

Zorgprotocol 1^e lijns keten-DBC
Astma/COPD



© Ketenzorg Friesland BV – maart 2016 | versie 2.0 (definitief)

Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	3
1.1.	Doel	3
1.2.	Speerpunten.....	3
1.3.	Leeswijzer	3
2.	Definities en uitgangspunten	4
2.1.	Astma.....	4
2.2.	COPD.....	4
2.3.	Keten-DBC	4
2.4.	Zorgverzekeraar	4
3.	In- en exclusiecriteria	5
3.1.	Astma.....	5
3.2.	COPD.....	5
3.3.	Exclusiecriteria	6
3.4.	Dubbeldiagnose	6
4.	Inhoud van het zorgprogramma.....	7
4.1.	Zorgproces.....	7
	Fase 0: Herkenning en opsporing.....	7
	Fase 1: Diagnostiek.....	7
	Fase 2: Scharnierconsult.....	8
	Fase 3: Instelfase	8
	Fase 4: Monitoring fase	9
	Fase 5: Exacerbaties.....	10
	Fase 6: Co morbiditeit	11
	Fase 7: Palliatieve zorg	11
4.2.	Interventies	11
	Stoppen met roken	11
	Voeding en gewicht	11
	Bewegen	12
5.	Indicatoren en kwaliteit.....	13
5.1.	Indicatoren	13
5.2.	Kwaliteit.....	13
	Individueel Zorgplan	13
	Zelfmanagement	14
	Geen geregelde zorg en no-show	14
	Rol van de kaderhuisarts	15
	Klachtenregeling.....	15
	Patiënteninformatie	15
	Scholing	15
6.	Samenwerkingsafspraken ketenpartners.....	16
6.1	Ketenpartners en zorgproducten	16
6.2	Verwijsindicaties.....	17

1. Inleiding

Het zorgprotocol Astma/COPD maakt onderdeel uit van het Handboek Ketenzorg Friesland BV. In dit zorgprotocol vindt u de uitgangspunten van de keten-DBC Astma en COPD, een beschrijving van het zorgprogramma, een overzicht van de zorginhoudelijke indicatoren en de samenwerkingsafspraken met de tweede lijn.

De inhoud van de keten-DBC Astma is afgeleid van de Zorgstandaard Astma van de Long Alliantie Nederland (LAN) en de NHG standaard Astma (maart 2015). De inhoud van de keten-DBC COPD is afgeleid van de Zorgstandaard COPD van de Long Alliantie Nederland (LAN) en de NHG standaard COPD (maart 2015). Beide keten-DBC's zijn afgeleid van de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) bij chronische medicatie bij Astma/COPD.

1.1. Doel

Dit zorgprotocol Astma/COPD is bestemd voor bij Ketenzorg Friesland aangesloten huisartsen en praktijkondersteuners die multidisciplinaire zorg verlenen aan Astma of COPD patiënten, opgenomen in de eerstelijns keten-DBC Astma of keten-DBC COPD.

Het doel van het zorgprotocol Astma/COPD is driedelig:

- het is een praktische handleiding bij het zorgprogramma Astma en/of COPD voor de huisartsen en praktijkondersteuners;
- het is een uitwerking van de overeenkomst Astma en/of COPD, die u met Ketenzorg Friesland heeft gesloten;
- het bevat geformaliseerde samenwerkingsafspraken met alle betrokken ketenpartners.

1.2. Speerpunten

De speerpunten van het zorgprogramma Astma/COPD zijn:

- Optimale toegankelijkheid van zorg
- Uniforme en hoge kwaliteit van zorg, waarbij zelfmanagement van de patiënt in het gehele zorgprogramma centraal staat
- Substitutieafspraken tussen de eerste en tweede lijn, die op een correcte wijze substitutie bewerkstelligen.

1.3. Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de definities en specifieke uitgangspunten voor het zorgprogramma Astma/COPD beschreven. In hoofdstuk 3 staan de in- en exclusiecriteria. Hoofdstuk 4 beschrijft de inhoud van het zorgprogramma en kan door de huisarts en POH gebruikt worden als leidraad voor het zorgproces. In dit hoofdstuk zijn verwijzingen opgenomen naar de achterliggende instructiekaarten uit het handboek.. Hoofdstuk 5 gaat in op de indicatoren en kwaliteit van het zorgprogramma. Tot slot worden in hoofdstuk 6 de samenwerkingsafspraken met de ketenpartners beschreven.

BELANGRIJK

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

2. Definities en uitgangspunten

2.1. Astma

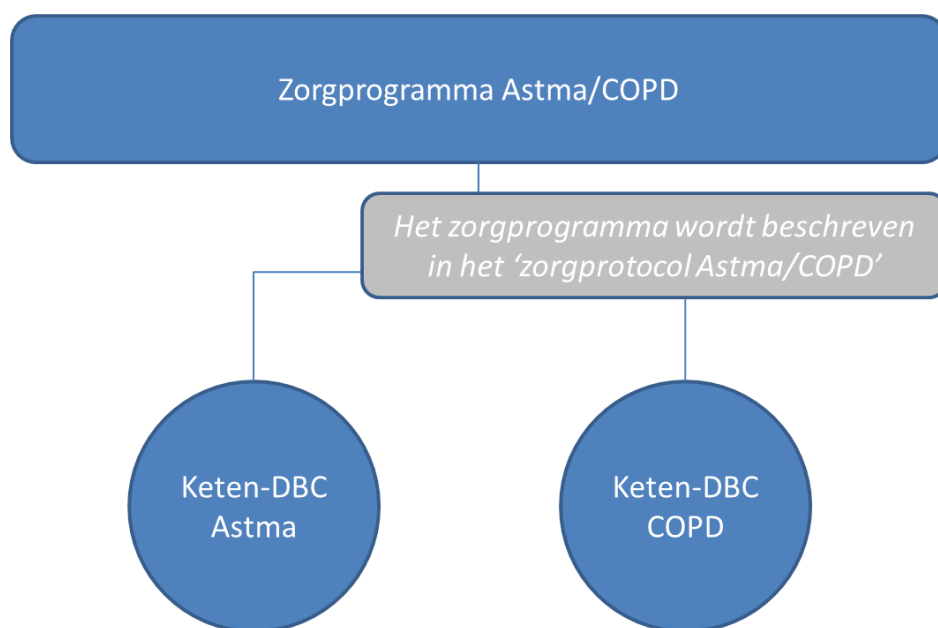
Bij astma is er sprake van een chronische ontstekingsreactie van de luchtwegen die samengaat met de neiging van het luchtwegsysteem sneller en heftiger te reageren op luchtweg vernauwende prikkels. Er is sprake van toegenomen luchtweggevoeligheid (bronchiale hyperreactiviteit). Dit resulteert bij patiënten in wisselend ernstige klachten, zoals kortademigheid, benauwdheid, piepende ademhaling en (nachtelijk) hoesten. De luchtwegvernauwing is variabel en veelal reversibel, hetzij spontaan, hetzij onder invloed van medicatie¹.

2.2. COPD

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

2.3. Keten-DBC

De inhoud van de Keten-DBC's Astma en COPD vormen samen het Zorgprogramma Astma/COPD van Ketenzorg Friesland.



2.4. Zorgverzekeraar

De Friesland Zorgverzekeraar heeft in het Programma van Eisen Multidisciplinaire zorgverlening 2016 de kaders weergegeven waarbinnen Ketenzorg Friesland de keten-DBC Astma en de keten-DBC COPD aan kan bieden.

¹ Zorgstandaard Astma bij Volwassenen, LAN 2012

3. In- en exclusiecriteria

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

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

3.1. Astma

De diagnose astma wordt gesteld bij patiënten die periodiek klachten hebben van dyspneu en expiratoir piepen al dan niet met hoesten. Reversibiliteit na bronchusverwijding bij spirometrie ondersteunt de diagnose. Wanneer geen reversibiliteit wordt gevonden, moet het onderzoek herhaald worden in een periode dat de patiënt meer klachten heeft.

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

Voorwaarden voor het includeren van patiënten in de keten-DBC Astma zijn:

- Leeftijd 16 jaar en ouder
- Patiënt stemt in met deelname ketenzorg
- De huisarts is de hoofdbehandelaar voor Astma
- Patiënt is verzekerd bij een zorgverzekeraar met wie Ketenzorg Friesland een overeenkomst heeft
- De voorlopige diagnose Astma is juist gesteld o.b.v. anamnese en spirometrie
- Patiënt gebruikt inhalatiesteroïden of heeft hiervoor een indicatie volgens de NHG-standaard en/of de patiënt rookt.

3.2. COPD

Bij patiënten ouder dan 40 jaar stelt de huisarts de diagnose COPD bij klachten van dyspneu en/of hoesten, al of niet met slijm opgeven, in combinatie met een relevante rookhistorie (> 20 jaar roken of > 15 pakjaren), én een afwijkende FEV₁/FVC-ratio na gestandaardiseerde bronchusverwijding. COPD louter op basis van andere risicofactoren zoals chronische blootstelling aan fijnstof of aan andere stoffen in arbeidsomstandigheden komt zelden voor; hiervoor is verwijzing naar de longarts aangewezen, en naar de bedrijfsarts als het arbeidsomstandigheden betreft.

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

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

Voorwaarden voor het includeren van patiënten in de keten-DBC COPD zijn:

- Leeftijd 18 jaar en ouder
- De patiënt stemt in met deelname ketenzorg
- De huisarts is de hoofdbehandelaar voor COPD
- Patiënt is verzekerd bij een zorgverzekeraar met wie Ketenzorg Friesland een overeenkomst heeft
- De voorlopige diagnose COPD is juist gesteld o.b.v. anamnese en spirometrie*
- En de patiënt ervaart lichte of matige² ziektelast van zijn/haar COPD, vastgesteld met behulp van bijv. ziektelastmeter COPD.

² Uitzonderingen zijn mogelijk

De ernst van de aandoening COPD wordt aangeven, enerzijds door de mate van luchtwegobstructie, anderzijds door de patiënt ervaren gezondheidsproblemen (klachten, beperkingen, exacerbaties en voedingstoestand). De ernst wordt ingedeeld in categorieën lichte, matige en ernstige ziektelast. Het onderscheid tussen lichte en matige ziektelast wordt bepaald door de afwezigheid (lichte ziektelast) of aanwezigheid van één of meer van de volgende criteria (matige of ernstige ziektelast) in onderstaande tabel. De overgang van matige naar ernstige ziektelast is een glijdende schaal; bij ernstige ziektelast is in het algemeen intensieve begeleiding noodzakelijk in de tweede of derde lijn om de behandeldoelen te bereiken.

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

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

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

3.3. Exclusiecriteria

- Patiënten met de diagnose astma die o.b.v. controles conform NHG-standaard en/of ACQ in de afgelopen 12 maanden geen inhalatiecorticosteroïden hebben gebruikt (incidenteel gebruik maken van een kortwerkende luchtwegverwijder)
- Patiënten met de diagnose COPD en een ervaring van ernstige ziektelast²
- Patiënten die in de tweede lijn worden behandeld
- Patiënten die niet willen deelnemen aan het programma of zich onttrekken aan de zorg

3.4. Dubbeldiagnose

Bij twijfel over de diagnose of als er sprake is van beide aandoeningen kan voor uitgebreidere diagnostiek verwezen worden naar de longarts, mede omdat het van belang is voor het te voeren (medicamenteuze) beleid.

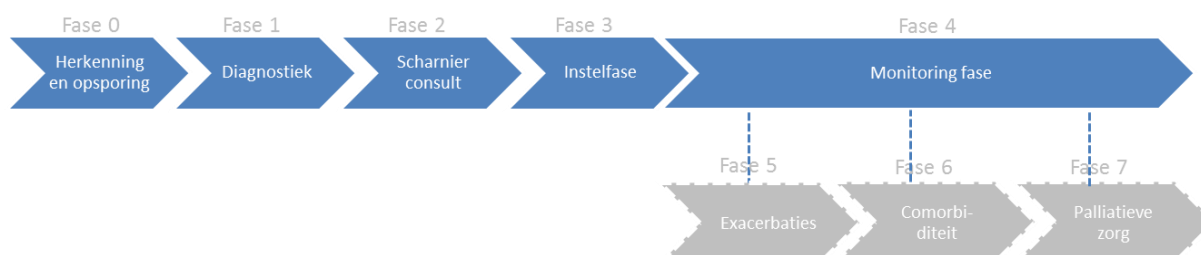
Bij een mengvorm wordt de patiënt geïnccludeerd in de keten-DBC Astma.

4. Inhoud van het zorgprogramma

In het zorgprogramma Astma/COPD is de huisarts de hoofdbehandelaar van het (keten-) zorgproces. Hij is medisch eindverantwoordelijk voor de behandeling. De hoofdbehandelaar stelt de behandeling vast in samenspraak met de patiënt en zijn of haar cliëntsysteem, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid. De praktijkondersteuner vervult de rol van casemanager en is verantwoordelijk voor het, samen met de patiënt, opstellen van het Individueel Zorgplan en de uitvoering daarvan. Waar nodig wordt verwezen naar ketenpartners die, onder regie van de hoofdbehandelaar, specifieke zorgtaken op zich nemen.

4.1. Zorgproces

De indeling van dit hoofdstuk volgt de route van de patiënt door het (keten-)zorgproces in de huisartsenpraktijk en bij eventuele ketenpartners.



De fasen “Herkenning en opsporing” en “Diagnose” vallen niet binnen de keten-DBC Astma en de keten-DBC COPD, maar zijn wel essentieel voor het tijdig en juist includeren van Astma/COPD-patiënten in het zorgprogramma.

Fase 0: Herkenning en opsporing

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

Fase 1: Diagnostiek

Bij de patiënten waar een luchtwegaandoening wordt vermoed is het doel van deze fase om de diagnose astma of COPD te stellen. Dit wordt gedaan op grond van gestructureerde anamnese en longfunctieonderzoek. Daarnaast wordt een intake gehouden om de ernst van de ziekte en beperkingen die de patiënt ervaart te inventariseren.

(bij verdenking van) Astma of COPD
• Anamnese
• Vragenlijsten ✓ ACQ ✓ ACT ✓ CCQ ✓ MRC
• BMI bepalen
• Mate van beweging bepalen
• Relatie werk, hobby, omgeving en ziekte inventariseren
• Comorbiditeit nagaan
• Longfunctieonderzoek
• Bij langdurig hoesten x-thorax
• Allergietest (alleen bij Astma)

In de diagnosefase wordt de expertise van de longarts ingeschakeld voor het beoordelen van de voorlopige diagnose, door de huisarts gesteld, middels de anamnese (vragenlijsten) en spirometrie. Tevens worden de eerste behandeladviezen gegeven.

Fase 2: Scharnierconsult

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

Tijdens dit consult zal de huisarts:

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

In aansluiting op de mondelinge voorlichting kunnen NHG-patiëntbrieven aan de patiënt worden gegeven. In het Ketenzorg Informatiesysteem is een selectie patiëntbrieven opgenomen.

Fase 3: Instelfase

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

Anamnese	De POH voert tijdens de vervolgsconsulten gesprekken, waarbij het zorgprotocol in het Ketenzorg Informatiesysteem als leidraad dient.
Diagnose	Chronische aandoening van de longen.
	Samen bereiken dat de patiënt een zo normaal mogelijk leven kan leiden.
Ernst	Inschatting van de ernst op dit moment.
	Het is een proces wat steeds kan veranderen.
Comorbiditeit	Gevolgen van andere aandoeningen voor de longaandoening en vice versa.
Comedicatie	Gevolgen die medicatie voor andere kwalen heeft voor de luchtwegen.
Inhalatie; instructie en controle	Een juist gebruik van de inhalator is erg belangrijk; dit zal daarom minimaal één keer per jaar worden gecontroleerd. Twee weken na het 1 ^e gebruik vindt een consult plaats.
Spirometrie	Longfunctieonderzoek wordt uitgevoerd om de huisarts te ondersteunen bij het stellen van de diagnose en de ernst ervan te bepalen. Daarnaast kan de POH de longfunctie van de patiënt vergelijken met vorige metingen.
Voorlichting	De POH geeft voorlichting over alles wat bij de aandoening komt kijken, met als doel dat de patiënt zelfbewust en verstandig met de aandoening om leert gaan.
Leefstijl	Astma/COPD is een aandoening waar de patiënt zelf (behoorlijk) wat aan kan doen: gezonde leefstijl, medicatie/therapietrouw, stoppen met roken, ademhaling, verminderen of vermijden van prikkels, bewegen en sporten, gezonde voeding (BMI). De aandoening kan gevolgen hebben voor werk en vrije tijd.

Begeleiding	Spreek af hoe de begeleiding eruit gaat zien. Therapietrouw en de persoonlijke doelen in het Individueel Zorgplan van de patiënt staan centraal. POH en huisarts werken nauw samen.
Team	Andere betrokkenen behalve huisarts en POH (longarts, fysiotherapeut en diëtist in de keten)

Fase 4: Monitoring fase

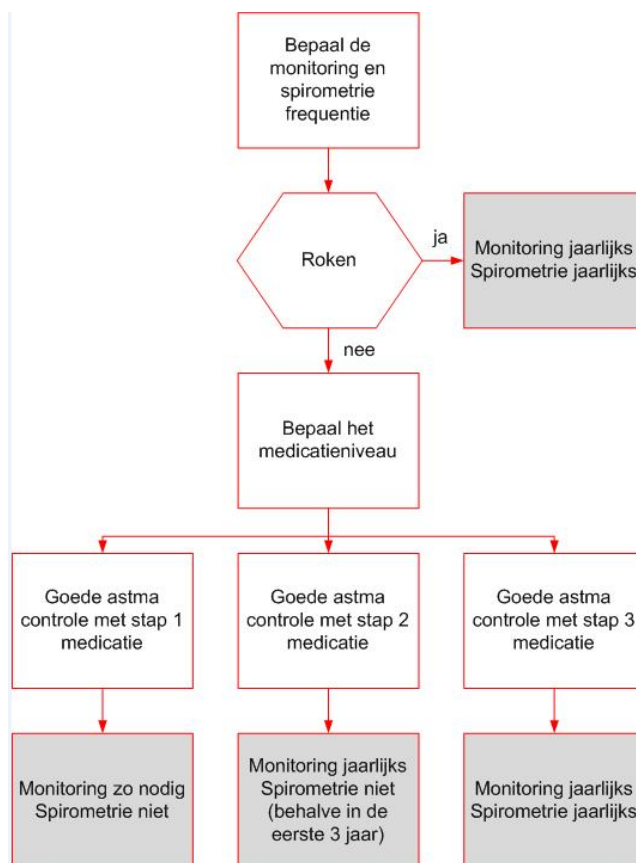
Na de instelfase volgt de monitoring fase. De POH en de huisarts overleggen met de patiënt over de optimale manier van behandelen, therapietrouw en zelfmanagement. Daar waar nodig wordt de behandeling op maat aangepast en vinden motiverende gesprekken plaats voor eventueel noodzakelijke interventies.

Omdat de frequentie van monitoring verschilt tussen Astma en COPD, is in dit hoofdstuk een onderscheid gemaakt.

Astma

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

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



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

In figuur 1 wordt de frequentie van monitoring en spirometrie voor Astmapatiënten weergegeven:

Figuur 1. Monitoring en spirometrie Astma

COPD

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

Patiënten	Monitoring	Spirometrie
Instelfase	Na verandering medicatie	1-2 keer
Lichte ziektelast*: bij patiënten zonder klachten** én die niet (meer) roken	Jaarlijks	Niet
Lichte ziektelast: bij patiënten met klachten*** of die roken	Ten minste jaarlijks	Eenmaal per drie jaar
Matige ziektelast	Ten minste tweemaal per jaar	Jaarlijks; bij adequate omgang met de aandoening bij patiënt die gestopt is met roken kan dit eenmaal per drie jaar
Ernstige ziektelast	In de tweede lijn	In de tweede lijn
Beperkte levensverwachting****	Zorg op maat	Niet aanbevolen
Exacerbatie	Extra na behandeling exacerbatie	Niet extra

*Ziektelast: zie tabel Criteria voor onderscheid in ziektelast. Bij afwezigheid van jaarlijkse spirometrie kan uitgegaan worden van de laatst gemeten waarden.

**Zonder klachten (bij lichte ziektelast): MRC < 2 en/of CCQ < 1 én zonder exacerbaties in de voorafgaande 12 maanden.

***Met klachten (bij lichte ziektelast): MRC = 2 of CCQ < of maximaal 1 exacerbatie in de voorafgaande 12 maanden.

****Deze zorg valt buiten de keten-DBC

Fase 5: Exacerbaties

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

Voorlichting over exacerbaties bestaat minimaal uit de volgende onderdelen:

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

Fase 6: Co morbiditeit

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

Fase 7: Palliatieve zorg

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

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

4.2. Interventies

In de keten-DBC Astma en keten-DBC COPD zijn drie leefstijl interventies opgenomen. Deze interventies kunnen gedurende de instelfase of fase 4 monitoringsfase worden ingezet:

- Stoppen met roken;
- Voeding en gewicht;
- Bewegen.

Stoppen met roken

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

De zorg rondom het stoppen met roken bestaat uit drie onderdelen³:

1. Adviseren om te stoppen met roken, inclusief het opstellen van een rookprofiel en het peilen van de stopmotivatie;
2. Motivatie verhogen en stoppen voorbereiden;
3. Begeleiden bij stoppen met roken⁴.

Voeding en gewicht

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

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

- Een te laag lichaamsgewicht in vergelijking tot de lengte ($BMI < 21 \text{ kg/m}^2$);
- Of een tekort aan spiermassa (vetvrije massa index, VVMI);
- Of ongewenst gewichtsverlies; d.w.z. $> 5\%$ in 1 maand of $> 10\%$ in 6 maanden.

In het [overzicht met zorgproducten van de diëtisten](#) worden de indicaties voor verwijzing naar de diëtist weergegeven.

³ Gebaseerd op de Zorgmodule Stoppen met Roken

⁴ Degene die de begeleiding verleent, dient een gekwalificeerde stoppen-met-roken begeleider te zijn, ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken (www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl). Wanneer er sprake is van inschrijving als kandidaat of supervisant geldt dat aan deze eis is voldaan.

Bewegen

Regelmatig bewegen is gezond, ook voor mensen met astma of COPD. Als de patiënt bij weinig inspanning al kortademig wordt, dan moet hij zich daardoor niet laten tegenhouden. Bewegen is dan juist extra belangrijk.

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

Astmapatiënten met aanhoudende dyspneu of vermijding van beweging uit angst voor dyspneu kunnen verwezen worden naar een gespecialiseerde fysiotherapeut. Bij deze groep is educatie over ademen en hyperventilatie zeer relevant.

In het [overzicht met zorgproducten van de fysiotherapeuten](#) worden de indicaties voor verwijzing naar de fysiotherapeuten weergegeven.

5. Indicatoren en kwaliteit

5.1. Indicatoren

De kwaliteitsindicatoren worden jaarlijks met huisartsen en ketenpartners op zorggroep- en praktijkniveau besproken ten behoeve van verbetering van de kwaliteit. Deze indicatoren zullen jaarlijks op keten- en praktijkniveau digitaal ter beschikking worden gesteld aan de Friesland Zorgverzekeraar en InEen. Er wordt verantwoording afgelegd over de volgende indicatoren:

Indicatorenset Astma landelijke benchmark over 2016

1. Prevalentie Astma
2. Regie: verdeling hoofdbehandelaar huisarts – specialist
3. % patiënten in de eerste, maar niet in zorgprogramma (geen programmatische zorg)
4. % astma patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd
5. % astma patiënten in zorgprogramma bij wie spirometrie (FEV1 post BD, FVC post BD, FEV1/FVC ratio post BD, FEV1 pre BD, FVC pre BD, FEV1/FVC ratio pre BD) is gedaan
6. % astma patiënten in zorgprogramma bij wie functioneren (ACQ) is vastgelegd
7. % astma patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd
8. % astma patiënten in zorgprogramma dat rookt
9. % astma patiënten in zorgprogramma met 2 of meer stootkuren in de afgelopen 12 maanden

Indicatorenset COPD landelijke benchmark over 2016

1. Prevalentie COPD
2. Regie: verdeling hoofdbehandelaar huisarts – specialist
3. % patiënten in de eerste, maar niet in zorgprogramma (geen programmatische zorg)
4. % COPD patiënten in zorgprogramma met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd
5. % COPD patiënten in zorgprogramma bij wie spirometrie (FEV1 post BD, FVC post BD, FEV1/FVC ratio post BD, FEV1 pre BD, FVC pre BD, FEV1/FVC ratio pre BD) is gedaan
6. % COPD patiënten in zorgprogramma bij wie functioneren (MRC/CCQ) is vastgelegd
7. % COPD patiënten in zorgprogramma bij wie de mate van bewegen is gecontroleerd
8. % COPD patiënten in zorgprogramma van wie het rookgedrag is vastgelegd
9. % COPD patiënten in zorgprogramma dat rookt
10. % COPD patiënten in zorgprogramma bij wie de Body Mass Index berekend is
11. % COPD patiënten in zorgprogramma met 2 of meer stootkuren in de afgelopen 12 maanden.

Deze indicatoren worden door middel van verplichte velden in het Ketenzorg Informatiesysteem gemonitord.

5.2. Kwaliteit

Individueel Zorgplan

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. De POH ondersteunt de patiënt bij het bedenken van strategieën om de doelen te realiseren, middels het Individueel Zorgplan.

Ketenzorg Friesland onderschrijft het belang van een generiek Individueel Zorgplan. Het Individueel Zorgplan is niet aandoeningsgericht maar generiek en bruikbaar, ongeacht bij welke zorgverlener de patiënt in zorg is.

Het Individueel Zorgplan bevat in ieder geval:

- Behandeldoelen en streefwaarden;
- Aanpak (wijze waarop doelen worden bereikt inclusief tijdspad);
- Educatie;
- Evaluatie;
- Beschrijving van de verantwoordelijkheden van zowel patiënt als zorgverleners;
- Wie de centrale zorgverlener is;
- Wie de hoofdbehandelaar is;
- Hoe de kans op een exacerbatie is te verkleinen;
- Vroegtijdige onderkenning van de verschijnselen;
- Beschikbaarheid van “nood”-medicatie;
- Een patiëntplan hoe, wanneer en bij wie hulp in te schakelen, follow up en evaluatie;

Binnen het Keten Informatiesysteem wordt vastgelegd of er een (schriftelijk) Individueel Zorgplan aanwezig is. De patiënt krijgt - op verzoek - vanuit het Keten Informatiesysteem een uitgeprinte versie van de gemaakte afspraken mee.

Zelfmanagement

Ketenzorg Friesland verkent de mogelijkheden van het (verder) inzetten van zelfmanagement binnen onze zorgprogramma's. Dit doen we samen met Zelfzorg Ondersteund, patiëntvertegenwoordigers, ervaringsdeskundigen, zorgverleners en de zorgverzekeraar.

Geen geregelde zorg en no-show

Wanneer een patiënt bezwaar maakt tegen opname in de keten zal deze niet worden geïncludeerd. Ook wanneer een patiënt bezwaar maakt tegen uitwisseling van (dossier-) gegevens of rapportages wordt deze niet opgenomen in de keten.

Met betrekking tot de registratie hanteert Ketenzorg Friesland, in lijn met het beleid van InEen, de volgende werkwijze:

- Patiënten die niet in de keten opgenomen kunnen/willen worden en geen geregelde zorg wensen te ontvangen (of kunnen ontvangen), worden niet in het Ketenzorg Informatiesysteem geïncludeerd. Bij de kengetallen in het Ketenzorg Informatiesysteem wordt de huisartsenpraktijk gevraagd het aantal zorgweigeraars op praktijkniveau te registreren. Ketenzorg Friesland controleert de juistheid van deze registratie niet.
- Patiënten die wel in de keten zitten maar voor wie gedurende de periode van 4 kwartalen geen verrichtingen zijn geregistreerd in het Ketenzorg Informatiesysteem (no show) worden door Ketenzorg Friesland gerapporteerd. Ketenzorg Friesland excludeert deze patiënten met terugwerkende kracht tot het moment waarop de laatste zorg is verleend, waarna een financiële verrekening plaatsvindt met zowel de huisarts als de zorgverzekeraar.

Consulten en afspraken bij ketenpartners waarbij de patiënt niet verschijnt, worden in rekening gebracht bij de patiënt. De ketenpartner registreert de no show in het Ketenzorg Informatiesysteem. Ketenzorg Friesland draait hiervan periodiek een overzicht en stelt deze beschikbaar aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar stuurt vervolgens de patiënt een factuur. Patiënten worden van deze procedure op de hoogte gebracht via de website van Ketenzorg Friesland.

Rol van de kaderhuisarts

De kaderhuisarts vertaalt de vernieuwingen op het gebied van de astma- en COPD-zorg naar de regionale zorgprogramma's. De kaderhuisarts is daarbij een schakel tussen wetenschap en praktijk. Hij maakt onderdeel uit van het expertteam.

Daarnaast kan de kaderhuisarts met betrekking tot de volgende zaken geconsulteerd worden:

- Vragen bij diagnostiek. Patiënten met astma of COPD optimaal diagnosticeren, behandelen, begeleiden, en controleren middels een georganiseerde follow-up;
- Collega-huisartsen helpen met ontwikkelen en verbeteren van astma- en COPD-zorg;
- Een bijdrage leveren aan het in stand houden van een landelijk netwerk van deskundigen op het gebied van astma en COPD;
- De deskundigheid van huisartsen en ketenpartners op het gebied van astma en COPD bevorderen door te helpen bij het organiseren van nascholing.

Klachtenregeling

Ketenzorg Friesland heeft een schriftelijke klachtenprocedure, welke op de website⁵ wordt weergegeven.

Patiënteninformatie

Patiënten ontvangen zowel mondeling als schriftelijk voorlichting en worden geattendeerd op het bestaan van de patiëntenvereniging(en) en relevante websites. Uniformiteit wordt gewaarborgd doordat:

- de (o.a. NHG-) patiëntbrieven worden aangeboden in het Ketenzorg Informatiesysteem;
- de NHG protocollen zijn opgenomen in het handboek;
- de consulten in het Ketenzorg Informatiesysteem zijn ingericht op basis van de protocollen van de NHG en de zorgstandaard Astma/COPD.

De patiëntversie van de zorgstandaard is voor patiënten gratis te downloaden van de site van het Longfonds. Op de website van Ketenzorg Friesland wordt naar deze website verwezen.

Scholing

Ketenzorg Friesland faciliteert, in samenwerking met de Doktersacademie Friesland, bij- en nascholingen voor de huisartsen, POH's en ketenpartners.

- Regionale casuïstiekbesprekingen: Minimaal twee keer per jaar organiseert Ketenzorg Friesland een gestructureerd overleg tussen huisartsen, POH's en longartsen, waarin exacerbatiecasuïstiek wordt besproken;
- CASPIR-cursus: In 2016 wordt de volledige cursus (inclusief herhaalmodules) aangeboden aan alle POH's;
- IMIS en inhalatie instructie training;
- Regionale Ketenzorg Bijeenkomst: Informatiebijeenkomst voor alle aangesloten huisartsen, POH's en ketenpartners waar indicatoren en kwaliteit van de zorgprogramma's centraal zijn.

Naast inhoudelijke scholing worden in het scholingsprogramma ook vaardigheidstrainingen, zoals motiverende gespreksvoering, aangeboden.

⁵ www.ketenzorgfriesland.nl.

6. Samenwerkingsafspraken ketenpartners

De huisarts is regiehouder van het ketenproces. In verschillende situaties is consultatie van of verwijzing naar een andere zorgverlener wenselijk. Hieronder staan de afspraken die Ketenzorg Friesland met ketenpartners heeft gemaakt met betrekking tot verwijzingen binnen de keten-DBC Astma en COPD. Deze afspraken zijn gebaseerd op het wisselprotocol Astma/COPD, zoals is overeengekomen met de Maatschap Friese Longartsen.

6.1 Ketenpartners en zorgproducten

In de keten-DBC Astma en de keten-DBC COPD zijn de volgende ketenpartners betrokken:

- Longartsen;
- Diëtisten;
- Fysiotherapeuten.

Met de ketenpartners zijn voor 2016 de volgende zorgproducten overeengekomen.

Zorgproduct	Doel
Longarts	
Expertanalyse	• Analyse door expert ten behoeve van spirometrie
E-mailconsult	• Geven van (eerste) behandeladvies
Multidisciplinair overleg	• Het bereiken van een optimale integrale toestand van de patiënt
Meekijkconsult (in ontwikkeling)	• Optimaal behandelen van de exacerbatie • Behalen van de persoonlijke behandeldoelen • Bereiken van een optimale integrale gezondheidstoestand van de patiënt binnen de DBC COPD

Zorgproduct	Doel
Fysiotherapeut	
Multidisciplinair overleg	• Het bereiken van een optimale integrale toestand van de patiënt
Advisering beweeggedrag (beweegconsult)	• Advisering over de mogelijkheden van bewegen bij bewegingsarmoede
Bewegingsonderzoek	• Vaststellen van de mate van beperking en de ruimte voor beweging
Controle consulten	• Ondersteuning van en controle op het met de fysiotherapeut opgestelde zorgplan
Ademhalingsbegeleiding (in ontwikkeling, alleen bij Astma)	• Advisering en begeleiding bij ademhalingsoefeningen

Zorgproduct	Doel
Diëtist	
Eerste begeleiding patiënt 150 minuten	• Handhaven/verbeteren van de voedingstoestand en spiermassa • Kennisoverdracht hoe een stabiel gezond gewicht te bereiken • Bereiken van een gezond/stabiel gewicht Op indicatie jaarcontrole: • Vaststellen of de diëtistische streefdoelen zijn bereikt en in lijn zijn met het Individueel Zorgplan. • Oplossen van problemen bij het opvolgen van dieetadviezen en leefstijl. • Verbeteren/ in stand houden van lichaamsgewicht en spiermassa
Periodieke controles en aanvullende begeleiding 30 minuten	
Periodieke controles en aanvullende begeleiding 60 minuten	
Multidisciplinair overleg	• Het bereiken van een optimale integrale toestand van de patiënt

In beide DBC's wordt via het Ketenzorg Informatiesysteem verwezen.

6.2 Verwijsindicaties

In onderstaande tabel worden de indicaties voor verwijzing weergegeven.

Consultatie of verwijzing: Huisarts naar longarts			
	Criteria	Zorgproduct	Terugverwijzing naar huisarts
Astma	Bij bevestiging van beoordeling diagnose a.d.h.v. spirometrie	E-mailconsult	Na beoordeling spirometrie en eerste behandeladvies
	Bij het niet of onvoldoende bereiken van de persoonlijke behandeldoelen	Meekijkconsult	Bij het behalen van de behandeldoelen uit Individueel Zorgplan
	Aanhoudend gedeeltelijke of slechte astmacontrole ($ACQ \geq 0,75$ of $ACT < 20$)	Verwijzing naar tweede lijn (excluderen uit keten-DBC)	Astma volledig onder controle ($ACQ < 0,75$). Bij gedeeltelijk onder controle ($1,5 ACQ > 0,75$) overleg
	Meer dan twee exacerbaties per jaar, waarvoor orale steroïden nodig is	Verwijzing naar tweede lijn (excluderen uit keten-DBC)	
	Criteria	Zorgproduct	Terugverwijzing naar huisarts
COPD	Bij het niet of onvoldoende bereiken van de persoonlijke behandeldoelen	Meekijkconsult	Bij het behalen van de behandeldoelen uit Individueel Zorgplan
	Ernstige exacerbaties	Verwijzing naar tweede lijn (excluderen uit keten-DBC)	Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn
	Patiënten met (blijvende matige of) ernstige ziektelast en matige/ernstige adaptieproblemen	Verwijzing naar tweede lijn (excluderen uit keten-DBC)	Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn
	Een verminderde voedingstoestand indien dit het gevolg is van COPD	Verwijzing naar tweede lijn (excluderen uit keten-DBC)	Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn
	Werkgerelateerde problemen of belemmeringen	Verwijzing naar tweede lijn (excluderen uit keten-DBC)	Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn
	Blijvende twijfel tussen COPD en hartfalen	Verwijzing naar tweede lijn (excluderen uit keten-DBC)	Wanneer voldoende verbetering t.a.v. streefdoelen is behaald en behandeldoelen haalbaar lijken in de eerste lijn
	Meer dan twee exacerbaties per jaar, waarvoor orale steroïden nodig is	Verwijzing naar tweede lijn (excluderen uit keten-DBC)	
	Blijvende relevante klachten en beperkingen ondanks behandeling (arbitrair $CCQ \geq 2$ en $MRC \geq 3$)	Meekijkconsult	
	Bij gecompliceerde of ernstige comorbiditeit	Meekijkconsult	
	Een $FEV1 < 50\%$ van de voorspelde waarde of 1,5 liter ondanks optimale behandeling	Meekijkconsult	
	Een progressief beloop ($FEV1$, afname inspanningsvermogen, toename kortademigheid) ondanks maximale behandeling (>150 ml per jaar na controle longfunctie over meerdere jaren)	Meekijkconsult	
	Mogelijke indicatie voor zuurstofbehandeling	Meekijkconsult	
	Mogelijke indicatie voor longrevalidatie	Meekijkconsult	

Consultatie of verwijzing: Huisarts naar diëtist			
	Criteria	Zorgproduct	Terugverwijzing naar huisarts
Astma + COPD	Patiënten met ondergewicht : een BMI < 21 of ongewenst gewichtsverlies van > 5% binnen 1 maand of > 10% binnen 6 maanden of vetvrije massa index (VVMi) ≤ 16 kg/m ² (mannen) en ≤ 15 kg/m ² (vrouwen) indien meting mogelijk óf overgewicht : een BMI > 30.	Intake	Bij het behalen van de behandeldoelen uit Individueel Zorgplan
	Reeds verwezen patiënten met ondergewicht : een BMI < 21 of ongewenst gewichtsverlies van > 5% binnen 1 maand of > 10% binnen 6 maanden of vetvrije massa index (VVMi) ≤ 16 kg/m ² (mannen) en ≤ 15 kg/m ² (vrouwen) indien meting mogelijk óf overgewicht : een BMI > 30.	Individuele educatie en begeleiding	Bij het behalen van de behandeldoelen uit Individueel Zorgplan
	Reeds verwezen patiënten met ondergewicht : een BMI < 21 of ongewenst gewichtsverlies van > 5% binnen 1 maand of > 10% binnen 6 maanden of vetvrije massa index (VVMi) ≤ 16 kg/m ² (mannen) en ≤ 15 kg/m ² (vrouwen) indien meting mogelijk óf overgewicht : een BMI > 30.	Individueel dieetbehandelplan	Bij het behalen van de behandeldoelen uit Individueel Zorgplan
	Reeds verwezen patiënten met ondergewicht : een BMI < 21 of ongewenst gewichtsverlies van > 5% binnen 1 maand of > 10% binnen 6 maanden of vetvrije massa index (VVMi) ≤ 16 kg/m ² (mannen) en ≤ 15 kg/m ² (vrouwen) indien meting mogelijk óf overgewicht : een BMI > 30.	Jaarcontrole	Bij het behalen van de behandeldoelen uit Individueel Zorgplan

Consultatie of verwijzing: Huisarts naar fysiotherapeut			
	Criteria	Zorgproduct	Terugverwijzing naar huisarts
Astma	Patiënten met (kans op) ademhalingsbeperking	Ademhalingsbegeleiding	Bij het behalen van de behandeldoelen uit Individueel Zorgplan
	Criteria	Zorgproduct	Terugverwijzing naar huisarts
COPD	Patiënten met en zonder bewegingsarmoede, maar zonder inspanningsintolerantie	Advisering beweeggedrag (beweegconsult)	Bij het behalen van de behandeldoelen uit Individueel Zorgplan
	Patiënten met een duidelijk omschreven bewegingsbeperking	Bewegingsonderzoek	Bij het behalen van de behandeldoelen uit Individueel Zorgplan
	Vervolgbeleid op beweeggedrag en/of bewegingsonderzoek	Controle consult	Bij het behalen van de behandeldoelen uit Individueel Zorgplan