

Friese Longzorg (Astma & COPD) Zorgprogramma 2026

**Ketenzorg Friesland
Februari 2026**

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| 1. Inleiding | 3 |
| 2. Diagnose | 3 |
| 2.1. Astma | 3 |
| 2.2. COPD | 3 |
| 2.3. Diagnose vaststellen | 4 |
| 2.4. In- en exclusiecriteria | 4 |
| 3. Intake: Scharnierconsult en nadere diagnostiek | 6 |
| 3.1. Scharnierconsult huisarts | 6 |
| 3.2. Intake POH | 6 |
| 3.2.1. Persoonsgericht en samen beslissen | 6 |
| 3.2.2. Ziektelastbepaling COPD | 7 |
| 4. Instelfase | 8 |
| 4.1. Individueel Zorgplan (IZP) met als uitgangspunt principes Positieve Gezondheid | 8 |
| 4.2. Educatiedoelstellingen longketen | 8 |
| 4.3. Leefstijladvisering op maat | 9 |
| 4.4. Medicatiebeleid | 9 |
| 4.4.1 Astma | 9 |
| 4.4.2 COPD | 10 |
| 5. Stabiele fase | 11 |
| 5.1. Periodieke controles algemeen | 11 |
| 5.2. Periodieke controle longen | 11 |
| 5.3. Longaanval | 12 |
| 5.4. Comorbiditeit | 13 |
| 5.5. Palliatieve zorg | 13 |
| 6. Verwijscriteria | 14 |
| 6.1. Naar 1e lijn ketenpartners | 14 |
| 6.1.1. Diëtist | 14 |
| 6.1.2. Fysiotherapeut | 15 |
| 6.2. Naar 2e lijn ketenpartner de longarts | 16 |
| 7. Literatuurlijst en handige links | 18 |

1. Inleiding

Doel en verantwoording zorgprogramma

Dit is een praktische handleiding voor alle zorgverleners werkzaam binnen de longketen (astma en COPD) in Friesland.

- Deze handleiding is een uitwerking van de overeenkomst tussen huisartsen, ketenpartners en Ketenzorg Friesland.
- Het bevat de samenwerkingsafspraken met alle ketenpartners en biedt een overzicht van de mogelijkheden en voorwaarden voor verwijzingen, ook van het overeengekomen wisselprotocol.
- De huisarts (HA) voert de regie en is medisch eindverantwoordelijk voor het (keten-)zorgproces. Samen met de patiënt en praktijkondersteuner worden de interventies vastgelegd in een Individueel Zorgplan (IZP). Verwijzingen naar ketenpartners worden in overleg gedaan als de omstandigheden dat vragen.
- Het zorgprogramma is stapsgewijs opgebouwd op basis van de meest recente en door huisartsen breed gedragen wetenschappelijke kennis en de meest recente NHG-standaarden.

In deze handleiding is informatie verwerkt op basis van:

- [Positieve Gezondheid ontwikkeld door het Institute for Positive Health \(IPH\)](#)
- [Gezonde Leefstijl](#) ontwikkeld door het NCPF en het NHG
- De [NHG-standaard Astma](#) bij volwassenen (v5.2 juli 2025)
- De [NHG-standaard COPD](#) (v5.2 juli 2025)
- Astma en COPD in de huisartsenpraktijk (2021) van B. Broekhuizen, M. Veltman e.a.
- Handboek Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk (2021) van M. Huber, e.a.

2. Diagnose

De diagnostische fase valt buiten de ketens. Binnen de diagnostische fase wordt door middel van spirometrie, vragenlijsten en een uitgebreide anamnese de diagnose astma en/of COPD vastgesteld. Advies is om de diagnosestelling in de tweede lijn te laten uitvoeren.

2.1. Astma

Bij astma is er sprake van een chronische ontstekingsreactie van de luchtwegen die samengaat met de neiging van het luchtwegsysteem om sneller en heftiger te reageren op luchtweg vernauwende allergische en niet-allergische prikkels.

- Er een toename van luchtweggevoeligheid (bronchiale hyperreactiviteit).
- Luchtweggevoeligheid zorgt bij patiënten voor aanvalsgewijze klachten, zoals kortademigheid, benauwdheid, piepende ademhaling en (nachtelijk) hoesten.
- De luchtwegvernauwing is veelal reversibel: hetzij spontaan, hetzij door medicatie.
- Patiënten krijgen de diagnose astma als ze periodiek klachten hebben van dyspneu en expiratoir piepen (al dan niet met hoesten). Reversibiliteit na bronchusverwijding bij spirometrie ondersteunt de diagnose.
- Een allergische oorzaak is aannemelijk bij patiënten met astma die positief getest zijn op inhalatieallergenen of als ze ook klachten hebben van allergische rhinitis.
- Astma begint meestal op jonge (kinder)leeftijd, maar kan ook op oudere leeftijd voor het eerst optreden.

2.2. COPD

COPD (chronic obstructive pulmonary disease):

- COPD is een verzamelnaam voor longaandoeningen, gekenmerkt door een niet (geheel) reversibele luchtwegobstructie. De obstructie is doorgaans progressief en wordt geassocieerd met een abnormale inflammatoire reactie van de longen op schadelijke prikkels, vooral roken en fijnstofdeeltjes. Naast longklachten veroorzaakt COPD bij een aantal patiënten ook systemische afwijkingen, zoals verminderde spiermassa, gewichtsverlies en soms zelfs

pulmonale hypertensie. Genezing van COPD is niet mogelijk, maar we kunnen de ziektelast wel verminderen en de progressie van de klachten afremmen. Toch ervaren mensen met COPD vaak een zware ziektelast die in tijd toeneemt.

- Bij een longaanval van COPD verslechtert de conditie van de patiënt binnen één of enkele dagen. Kenmerken zijn een toename van dyspneu en hoesten, al of niet met slijm opgeven meer dan de normale dag-tot-dag variabiliteit.
- Bij patiënten ouder dan 40 jaar stelt de huisarts de diagnose COPD bij klachten van dyspneu en/of hoesten, al of niet met slijm opgeven, in combinatie met een relevante rookhistorie (> 20 jaar roken of > 15 pakjaren), én een afwijkende FEV1/FVC-ratio na gestandaardiseerde bronchusverwijding.
- Bij COPD louter op basis van andere risicofactoren, zoals chronische blootstelling aan fijnstof of aan andere stoffen in arbeidsomstandigheden, kun je verwijzen naar de longarts en/of bedrijfsarts. Bij allochtonen kan blootstelling aan fijnstof, zoals biomassarook zeker een rol spelen. Bij deze groep komt COPD daarom ook wel op jongere leeftijd voor.
- Bij autochtone jongeren (< 40 jaar) komt COPD zelden voor. Het is bijvoorbeeld mogelijk bij alfa-1-antitrypsinedeficiëntie of bij misbruik van (hard)drugs per inhalatie. Hiervoor is verwijzing naar de longarts aangewezen.
- Hartfalen is een bekende comorbiditeit bij COPD, onder andere door veroudering en gemeenschappelijke risicofactoren, zoals roken, vermoeidheid en weinig bewegen. Hartfalen komt voor bij 25 tot 30 procent van de mensen boven de 65 jaar met COPD. Andersom is de prevalentie van COPD bij patiënten met hartfalen 20 tot 30 procent. Onderscheid tussen hartfalen en COPD wordt ook bemoeilijkt door overlap van klachten, zoals kortademigheid en verminderde inspanningstolerantie. Als er twijfel is tussen hartfalen en COPD, is verdere diagnostiek nodig.

Handige links

[Hartfalen | NHG-richtlijnen](#)

2.3. Diagnose vaststellen

- **Bij een vermoeden van chronische luchtwegaandoening:**

| |
|--|
| Bij (verdenking van) astma en/of COPD |
| <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese |
| <ul style="list-style-type: none"> • Quickscan Digitale Vaardigheden |
| <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbare vragenlijsten <ul style="list-style-type: none"> ○ ACQ CAHAG ○ CARAT scorelijst.pdf (ketenzorgfriesland.nl) ○ CCQ CAHAG ○ MRC CAHAG |
| <ul style="list-style-type: none"> • Bepalen rookgedrag en motivatie stoppen met roken Stoppen met roken CAHAG |
| <ul style="list-style-type: none"> • Beweginggedrag inventariseren Fysiotherapie CAHAG |
| <ul style="list-style-type: none"> • Voedingsgedrag inventariseren en BMI bepalen Obesitas NHG-Richtlijnen Voeding bij COPD Longfonds |
| <ul style="list-style-type: none"> • Relatie werk, hobby, omgeving en klachten inventariseren Beroepslongziekten CAHAG |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comorbiditeit nagaan COPD & Comorbiditeit CAHAG |
| <ul style="list-style-type: none"> • Spirometrie CAHAG Beoordelingsformulieren CAHAG |
| <ul style="list-style-type: none"> • Bij langdurig hoesten X-thorax Radiologische diagnostiek NHG-Richtlijnen |
| <ul style="list-style-type: none"> • Protocol huidpriktest: overweeg bij blijvende diagnostische twijfel astma een histamine- of methacholine-provocatietest Diagnostiek CAHAG |
| <ul style="list-style-type: none"> • Screeningtest op inhalatieallergenen bij anamnestic twijfel over allergische oorzaken |

Voor een diagnostische spirometrie adviseert Ketenzorg Friesland om de patiënt voor de uitvoering en interpretatie door te verwijzen naar de tweede lijn. Voor een monitoringsspirometrie kun je de keuze maken om dit zelf te doen of uit te besteden.

2.4. In- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria

Ketenzorg Friesland hanteert de volgende inclusiecriteria, deze zijn afgeleid van de inclusiecriteria van InEen.

Deelname aan het programma Samenwerken rond kwetsbare ouderen van KZF is echter geen exclusie criterium voor deelname aan de ketens Cardiometabole zorg en/of Longzorg.

Specifieke inclusiecriteria longketen (Astma/COPD)

- Patiënt > 16 jaar met diagnose R96 volgens NHG-standaard Astma ICS gebruikt of heeft indicatie volgens NHG-standaard Astma.
- Patiënt > 18 jaar of ouder en de voorlopige diagnose R95, COPD is correct gesteld volgens de NHG-standaard COPD en het handboek volgens anamnese, vragenlijsten en longfunctieonderzoek.
- Patiënt ervaart bij anamnese een lichte ziektelast van zijn/haar COPD: de ernst van COPD wordt bepaald door de ziektelast. Dus de combinatie van klachten en beperkingen, frequentie van longaanvallen, FEV1 en voedingstoestand.

De NHG-standaard (v5.2 juli 2025) kent twee niveaus van ziektelast (zie ook 3.2.2.):

- COPD met lichte ziektelast: geen van de subdomeinen is afwijkend.
- COPD met verhoogde ziektelast: als ≥ 1 van de 4 subdomeinen afwijkend is.

Generieke inclusiecriteria

- Huisarts is hoofdbehandelaar
- Bereidheid en motivatie patiënt
- Patiënt is verzekerd bij zorgverzekeraar die de overeenkomst volgt
- Patiënt stemt nadrukkelijk in met het uitwisselen van gegevens tussen ketenpartners

Generieke exclusiecriteria

Uitschrijving vindt plaats als de patiënt niet meer voldoet aan de inclusiecriteria óf bij een van de volgende generieke exclusiecriteria:

- Persoonlijke omstandigheden
- Onvoldoende meerwaarde
- Stabiël met lage ziektelast/ afname medische noodzaak
- No show
- Overname door 2e lijn al of niet tijdelijk
- Uitschrijving uit praktijk
- Overgang naar Wet langdurige zorg (WLZ)
- Overlijden

Als gezamenlijk door zorgverlener en patiënt wordt besloten tot exclusie uit de keten, wordt monitoring en behandeling voortgezet als reguliere huisartsenzorg. In het HIS duidelijk aangeven dat de patiënt niet (meer) deelneemt!

3. Intake: Scharnierconsult en nadere diagnostiek

3.1. Scharnierconsult huisarts

Het scharnierconsult markeert de overgang van de diagnostische fase naar de behandelfase. In het scharnierconsult vertelt de huisarts aan de patiënt de conclusie van de voorgaande onderzoeken.

Daarin is aandacht voor:

- De diagnose
- De impact van de diagnose (wat betekent deze diagnose voor de patiënt?)
- De aard en ernst van de aandoening
- Mogelijke behandeling
- Persoonlijke behoeften
- Het vervolg: de huisarts legt uit welke ondersteuning de patiënt vanuit de praktijk kan verwachten bij het managen van/omgaan met zijn ziekte.
- Bij instemming van de patiënt tot deelname aan ketenzorg, krijgt de patiënt een meer structureel begeleidingstraject door de POH.

Inclusie in het HIS wordt geregeld, dit is het formele begin van de ketenzorg. In het HIS staat duidelijk aangegeven dat de patiënt in de ketenzorg is opgenomen of waarom niet.

De begeleiding van de POH bestaat uit:

- Uitleg over deelname aan dit longzorgprogramma. Patiënt uitleggen wie wat doet.
- Het bespreken van het ziektebeeld
- Starten educatie
- Het samen opstellen van een IZP. Hierbij kun je het spinnenweb van Positieve Gezondheid en de ziektelastmeter als gesprekstools gebruiken
- Inhalatie instructie, aandacht voor therapietrouw, www.inhalatorgebruik.nl en www.inhalatiemedicatie.nl
- Opstellen van een longaanval actieplan
- Gebruik van patiëntenportaal of PGO en eventueel zelfmetingen
- Het belang van en motiveren tot bewegen, zo nodig verwijzing naar fysiotherapeut
- Ondersteuning of verwijzing naar intensieve begeleiding bij SMR
- Zo nodig een verwijzing naar de diëtist/GLI
- Zo nodig het starten met medicatie

Delen van de begeleiding kunnen onder voorwaarden worden uitbesteed aan een diagnostiekdienst zoals Certe.

3.2. Intake POH

Plan voor de intake door POH minimaal 45 minuten in. Bespreek niet alle onderwerpen in één keer. Vraag aan de patiënt wat hij/zij eerst wil bespreken. Spreek indien nodig een vervolgschied af. Het intakegesprek bestaat in ieder geval uit inhalatie instructie/controlle en therapietrouw, het invullen van de ACQ of CCQ en/of MRC. Zie verder de punten hierboven.

3.2.1. Persoonsgericht en samen beslissen

Persoonsgerichte zorg

Hierbij staat de patiënt als mens centraal en niet zijn ziekte. Je helpt mensen beter om te gaan met hun chronische aandoening in het dagelijks leven. Dus de aandoening staat niet centraal, maar het mens-zijn, het functioneren, de levenssituatie en de leefstijl. Persoonsgerichte zorg gaat over wat mensen nodig hebben om zich gezond en gelukkig te voelen. Zo kun je zorg op maat bieden.

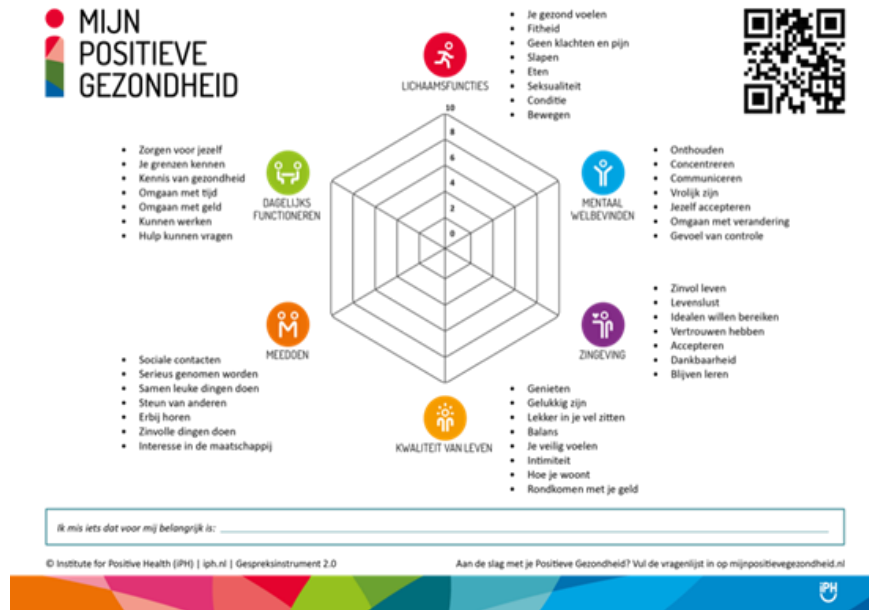
Het concept Positieve Gezondheid helpt de patiënt inzicht en grip op zijn situatie te krijgen:

- Je kunt hierbij het gespreksinstrument (het spinnenweb) van Mijn Positieve Gezondheid gebruiken
- Het spinnenweb is gebruiksvriendelijk en kan online worden ingevuld
- Het geeft een overzichtelijk beeld
- Je kunt samen met de patiënt zijn/haar omgeving en persoonlijke gezondheidsplan betrekken

Handige links

Persoonsgerichte zorg

Mijn Positieve Gezondheid



3.2.2. Ziektelastbepaling COPD

Ernst COPD wordt bepaald door:

- Mate van luchtwegobstructie
- Ervaren gezondheidsproblemen: klachten, beperkingen, longaanvallen, voedingstoestand
- Indeling: lichte en verhoogde ziektelast. Zie voor onderscheid ziektelast de [COPD | NHG-richtlijnen](#):

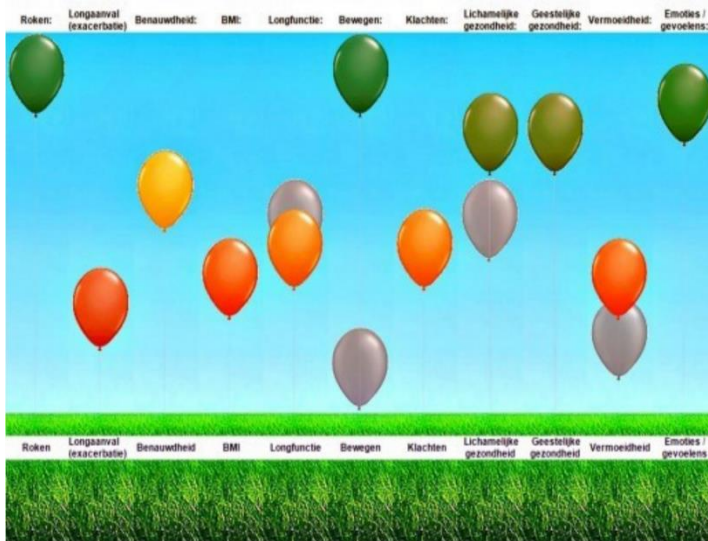
| Subdomein | Afwijkend indien |
|---|--|
| Klachten, hinder en beperkingen | MRC ≥ 3 of CCQ $\geq 2^*$ |
| Longaanvallen | ≥ 2 longaanvallen per jaar behandeld met orale corticosteroiden of ≥ 1 ziekenhuisopname wegens COPD |
| Voedingstoestand | Ongewenst gewichtsverlies $> 5\%$ /maand of $> 10\%$ /6 maanden of verminderde voedingstoestand (BMI $< 21 \text{ kg/m}^2$) zonder andere verklaring |
| Longfunctie [†] | FEV ₁ na bronchusverwijding $< 50\%$ van voorspeld of $< 1,5 \text{ l}$ absoluut Of progressief longfunctieverlies (bijvoorbeeld \downarrow FEV ₁ $> 150 \text{ ml}$ per jaar) gedurende ≥ 3 jaar (≥ 3 metingen) |
| Ziektelast | |
| Lichte ziektelast | Geen van de subdomeinen afwijkend |
| Verhoogde ziektelast | ≥ 1 subdomein afwijkend |
| MRC = Medical Research Council dyspneuschaal (schaalbereik 1-5); CCQ = Clinical COPD Questionnaire (schaalbereik 0-6) | |
| * Zie CAHAG Screeningsinstrumenten . | |
| † Gebruik voor het bepalen van de ziektelast de laatste spirometrie-uitslag | |

Ziektelastmeter

De [ziektelastmeter](#) COPD geeft de zorgverlener en de patiënt inzicht in de ervaren ziektelast en meer grip op de situatie van de patiënt. Het is een gebruiksvriendelijk meetinstrument waarmee ziektelast op een makkelijke, gebruiksvriendelijke en praktische manier wordt aangegeven.

Door de ziektelastmeter COPD te gaan gebruiken, zal de ervaren kwaliteit van leven en zorg van COPD-patiënten verbeteren. Dat blijkt uit onderzoek van de Universiteit Maastricht. Het is een middel om persoonsgerichte zorg te geven en het gesprek met de patiënt aan te gaan. Om de ziektelast inzichtelijk te krijgen, vult de patiënt een vragenlijst in. Deze gegevens worden na invoer in de ziektelastmeter in een overzichtelijke grafiek weergegeven door elf ballonnen. Deze ballonnen geven elk een specifiek

domein weer, bijvoorbeeld vermoeidheid en longaanvallen. Ook geven de ballonnen met behulp van kleuren aan welk domein aandacht verdient en op welke domeinen het goed gaat. Door te klikken op de ballonnen, verschijnt er een behandeladvies en kun je samen met de patiënt een individueel zorgplan opstellen. Zo kan er een gerichte behandeling plaatsvinden om de ziektelast van de patiënt te verlagen.



4. Instelfase

Het hoofddoel van de instelfase is de wensen/behoefte van de patiënt in kaart te brengen:

- Doorlooptijd van deze fase kan 1 jaar duren
- Op heldere wijze de inhoud van het zorgprogramma uitleggen
- Verduidelijken dat **educatie, leefstijl, zelfmanagement en eigen regie** onmisbaar zijn voor een goede behandeling
- Overweeg thuismetingen, bijvoorbeeld in het kader van Zorg op afstand

4.1. Individueel Zorgplan (IZP) met als uitgangspunt principes Positieve Gezondheid

Checklist IZP binnen het longzorgprogramma

- Inhalatie/therapietrouw
- Individuele doelen van de patiënt en streefwaarden
- Behandeling
- Taken (verdeling)
- Zelfmanagement (ondersteuning)
- Centrale zorgverlener
- Hoofdbehandelaar
- Controleschema
- Evaluatiemomenten
- Afspraken
- Medicatie
- Longaanvalactieplan COPD/ Astma actieplan (zie longfonds)

4.2. Educatiedoelstellingen longketen

- **Kwaliteit van leven verhogen is het belangrijkste doel:** zo lang mogelijk leven met zo veel mogelijk kwaliteit. Lage kwaliteit van leven (fysiek, mentaal) geeft hogere mortaliteit
- Belasting van ziekte én therapie zo veel mogelijk beperken
- Zelfzorg voorkeuren verschillen sterk bij longpatiënten, houd hier rekening mee

Inzicht geven in het belang van:

- Een gezonde leefstijl

- Stoppen met roken
- Haalbare doelen stellen voor gewicht, beweging en medicatietrouw
- Regelmatige controles door ACQ, CCQ en MRC
- Hoe om te gaan met longaanvallen (astma en COPD-actieplan)

Informatie/educatie longen:

- Achtergronden ziekte
- Goede leefstijl
- Invloed beroep
- Griepvaccinatie jaarlijks
- Groepseducatie zo mogelijk
- Verwijs naar betrouwbare websites: www.thuisarts.nl en www.longfonds.nl

4.3. Leefstijladvisering op maat

Basis van de behandeling is altijd het leefstijladvies op maat, maak gebruik van:

- De **NHG-zorgmodules Leefstijl**
- Positieve Gezondheid en Gezonde leefstijl – de basis voor Integrale Chronische Zorg

4.4. Medicatiebeleid

Zie voor de laatste richtlijnen de meest recente NHG-standaarden.

Maak bij de keuze van inhalatiemedicatie gebruik van het Fries Longformularium

Voordelen:

- ervaring wordt opgebouwd in het gebruik van een beperkt aantal inhalatoren
- er is keuze uit zowel aerosol- als poeder-inhalatoren.
- kies de toedieningsvorm waar de patiënt goed mee om kan gaan
- alle gekozen middelen zijn gelijkwaardig qua effect, veiligheid, bijwerkingen, gebruiksgemak en toepasbaarheid

4.4.1 Astma

Volg het **medicatie stappenplan** van de NHG-standaard uit 2020: dit is vooral **gewijzigd** om het overgebruik van SABA te verminderen.

Wijziging sinds 2020 in het kort:

Stap 1: alléén SABA zo nodig (zn) of ICS-formotorol (laag doseren) zo nodig

Stap 2: ICS 2dd (laag doseren) of ICS-formotorol zo nodig

Een ICS kan nu steeds als startmedicatie worden gebruikt.

| Stappenplan inhalatiemedicatie | | | | | |
|---------------------------------|--|---|--|--|----------------------|
| | Stap 1 (optioneel) SABA Of ICS-formoterol zo nodig | Stap 2 ICS | Stap 3 Lage dosis ICS/LABA | Stap 4 Intermediaire tot hogere dosis ICS/LABA | Stap 5 Verwijzing |
| (Onderhouds) behandeling | Alleen SABA zo nodig of lage dosis ICS-formoterol zo nodig bij klachten, of meteen stap 2 | Lage dosis ICS of lage dosis ICS-formoterol zo nodig bij klachten | Lage dosis ICS + LABA of intermediaire dosis ICS (zonder LABA) | Intermediaire tot (tijdelijk) hogere dosis ICS + LABA of hogere dosis ICS (zonder LABA) Overweeg stap 5 | Verwijzing longarts |
| Bij klachten | - Bij gebruik ICS-formoterol: extra inhalatie lage dosering ICS-formoterol (maximaal 8 inh/dag) of aanvullend SABA - Anders: SABA | | | | |

4.4.2 COPD

Gebruik van inhalatiemedicatie is bedoeld om de luchtwegklachten en longaanvallen (symptomen van COPD) te verminderen. Ze hebben geen effect op het beloop van de ziekte, de longfunctie (FEV1) blijft geleidelijk aan afnemen.

Tabel 6 Stappenplan inhalatiemedicatie bij COPD

| | Stap 1 Infrequente dyspneuklachten, geen longaanvallen | Stap 2 Regelmatische dyspneuklachten, hinder of beperkingen | Stap 3 Persisterende dyspneuklachten, hinder of beperkingen |
|--|---|--|---|
| Dyspneuklachten, hinder of beperkingen | SABA of SAMA, zo nodig | LAMA of LABA, onderhoud | LAMA + LABA, onderhoud |
| Longaanvallen, ≥ 2 per jaar | Niet van toepassing | Voeg ICS toe* Start of continueer luchtwegverwijder | Voeg ICS toe Bij voorkeur 1 luchtwegverwijder (overweeg de andere te staken) Overweeg verwijzing |

SAMA = kortwerkende muscarineantagonist (parasympathicolyticum); SABA = kortwerkende bèta-2-agonist. LAMA = langwerkende muscarineantagonist (parasympathicolyticum); LABA = langwerkende bèta-2-agonist. ICS = inhalatiecorticosteroid.
* Als de patiënt verder weinig klachten heeft, volstaat een LAMA.

Zie ook: Detail nr. 30 Combinatiepreparaten

Therapeutische overwegingen

- bij **lichte ziektelast** gebruik SABA of SAMA zo nodig bij klachten
- bij **vaak optredende ernstige longaanvallen** voeg een ICS toe voor 1 jaar
- **Stop de ICS als:**
- na 1 jaar het aantal longaanvallen NIET afneemt
- in een periode van 2 jaar GEEN longaanvallen meer optreden

Definitie van frequente ernstige longaanvallen bij COPD:

- per jaar 2 of meer kuren prednisolon of antibiotica of ziekenhuisopname
- ondanks onderhoudsbehandeling met SABA/SAMA en LABA/LAMA

Verwijs naar de longarts na 2 of meer longaanvallen!

5. Stabiele fase

5.1. Periodieke controles algemeen

Het “andere gesprek” met de patiënt voeren: het concept **Positieve Gezondheid** vormt een uitstekende basis voor de samenwerking tussen de patiënt en de behandelaars. De tevredenheid bij beiden neemt toe en het effect van de (medicamenteuze) behandeling is groter.

In het andere gesprek heeft de patiënt de regie. Dat betekent dat de agenda van de POH niet leidend is. De POH kan er wel voor zorgen dat het andere gesprek gevoerd wordt en ook medische controles een plek krijgen:

- Streven is het andere gesprek minimaal eens per jaar te voeren, zo nodig vaker.
- De planning is ook afhankelijk van klachten/beperkingen, (co)morbiditeit en wensen van de patiënt.
- Na het optreden van ontregelingen (longaanvallen of complicaties) het longaanval actieplan en IZP bespreken en aanpassen!
- Zo nodig samen met de patiënt het IZP bijstellen.
- Verwijzing kan nodig zijn volgens de criteria in hoofdstuk 6.

5.2. Periodieke controle longen

Wanneer:

- Minimaal jaarlijks een inhalatiebeoordeling (POH), zo nodig een medicatiebeoordeling (HA)
- Controles levenslang ondanks het verdwijnen van klachten door de behandeling
- Afhankelijk van de persoonlijke behoeften, wensen, doelen en gemeten ziektelast
- Bij elke wijziging van medicatie of inhalator
- Na een longaanval

Onderwerpen:

- Therapietrouw, inhalatie-instructie en -techniek (IMIS) en bijwerkingen
- Luchtwegklachten, zo nodig medicatie aanpassen (eerst controle inhalatiemanoeuvre!)
- ACQ, ACQ of CCQ of MRC laten invullen
- Op indicatie een spirometrie, zie frequentie hieronder

Astma- monitoring

Tabel 3 Frequentie van monitoring en spirometrie

| Patiënten | Monitoring | Spirometrie |
|--|--|---------------------------------------|
| Goede astmacontrole met stap-1- medicatie* | Zo nodig | Niet |
| Goede astmacontrole met stap-2-medicatie | Jaarlijks | Niet, behalve in de eerste drie jaar# |
| Goede astmacontrole met stap-3-medicatie | Jaarlijks | Jaarlijks# |
| Onvoldoende astmacontrole | Regelmatige controle (bijv. elke 6-12 weken), totdat persoonlijke behandeldoelen zijn bereikt en medicatie optimaal is gedoseerd | Minimaal jaarlijks+ |
| Rokers | Jaarlijks | Jaarlijks |
| Patiënten met een beperkte levensverwachting | Zorg op maat | Niet |

* Bij toename gebruik SABA (≥ 3 maal per week): nodig patiënt uit op spreekuur.

Eigen luchtwegmedicatie voorafgaand aan monitoringsconsult continueren

+ Bronchusverwijding alleen bij: discrepantie tussen klachten en spirometrie of twijfel aan diagnose twijfel over (wijze van) gebruik eigen medicatie

Tabel 2 Mate van astmacontrole

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

COPD- monitoring

| Tabel 10 Spirometrie in de monitoringsfase* | | |
|--|---|---|
| Frequentie | Gestandaardiseerde bronchusverwijding | Interpretatie |
| Lichte ziektelast: † | Alleen geïndiceerd bij: | Daling van de FEV ₁ met gemiddeld ≤ 35 ml per jaar gedurende ≥ 3 jaar (≥ 3 metingen) is fysiologisch Bij niet-fysiologische daling: ga oorzaak na en pas beleid aan |
| <ul style="list-style-type: none"> bij niet- of ex-rokers: geen spirometrie bij rokers: 1 × per 3 jaar | <ul style="list-style-type: none"> discrepantie tussen klachten en spirometrie-uitslagen twijfel over de eerder gestelde diagnose gerede twijfel over gebruik van de eigen luchtwegmedicatie | |
| Verhoogde ziektelast: † | | |
| <ul style="list-style-type: none"> bij rokers jaarlijks bij ex-rokers 1 × per 3 jaar | | |
| * Voor spirometrie in de diagnostische fase, zie tabel 3 . | | |
| † Voor ziektelast zie tabel 5 . Bij afwezigheid van jaarlijkse spirometrie kan uitgegaan worden van de laatst gemeten waarden. | | |

Handige links

[Beleid | CAHAG](#)

[NHG richtlijn Astma Frequentie spirometrie tabel 7](#)

[NHG richtlijn COPD Spirometrie in de monitoringsfase tabel 10](#)

[Screeningsinstrumenten](#)

5.3. Longaanval

Een longaanval kan vele oorzaken hebben en moet direct worden behandeld!

Aanpak door POH/huisarts:

- Samen opnieuw behandeldoelstellingen vaststellen (denk aan het stoppen met roken)
- Educatief moment (zie voorlichting)
- Het Gezondheidsplan/IZP zo nodig bijstellen
- Het bewegen meteen stimuleren om een recidief te voorkomen, herstel niet eerst afwachten
- Na herstel verwijzen naar de FT

Voorlichting (tenminste):

- Hoe de kans verkleinen op een nieuwe longaanval
- Vroege onderkenning van de symptomen
- Herkennen en voorkomen van een longaanval
- Gebruik in de thuissituatie van “nood“- medicatie

- Het actieplan doornemen: hoe, wanneer en bij wie hulp inschakelen en wanneer follow-up en evaluatie
- Zie verder de brochure van het Longfonds of REDUX van de CAHAG via de links hieronder.

Handige links

[COPD | NHG-richtlijnen Longaanval | CAHAG](#)

[Persoonlijk Astma Actieplan - VND \(Nederland-Davos.nl\)](#)

[REDUX | CAHAG](#)

[REDUX persoonlijke actieplan COPD kleur juli 2021.pdf \(cahag.nl\)](#)

[Longaanval bij COPD | Longfonds](#)

5.4. Comorbiditeit

Vooraf bij COPD speelt comorbiditeit een grote rol, bij astma in mindere mate.

Aanpak:

- Goed in kaart brengen welke comorbiditeit aanwezig is
- Zo mogelijk behandelen
- Overweeg inclusie cardiometabole keten bij duidelijk verhoogd risico op HVZ of als HF vermoed wordt

Handige links

[COPD & Comorbiditeit | CAHAG](#)

5.5. Palliatieve zorg

- Astma geeft bijna nooit aanleiding tot palliatieve zorg.
- COPD daarentegen is vaak wel een onderdeel van palliatieve zorg en vraagt veel tijd.
- Palliatieve zorg valt niet binnen deze keten-DBC.

Handige links

[Palliatieve zorg bij COPD](#)

6. Verwijscriteria

Overwegingen om te verwijzen:

- Na inclusie in de keten wordt in overleg met de patiënt soms verwezen naar een ketenpartner om de behandeldoelen te halen.
- Deze zorgproducten zijn onderdeel van de ketenzorg.
- Financiering loopt via de keten, het eigen risico van de patiënt wordt niet aangesproken.
- Verwijzingen gaan steeds digitaal en bevatten alle relevante informatie met een vraagstelling.

Ketenpartners voor de POH/huisarts:

- Diëtisten
- Fysiotherapeuten
- Longartsen
- Andere samenwerkingspartners buiten de keten (apothekers, logopedisten)

Naast verwijzen naar een ketenpartner kun je ook hulp inroepen van de verpleegkundig consulent van Ketenzorg Friesland:

- Voor ondersteuning bij de inrichting van de chronische zorg in de praktijk
- Een efficiënte inrichting van het spreekuur
- Hulp bij het opstellen van verbeterplannen
- Zorginhoudelijke vragen
- Een moeilijke casus

Lees meer op: [Praktijkondersteuning op maat door een verpleegkundig consulent](#)

6.1. Naar 1e lijn ketenpartners

6.1.1. Diëtist

De diëtist verzamelt belangrijke medische gegevens en voert diëtetisch onderzoek uit om de patiënt advies te geven over zijn voeding. Dit is onderdeel van de behandeling van de chronische aandoening/het verhoogde risico. Ook geeft de diëtist advies over het optimaliseren van de kwaliteit van leven, waarbij zelfredzaamheid en zelfmanagement op de voorgrond staan. Het advies komt in het Individueel Zorgbehandelplan (IZP). De patiënt begrijpt de relatie tussen zijn voedingspatroon en de (ernst van de) chronische aandoening. [Indicatie voor paramedische zorg](#)

Doelstellingen van de behandeling door de diëtist

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

Je kunt naar de diëtist verwijzen op basis één van de volgende criteria:

| Consultatie of verwijzing: huisarts naar diëtist | | |
|--|---|--|
| Criteria | Zorgproducten | Terugverwijzing |
| <p>Een BMI ≤ 21 of > 30</p> <p>Ongewenste gewichtsverandering van >5% binnen een maand of >10% binnen 6 maanden ongeacht het aanvangsgewicht</p> <p>Vermoeden van een te lage VVMI (mannen een VVMI ≤16-17 kg/m² en voor vrouwen ≤15 kg/m²). Dit is vooral van belang als een patiënt een bewegprogramma volgt</p> <p>Ernstig afwijkend voedingsgedrag (gewoonten, klachten tijdens eten)</p> <p>Bij co-morbiditeit, zoals: hartklachten, afwijkend lipidenprofiel, osteoporose</p> | <p>Eerste begeleiding patiënt - 180 min</p> | <p>Bij het behalen van de behandeldoelen uit het Individueel Zorgplan.</p> |

| | | |
|--|---|---|
| Maximumtijd bij lopende behandeling niet toereikend Jaarcontrole op indicatie | Begeleiding patiënt - 120 min of 60 min | Bij het behalen van de behandeldoelen uit het Individueel Zorgplan. |
|--|---|---|

6.1.2. Fysiotherapeut

Wij werken samen met verschillende speciaal opgeleide longfysiotherapeuten. Je kunt naar de fysiotherapeut verwijzen op basis één van de volgende criteria:

| Consultatie of verwijzing: huisarts naar fysiotherapeut | | | | |
|--|--|---------|--|---|
| Criteria | Zorgproducten | Code | Inhoud | Terugverwijzing |
| Een vraag m.b.t. patiënt met inspanningsbeperking ondanks optimaal medicatiegebruik. | Multidisciplinair overleg | 2021301 | Bespreken vraag om advies of aanpassing van het behandelplan. Zowel de huisarts en/of POH als de FT kan een patiënt opvoeren. | N.v.t. |
| Patiënten die niet aan de NNGB voldoen, maar zonder inspanningsbeperking | Advisering beweeggedrag (beweegconsult) | 2021302 | Gesprek over belemmeringen tot bewegen, advies over de mogelijke opties, bijv. eigen activiteiten, sporten o.b.v. FT, etc. | Behalen behandeldoelen uit Individueel Zorgplan |
| Patiënten met een duidelijke bewegings- en/of inspanningsbeperking | Bewegingsfunctieonderzoek/ inspanningstest | 2021303 | FT- onderzoek om beweegruiimte in kaart te brengen en beweegadvies te geven. | Behalen behandeldoelen uit Individueel Zorgplan |
| Vervolgbeleid op beweeggedrag en/ of bewegingsonderzoek | Controle consult | 2021304 | Nalopen, stimuleren en evt. bijstellen van het zorgplan, 6 minuten wandeltest (vervolg op bewegingsonderzoek code 2021303) | Behalen behandeldoelen uit Individueel Zorgplan |
| Patiënten met onjuiste ademhalingsstechniek: vasthouden adem, snel ademen, niet voldoende uitademen, oppervlakkige ademhaling of te lange zinnen | Ademhalingsbegeleiding | 2021305 | Advisering en begeleiding bij ademhalingsoefeningen met name m.b.t. hyperventileren en te hoge ademhaling door houding, overgewicht of gewoonte. | Behalen behandeldoelen uit Individueel Zorgplan |

* Bij patiënten met een verlaagde fysieke capaciteit (6MWT < 70% voorspeld) en een indicatie voor inspanningstraining overlegt de fysiotherapeut met de huisarts over een eventuele maximale inspanningstest (Cardiopulmonary Exercise Test; CPET) om te bepalen welke intensiteit en wijze van inspanning veilig is. Voor deze test is een verwijzing nodig. De test wordt bij voorkeur afgenomen onder supervisie van een longarts.

Geef bij een verwijzing naar een fysiotherapeut de volgende informatie mee:

- Vraagstelling/ reden van verwijzing
- Uitslagen van spirometrie: VC/FEV1-verhouding
- Relevante comorbiditeit
- Doorgemaakte longaanvallen en/of ziekenhuisopnames in afgelopen 12 maanden
- Actueel medicatieoverzicht
- Indien afgenomen: CCQ-score of MRC

Extra vergoeding buiten ketenzorg

De fysiotherapeut bepaalt o.a. aan de hand van mate van fysieke capaciteit en activiteit of aanvullende fysiotherapie (vanuit de basisverzekering) is geïndiceerd. De fysiotherapeutische zorg van COPD wordt, afhankelijk van de ernst of het stadium van de aandoening, vergoed vanuit de basisverzekering. Voor aanvullende astmazorg is een aanvullende verzekering nodig.

Multidisciplinaire samenwerking

Eerstelijns fysiotherapeutische behandeling is over het algemeen monodisciplinair. Samenwerking met andere disciplines, bijvoorbeeld de diëtist, is mogelijk. De therapeut overlegt dan met de huisarts over een eventuele verwijzing naar een andere discipline, zodat deze samenwerking georganiseerd kan worden.

Handige links

- [Patiëntenbrief Fysiotherapie bij astma](#)
- [Patiëntenbrief Fysiotherapie bij COPD](#)
- [Indicaties voor paramedische zorg](#)

6.2. Naar 2e lijn ketenpartner de longarts

In onderstaande tabellen staan de indicaties voor verwijzing binnen de ketens naar de tweede lijn. Deze afspraken zijn gebaseerd op het [wisselprotocol Astma/COPD](#), zoals is afgesproken met de Maatschap Friese Longartsen.

Bekijk het [wisselprotocol](#) voor verwijzingen buiten de keten, bijvoorbeeld bij:

- Ernstige longaanvallen
- Blijvende matige of ernstige ziektelast
- Matige/ernstige adaptieproblemen
- Blijvende twijfel tussen COPD en hartfalen
- Aanhoudende, gedeeltelijke of slechte astmacontrole (ACQ \geq 0,75 of ACT $<$ 20)
- Meer dan 2 longaanvallen per jaar waarvoor orale steroïden nodig is

| Consultatie of verwijzing: huisarts naar longarts | | |
|--|--|--|
| Astma | | |
| Criteria | Zorgproducten | Terugverwijzing |
| Behoefte aan advies bij moeilijkheden rond de uitvoering en/of interpretatie van spirometrie bij een specifieke patiënt. De huisarts/POH vraagt op basis van de uitgevoerde spirometrie advies zonder noodzaak om de patiënt voor een consult door te sturen, met het doel de behandeling in de eerste lijn voort te zetten. | E-mailconsult Intercollegiale communicatie met een gerichte vraag over een specifieke patiënt. | Na beoordeling en eerste advies |
| Behoefte aan bevestiging diagnosestelling van bestaande patiënten met de voorlopige diagnose astma* (patiënten bij wie de huisarts de diagnose heeft gesteld, voordat de praktijk was aangesloten bij de DBC-Astma) | E-mailconsult | Na beoordeling en eerste behandeladvies |
| Bij het niet of onvoldoende bereiken van de persoonlijke behandeldoelen. | E-mailconsult | Bij het behalen van de behandeldoelen uit het Individueel Zorgplan |
| Onvoldoende resultaten op de medische behandeldoelen, | Specialistische consultatie | Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald |

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

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

| COPD | | |
|---|---|--|
| Criteria | Zorgproducten | Terugverwijzing |
| Behoeft aan advies bij moeilijkheden rond de uitvoering en/of interpretatie van spirometrie bij een specifieke patiënt. De huisarts/POH vraagt op basis van de uitgevoerde spirometrie advies zonder noodzaak om de patiënt voor een consult door te sturen, met het doel de behandeling in de eerste lijn voort te zetten. | Intercollegiale communicatie met een gerichte vraag over een specifieke patiënt | Na beoordeling en eerste advies |
| Behoeft aan bevestiging diagnosestelling van bestaande patiënten met de voorlopige diagnose COPD* (patiënten bij wie de huisarts de diagnose heeft gesteld, voordat de praktijk was aangesloten bij de DBC-COPD) | E-mailconsult | Na beoordeling en eerste behandeladvies |
| Bij een leeftijd van de patiënt < 50 jaar | Specialistische consultatie | Na beoordeling en eerste behandeladvies |
| Bij het niet of onvoldoende bereiken van de persoonlijke behandeldoelen en in ieder geval bij 2 of meer longaanvallen per jaar | Specialistische consultatie | Bij het behalen van de behandeldoelen uit het Individueel Zorgplan |
| Blijvende relevante klachten en beperkingen ondanks behandeling (arbitrair CCQ \geq 2 en MRC \geq 3) | Specialistische consultatie | Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn |
| Bij gecompliceerde of ernstige comorbiditeit | Specialistische consultatie | Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn |
| Een FEV ₁ <50% van de voorspelde waarde of 1,5 liter ondanks optimale behandeling | Specialistische consultatie | Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn |

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| Een progressief beloop (FEV 1, afname inspanningsvermogen, toename kortademigheid ondanks maximale behandeling (<150 ml per jaar na controle longfunctie over meerdere jaren) | Specialistische consultatie | Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn |
| Mogelijke indicatie voor zuurstofbehandeling | Specialistische consultatie | Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn |
| Mogelijke indicatie voor longrevalidatie | Specialistische consultatie | Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn |

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

Handige links

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

7. Literatuurlijst en handige links

De [NHG-standaard Astma](#) bij volwassenen (v5.2 juli 2025)

De [NHG-standaard COPD](#) (v5.2 juli 2025)

Positieve Gezondheid ontwikkeld door het [Institute for Positive Health \(IPH\)](#)

[Mijn Positieve Gezondheid](#)

[NHG-zorgmodules Leefstijl](#)

[Gezonde Leefstijl](#) ontwikkeld door het NCPF en het NHG

[Positieve Gezondheid en Gezonde leefstijl – de basis voor Integrale Chronische Zorg](#)

Astma en COPD in de huisartsenpraktijk (2021) van B. Broekhuizen, M. Veltman e.a.

Handboek Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk (2021) van M. Huber, e.a.

[Hartfalen | NHG-richtlijnen](#)

[In- en exclusiecriteria van InEen.](#)

[Beleid | CAHAG](#)

[COPD | NHG-richtlijnen](#)

[Longaanval | CAHAG](#)

[Persoonlijk Astma Actieplan - VND \(Nederland-Davos.nl\)](#)

[REDUX | CAHAG](#)

[REDUX persoonlijke actieplan COPD juli 2021.pdf \(cahaq.nl\)](#)

[Longaanval bij COPD | Longfonds](#)

[COPD & Comorbiditeit | CAHAG](#)

[Palliatieve zorg bij COPD](#)

[Indicaties voor paramedische zorg](#)

Wisselprotocol Astma/COPD

Zorgpad Longaanval