

# Inhoudsopgave

## I. **Achtergrond**

- A. Wijzigingen t.o.v. 2015
- B. Ziektebeeld en epidemiologie

## II. **Diagnostiek**

- A. Anamnese en lichamelijk onderzoek
- B. Spirometrie en restrictieve aandoening
- C. Diagnose
- D. COPD met astmakenmerken

## III. **Beleid na diagnose**

- A. Ziektebelasting
- B. Niet-medicamenteuze behandeling
- C. Medicamenteuze behandeling

## IV. **Monitoring en samenwerking**

- A. Zorgplan
- B. E-health
- C. Praktijkvoeringsaspecten en landelijke transmurale adviezen

## V. **Take home messages**





NIEUW

## De belangrijkste wijzigingen t.o.v. 2015

- Ziektebelasting nu 2 niveaus
- Restrictiebeleid geconcretiseerd
- Het beleid bij COPD richt zich op 4 subdomeinen
- Aanpak spirometrie bij restrictie verduidelijkt
- Exacerbatie voortaan longaanval
- Tweede luchtwegverwijder
- Aanpak stappenplan voor staken ICS





## Definitie COPD gelijkgetrokken met de GOLD

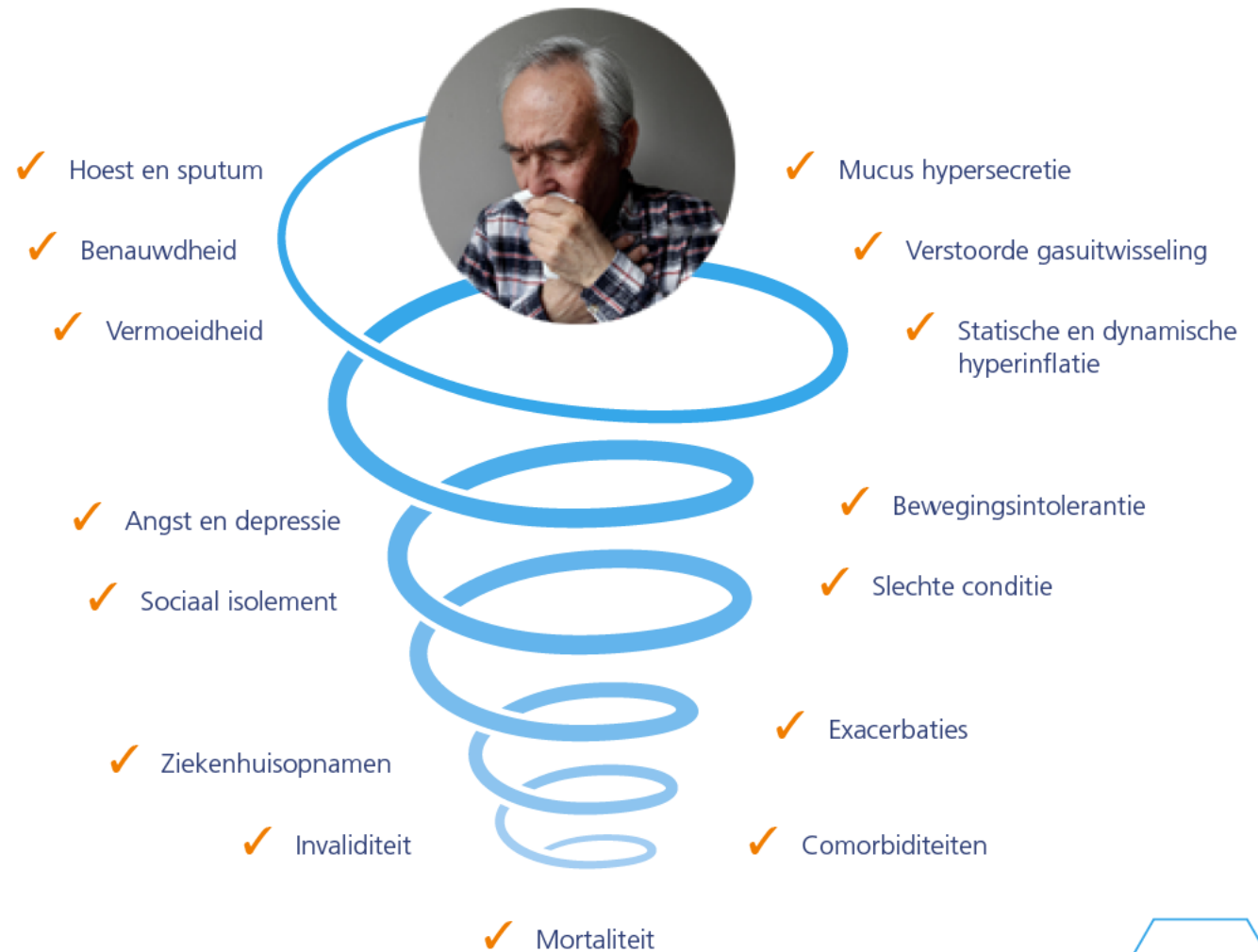
“COPD wordt gedefinieerd als een te voorkomen en te behandelen aandoening die gekarakteriseerd wordt door aanhoudende luchtwegklachten en luchtwegobstructie die het gevolg is van afwijkingen in de luchtwegen en/of alveoli die meestal het gevolg zijn van blootstelling aan schadelijke deeltjes of gassen”



## COPD is heterogeen

### Drie domeinen:

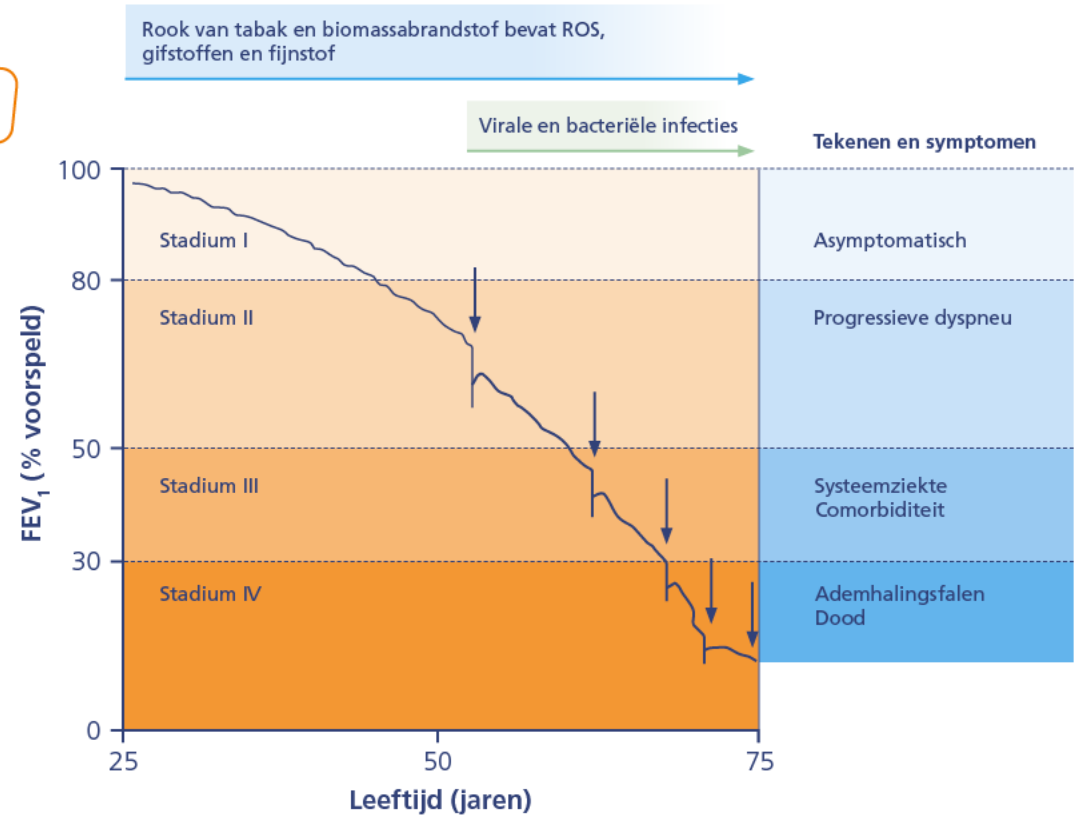
- obstructie van de kleine luchtwegen
- emfyseem
- chronische bronchitis



# Exacerbatie vervangen door longaanval t.b.v. betere communicatie

“Een acute verslechtering van luchtwegklachten die aanvullende behandeling noodzakelijk maken”

**NIEUW**



Figuur afkomstig uit Hansel et al. (2019).  
NHG-Standaard COPD 2021



## Meeste longaanvallen veroorzaakt door infecties

- 50 tot 70% door infecties (viraal, bacterieel)
- 10% door omgevingsfactoren
- 30% door onbekende factoren

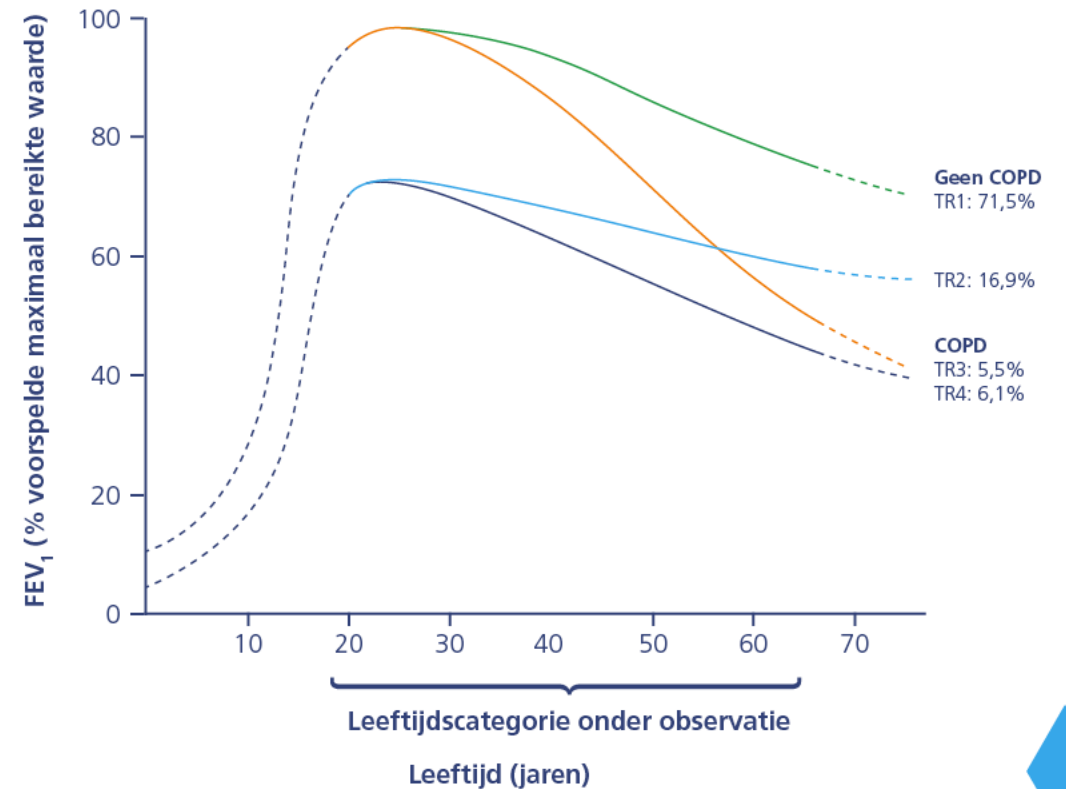




## Niet iedereen begint op 100% FEV<sub>1</sub>

### Gemiddelde FEV<sub>1</sub> afname

- 25 – 40 ml per jaar ( $\geq 30$  jaar)
- 62 ml per jaar voor rokers
- 87 ml per jaar per ernstige longaanval





## Klassieke fenotypen: "Pink Puffer" en "Blue Bloater"

### Emfyseem

Gezond



Alveolaire  
membranen  
breken af



#### Pink puffer

- Lagere body mass index
- Minder cardiovasculaire comorbiditeiten
- Minder metabole comorbiditeiten
- Minder spiermassa
- Hyperinflatie
- Lage diffusiecapaciteit voor CO
- Meer dyspneu
- Verminderde inspansingscapaciteit
- Slechtste gezondheidstoestand
- Lagere serumniveaus van sRAGE's

### Small Airways Disease

Gezond



Inflammatie &  
teveel slijm



#### Blue bloater

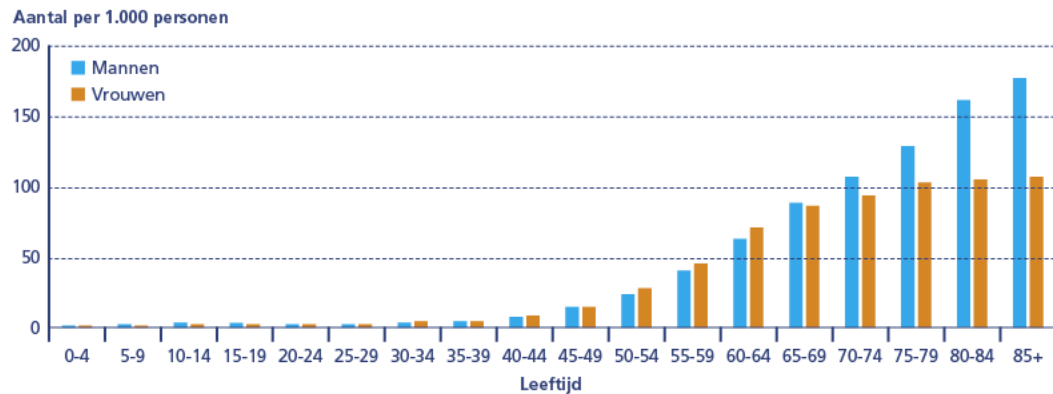
- Hogere body mass index
- Meer metabole comorbiditeiten
- Hart- en vaatziekten
- OSA-COPD-overlapping
- Minder hyperinflatie
- Meer chronische bronchitis
- Verhoogde longaanvallen
- Meer normale diffusiecapaciteit
- Hogere serumconcentraties van inflammatoire markers (IL-6 en CRP)

1. Netter images  
2. Barnes et al. (2015).



## Epidemiologie COPD

- Prevalentie COPD (chronische bronchitis en/of emfyseem): **613,800**<sup>1</sup>
- Verwachte stijging absoluut aantal mensen met COPD: **31% (2018-2040)**<sup>2</sup>
  - Mannen: 37%
  - Vrouwen: 26%



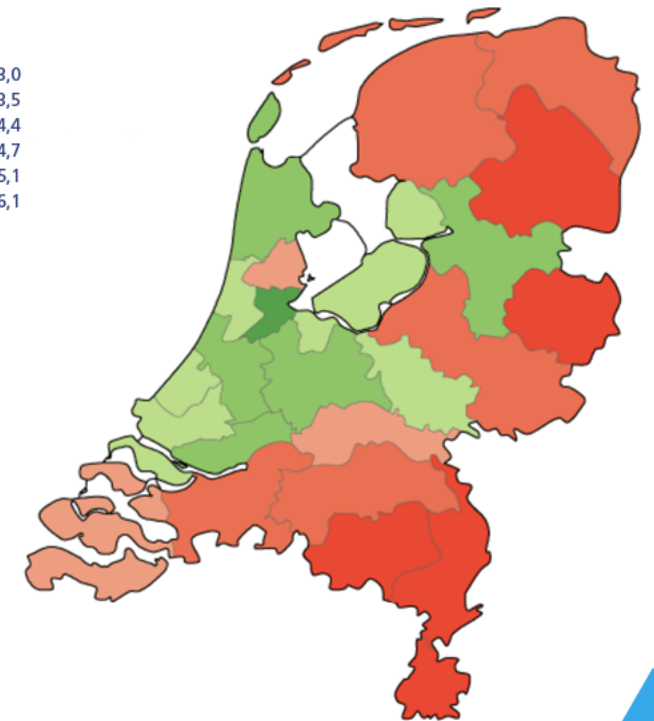
1. NHG-Standaard COPD 2021

2. COPD, cijfers en context, trends, Volksgezondheidszorg.info

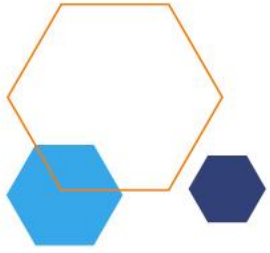
### COPD 2017-2019

Per GGD-regio, totale bevolking

Percentage



Bron: CBS-gezondheidsenquête



# Inhoudsopgave

## I. Achtergrond

- A. Wijzigingen t.o.v. 2015
- B. Ziektebeeld en epidemiologie

## II. Diagnostiek

- A. Anamnese en lichamelijk onderzoek
- B. Spirometrie en restrictieve aandoening
- C. Diagnose
- D. COPD met astmakenmerken

## III. Beleid na diagnose

- A. Ziektelast
- B. Niet-medicamenteuze behandeling
- C. Medicamenteuze behandeling

## IV. Monitoring en samenwerking

- A. Zorgplan
- B. E-health
- C. Praktijkvoeringsaspecten en landelijke transmurale adviezen

## V. Take home messages





## Anamnese en lichamelijk onderzoek is essentieel

### Anamnese:

- Kortademigheid
- Hoesten
- Roken
- Arbeidsomstandigheden
- Familie
- Participatieproblemen
- Ongewenst gewichtsverlies
- Angst
- Drugs
- Voorgeschiedenis
- Comorbideiten

### Lichamelijk onderzoek:

#### *Gewicht en lengte*

- BMI
- Ongewenst gewichtsverlies

#### *Ademhaling*

- Mate van dyspneu
- Ademhalingsfrequentie
- Gebruik ademhalingsspieren
- Inspiratiestand thorax

#### *Auscultatie hart en longen*

- Verlengd experium
- Expiratoir piepen
- Crepiteren

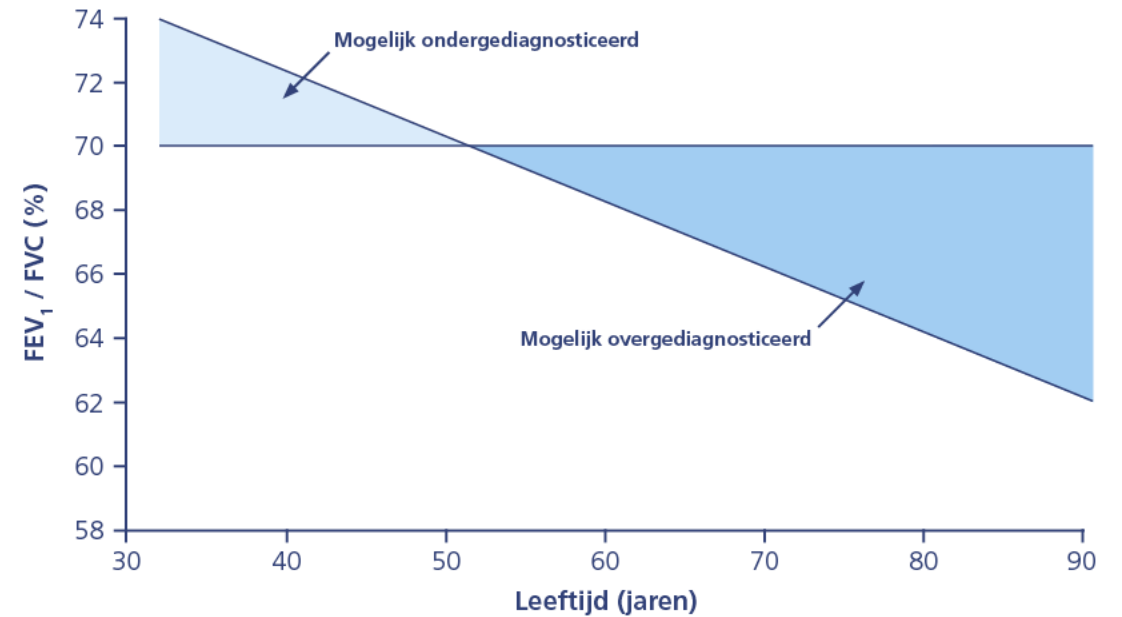
#### *Bij ernstig dyspneu*

- Bloeddruk
- Ademhalings- en hartfrequentie



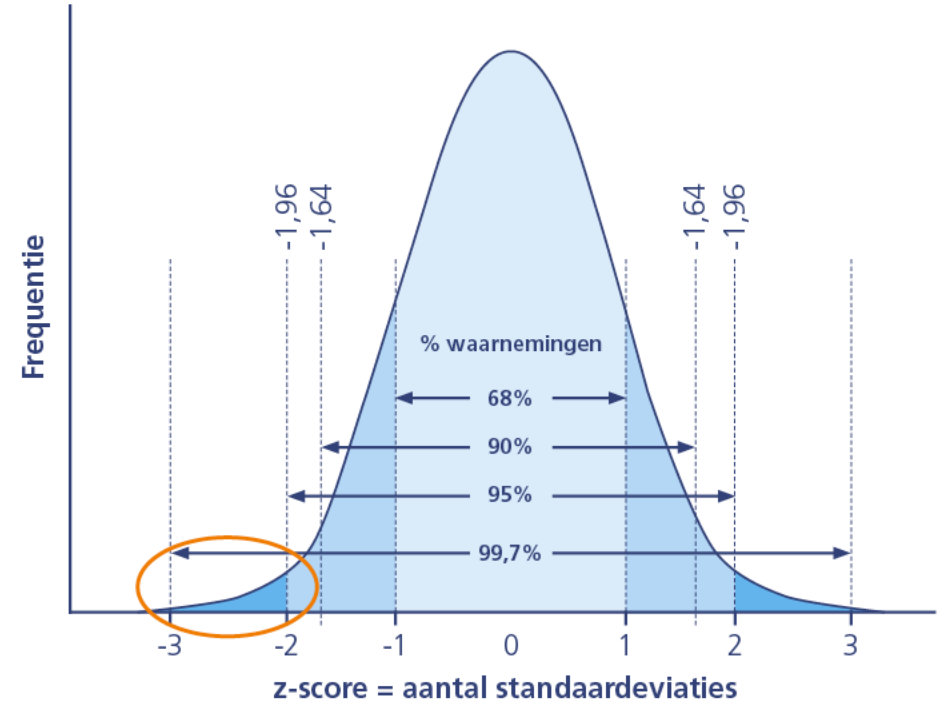
## Over- en onderdiagnostiek door gefixeerde $FEV_1 / FVC < 0.7$ waarde

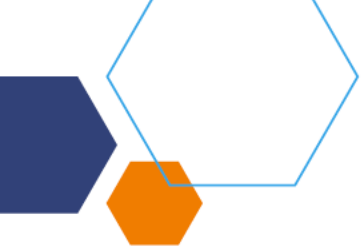
- Overdiagnostiek van obstructie bij personen  $\geq 50$  jaar
- Onderdiagnostiek onder die leeftijd



## Overgang naar GLI 2012-normaalwaarden

- Afkappunt ligt nu op de **z-score** van **-1.64** (slechtste 5%)
- Herhaal na 6-12 weken
  - Z-score -1,96 en -1,64 – licht verlaagde waarden
  - Bij twijfel astma of COPD





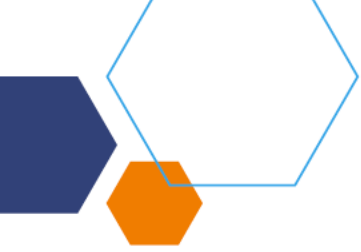
## Stelling

**Een normale FVC sluit een restrictieve aandoening vrijwel altijd uit**

- a) Waar
- b) Niet waar

**Typ uw antwoord in de chat!**





NIEUW

## Een normale FVC sluit een restrictieve aandoening vrijwel uit

Verminderde FVC met normale FEV<sub>1</sub>/FVC kan aanwijzing zijn

	Z-score
Restrictie	FVC < -1,64
Obstructie	FEV <sub>1</sub> /FVC < -1,64

Herhaalde aanwijzingen?  Verwijzing naar longarts

**Let op:** Spirometrie is geen geschikte methode voor diagnostiek







## Diagnose COPD afhankelijk van combinatie van factoren

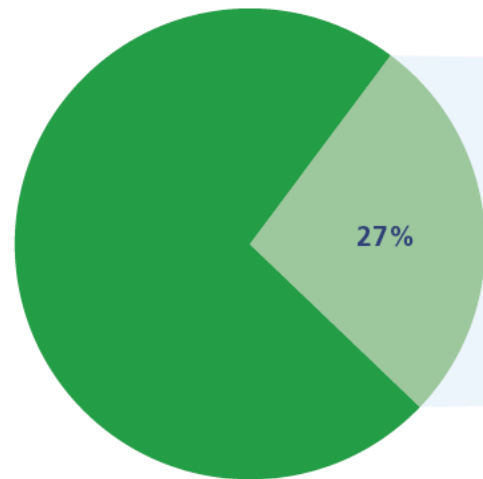
- Ouder dan 40 jaar
- Klachten van dyspneu en/of hoesten, al of niet met slijm opgeven
- Relevante rookhistorie (arbitrair vanaf 10 jaar roken)
- Afwijkende FEV<sub>1</sub> / FVC-ratio na gestandaardiseerde bronchusverwijding op 2 verschillende momenten vastgesteld; met een minimale tussenperiode van 4-6 weken



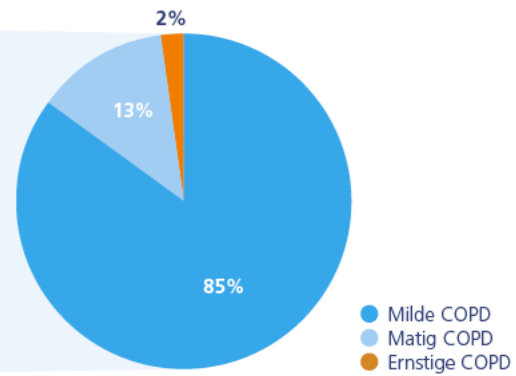


## Onderdiagnostiek COPD

27% van de rokers  
40-55 jaar, had COPD



85% daarvan had  
milde COPD



Geen van de deelnemers had klachten





## Actieve opsporing belangrijke rol 1<sup>ste</sup> lijn

Er is bewijs dat actieve opsporing van COPD met een online vragenlijst bij patiënten > 40 jaar vanuit de huisartsenpraktijk (juist ook in praktijkpopulaties met een lage SES) werkzamer is dan opsporing waarbij het initiatief bij de patiënt ligt. Omdat echter de effectiviteit van de vervolgstappen (stoppen-met-rokeninterventie en preventie van ernstiger vormen van COPD) nog niet zijn onderzocht, is er onvoldoende onderbouwing voor een aanbeveling om alle patiënten van 40-70 jaar actief te benaderen met de COPD-risicotest.





## COPD-risicotest (NRHSQ)

### COPD-risicotest (Nederlandse variant van Respiratory Health Screening Questionnaire)

Leeftijd	40-49 jaar 50-59 jaar 60-69 jaar	0 4 8
Rookhistorie	0-14 pakjaren* 15-24 pakjaren* 25-49 pakjaren* ≥ 50 pakjaren*	0 2 3 7
BMI	< 25,4 25,4 - 29,7	5 1
Invloed van het weer op hoesten	Ja Nee	3 0
Slijm ophoesten bij afwezigheid van verkoudheid	Ja Nee	3 0
Gewoonlijk slijm ophoesten bij het opstaan	Ja Nee	0 3
Last van piepende ademhaling	Af en toe of vaker Nee	4 0
Last van allergieën nu of in het verleden	Ja Nee	0 3

\* Uitgaande van 1 pakje (20 sigaretten) per dag

Bij een **score > 20** is sprake van **een verhoogd risico op COPD** en is verdere diagnostiek aangewezen. De test kan uitgevoerd worden door de praktijkassistente of praktijkondersteuner.



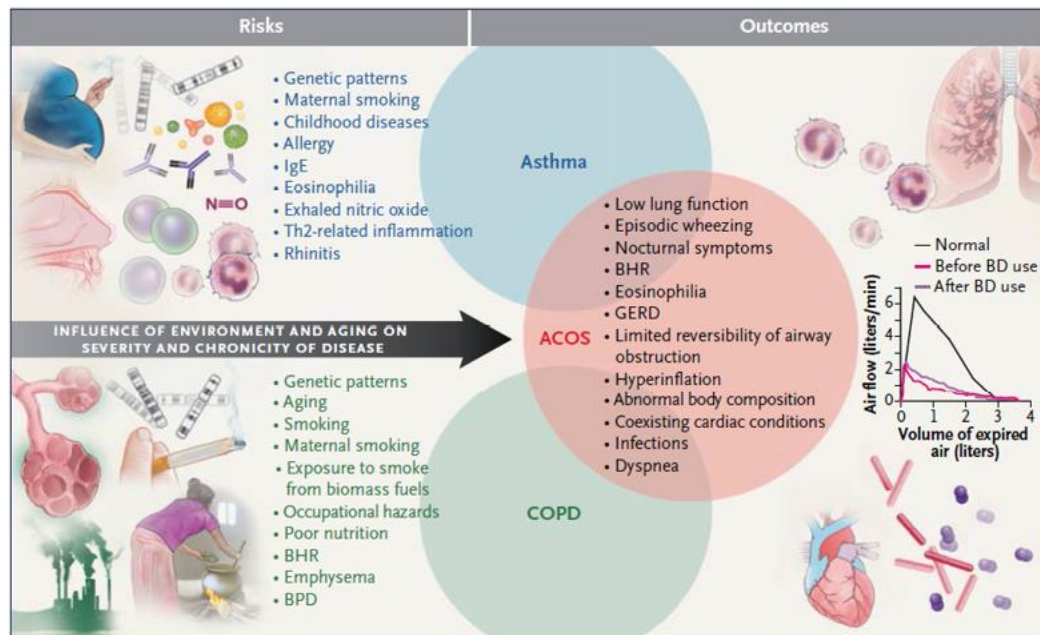


## Verschillen astma en COPD

	Astma	COPD
Belangrijkste risicofactor	Atopie	Roken
Luchtwegobstructie	Wisselend, in de regel reversibel	Per definitie deel irreversibel
Pathofysiologie	Chronische ontsteking in alle luchtwegen, meestal gevoelig voor corticosteroiden	Chronische ontsteking met name in de kleine luchtwegen, relatief ongevoelig voor corticosteroiden
Uitlokkende factor	Allergische en niet-allergische prikkels	Meestal > 40 jaar
Beloop	Meestal gunstig met variërende klachten	Overwegend chronisch, geleidelijk progressief
Levensverwachting	(Vrijwel) normaal bij optimale behandeling	Vermindert, ook bij optimale behandeling
Longfunctie (spirometrie)	Meestal normaal of met reversibele obstructie	Blijvend verminderd (irreversibele obstructie)



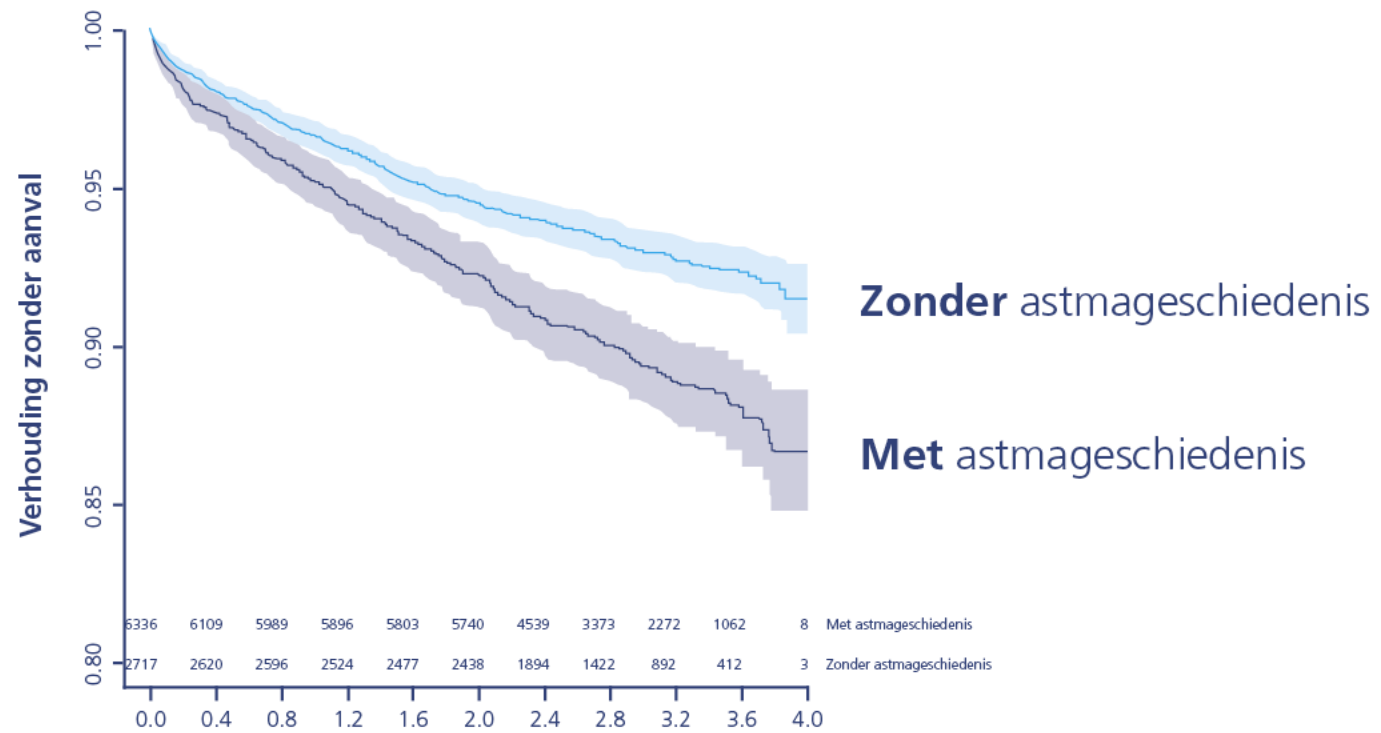
## Prevalentie COPD-patiënten met astmakenmerken



### Van de COPD-patiënten heeft:

- 18-30% atopie
- 60-90% bronchiële hyperreactiviteit
- 44-50% reversibiliteit
- 15-40% verhoogde eosinofielen in het bloed

## COPD-patiënten met astmakenmerken hebben meer ziekenhuisopnames



Kendzierska et al. (2016).



## COPD-patiënt met astmakenmerken behandelen volgens NHG-Standaard Astma

	<b>Stap 1 (optioneel)</b> SABA Of ICS-formoterol zo nodig	<b>Stap 2</b> ICS	<b>Stap 3</b> Lage dosis ICS/LABA	<b>Stap 4</b> Intermediaire tot hogere dosis ICS/ LABA	<b>Stap 5</b> 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*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij gebruik ICS-formoterol: extra inhalatie lage dosering ICS-formoterol (maximaal 8 inh/dag)* of aanvullend SABA</li> <li>• Anders: SABA*</li> </ul>				

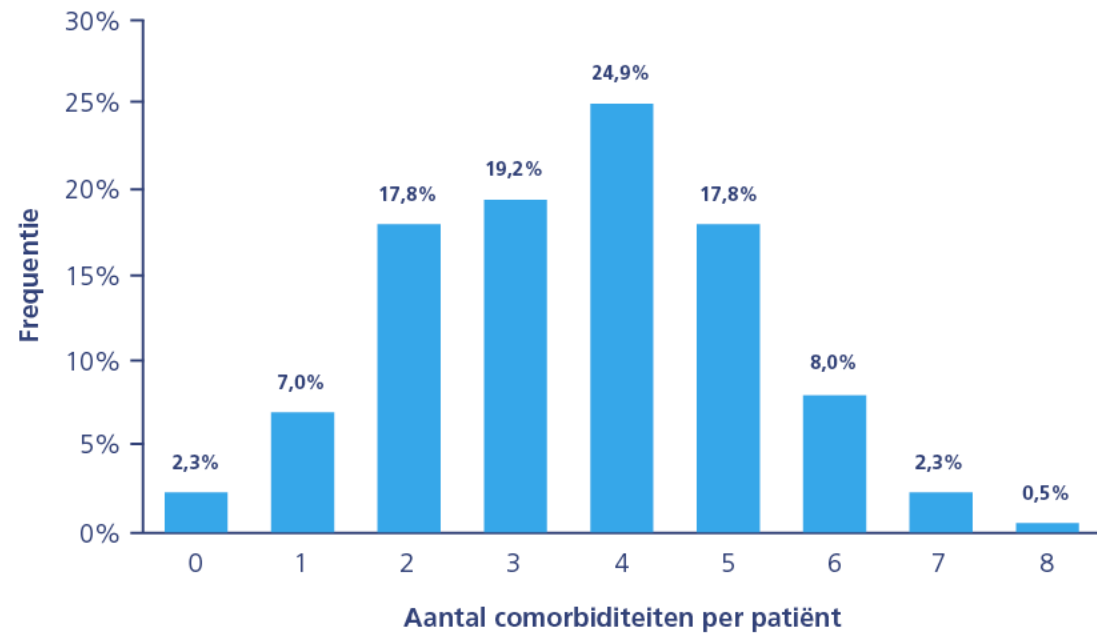
\* Gebruik > 2/week wijst op onvoldoende astmacontrole. Alleen formoterol-budesonide en formoterol-beclometason zijn voor 'zo nodig'-gebruik naast onderhoudsbehandeling geregistreerd.



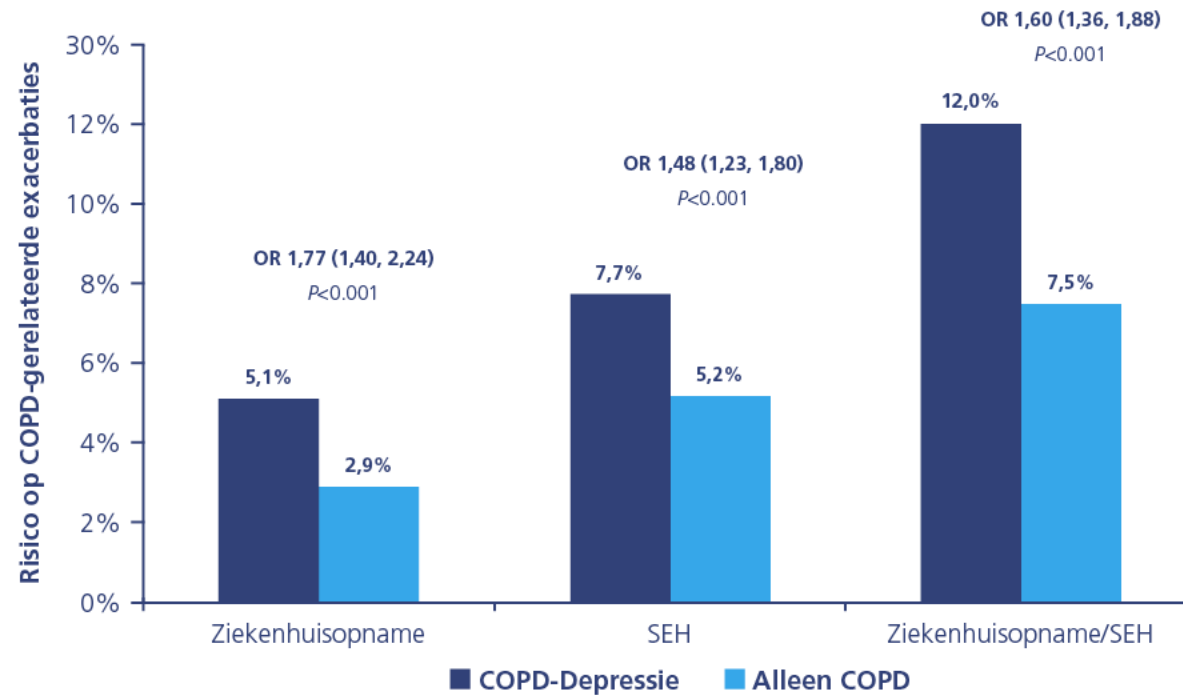


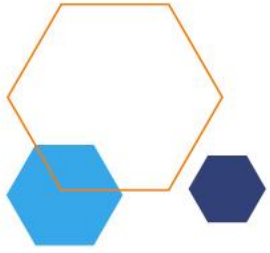
**97,7% van de COPD-patiënten  
heeft  $\geq 1$  comorbiditeiten**

**97,7%**



## Depressieve COPD-patiënt heeft meer kans op hospitalisatie of SEH-opname





# Inhoudsopgave

## I. Achtergrond

- A. Wijzigingen t.o.v. 2015
- B. Ziektebeeld en epidemiologie

## II. Diagnostiek

- A. Anamnese en lichamelijk onderzoek
- B. Spirometrie en restrictieve aandoening
- C. Diagnose
- D. COPD met astmakenmerken

## III. Beleid na diagnose

- A. Ziektebelasting
- B. Niet-medicamenteuze behandeling
- C. Medicamenteuze behandeling

## IV. Monitoring en samenwerking

- A. Zorgplan
- B. E-health
- C. Praktijkvoeringsaspecten en landelijke transmurale adviezen

## V. Take home messages





**NIEUW**

## Breng na diagnose COPD ziektelast in kaart

### Stap 1 subdomeinen

Subdomein	Afwijkend indien
Klachten en beperkingen	MRC $\geq 3$ of CCQ $\geq 2$
Longaanvallen	$\geq 2$ longaanvallen per jaar behandeld met orale corticosteroiden of $\geq 1$ ziekenhuisopname wegens COPD
Voedingstoestand	Ongewenst gewichtsverlies $> 5\%$ /maand of $> 10\%$ /6 maanden, of verminderde voedingstoestand (BMI $< 21$ ), zonder andere verklaring
Longfunctie	FEV <sub>1</sub> na bronchusverwijdering $< 50\%$ van voorspeld of $< 1,5$ l absoluut of progressief longfunctieverlies (bijvoorbeeld $\downarrow$ FEV <sub>1</sub> $> 150$ ml per jaar) gedurende $\geq 3$ jaar ( $\geq 3$ metingen)

### Stap 2 ziektelast

- Lichte ziektelast: geen van de subdomeinen afwijkend
- Verhoogde ziektelast:  $\geq 1$  subdomeinen afwijkend





## Stelling

**Het NHG had de 3 niveaus van ziektelast moeten behouden**

- a) Eens
- b) Oneens

**Typ uw antwoord in de chat!**



# Vragenlijsten

## MRC

- Mate van benauwdheid

## CCQ

- Gezondheidstoestand

## MRC

Bent u wel eens kortademig? Zo ja, welke van de onderstaande uitspraken is voor u het meest van toepassing?		
<input type="radio"/>	Ik heb geen last van kortademigheid.	0
<input type="radio"/>	Ik word alleen kortademig bij zware inspanning.	1
<input type="radio"/>	Ik word alleen kortademig als ik me moet haasten op vlak terrein of als ik tegen een lichte helling oloop.	2
<input type="radio"/>	Door mijn kortademigheid loop ik op vlak terrein langzamer dan andere mensen van mijn leeftijd, of moet ik stoppen om op adem te komen als ik mijn eigen tempo loop.	3
<input type="radio"/>	Na ongeveer 100 meter lopen op vlak terrein moet ik na een paar minuten stoppen om op adem te komen.	4
<input type="radio"/>	Ik ben te kortademig om het huis uit te gaan, of ik ben kortademig tijdens het aan- of uitkleden.	5

## CCQ

### COPD Vragenlijst

Omcirkel het nummer van het antwoord dat het best omschrijft hoe het met u ging de afgelopen week. (Slechts één antwoord per vraag).

In de afgelopen week, hoe vaak voelde u zich...	nooit	zelden	af en toe	regelmatig	heel vaak	meestal	altijd
1. Kortademig in rust?	0	1	2	3	4	5	6
2. Kortademig gedurende lichamelijke inspanning?	0	1	2	3	4	5	6
3. Angstig/bezorgd voor de volgende benauwdheidsaanval?	0	1	2	3	4	5	6
4. Neerslachtig vanwege uw ademhalingsproblemen?	0	1	2	3	4	5	6

In de afgelopen week, hoe vaak heeft u...	nooit	zelden	af en toe	regelmatig	heel vaak	meestal	altijd
5. Gehoest?	0	1	2	3	4	5	6
6. Slijm opgehoest?	0	1	2	3	4	5	6

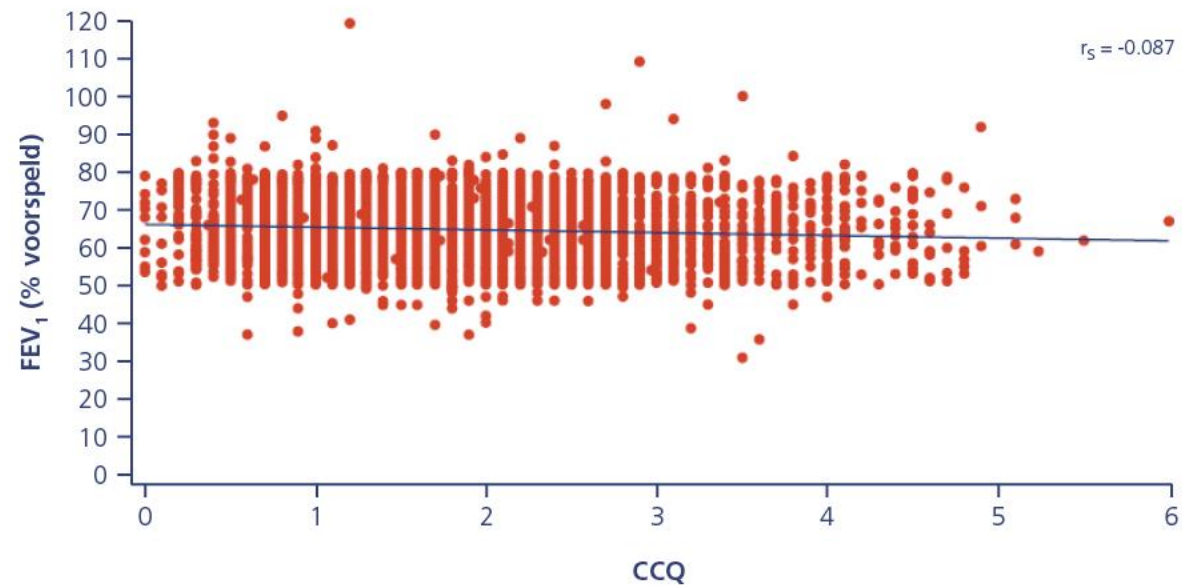
In welke mate voelde u zich in de afgelopen week beperkt door uw ademhalingsproblemen bij het uitvoeren van...	helemaal niet beperkt	heel weinig beperkt	een beetje beperkt	tamelijk beperkt	erg beperkt	heel erg beperkt	volledig beperkt/ of niet mogelijk
7. Zware lichamelijke activiteiten (trap lopen, haasten, sporten)?	0	1	2	3	4	5	6
8. Matige lichamelijke activiteiten (wandelen, huishoudelijk werk, boodschappen doen)?	0	1	2	3	4	5	6
9. Dagelijkse activiteiten (u zelf aankleden, wassen)?	0	1	2	3	4	5	6
10. Sociale activiteiten (praten, omgaan met kinderen, vrienden / familie bezoeken)?	0	1	2	3	4	5	6

© University Medical Center Groningen, T. van der Molen



## FEV<sub>1</sub> zegt iets over de ernst van COPD, maar niet over de klachten

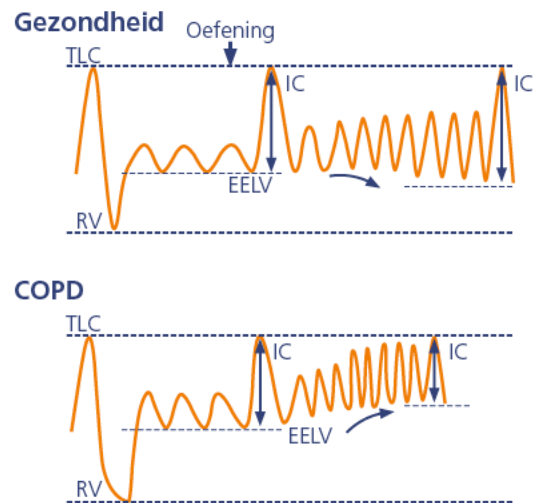
Categorie	FEV <sub>1</sub> (% voorspeld)
GOLD 1	≥ 80
GOLD 2	50-79
GOLD 3	30-49
GOLD 4	< 30



# Hyperinflatie veroorzaakt waarschijnlijk het gevoel van dyspneu

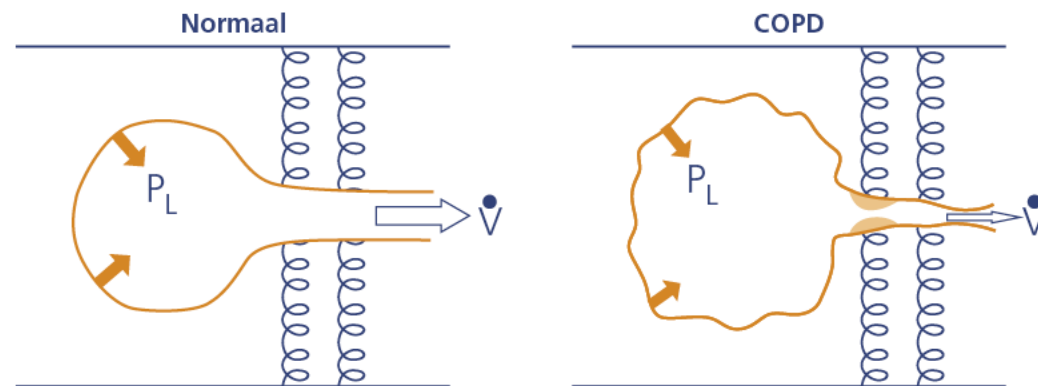
## Dynamische hyperinflatie

Door toename air trapping (toename residuaal volume)



## Statische hyperinflatie

Onvoldoende uitademtijd door o.a. obstructie en slappe longen





## Niet-medicamenteuze interventies

### Stoppen met roken

- Bespreek barrières



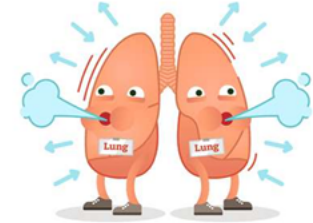
### Voedingstoestand

- Verminderde voedingstoestand of ongewenst gewichtsverlies



### Adaptatie

- Chronische aandoening



### Werk

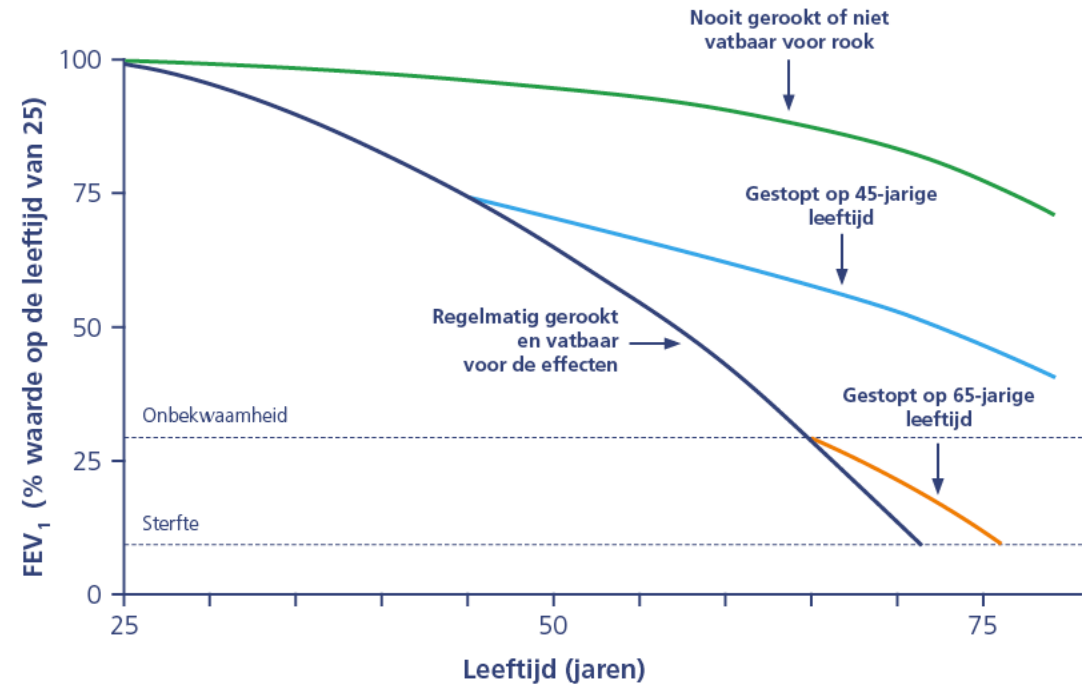
- Aanpassingen werkplek
- Hulp van bedrijfsarts/longarts



## Hoe eerder, hoe beter

### COPD-patiënten die:

- Blijven roken: 62 ml afname
- Stoppen met roken: 31 ml afname





## Overweeg verwijzing fysiotherapie vanaf CCQ $\geq 1$

### Geef bij verwijzing het volgende mee:

- FEV<sub>1</sub>
- MRC- en CCQ-scores
- Aantal longaanvallen en ziekenhuisopnames

### Voor maximale inspanningstesten bij patiënten met een verlaagde fysieke capaciteit:

- a) Overleg tussen fysiotherapeut en huisarts t.b.v. intensiteit en veiligheid
- b) Is een verwijzing nodig
- c) Bij voorkeur afgenomen onder supervisie van een longarts



## Bewegen



### Advies NHG

- Voldoende beweging ( $\geq 150$  min per week matig-intensief)
- Educatie belang beweging
- Adviseer eventueel SABA/SAMA



## Medicamenteuze behandeling

### pMDI en DPI

- Voorzetkamer
- Uniformiteit
- Inhalatiekracht
- Milieuaspect

### Inhalatie-instructie

- Demonstreer en oefenen
- Mond spoelen
- Taak poh en apotheek
- Uitleg geneesmiddel
- Sluit aan bij de gezondheidsvaardigheden
- Verwijs naar [www.inhalatorgebruik.nl](http://www.inhalatorgebruik.nl)





**NIEUW**

## Medicamenteus stappenplan NHG

	Stap 1	Stap 2	Stap 3
	Infrequente dyspneuklachten, geen longaanvallen	Regelmatige 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, $\geq 2$ per jaar	n.v.t.	Voeg ICS toe* Start of continueer luchtwegverwijder	Voeg ICS toe Bij voorkeur 1 luchtweg- verwijder (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 = inhalaticorticosteroid.

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



**NIEUW**

## Stap 1, 2 en 3

	Stap 1	Stap 2	Stap 3
	Infrequente dyspneuklachten, geen longaanvallen	Regelmatige 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, $\geq 2$ per jaar	n.v.t.	Voeg ICS toe* Start of continueer luchtwegverwijder	Voeg ICS toe Bij voorkeur 1 luchtweg- verwijder (overweeg de andere te staken) Overweeg verwijzing

### Stap 1 SABA/SAMA zo nodig

- Start bij infrequente dyspneuklachten

### Stap 2 Onderhoudsbehandeling LAMA of LABA

- Start bij regelmatige of aanhoudende dyspneuklachten, hinder of beperkingen en onvoldoende effect van 'zo nodig gebruik'

### Stap 3 Onderhoudsbehandeling LAMA + LABA

- Start bij persisterende dyspneuklachten, hinder of beperkingen ondanks monotherapie of bij  $\geq 2$  longaanvallen per jaar





## ICS toevoegen bij frequente longaanvallen

NIEUW

### Indicatie toevoegen ICS vanaf stap 2

*bij frequente longaanvallen ondanks onderhoudsbehandeling met een langwerkende luchtwegverwijder (twee of meer kuren prednis(ol)on of een antibioticum of ziekenhuisopname in verband met COPD per jaar). Let ook op de ACO-patiënt.*

### Hoe?

- Overweeg ICS gedurende één jaar
- Continueer ICS bij een afname van het aantal longaanvallen

	Stap 1	Stap 2	Stap 3
	Infrequente dyspneuklachten, geen longaanvallen	Regelmatige 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, $\geq 2$ per jaar	n.v.t.	Voeg ICS toe* Start of continueer luchtwegverwijder	Voeg ICS toe Bij voorkeur 1 luchtwegverwijder (overweeg de andere te staken) Overweeg verwijzing

\* bij  $\geq 2$  longaanvallen maar verder weinig klachten volstaat een LAMA.  
NHG-Standaard COPD 2021







NIEUW

## Stappenplan stoppen met ICS

*“Staak ICS als het aantal longaanvallen na 1 jaar niet duidelijk is afgenomen of als er gedurende 2 jaar geen longaanvallen meer zijn”*

1. Staak ICS ineens
2. Klachten kunnen eerst toenemen door hyperreactiviteit
3. Controleer na 1-2 maanden of het staken gelukt is
4. Heeft iets de patiënt weerhouden?
5. Controleer en informeer naar klachten





## Stoppen met ICS in de praktijk

### *Nederlandse studie naar stoppen met ICS bij COPD-patiënten*

#### Conclusie

- Volgens de huisarts kwam slechts 27% van de patiënten in aanmerkingen om te stoppen met ICS.
- Van de COPD-patiënten die alsnog zijn gestopt met ICS, is bijna de helft opnieuw gestart met ICS binnen 26 weken en/of moesten worden behandeld voor een exacerbatie.





## Stelling

**Het NHG had de 3 niveaus van ziektelast moeten behouden**

- a) Eens
- b) Oneens

**Typ uw antwoord in de chat!**





**NIEUW**

## Triple-therapie volgens het NHG

	Stap 1	Stap 2	Stap 3
	Infrequente dyspneuklachten, geen longaanvallen	Regelmatige 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, $\geq 2$ per jaar	n.v.t.	Voeg ICS toe* Start of continueer luchtwegverwijder	Voeg ICS toe Bij voorkeur 1 luchtwegverwijder (overweeg de andere te staken) Overweeg verwijzing

### Overweeg uitsluitend triple-therapie indien:

1. Ziektelast persisterend hoog is **én**
2. De patiënt  $\geq 2$  longaanvallen per jaar heeft **én**
3. Duotherapie onvoldoende vermindering ziektelast geeft

*“Een combinatiepreparaat resulteert in meer gebruiksgemak, voorkomt fouten en bevordert de therapietrouw.”*



## Triple-therapie resulteert niet in meer bijwerkingen

Geen verschil in (ernstige) bijwerkingen triple-therapie t.o.v.:

- LAMA mono
- ICS/LABA
- LABA/LAMA

Lokale bijwerkingen verminderen door:

- ICS vóór het eten inhaleren **én**
- Mond spoelen na inhaleren





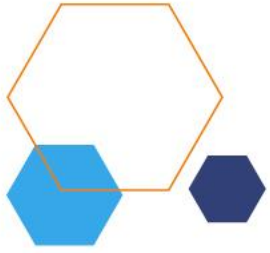
## Classificatie NHG aangepast naar GOLD-richtlijnen

### Classificatie van de mate van luchtwegobstructie

Luchtwegobstructie	FEV <sub>1</sub> / FVC	FEV <sub>1</sub> (% van voorspelde waarde)
GOLD 1 Licht	≤ (z-score < -1,64)	≥ 80
GOLD 2 Matig ernstig		50 ≤ en < 80
GOLD 3 Ernstig		30 ≤ en < 50
GOLD 4 Zeer ernstig		< 30

De grenswaarden van FEV<sub>1</sub> zijn waarden na luchtwegverwijdering





## Inhoudsopgave

### I. Achtergrond

- A. Wijzigingen t.o.v. 2015
- B. Ziektebeeld en epidemiologie

### II. Diagnostiek

- A. Anamnese en lichamelijk onderzoek
- B. Spirometrie en restrictieve aandoening
- C. Diagnose
- D. COPD met astmakenmerken

### III. Beleid na diagnose

- A. Ziektebelasting
- B. Niet-medicamenteuze behandeling
- C. Medicamenteuze behandeling

### IV. Monitoring en samenwerking

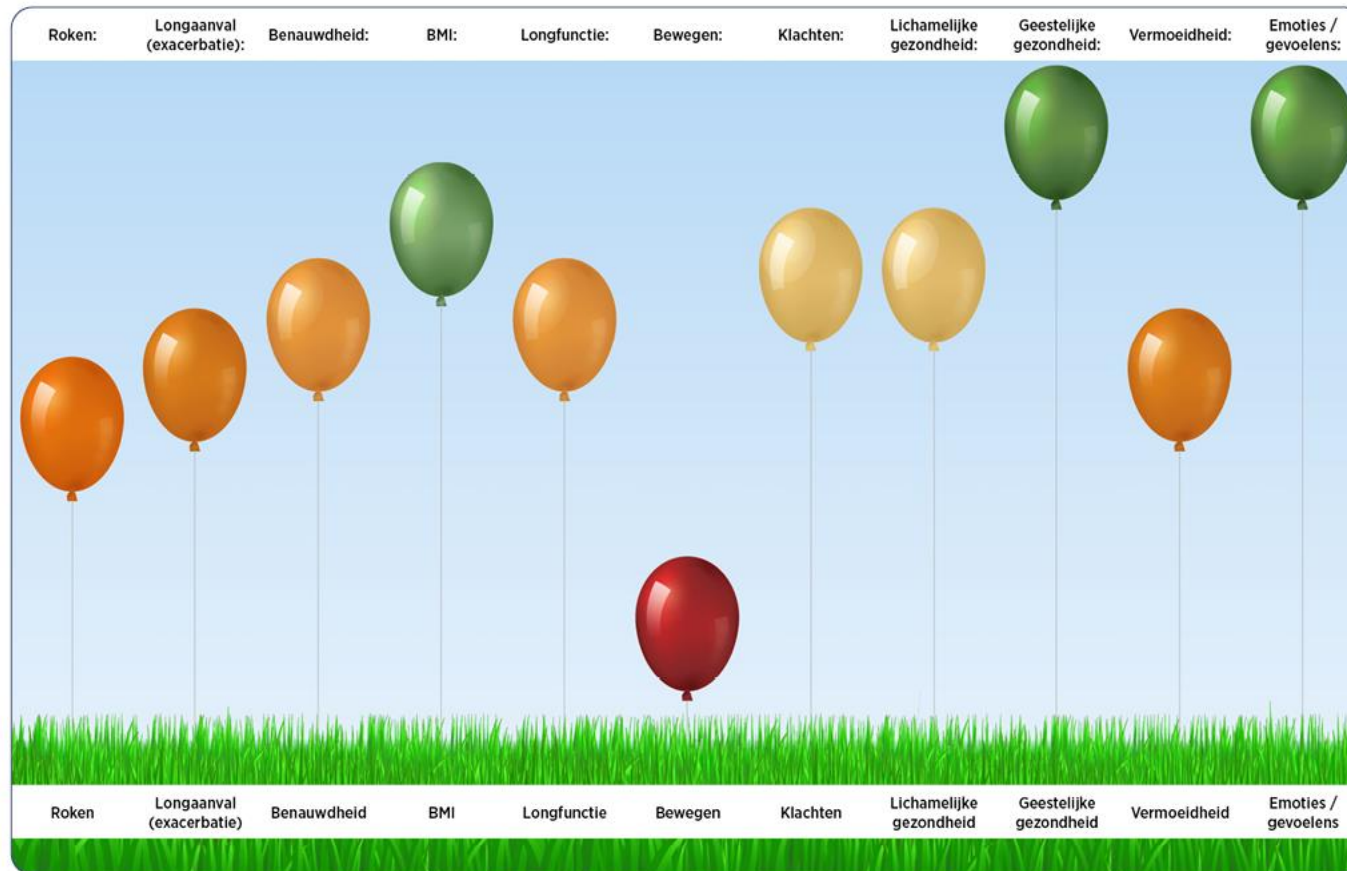
- A. Zorgplan
- B. E-health
- C. Praktijkvoeringsaspecten en landelijke transmurale adviezen

### V. Take home messages





# Ziektelastmeter







## Individueel zorgplan



### Inhoud IZP

- Persoonlijke behandeldoelen
- Afspraken over de frequentie van controles
- Leefstijlverandering
- Medicatie
- Afspraken met andere zorgverleners
- Beleid bij longaanvallen

### Bij adequaat zelfmanagement

- Patiënt zelf verantwoordelijk maken





## Stelling

**E-health moet binnen 5 jaar het monitoringsconsult vervangen**

- a) Eens
- b) Oneens

**Typ uw antwoord in de chat!**



## E-health als toevoeging op de 'reguliere' zorg

E-health vormen: COPD-controles op afstand (via e-mail, een website of telefoon) of telemonitoring via sms, apps, websites of tijdens een telefoongesprek

- E-health vervangt het monitoringsconsult niet
- E-health kan mogelijk helpen om longaanvallen te voorkomen
- Bespreek bij patiënten met frequente longaanvallen of e-health meerwaarde kan hebben





## Praktijkvoeringsaspecten COPD

- Actieve opsporing
- Herevaluatie diagnose COPD
- Zorggroep
- Aandachtspunten voor bespreking in regio
- Praktijkoverstijgende taken



## Landelijke transmurale adviezen

- Betrokken zorgprofessionals (kaderhuisarts, POH, longarts, COPD-verpleegkundige, apotheker)
- Spirometrie en ander aanvullend onderzoek
- Hoofdbehandelaarschap
- Werkwijze bij consultatie of verwijzing naar longarts
- Werkwijze terugverwijzen naar de huisarts
- Samenwerking bij longaanvallen





# Inhoudsopgave

## I. Achtergrond

- A. Wijzigingen t.o.v. 2015
- B. Ziektebeeld en epidemiologie

## II. Diagnostiek

- A. Anamnese en lichamelijk onderzoek
- B. Spirometrie en restrictieve aandoening
- C. Diagnose
- D. COPD met astmakenmerken

## III. Beleid na diagnose

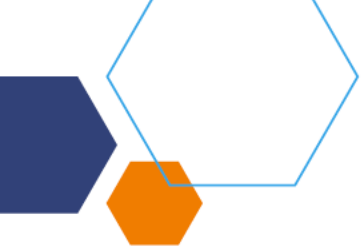
- A. Ziektebelasting
- B. Niet-medicamenteuze behandeling
- C. Medicamenteuze behandeling

## IV. Monitoring en samenwerking

- A. Zorgplan
- B. E-health
- C. Praktijkvoeringsaspecten en landelijke transmurale adviezen

## V. Take home messages





## Take home messages

- Ernst luchtwegobstructie heeft geringe correlatie met klachten
- Stoppen met roken is de belangrijkste interventie naast andere leefstijlveranderingen
- Formuleer persoonlijke behandeldoelen met een passende monitoring
- Dyspneuklachten behandelen met kort- en langwerkende luchtwegverwijders
- Overweeg ICS bij patiënten met  $\geq 2$  longaanvallen per jaar





**Benieuwd naar andere nascholingen,  
bezoek dan onze website!**

[www.chiesipro.nl/chiesi-college](http://www.chiesipro.nl/chiesi-college)

