					x		
<i>Individueel: eindevaluatie</i>					x		
<b>Zorgmodule Voeding en dieet</b>							
<i>Intake</i>					x		
<i>Behandelplan</i>					x		
<i>Evaluatie</i>					x		

#### **F. FINANCIEEL BEHEER**

EZH is verantwoordelijk voor het gehele financiële beheer van te contracteren COPD zorg. Door middel van een financiële jaarrapportage legt de stichting verantwoording af aan de preferente verzekeraar.

- Facturatie onderaannemer → hoofdaannemer
- Facturatie vanuit hoofdaannemer → zorgverzekeraars
- Kwartaalrapportage en financieel jaarverslag.