

COPD ketenzorg

Definitie COPD

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronisch obstructieve longaandoening), afgekort COPD, is een aandoening die wordt gekarakteriseerd door een niet, of niet volledig reversibele luchtwegobstructie die in het algemeen progressief is en wordt veroorzaakt door een abnormale ontstekingsreactie van de longen op schadelijke deeltjes of gassen (NHG standaard COPD 2015).

Genezing van COPD is niet mogelijk, maar de ziektelast kan wel verminderd worden en de progressie van de klachten is af te remmen.

Patiënten met COPD kunnen naast het longfunctieverlies, klachten hebben van hoesten, opgeven van sputum, kortademigheid en een verminderde inspanningstolerantie. Bij een aantal patiënten zal COPD daarnaast invloed hebben op hun kwaliteit van leven, participatie en adaptatie.

Aangezien roken de belangrijkste oorzaak is van COPD in de Westerse wereld, vormen mannen en vrouwen met een relevante rook-voorgeschiedenis de risicogroep. Inhalatie van sigarettenrook kan, bij mensen die daar gevoelig voor zijn, een versnelling van de normale, fysiologische longfunctiedaling geven. Dit longfunctieverlies is onomkeerbaar.

Definitie van Ziektelast

Definitie: hiermee wordt de ernst van de aandoening COPD aangegeven, enerzijds gebaseerd op de mate van luchtwegobstructie, anderzijds ook op de door de patiënt ervaren gezondheids-problemen (klachten, beperkingen, exacerbaties en voedingstoestand). De ernst van de aandoening wordt ingedeeld in de categorieën lichte, matige of ernstige ziektelast.

De GOLD-classificatie wordt in dit zorgprogramma niet volledig losgelaten. Met name in de diagnosefase blijft de ernst van de luchtwegobstructie -en daarmee de GOLD-classificatie- een belangrijke parameter bij het beoordelen van de fysiologische toestand van de patiënt.

Indeling ziektelast

1. Lichte ziektelast

Iedere patiënt met COPD, die volgens het assessment niet (meer) voldoet aan de criteria voor nadere analyse. ($Fev1 > 50\%$, $MRC < 3$, geen adaptatieproblemen, ernstige klachten of frequente exacerbaties)

2. Matige ziektelast

Iedere patiënt met COPD die volgens het assessment voldoet aan de criteria voor nadere analyse, waarbij behandeling dicht bij huis mogelijk is, maar wel in frequent bezoek in de tweede lijn noodzakelijk is. Gedeelde zorg.

3. Ernstige ziektelast

Iedere patiënt met COPD die volgens het assessment voldoet aan de criteria voor nadere analyse waarbij intensieve begeleiding in de tweede of derde lijn (bv. door middel van multidisciplinaire revalidatie) noodzakelijk is.

Criteria voor onderscheid tussen lichte (afwezigheid van alle criteria) en matige (aanwezigheid van ≥ 1 criterium) ziektelast:

Parameter	Afkappunt
Klachten/hinder/beperkingen	MRC ≥ 3 of CCQ $\geq 2^*$
Exacerbaties	≥ 2 exacerbaties per jaar behandeld met orale corticosteroïden of ≥ 1 ziekenhuisopname wegens COPD
Longfunctie†	FEV1 na bronchusverwijding $< 50\%$ van voorspeld of $< 1,5$ l absoluut of progressief longfunctieverlies (bv. \downarrow FEV1 > 150 ml/jaar) over 3 jaar of meer (≥ 3 metingen)
Voedingstoestand	Ongewenst gewichtsverlies $> 5\%$ /maand of $> 10\%$ /6 maanden, of verminderde voedingstoestand (BMI < 21), zonder andere verklaring
* MRC Medical Research Council dyspnea schaal (range 1-5); CCQ Clinical COPD Questionnaire (range 0-6) .	
† Bij monitoring: gebruik voor het bepalen van de ziektelast de laatste spirometrie-uitslag.	

Doelstelling en gewenste uitkomsten

Het Zorgprogramma COPD heeft als doel het realiseren van de best mogelijke eerstelijnszorg voor patiënten met lichte tot matige COPD. Voor zowel de individuele patiënt als de gehele populatie patiënten met COPD.

De behandeldoelen worden zo concreet mogelijk geformuleerd in termen van activiteiten en gedrag, gekoppeld aan wat voor de patiënt geldt als kwaliteit van leven, binnen de beperkingen die de ziekte met zich mee brengt:

- Voorkomen / verminderen van klachten en beperkingen;
- Vergroten van mogelijkheden individueel en in sociaal opzicht;
- Verbeteren van het welbevinden en het totale functioneren.

De patiënt wordt bij het bereiken van die doelen optimaal begeleid door middel van vervolgspraken met ketenpartners, die betrokken zijn bij het behandelplan, zoals longartsen, fysiotherapeuten en diëtisten. Daarbij worden klachten, beperkingen, problemen, mogelijkheden en

wensen besproken, wordt zo nodig onderzoek verricht en wordt aanvullende voorlichting en instructie gegeven.

Gezamenlijk zorgen huisartsen, longartsen, fysiotherapeuten en diëtisten voor een optimale afstemming van de zorg, door uitwisseling van de benodigde informatie en regelmatig overleg. Belangrijk uitgangspunt voor OCE Nijmegen hierbij is, dat OCE Nijmegen de bestaande samenwerkingsrelaties wil verstevigen, waarbij aantoonbare kwaliteit op het gebied van COPD essentieel is.

Doelgroep en dubbeldiagnose

De doelgroep is COPD-patiënten, waarvan de huisarts de hoofdbehandelaar is. Hieronder vallen ook patiënten met een dubbel-diagnose: Astma & COPD. Dit zorgprogramma richt zich met name op COPD-patiënten met een lichte ziektelast. Een deel van de patiënten heeft mogelijk een matige ziektelast en bevindt zich in een verbetertraject met uitzicht op een lichte ziektelast. Wanneer er gesproken wordt over de GOLD-indeling, dan nemen met name patiënten met een GOLD- I en II deel aan het zorgprogramma.

Patiënten met een ernstige ziektelast worden doorgaans niet in de eerste lijn behandeld. Deze worden echter bij voorbaat niet ge-excludeerd. Bevinden deze patiënten zich echter in een palliatieve fase, dan is behandeling binnen dit zorgprogramma niet meer kostendekkend. Derhalve dienen deze patiënten te worden uitgeschreven.

Inclusiecriteria

- Actieve episode R95
- Hoofdbehandelaar Huisarts
- Geen zorgweigeraar
- Deelname “Ketenzorg ja” , blijft 12 maanden geregistreerd.
- En leeftijd ouder dan 40 jaar (>40)

Exclusiecriteria

Dit zorgprogramma richt zich op COPD-patiënten die onder behandeling zijn van de huisarts. De volgende patiënten worden niet opgenomen in het zorgprogramma COPD:

- Patiënten met alleen astma
- Patiënten in de palliatieve fase
- Zorgweigerars

Comorbiditeit

Bij ongeveer 10% van de patiënten met COPD ontstaan metabole en systemische veranderingen -een gestoorde eiwitbalans en afname van de spiermassa- die leiden tot een verminderde voedingstoestand.

Het RIVM heeft in de periode 2003-2007 de co-morbiditeit van veelvoorkomende aandoeningen in de huisartsenpraktijk onderzocht. Bij COPD bleken astma, eczeem, coronaire hartziekten, diabetes mellitus en hartfalen op de respectievelijke plekken 1-5 te staan. Verder komt ook depressie bij COPD vaker voor.

Bij patiënten met COPD komen vaker hart- en vaatziekten en diabetes mellitus voor dan bij patiënten zonder COPD; het verdient aanbeveling patiënten zonder deze aandoeningen hierop jaarlijks te controleren (zie ook de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement). (NHG standaard COPD 2015).

Bij patiënten die naar verwachting gedurende 3 maanden of langer behandeld worden met prednisolon met een dosis van ≥ 15 mg/dag, zoals soms bij ernstig COPD, bestaat ongeacht de leeftijd een indicatie voor een onderhoudsbehandeling met een bisfosfonaat en vitamine-D-suppletie, aangevuld met calciumsuppletie, afhankelijk van de calciuminname.

Bij langdurig of frequent gebruik van orale corticosteroiden gaat de huisarts na of er een indicatie is voor maagbescherming, indien dit niet door de longarts is gebeurd.

Obesitas gerelateerde aandoeningen zoals obstructief slaapapneusyndroom (OSAS) of het obesitashypoventilatiesyndroom en stress gerelateerde ademhalingsproblemen kunnen de behandeling van COPD compliceren.