

Zorgprogramma COPD

Laatste versie januari 2022



Betrokken

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Versie	Datum	Door
1.0	14 juni 2011	programmagroep
2.0	December 2021	programmagroep

Zorgprogramma COPD

De kern

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.

Het omvat uniforme wijze van:

1. Diagnose stellen
2. Behandeling
3. Inzetten consultatie/ diagnostiek.

Pijlers behandeling

De uitgangspunten ten aanzien van de te COPD zorg zijn dat er toegankelijkheid van de zorg voor alle COPD-patiënten is via de huisartsen in Haaksbergen. Dat de zorg wordt gedragen voor optimale persoonlijke zorg op maat afgestemd in overleg met de patiënt. De 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. Er wordt integrale zorg geboden: multidisciplinair en in de keten afgestemd.

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

- KNMP Richtlijn COPD, (2014)¹;
- KNGF-richtlijn COPD (2020)²;
- NHG Standaard COPD (juli 2020)³;
- Chronische Zorgnet⁴

Regionale input:

- Protocol THOON COPD (December 2006)⁵;
- vervolg van project Breeze aanvalsplan (zie bijlage)

Diagnose

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.

¹ <https://www.knmp.nl/praktijkvoering/richtlijnen/knmp-richtlijnen-farmaceutische-zorg/knmp-richtlijn-copd>

² <https://www.kngf.nl/actueel/2020/nieuwe-kngf-richtlijn-copd-beschikbaar.html>

³ <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/herziene-nhg-standaard-copd?redirect-to-mobile=1>

⁴ <https://chronischzorgnet.nl/nl/aandoeningen/longaandoeningen/fysiotherapie-copd>

⁵ <https://www.thoon.org/patienten/informatie-over/copd/> (zorgverlenersinformatie achter inlog)



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

- 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 co morbiditeit;
- 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

Bij COPD spelen vele variabelen een rol die in kaart gebracht dienen te worden. Naast anamnese en lichamelijk onderzoek is in kader van diagnostiek spirometrie, voor en na bronchusverwijding, nog steeds dé manier voor het stellen van de diagnose en het onderscheid tussen astma en COPD. Is eenmaal de diagnose gesteld dan kan eventuele controle volstaan met spirometrie met medicatie (dus na bronchusverwijding).

Longfunctie: Indeling op basis van de GOLD richtlijnen. De GOLD richtlijnen geven een classificatie voor de ernst van het COPD op basis van longfunctieonderzoek (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.

Bij de anamnese komen aan de orde:

- alle aspecten van de gezondheidstoestand (inclusief co morbiditeit),
- 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.

Doelgroep

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 terugverwijzen door de 2e lijn.



Exclusiecriteria Zorgprogramma

- 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);
- Eindstadium COPD.

Behandeling

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

- Ondersteunen zelfmanagement
- 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 ziekte gerelateerde kwaliteit van leven;
- Voorkomen van ziekenhuisopnames.

De behandeling na diagnose richt zich op educatie, leefstijladviezen en zelfmanagement (voor uitvoering zie [praktijkwijzer Astma/COPD van het Cahag](#))

Voorlichting en educatie

Essentie van de (intensieve) 1e fase behandeling is voorlichting en educatie én medicamenteuze behandeling. Onderdelen van de voorlichting en educatie zijn:

- Stoppen met roken
- Voldoende lichaamsbeweging
- Voedingstoestand
- Exacerbatie-management

Zelfmanagement

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.

Vervolg/ monitoring van ziektebeeld

In de stabiele fase van de behandeling 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 co morbiditeit uit te sluiten.

Alleen op indicatie, dus niet standaard bij elke controle, is een follow- up geïndiceerd. De indicatie kan zijn; veel klachten en/of exacerbaties, twijfel aan diagnose.



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 bloedgassen dat medisch ingrijpen noodzakelijk is. Zo nodig vindt een bezoek aan de SEH plaats. Er dient beoordeeld te worden of een opname noodzakelijk is.

Vervolg zorg intensieve periode COPD (van Breeze naar LUCHT)

Als vervolg op het project Breeze zijn in Haaksbergen de volgende werkafspraken gemaakt.

- Alle COPD patiënten, in de eerste lijn, hebben een longaanval plan
- Alle COPD patiënten zijn bekend met hun eigen longaanvalplan en weten hoe te handelen bij toename van klachten
- Zorgverleners hebben adequate kennis over COPD om zowel preventieve acties in te zetten (longaanvalplan te maken) als om de patiënt met een exacerbatie te ondersteunen en waar mogelijk thuis te behandelen.

Laatste stadium ziektebeeld

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.

Is er inderdaad sprake van terminaal COPD dan zijn reguliere controles bij POH niet meer geïndiceerd en kan via huisarts besloten worden tot exclusie uit het zorgprogramma.

Werkwijze

1. Identificatie; Stroomschema Casefinding
2. Diagnosestelling; diagnose COPD
3. Reguliere controle/ monitoring ziektebeeld

Zie bijlage voor Flowcharts van verschillende werkwijze (bijlage 1)

4. Generieke zorg
 - a. 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.

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.

5. Specifieke zorg

a. 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. Alle zorgverleners kunnen hierin rol spelen; het is van belang is dat we zelfde boodschap en zelfde formulier/ informatie uitdelen.

Volgende stappen worden hiervoor gezet.

1. Serieus gemotiveerde patiënten wordt begeleiding door de praktijkondersteuner geboden.
2. Alle rokers worden verwezen naar Sinefuma. Mensen melden zichzelf aan. Mensen worden deels digitaal begeleidt. Indien ze een terugval hebben kunnen ze weer contact opnemen met coach.
3. De apotheker kan indien gewenst advies geven over medicamenteuze middelen die het stoppen met roken kunnen ondersteunen. Nicotinepleisters kunnen ook bij apotheek verkregen worden in kader van stoppen met roken, eventuele vergoeding is afhankelijk van het verzekeringspakket van de patiënt.
4. POH Ggz, Tactus is beschikbaar voor complexe problematiek, zoals roken in combinatie met andere problematiek of andere verslaving.

Zie verder bijlage verder bij Zorgmodule Stoppen roken (bijlage 2).

b. Voeding en dieet

Bij COPD-patiënten met een ernstige ziektelast wordt de prognose van de ziekte, naast de mate van dyspneu en co morbiditeit (met name hartfalen), vooral bepaald door ondergewicht en gewichtsverlies. COPD is een chronische ziekte waarbij tenminste eenmalig een goede voedingsanamnese, inclusief voedingsadvies, door de praktijkondersteuner wordt afgenomen. Bij problemen of het vermoeden van een verminderde voedingstoestand wordt, nadat andere oorzaken van deze voedingstoestand zijn uitgesloten, een dieetinterventie in combinatie met een inspanningsinterventie aangeboden.

Zie verder bijlage Zorgmodule Voeding en dieet (bijlage 3).

c. Bewegen

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 bijlage Zorgmodule Bewegen (bijlage 4).

d. Farmaceutische zorg en medische hulpmiddelen

Binnen het farmacotherapieoverleg (FTO) maken huisartsen en apothekers afspraken over het voorschrijven 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).

Zie verder bijlage Zorgmodule Farmaceutische zorg (bijlage 5).

e. Wijkverpleging

Bij onvoldoende mogelijkheden tot zelfzorg(-management) wijkverpleging Voorwaarde: de patiënt neemt deel aan het zorgprogramma en ontvangt verpleging/verzorging van een thuiszorgorganisatie.

f. Consultatie expert

Bij complexe medische zorgvragen een advies van de longarts en/of dyspneu-polikliniek Bij diagnostische problemen. Deze problemen zijn benoemd als exclusiecriteria (blz. 4):



Samenwerkingsafspraken

Longartsen van het MST zijn geïnformeerd over de aanpak COPD via de organisatie THOON. Er is een mogelijkheid om regulier verwijzen of via een ECMS-advies (Eenmalig Consult bij de Medisch Specialist) een vraag te stellen aan longarts, de huisarts blijft dan zelf hoofdbehandelaar.

Verwijsprocedure

Verwijzing en terugkoppeling geschiedt volgens de gebruikelijke methoden binnen de EZH middels zorgmail.

Korte, aanvullende vragen, geen spoed, kunnen worden gesteld via de app Zorg Domein Patiënten Overleg, en bij spoed wordt gebeld nummers die te vinden zijn in Zoekwzorg.

Patiëntgebonden vragen en de gegevens van de patiënt dienen volledig (inclusief BSN) te worden ingevoerd omdat anders exporteren naar het HIS niet mogelijk is.

Monitoren zorgprogramma

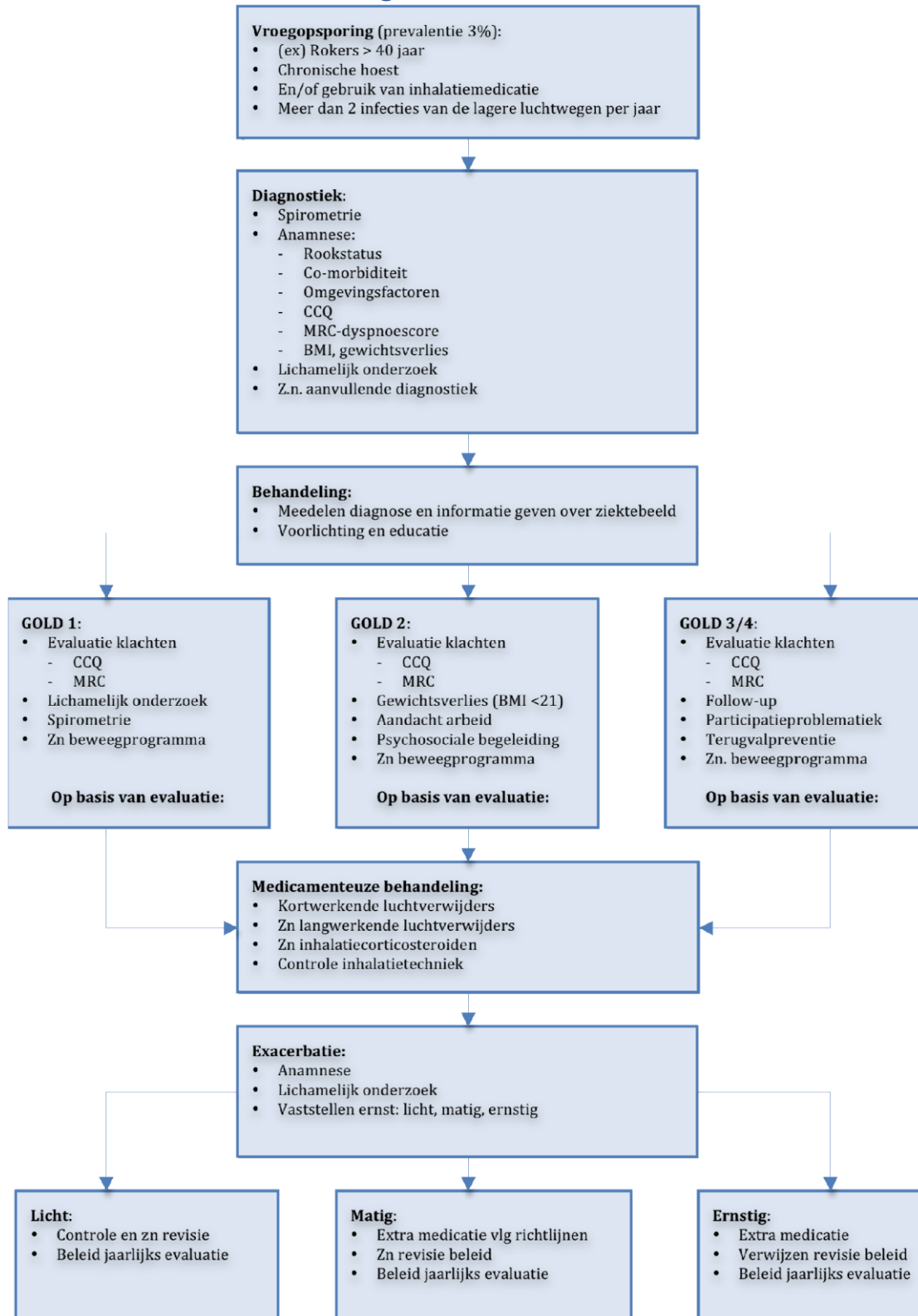
Het zorgprogramma wordt op uitkomsten en aantallen door THOON gemonitord

Het procesafspraken worden eenmaal per jaar geëvalueerd door programmagroep.

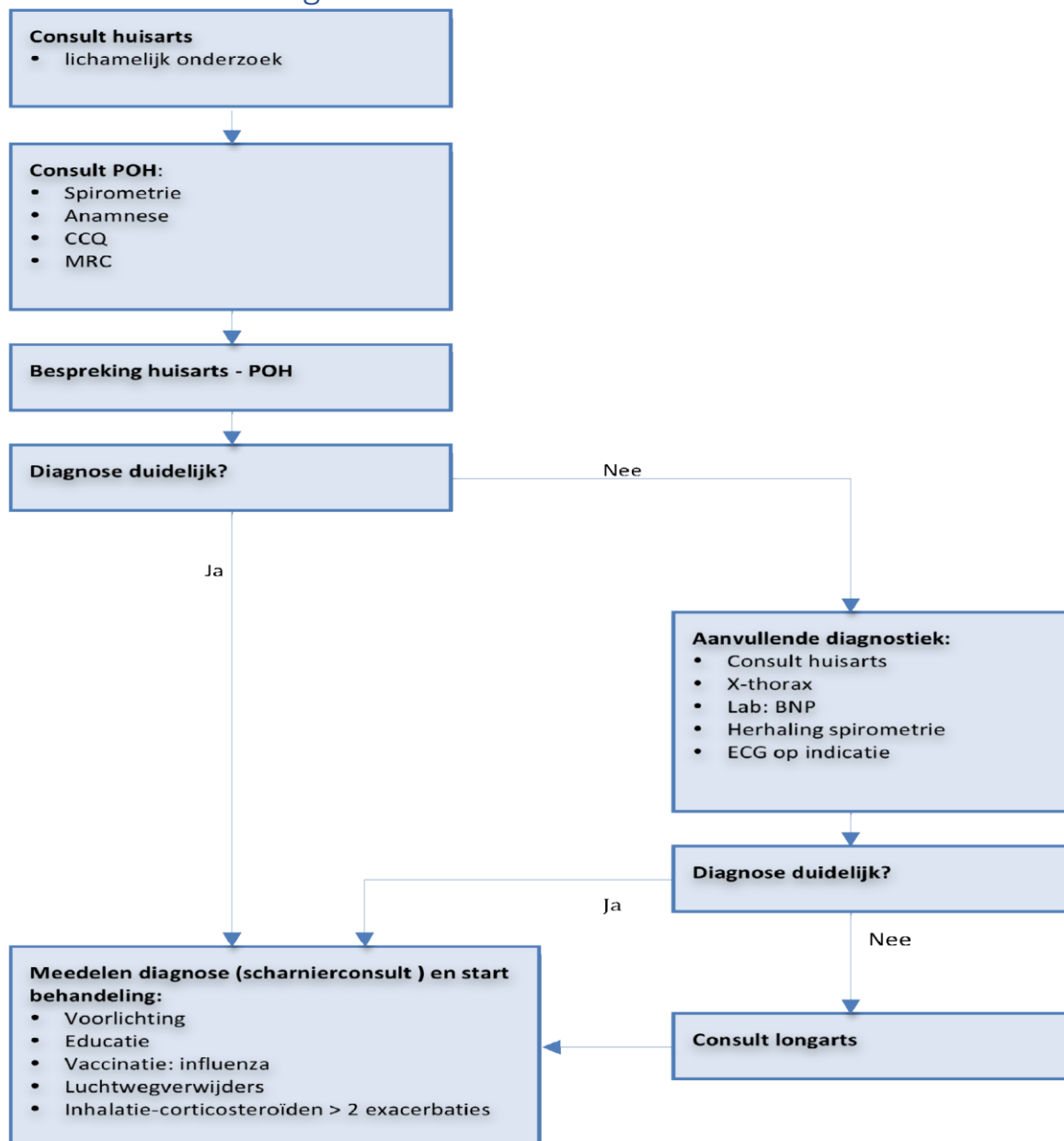
Deskundigheidsbevordering

Elke beroepsgroep draagt verantwoordelijkheid voor eigen deskundigheidsbevordering gekoppeld aan dit zorgprogramma

Stroomschema Casefinding

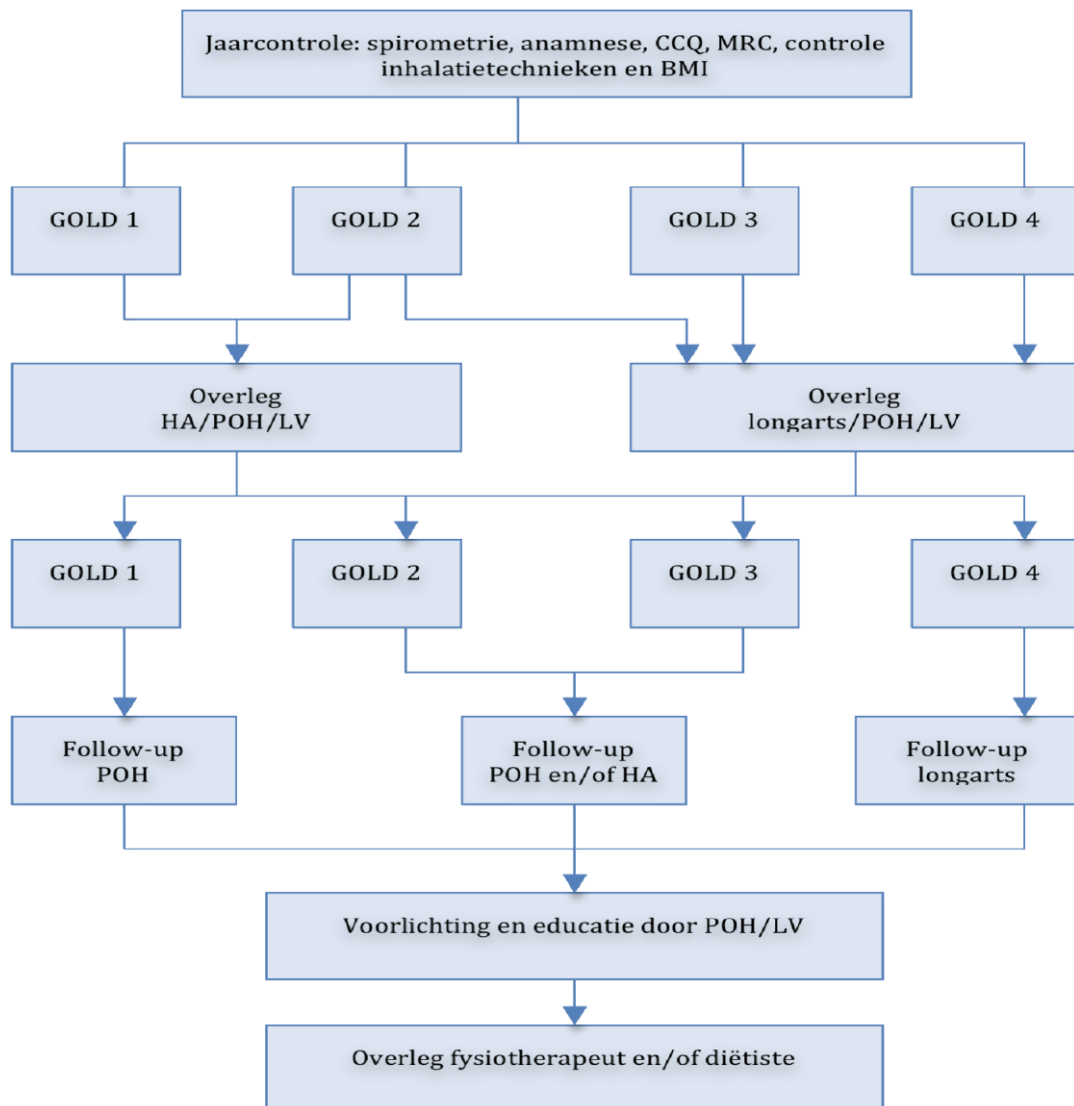


Stroomschema diagnose COPD



Stroomschema reguliere controle

- Gold 1** • FEV 1 voorspeld; >80%
- Gold 2** • FEV 1 voorspeld; >50%-79%
- Gold 3** • FEV 1 voorspeld; >30%-49%
- Gold 4** • FEV 1 voorspeld; <30%



2 BIJLAGE 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 meeroken (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 leefstijladviesing. 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.



3 BIJLAGE 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 co morbiditeit (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.

Diëtietiek is standaard betrokken bij patiënten met diagnose GOLD 3 of 4. Dit gebeurt door verwijzing longarts.

Door diëtietiek eerder aan te bieden, bij patiënten met diagnose GOLD 2 of 3, is ook goede winst in de secundaire preventie te behalen.

Bij COPD-patiënten met een matige of ernstige ziektelast en overgewicht (BMI ≥ 30 kg/m²) 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 ≤ 21 kg/m²,
- 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 ≤ 16 kg/m² of bij vrouwen ≤ 15 kg/m²;
- 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 van de huisarts naar diëtiste met daarin;

- Gegevens patiënt: NAW, geboortedatum, telefoonnummer, BSN van de patiënt,
- Diagnose (extra: met ondergewicht of overgewicht), bijbehorend zorgprogramma, medebehandelaars;
- Medicatiestatus;
- Actuele episodienlijst (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. 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.

- patiënten kunnen traject krijgen, max 1/2 jaar volgens richtlijn
- direct toegankelijkheid. Dit biedt meer mogelijkheden in aantal consulten voor voedingsadvies.

Interventies volgens het Elsevier Protocol:

- Energieverrijkt: 150-200% van het rustmetabolisme,
- Eiwit verrijkt: 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.

Terugkoppeling:

Begin- en eindrapportage naar de huisarts.



4 BIJLAGE ZORGMODULE BEWEGEN

Algemeen

Bewegen is belangrijk; minimaal 150 minuten (2,5 uren) per week wandelen en/of fietsen.

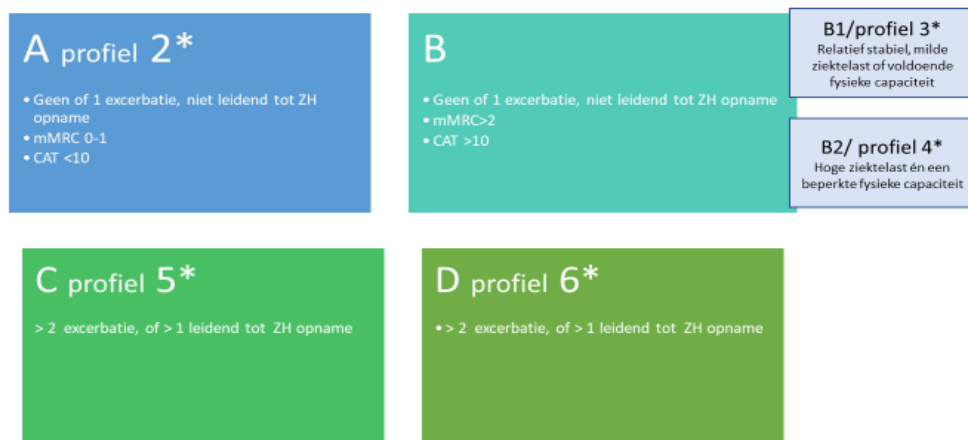
- Dit eventueel bij gebruik luchtwegverwijder vóór inspanning.
- Bij milde/matige ziektelast, lagere CCQ (1-2) en voldoende fysieke capaciteit en fysieke activiteit, indien indicatie;
 - verwijzen naar wandelgroepen per huisartsenpraktijk, sportvereniging en/of Noaberpoort
 - reguliere beweeg- en/of sportactiviteiten (GLI).
- Bij milde/matige ziektelast, lagere CCQ (1-2) en onvoldoende fysieke activiteit (<5000 stappen per dag)
 - verwijzen naar gekwalificeerde fysiotherapeut, om fysieke capaciteit en activiteit te trainen (zie stroomschema patiëntprofielen COPD 1-6).
 - verwijzen naar wandelgroep per huisartsenpraktijk.
- Bij hoge ziektelans (CCQ >2);
 - verwijzen naar gekwalificeerde fysiotherapeut.
- Bij langdurig ziekte terugverwijzen huisarts;
 - verwijzen naar longarts.

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 met specifieke expertise in behandeling en begeleiding van COPD-patiënten.

Om voor vergoeding in aanmerking te komen is profiel indeling van belang. Fysiotherapeut deelt in. De profielindeling van de COPD-patiënt bepaalt het maximaal aantal behandelingen dat vergoed wordt door de zorgverzekeraar. De fysiotherapeut bepaalt aan de hand van een vragenlijst en het aantal longaanvallen van de afgelopen 12 maanden in welke klasse de COPD-patiënt valt.

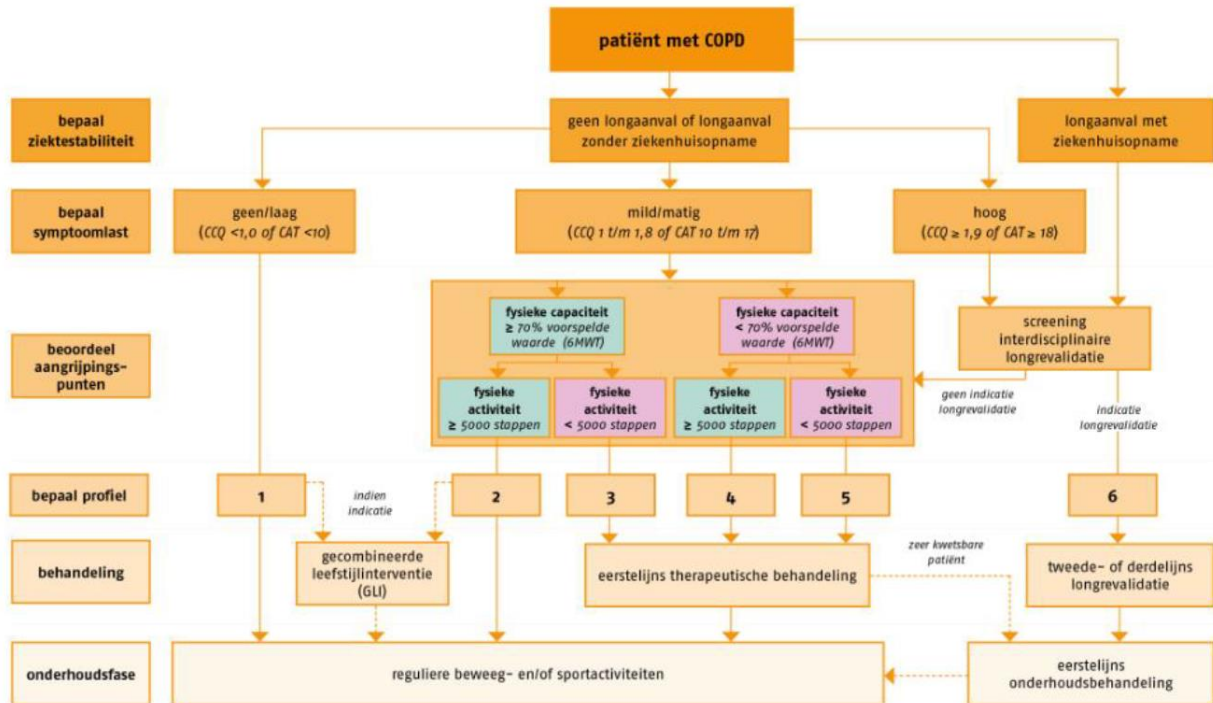


<https://www.kngf.nl/article/je-positie-en-functioneren/vergoedingen/bekostiging-copd>



Profielindeling KNGF-richtlijn COPD

In de KNGF-richtlijn COPD wordt het volgende schema aangehouden om een patiënt te classificeren en de optimale zorgvorm te bepalen:



Indicatie:

- Profiel 1: geen indicatie fysio/oefentherapie C/M
- Profiel 2: max. 5 behandelingen in jaar 1 (12 maanden) = Klasse A
- Profiel 3:
 - 27 behandelingen in jaar 1 (12 maanden)
 - 3 behandelingen per jaar vanaf jaar 2 (Klasse B1)
- Profiel 4, 5 en 6 (bij geen indicatie longrevalidatie):
 - 70 behandelingen in jaar 1 (12 maanden)
 - 52 behandelingen per jaar, vanaf jaar 2 (Klasse B2, C en D).

Verwijsprocedure:

Via zorgmail (verwijsbrief) van de huisarts naar fysiotherapeut met daarin: verwijzen via zorgmail. De huisarts kan verwijzen met in verwijzing benoemen van;

- Gegevens patiënt: NAW, geboortedatum, telefoonnummer, BSN van de patiënt,
- Relevante/belangrijke voorgeschiedenis;
- Medicatiestatus;
- FEV1 waarde,
- CCQ
- MRC-score.
- Aantal exacerbaties/longaanvallen en ziekenhuis opnames van het laatste jaar.



Terugverwijzen door fysiotherapeut, naar huisarts en/of longarts via Zorgmail.

Bij:

- SPO2 in rust <90%
- SPO2 bij inspanning <85%
- ≥ 2 vallen p/i 1 val i.c.m. fractuurrisico/ wegraking/ mobiliteitsprobleem (TUG >21 seconden).
- Eveneens bij;
 - Twijfel
 - Longaanval
 - Niet plus (rode vlaggen)
 - Wens patiënt

Rapportage aan het eind van het bewegprogramma/behandeltraject, en anders zeker halfjaarlijks, naar huisarts en/of POH met o.a.; de MRC-score en de uitslag van de 6 minuten wandeltest.

Vergoeding

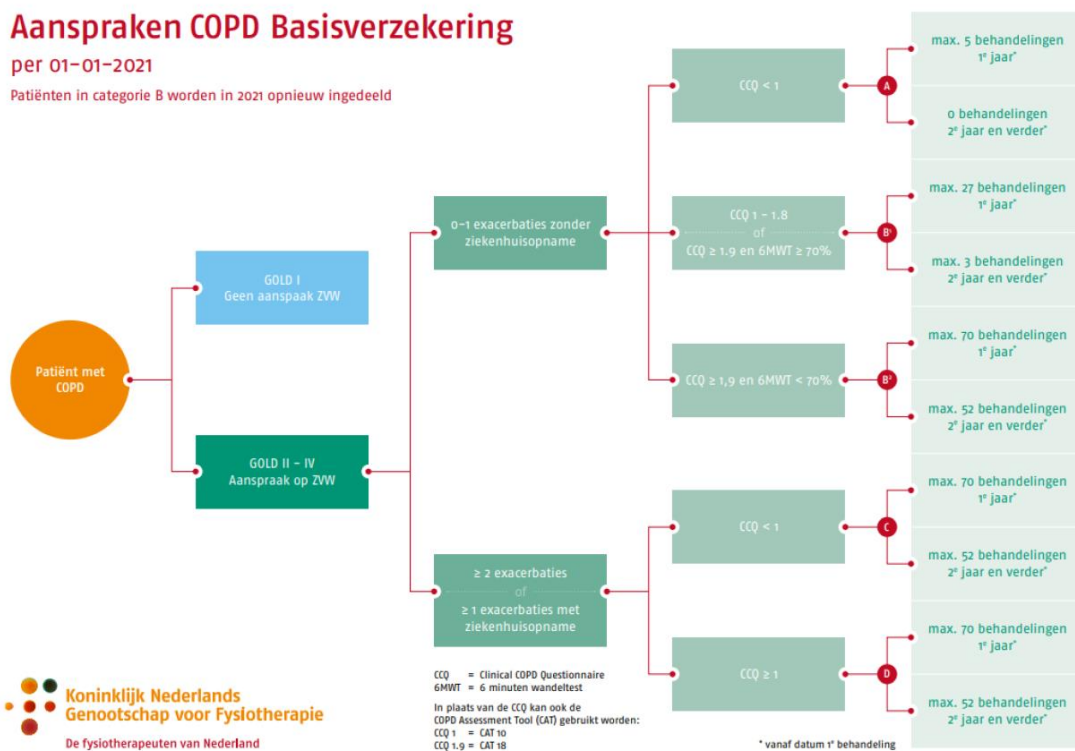
Vergoedingsaanspraak

Patiënten met COPD komen in aanmerking voor vergoeding vanuit de basisverzekering vanaf GOLD II (FEV1 <80%).

Aanspraken COPD Basisverzekering

per 01-01-2021

Patiënten in categorie B worden in 2021 opnieuw ingedeeld



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:

Er is geen vastgesteld gezamenlijk beweegprogramma in Haaksbergen. Fysiotherapeuten volgen de richtlijn. Zo volgen patiënten een vast traject met intake en afsluiting gedurende maximaal 24 weken. In deze 24 weken wordt op maat gekeken wat nodig is:

- Individuele contacten
- Groepstraining
- Individuele training



5 BIJLAGE ZORGMODULE FARMACEUTISCHE ZORG

Inhalatie instructie

Vind plaats volgens protocol;

- -1 e naar apotheek,
- na 2 weken terugkomen
- na 1 jaar controle.

Patiënten krijgen linken naar informatie en filmpjes.

www.inhalatorgebruik.nl

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.

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.

