



Stichting Gezond Monnickendam

Protocol COPD Diseasemanagement HA/POH/PA

Casefinding door HA (huisarts), PA (praktijkassistent) en apotheek

Signalerende rol PA, bij:

- o langdurige of recidiverende luchtwegklachten (≥ 2 x per jaar), én
- o roken (check ICPC P17) of relevant gerookt hebben, én
- o ≥ 40 jaar

Laat een zelftest COPD invullen!

PA overlegt HA, HA bepaalt:

1. Afspraak spirometrie: behandelkamer 2
POH interpreteert uitslag en maakt evt. een afspraak met de patiënt
2. Bij duidelijke aanwijzingen COPD: afspraak bij POH

Anamnese

- ervaren klachten en beperkingen, inspanningsvermogen (MRC/CCQ)
- medicatiegebruik
- voorgeschiedenis, familie-anamnese
- comorbiditeit
- rookgedrag
- atopie, allergie, hyperreactiviteit
- beroep/hobby's
- griepvaccinatie

Diagnostiek

Anamnestiche aanwijzingen COPD:

- leeftijd ≥ 40 jaar
- klachten van dyspnoe en/of hoesten
- al of niet slijm opgeven
- relevante rookhistorie

In combinatie met uitslag spirometrie:

- FEV1/FVC-ratio $< 70\%$ (NB: let op leeftijdsgrens: bijvoorbeeld > 80 jr = $< 60\%$)

Na 3-6 weken wordt spirometrie herhaald, alvorens diagnose COPD wordt gesteld (dit ter uitsluiting van een exacerbatie).

GOLD indeling: FEV1 $> 80\%$ = I, 50-80% = II, 30-50% = III, $< 30\%$ = IV.

Aanvullend onderzoek

- X-thorax (facultatief)
- BMI
- pro-BNP + ECG (bij BMI ≥ 30 en ≥ 50 jaar óf VG hart)
- VVMi bij BMI ≤ 25 (indien afwijkend herhalen na 3 maanden)
- Allergietest (bij verdenking)

Medicamenteuze behandeling

1. starten kortwerkende luchtwegverwijder, evt. combinatie
2. starten langwerkende luchtwegverwijder, evt. combinatie

Starten ICS:

- bij ≥ 2 exacerbaties per jaar
- FEV1 $< 50\%$
- Astma en/of atopie in VG
- Rookvrij verleden

Aandacht voor:

- therapietrouw
- inhalatietechniek
- evt. bijwerkingen
- individueel zelfzorgplan, voorkomen van exacerbaties

POH start luchtwegmedicatie op proef zonder overleg

Beleid bij exacerbaties

- normale situatie: onderhoudsmedicatie (zoals beschreven in exacerbatieplan)
- Bij geringe klachtename: 2 dagen inhalatietherapie luchtwegverwijders maximaal (zoals beschreven in exacerbatieplan)
- 2 opéénvolgende dagen geen verbetering of ernstige toename van de klachten: spoedconsult HA (behandelen: prednison, evt. antibiotica)

Niet-medicamenteuze behandeling

Voor iedere COPD-patient wordt een individueel schriftelijk zelfmanagementplan opgesteld met persoonlijk streefdoel, inclusief exacerbatieplan.

Verandering van levensstijl is basis van het beleid.

Aandacht voor:

- voorlichting ziektebeeld
- rookstop
- voldoende bewegen
- voedingsstoestand
- psychosociale factoren
- aandacht werksituatie
- rol patiëntenvereniging

Monitoring/vervolgconsulten

Bij ieder bezoek vult patiënt in de wachtkamer een CCQ-vragenlijst in, uitgereikt door PA.

Aandacht wordt besteed aan:

- evaluatie klachten en beperkingen, inspanningsvermogen, ervaren ziektelast (MRC, CCQ)
- effect ingestelde behandeling
- evt. doorgemaakte exacerbaties
- medicatiegebruik, inhalatietechniek, therapietrouw, bijwerkingen
- herhalen spirometrie (postbronchodilatoir)
- comorbiditeit
- bereiken persoonlijk streefdoel, evaluatie zelfmanagementplan
- evt. extra begeleiding rookstop
- evaluatie bewegen
- evaluatie voedingstoestand, bepalen BMI/VVMi
- evaluatie werksituatie
- psychosociale factoren

Controlefrequentie

Eerste jaar intensieve begeleiding: aanvankelijk controle om de 3-6 weken, dan 1x/3 maanden door POH/HA. Spirometrie max. 3x/jaar.

Stabiele situatie:

- GOLD 1:
 - rokers: jaarlijks scharnierconsult POH/HA, incl. spirometrie
 - niet-rokers en lichte ziektelast: 1x/2jr scharnierconsult POH/HA, incl. spirometrie
- GOLD 2: intensiteit begeleiding afhankelijk van ervaren ziektelast: minimaal jaarlijks POH, incl. spirometrie. 1x/jr scharnierconsult POH/HA
- GOLD 3 en 4: onder behandeling van longarts (spirometrie longarts) en HA (gedeelde zorg), C door longverpleegkundige ziekenhuis, desgewenst POH

NB: na terugverwijzing longarts naar huisarts, actieve oproep HA/POH/PA

Controle HA (diagnostische fase, daarna jaarlijks en bij exacerbaties):

- bespreekt diagnose/uitslagen met patiënt
- geeft uitleg gevolgen chronische ziekte + belang eigen rol patiënt hierin (zelfzorgplan)
- bespreekt de rol van zorgverleners binnen en buiten de praktijk (netwerkzorg)
- evalueert en fiantteert ingezette (medicamenteuze) behandeling
- checkt aantal doorgemaakte exacerbaties
- klin. beoordeling: auscultatie hart/longen, gebruik hulpademhalingspijpen, mate van dyspnoe
- screent op co-morbiditeit en co-medicatie
- evt. (nogmaals) rookstopadvies
- loopt behandelprotocol in Medicom na en vult aan (co-morbiditeit)

Verwijzing fysiotherapie (onder coördinatie POH)

Verwijscriteria:

- kortademigheid (MRC ≥ 2)
- afgenomen inspanningsvermogen
- fysieke inactiviteit
- gestoord mucustransport
- recidiverende infecties
- discrepantie klachten en objectieve bevindingen

Doel interventie:

- verbeteren van inspanningsvermogen en verminderen van klachten
- opbouw spiermassa
- mucuskuring
- ademhalingsoefeningen
- adviezen t.a.v. belasting

GOLD 3-4: via longarts (nazorg multidisciplinaire longrevalidatie ziekenhuis)

Eénmalig consult fysiotherapie:

Alle patiënten \geq COPD II worden standaard verwezen voor een éénmalig consult bij fysiotherapie Ooster Ee (met terugwerkende kracht).

POH levert spirometrie, BMI, MRC en CCQ aan.

Doel: verhogen motivatie tot reactivering en verlagen drempel.

De fysiotherapeut bepaalt de BODE-index, mede naar aanleiding van de 6 minuten wandeltest, en stimuleert de patiënt zo nodig tot het voldoende blijven/gaan bewegen, zelfstandig danwel in groepsvorm.

Verwijzing diëtiste (onder coördinatie POH)

Verwijscriteria:

- BMI < 21
- ongewenst gewichtsverlies: - $\geq 5\%$ in 1 maand (3 kg in 1 maand)
- $\geq 10\%$ in 6 maanden (6 kg in halfjaar)
- BMI ≥ 27
- BMI 25-27: - gewichtsgelateerde klachten
- onvoldoende kennis volwaardige voeding bij COPD
- bij comorbiditeit (bijv. hypertensie, DM, hypercholesterolemie)
- lage VVMi: mannen < 16 , vrouwen < 15

Altijd in combinatie met bewegen!

Doel interventie:

- verbeteren of behouden van lichaamsgewicht (energiebalans)
- verbeteren of behouden van de spiermassa (eiwitbalans)
- patiënt inzicht geven en bewustwording belang voeding in relatie tot COPD

Verwijzing GGZ (onder coördinatie HA/POH)

Verwijscriteria:

- moeizaam coping-gedrag
- tekenen van depressie/stress/angst

Verwijzing longarts (signalerende rol POH, HA verwijst)

Verwijscriteria:

- FEV1 <50% (GOLD III of <1,5liter)
- Daling FEV1 >60 ml/jr
- discrepantie klachten en objectieve bevinding spirometrie
- COPD <50 jaar
- snel progressief beloop (onafhankelijk FEV1)
- verminderde voedingstoestand/ongewild afvallen
- ≥ 2 exacerbaties per jaar
- Indicatie voor intensieve longrevalidatie of O2-behandeling
- Combinatie met hartfalen of diagnostische twijfel

Terugverwijzing LA → HA: actieve oproep HA/POH

Afspraken apotheek

- Inhalatie-instructie POH:
 - eerste voorschrift
 - bij controle na 1 jaar
- Inhalatie-instructie apotheek:
 - tweede uitgifte

Signalerende rol apotheek:

- bij astma: >2/dag Ventolin zonder ICS: doorverwijzing naar POH
- therapietrouw
- overgebruik
- ondergebruik
- indien mogelijk: saneren medicatie

Carla Hol, rev. 4 november 2011