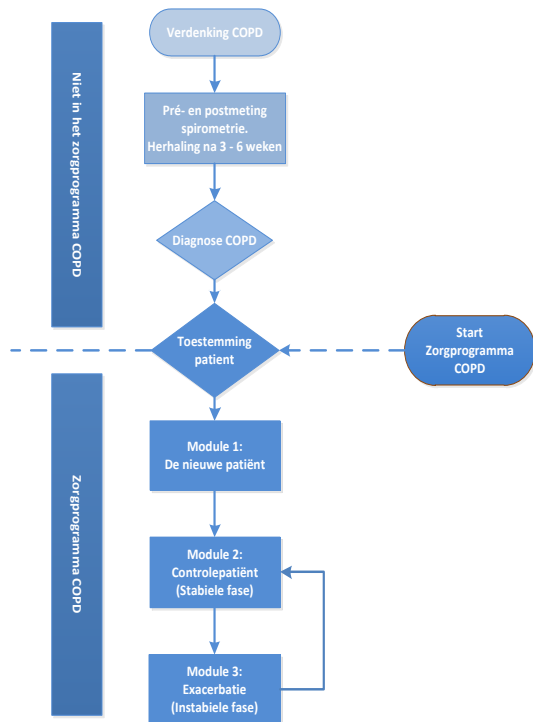


Zorgprogramma COPD

- **Inclusie:**
- Actieve episode R95
- Hoofdbehandelaar Huisarts
- Geen zorgweigeraar
- Deelname “Ketenzorg ja”, blijft 15 maanden geregistreerd.
- En leeftijd ouder dan 40 jaar (>40)
-
- **Exclusie:**
- Hoofdbehandelaar Specialist, Overig/onbekend of ‘geen’
- Zorgweigeraar (obv COKZ, COCB, CORZ)



Stappenplan inhalatiemedicatie bij COPD

	Stap 1	Stap 2	Stap 3
	Infrequente dyspneuklachten, geen longaanvallen	Regelmatische dyspneuklachten, hinder of beperkingen	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 (parasympatholyticum); SABA = kortwerkende bèta-2-agonist; LAMA = langwerkende muscarineantagonist (parasympatholyticum); LABA = langwerkende bèta-2-agonist; ICS = inhalatiecorticosteroïd.

* Als de patiënt verder weinig klachten heeft, volstaat een LAMA.

Ziektelast	
Lichte ziektelast	Geen van de subdomeinen afwijkend
Verhoogde ziektelast	≥ 1 subdomein afwijkend

Subdomein	Afwijkend indien
Klachten en beperkingen	MRC>3 CCQ≥=2
Longaanvallen	≥ 2 longaanvallen per jaar waarvoor prednison of 1 waarvoor ziekenhuisopname
Voedingstoestand	Ongewenst gewichtsverlies > 5%/mnd of 10%/6 mnd of BMI<21 zonder andere verklaring
Longfunctie	FEV1 post BD <50% of <1,5l absoluut of progressief longfunctieverlies; FEV1 vermindering van >150 ml/jr. over 3 jaar

Doel en frequentie monitoring

Het doel van monitoring is het verminderen van de ziektelast door:

- de 4 subdomeinen te evalueren
 - rookgedrag te staken of te verminderen
 - therapietrouw en gebruik van medicatie te evalueren evenals therapietrouw en
 - het effect van de niet-medicamenteuze behandeling te evalueren (zie tabel).
- Evalueer per subdomein en stel de behandeling zo nodig bij.
 - Stem de frequentie van de monitoringsconsulten af op de behoeften en wensen van de patiënt als deze een stabiele situatie heeft bereikt; houd als vuistregel aan: bij lichte ziektelast jaarlijks; bij verhoogde ziektelast ten minste 2 x per jaar.

Spirometrie in de monitoringsfase

Frequentie	Gestandaardiseerde bronchusverwijding	Interpretatie
Lichte ziektelast:† • bij niet- of ex-rokers: geen spirometrie • bij rokers: 1 x per 3 jaar	Alleen geïndiceerd bij: • discrepantie tussen klachten en spirometrie-uitslagen • twijfel over de eerder gestelde diagnose	• Daling van de FEV ₁ met gemiddeld ≤ 35 ml per jaar gedurende ≥ 3 jaar (≥ 3 metingen) is fysiologisch
Verhoogde ziektelast:† • bij rokers jaarlijks • bij ex-rokers 1 x per 3 jaar	• gereede twijfel over gebruik van de eigen luchtwegmedicatie	• Bij niet-fysiologische daling: ga oorzaak na en pas beleid aan