



PROTOCOL ASTMA

Beheerder: Jessica Kraaijenhagen, kwaliteitsmanager stichting Amstelland Zorg

Gebruikers: huisartsen en praktijkondersteuners

Doel: kwalitatief goede, efficiënte en effectieve zorg voor patiënten met astma

december 2020

Inhoud

Inleiding.....	3
Begrippen.....	4
Voorwaarden deelname ketenzorg	5
Inclusie- en exclusiecriteria van de patiënten populatie	5
Casefinding.....	5
No-show-beleid	5
Spirometrie	5
Multidisciplinaire samenwerking.....	6
Diagnostische fase astma.....	7
Anamnese	7
Lichamelijk onderzoek	7
Aanvullend onderzoek	7
De diagnose astma wordt gesteld bij patiënten met:	7
Diagnostische twijfel	7
Scharnierconsult.....	8
Ketenzorgprogramma astma.....	9
Behandeldoel	9
Instelfase	9
Monitoring.....	9
Inhoud consulten.....	10
Niet-medicamenteuze adviezen	10
Zelfmanagement.....	15
Consultatie of verwijzing.....	15
Terugverwijzen naar de huisarts	16
Bijzondere aandachtsgebieden	17
Longaanval	17
ACO (astma-COPD-overlap).....	17
Astma in combinatie met zwangerschap en lactatie	18
Multidisciplinaire (regionale) afspraken	18
Bijlagen	21
1 Stroomschema no show en voorbeeldbrieven	22
2 Monitoring en spirometriefrequentie.	27
3 ACQ-6-scorelijst	30
4 Portavita-registraties	31
5 Tabel spirometrie, medicatie en interpretatie	32
6 Inhalatie-instructie	33
7 Stappenplan inhalatiemedicatie	34
8 Instructie stoppen medicatie voorafgaande aan diagnostische spirometrie	35
9 GLI-coaches.....	36

Inleiding

Het ketenzorgprogramma astma bij volwassenen van Stichting Amstelland Zorg waarborgt de zorg voor patiënten met astma binnen het werkgebied van Stichting Amstelland Zorg op basis van kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit.

Stichting Amstelland Zorg (StAZ) is de regionale eerstelijns organisatie waartoe de gemeenten Amstelveen, Uithoorn, Aalsmeer en Ouderkerk behoren. De organisatie heeft als doel om wijk Samenwerkingsverbanden te ondersteunen bij het bieden van wijk- en persoonsgericht werken. Daarnaast heeft de StAZ als doel om verbindingen te leggen tussen zorg en welzijn van nulde tot en met de tweede lijn.

StAZ is, onder aansporing van de zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid, door de Huisartsen Coöperatie, de Samenwerkende Apotheken en de Coöperatie Fysiotherapeuten in Amstelland in 2019 opgericht en per 1 januari 2020 daadwerkelijk van start gegaan. De Huisartsen Coöperatie Amstelland (HCA), Fysiotherapeuten zorggroep Amstelland (FZA) en Zorggroep apothekers Amstelland (ZAA) zijn allen belanghebbenden en hebben door middel van bestuurszetels directe zeggenschap over het beleid van de stichting. De stichting wordt aangestuurd door een algemeen directeur.

Binnen het ketenzorgprogramma astma bundelen de verschillende betrokken hulpverleners hun krachten, met één gezamenlijk doel: de kwaliteit van leven van patiënten met astma te verbeteren. De verschillende zorgverleners stemmen daarbij de zorg af op de behoeften van de patiënt.

Binnen de StAZ is de kwaliteitscommissie ketenzorg astma en COPD verantwoordelijk voor de ontwikkeling en continuering van het ketenzorgprogramma astma. De kwaliteitscommissie bestaat uit een kaderhuisarts astma/COPD, een longarts, een apotheker, een fysiotherapeut, een praktijkondersteuner, een longverpleegkundige en een kwaliteitsmanager. Vanuit de kwaliteitscommissie wordt hulp geboden bij het implementeren van nieuwe richtlijnen middels het up-to-date houden van het protocol en het aanbieden van scholingen. De kwaliteitscommissie werkt er aan om duidelijke afspraken te maken binnen de regio met verschillende disciplines, en deze vast te leggen in het protocol. Per thema kunnen diëtiste en/of longfunctieanalist aanschuiven. Daarnaast zijn de leden van de commissie altijd benaderbaar voor inhoudelijke vragen. Het contact verloopt via de kwaliteitsmanager van de StAZ.

Begrippen

Persoonlijke behandeldoelen

Behandeldoelen die zich richten op de bezigheden die een patiënt wil kunnen uitvoeren maar waarbij klachten belemmerend zijn. Voorbeelden zijn: de hond uitlaten, een fietstocht maken, sporten, familiebezoek.

Zelfmanagement

Is het zodanig omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven. Zelfmanagement betekent dat chronisch zieken zelf kunnen kiezen in hoeverre men de regie over het leven in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet, om een optimale kwaliteit van leven te bereiken of te behouden. (CBO 2014)

Individueel zorgplan

Vanuit persoonsgerichte zorg maken de huisarts, de praktijkondersteuner (POH) en de patiënt samen afspraken over de zorg, die aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van de patiënt. Het individuele zorgplan (IZP) ondersteunt het werken met duidelijke doelen en afspraken. Het zorgplan maakt duidelijk wat is afgesproken tussen zorgverleners en de patiënt in de taal van de patiënt. Het maakt inzichtelijk wie wat doet en wie waarvoor verantwoordelijk is.

Motiverende gespreksvoering

Is een gesprekstechniek om patiënten te gidsen in de richting van gedragsverandering. De basisprincipes zijn het tonen van empathie, versterken van ambivalentie bij de patiënt, omgaan met weerstand en versterken van het zelfvertrouwen van de patiënt. (H&W 2014 Rietmeijer)

Scharnierconsult

Is het consult dat plaatsvindt bij de huisarts als afronding van de diagnostische fase en markeert de overgang naar de intensieve behandelfase. De patiënt krijgt uitleg over de aard en ernst van de aandoening, krijgt behandeladvies afgestemd op de persoon en uitleg over hoe de zorg binnen de huisartspraktijk geleverd wordt.

Astma

Is een chronische aandoening met een aanvalsgewijs optredende, reversibele bronchusobstructie op basis van een verhoogde gevoeligheid van de luchtwegen voor allergische (IgE-gemedieerde) en/of niet-allergische prikkels. Met als pathologisch substraat een chronische ontstekingsreactie.

Longaanval astma

Toenemende verergering van dyspneuklachten, hoesten of piepen, die gepaard gaan met een verminderde longfunctie, meestal als gevolg van een virale luchtweginfectie of een andere prikkel of door verkeerd of onvoldoende medicatiegebruik (ICS-gebruik).

Astmacontrole

Mate van controle over de astmaklachten. Goede astmacontrole betekent: geen klachten overdag en 's nachts, geen beperkingen, normale spirometrie, al dan niet met medicatie in een zo laag mogelijke dosering en toedieningsfrequentie en met zo weinig mogelijk bijwerkingen. Gebruik voor het onderscheid tussen goede en onvoldoende controle de [ACQ 6-scorelijst](#)

ACO, Astma-COPD-overlap

Astma in combinatie met een niet-volledig reversibele obstructie. Dit komt vaak voor bij astmapatiënten die roken of hebben gerookt of bij oudere astmapatiënten.

NB. Voor de gehele tekst geldt: waar 'hij' staat kan ook 'zij' worden gelezen.

Voorwaarden deelname ketenzorg

Inclusie- en exclusiecriteria van de patiënten populatie

Inclusiecriteria astma:

- Patiënten vanaf 16 jaar.
- Patiënten waarbij de diagnose astma (ICPC R96.00) conform de geldende richtlijn is gesteld. (zie hoofdstuk 'diagnostische fase astma')

Exclusiecriteria astma:

- Astmapatiënten met indicatie voor behandeling in de tweede lijn conform de richtlijnen in de NHG-Standaard voor volwassenen (zie hoofdstuk 'Ketenzorg astma', paragraaf 'consultatie of verwijzing')
- Patiënten die na adequate voorlichting te hebben gekregen bij herhaling aangeven niet gemotiveerd te zijn voor behandeling (zie hoofdstuk 'Voorwaarden deelname ketenzorg', paragraaf 'No-show-beleid')

Casefinding

Bij patiënten die op het spreekuur komen met een anamnese van allergie, astma in de eerstegraads familieleden, recidiverende hoest of benauwdheidsklachten, kan het afnemen van een uitgebreide anamnese en spirometrie zinvol zijn.

No-show-beleid

Ondanks goede zorgen van de zorgverlener lukt het soms niet om patiënten te motiveren deel te nemen aan ketenzorg. [Zie bijlage 1 Stroomschema no show en voorbeeldbrieven.](#)

Spirometrie

Spirometrie kan in de huisartsenpraktijk worden ingezet voor diagnostiek en monitoring van astma. Voor het afnemen van spirometrie in de huisartsenpraktijk is de voorwaarde dat er een huisarts en een praktijkondersteuner binnen de praktijk of het centrum de CAHAG Caspir cursus met goed gevolg hebben doorlopen. En dat beide zich volgens de eisen van de Caspir-cursus bij herhaling (her)certificeren. (Zie voor de (her)certificeringseisen de Caspir-cursusmap of de CAHAG-website).

De Caspir-6-herhalingsmodule wordt meerdere malen per jaar door Stichting Amstelland Zorg georganiseerd. Deze avondscholing bestaat uit het bespreken van eigen ingebrachte casuïstiek. Een longarts, longfunctieanalist en kaderhuisarts behandelen alle casuïstiek volgens de laatste richtlijnen en inzichten van de NHG en LAN.

Binnen dit protocol gaan wij verder niet in op de organisatie van de spirometrie binnen de praktijk (zie hiervoor de cursusmap van de Caspir-cursus en de CAHAG-website)

Wel kunt in [bijlage 2 Monotoring en spirometriefrequentie](#) belangrijke informatie vinden:

- Tabel 2.1: spirometrie: frequentie in monitoringfase
- Tabel 2.2: interpretaties volgens ROER-systematiek
- Tabel 2.3: beoordelingsformulier volgens ROER-systematiek.

Multidisciplinaire samenwerking

In aansluiting op het behandeldoel bij astma van goede astmacontrole, afgestemd op de persoonlijke behandeldoelen, staat persoonsgerichte zorg waarbij vanzelfsprekend verschillende disciplines betrokken zijn op de voorgrond.

Bij behandelwensen op het gebied van de leefstijl kan samengewerkt worden met de leefstijlcoach, fysiotherapeut en of diëtist. Ook kan samenwerking gezocht worden op het gebied van mentale gezondheid aangeboden door de POH-GGZ of de bedrijfsarts bij beroepsgerelateerde astmaklachten.

Denk bij samenwerking ook aan de apotheek voor de inhalatie-instructie of vragen over medicatie.

Welzijn voor zaken als eenzaamheid, werkloosheid en andere sociale problematiek. De binnen de regio gemaakte afspraken met verschillende disciplines worden beschreven in hoofdstuk 'Multidisciplinaire regio-afspraken'.

Diagnostische fase astma

Denk aan astma bij dyspneu, een piepende ademhaling, meer dan drie weken hoesten of minder specifieke klachten, zoals snelle vermoeidheid, kortademigheid bij inspanning of conditievermindering.

Anamnese

Vraag specifiek naar onderstaande klachten en formuleer een werkdiagnose voor de aanvraag van de uit te voeren spirometrie.

- kortademigheid, al dan niet in combinatie met piepen; frequentie, duur; nachtelijke klachten en hoesten
- aanwijzingen voor allergische en niet-allergische prikkels
- roken en rookgeschiedenis
- voorgeschiedenis (allergie/eczeem, medicatiegebruik en effect), familieanamnese (astma, atopie), werkgerelateerde klachten
- invloed van klachten op het dagelijks functioneren
- preventieve maatregelen en effect
- klachten op gebied KNO en reflux

Lichamelijk onderzoek

- Let op dyspneu, ademhalingsfrequentie, gebruik van hulpademhalingsspieren en stand thorax.
- Ausculteer hart en longen; let op verlengd expirium en/of expiratoir piepen en de hartfrequentie.
- Overweeg bij dyspneu saturatiemeting.

Aanvullend onderzoek

- spirometrie: FEV₁, FVC en flowvolume curve voor en na gestandaardiseerde bronchusverwijding (zie uitvoering en interpretatie spirometrie de Caspir)
- screeningstest op inhalatieallergenen bij anamnestiche twijfel over allergische oorzaken

De diagnose astma wordt gesteld bij patiënten met:

- aanvalsgewijze dyspneu, expiratoir piepen of hoesten én:
- aangetoonde reversibiliteit (FEV₁-toename: $\geq 12\%$ én ≥ 200 ml) óf
- variabiliteit (FEV₁-verschil $\geq 12\%$ én ≥ 200 ml tussen 2 metingen na ≥ 4 weken)

Diagnostische twijfel

Zo lang u denkt aan astma maar de diagnose astma niet hard kunt maken, maar ook niet kunt verwerpen, kiest u voor ICPC R29.02. Afhankelijk van de ernst van de klachten en de ervaren last van de patiënt kunt u er voor kiezen om de spirometrie zelf te herhalen om variabiliteit vast te stellen of de patiënt te verwijzen naar de longarts voor verdere diagnostiek. De NGH-standaard adviseert een histamine- of metacholineprovocatietest. Start niet met (onderhoud-)medicatie voordat de diagnose astma voldoende zeker is gesteld.

Daarnaast is het van belang om differentiaal diagnostisch te blijven denken. Denk bij dyspnoe aan pneumonie, longembolieën, hartfalen, angststoornis, disfunctionele ademhaling, obesitas, neuromusculaire aandoeningen, slechte conditie.

Scharnierconsult

De diagnostische fase wordt afgerond met een scharnierconsult waarin de huisarts de volgende onderdelen met de patiënt bespreekt:

- uitleg over het chronische ziektebeeld astma (maak hierbij gebruik van www.thuisarts.nl).
- Het individueel zorgplan (leefstijl, werking medicatie, controles en metingen).
- Motivatie peilen en de rol benadrukken die de patiënt heeft in zijn behandeling.
- Uitleg van het zorgprogramma en de rol van de hulpverleners daarin.

Stem met de praktijkondersteuner af wie wat vertelt en dat u het op dezelfde manier met hetzelfde voorlichtingsmateriaal vertelt.

Ketenzorgprogramma astma

Nadat de diagnose astma is gesteld en de patiënt op de hoogte is gebracht, kan de patiënt voor behandeling en monitoring op het spreekuur van de praktijkondersteuner (POH) worden ingepland.

De POH registreert in het keteninformatiesysteem Portavita. De patiënt kan in het digitale logboek van Portavita het besproken individuele zorgplan nalezen en bijwerken en de patiënt kan via het digitale logboek contact zoeken met de POH.

Bij de start van ieder consult bepaalt u de mate van astmacontrole, te weten goed ($ACQ < 0.75$) of onvoldoende ($ACQ > 0.75$).

Zie [ACQ-6-scorelijst op pagina 30](#)

Behandeldoel

Goede astmacontrole is het minimaliseren van klachten, het risico op longaanvallen, beperking in functioneren, persisterende luchtwegobstructie, mortaliteit en bijwerkingen van medicatie

- Het bereiken van goede astmacontrole, afgestemd op de persoonlijke behandeldoelen (zie het hoofdstuk 'Begrippen') van de patiënt
- De door de patiënt ervaren klachten en de manier waarop de patiënt hiermee omgaat staan bij de behandeling centraal.
- Goede astmacontrole is niet altijd haalbaar. Maak bij blijvend onvoldoende astmacontrole afspraken over haalbare (persoonlijke) behandeldoelen.

Instelfase

Na het stellen van de diagnose volgt de instelfase. In deze fase ziet de POH de patiënt iedere 2-6 weken tot dat goede astmacontrole is bereikt. De astmacontrole wordt bepaald aan de hand van de [ACQ-6-scorelijst](#). $ACQ 6 < 0,75$ is een goede astmacontrole, een $ACQ 6$ van $0,75$ is onvoldoende astmacontrole. Indien na 3-6 maanden geen goede astma controle is bereikt wordt patiënt naar de longarts verwezen of wordt de longarts geconsulteerd. De instelfase in de huisartspraktijk duurt maximaal 6 maanden.

Monitoring

Patiënten die gemonitord kunnen worden zijn degene die:

- in de instelfase goede astmacontrole hebben bereikt
- terugverwezen zijn door de longarts met de diagnose astma
- een beperkte levensverwachting hebben.

Hoe vaak u de patiënt monitort hangt af van verschillende factoren. Zie [bijlage 2 Monitoring en spirometriefrequentie op pagina 27](#). Bij de spirometrie let u op een persisterende obstructie en een achteruitgang in de FEV1 die sneller is dan op basis van fysiologische veroudering is te verwachten, te weten een daling

van FEV1 over ten minste 3 jaar (≥ 3 metingen) met gemiddeld ≥ 35 ml/jaar. Beide bevindingen zijn tekenen van een onvoldoende astmacontrole. Opvoeren spirometrie in Portavita. [Bijlage 4 Portavita-registraties op pagina 31.](#)

Inhoud consulten

De inhoud van de consulten in de instelfase en de monitoringfase wordt mede bepaald door de astmacontrole en de persoonlijke wensen van de patiënt. Hieronder volgt een opsomming van de onderwerpen die aan bod kunnen komen. Niet alles tegelijk, maar in overleg met de patiënt, wat hij op dat moment belangrijk vindt. Motiverende gespreksvoering is een goede gesprekstechniek om tot een keuze te komen. Tijdens de instelfase is uitleg over astma van wezenlijk belang om de patiënt te leren onvoldoende astmacontrole te herkennen en om zelf actie te ondernemen als onvoldoende astmacontrole een feit is. Maak hierbij gebruik van beeldmateriaal op www.thuisarts.nl.

Niet-medicamenteuze adviezen

Bij iedere chronische aandoening is het van belang om de leefstijl van de patiënt onder de loep te nemen. Patiënten met chronische aandoeningen hebben er baat bij als zij persoonsgerichte zorg krijgen aangeboden die aansluit bij al hun behoeftes. Heb daarbij aandacht voor alle beperkingen en neem systematisch de leefstijl door en geef de patiënt de regie om zijn leefstijl waar nodig te veranderen.

Bepreek:

- Roken
 - » Roken leidt tot een versnelde afname van de longfunctie en een verkorting van de levensduur.
 - » Stoppen met roken voorkomt de versnelde achteruitgang van de longfunctie.
 - » Roken verergert het beloop van astma en zorgt voor een afname van de werkzaamheid van ICS.
 - » Stoppen met roken: geef rokers een krachtig stoppen-met-roken-advies en adviseer een gestructureerde aanpak, gevolgd door intensieve begeleiding door bijvoorbeeld een deskundig POH.
 - » Een gedragsmatige aanpak, ondersteund door medicamenteuze behandeling, verdubbelt de kans op langdurig stoppen. Zie NHG-behandelrichtlijn *Stoppen met roken*.
- Inventariseer het bewegen/sporten
 - » Adviseer de patiënt dagelijks ten minste een half uur matig intensief te bewegen.
 - » Bespreek als de patiënt onvoldoende beweegt, bijvoorbeeld door (angst voor) dyspnoe en/ of als ADL-activiteiten minder goed uitgevoerd kunnen worden, de mogelijkheid van een verwijzing naar een fysiotherapeut. Voor informatie over gespecialiseerde therapeuten binnen de regio kunt u terecht bij de koepel Fysiotherapeuten zorggroep Amstelland.
- Gezonde voeding en gewichtsreductie bij overgewicht
 - » Leg uit dat overgewicht en daarmee gepaard gaande aandoeningen de behandeling van astma compliceren. Verwijs de patiënt eventueel naar een diëtiste in de regio. Verwijzen kan via Portavita.

- » Patiënten die gemotiveerd zijn om hun leefstijl verder aan te passen kunnen daarbij, indien gewenst hulp krijgen. Zie multidisciplinaire afspraken verwijzen naar de leefstijlcoaches.

Bespreek daarnaast:

- Werkgerelateerde klachten
- Psychische of sociale gevolgen van astma (bijvoorbeeld angst voor dyspneu, vermijden van inspanning of sociale activiteiten waarbij wordt gerookt of een kat of huisstof aanwezig is)

Bespreek de TIP-aandachtspunten:

- Therapietrouw
- Adequate Inhalatietechniek, bij aanvang van medicatie vier controles aan de hand van de [Inhalatie-instructie \(bijlage 6\) op pagina 33](#). Daarna minimaal 1x per jaar controle.
- Het vermijden van Prikkels die klachten uitlokken of verergeren
- Bespreek bij onvoldoende astmacontrole de mogelijkheid van een sceeningsallergietest.
- Bespreek bij aanwijzingen voor (niet) allergische prikkels hoe ze vermeden kunnen worden.

- » Individueel zorgplan

Niet medicamenteuze afspraken kunnen worden vastgelegd in het IZP binnen Portavita. De patiënt kan via het digitaal logboek zelf zijn afspraken inzien en bijwerken. Het kunnen inzien en bijwerken van de gestelde doelen kan werken als een stok achter de deur voor de patiënt. Zo is het een doel van de patiënt en niet een papieren doel van de zorgverlener.

Medicamenteuze behandeling

- Start niet met (onderhouds)medicatie voordat de diagnose astma voldoende zeker is gesteld.
- Stel de medicatie bij onvoldoende astmacontrole bij aan de hand van het stappenplan.
- Bespreek eventuele bijwerkingen van medicatie, zoals heesheid of hematomen bij ICS.
- Overweeg bij goede astmacontrole gedurende drie maanden de onderhoudsmedicatie te minderen tot de laagste effectieve dosis ICS, al dan niet in combinatie met een LABA. Hervat bij verslechtering na de medicatiewijziging het oorspronkelijke middel of pas de dosis aan. Streef naar een stabiele situatie.
- Controleer het gebruik van de inhalatiemedicatie, door middel van de [Inhalatie-instructie](#).
- Check of de patiënt nog steeds de voorgeschreven inhalator gebruikt, of dat deze is omgezet naar een andere inhalator.
- Behandel een eventueel aanwezige allergische rinitis of reflux (zie NHG-Standaard [allergische rinitis](#) of [maagklachten](#))

Bijlage 7 Stappenplan inhalatiemedicatie” op pagina 34)

Gebruik van medicatie zo nodig bij dyspneuklachten

- Adviseer een SABA bij incidentele klachten (< 2/week overdag). Continueer een SABA voor zo nodig vanaf stap 2 ([zie de tabel in bijlage 7 op pagina 34](#)).
- Een gelijkwaardig alternatief is zo nodig (extra) inhalaties van een combinatiepreparaat met formoterol-budesonide of formoterol-beclomethason. Formoterol werkt snel en heeft een grote therapeutische breedte. Het gebruik zo nodig is alleen in genoemde combinaties onderzocht.
- Adviseer een SABA voor zo nodig bij klachten bij onderhoudsbehandeling met een ICS in combinatie met een andere LABA dan formoterol.
- Adviseer bij inspanningsklachten een SABA (ongeveer 2 uur bescherming) of bij gebruik van een combinatiepreparaat met ICS en formoterol dit preparaat te gebruiken, 10 tot 15 minuten voor de inspanning.
- Bij verwachte inspanningsklachten: adviseer gebruik van bovenstaande ‘zo nodig’-medicatie 10 tot 15 minuten voor de inspanning.
- Gebruik van ‘zo nodig’-medicatie > 2x/week, ook als dit gebeurt ter preventie van inspanningsklachten bij frequente sporters, wijst op onvoldoende astmacontrole. Ga in dat geval in samenspraak met de patiënt naar een volgende stap.

Stap 1: SABA of ICS-formoterol zo nodig

- Alleen bij patiënten met zeer weinig frequente klachten (< 2x/week overdag) volstaat een SABA voor zo nodig, bijvoorbeeld incidenteel in reactie op een allergeen. Sla in andere gevallen stap 1 over.
- Bij gebruik van een SABA kunnen bijwerkingen optreden, zoals tremor van handen, hoofdpijn, tachycardie en palpitations.
- Bij gebruik van een SABA is er risico op overmatig gebruik met risico op ernstige astma-longaanvallen, ziekenhuisopname en sterfte.
- Een gelijkwaardig alternatief is stap 1 over te slaan en laagdrempelig met ICS te starten of met formoterol-budesonide of formoterol-beclometason in een lage dosis zo nodig (maximaal 2x/week). ICS-formoterol zo nodig is vooral geschikt voor patiënten met mogelijk beperkte therapietrouw of een beperkt ziekte-inzicht.

Preventie van overmatig gebruik van kortwerkende bèta-2-agonisten

- Ga bij ieder monitoringsconsult de hoeveelheid SABA-gebruik na.
- Bij aanwijzingen voor overmatig SABA-gebruik (> 2x/week):
- Benadruk het belang om een SABA alleen bij daadwerkelijke klachten te gebruiken (of voorafgaand aan inspanning).
- Leg uit dat veelvuldig SABA-gebruik een teken is van onvoldoende gecontroleerd astma, dit kan leiden tot verminderde werking (receptortolerantie) en een risico vormt voor een longaanval.
- Vraag na welke drempels er zijn voor dagelijks gebruik van ICS. Probeer eventuele misconcepties zoveel mogelijk te corrigeren.
- Stel bij overmatig SABA-gebruik de medicatie bij volgens het stappenplan.

- Bij (risico op) overmatig gebruik is afleveren van dosisaerosolen met 200 inhalaties erg royaal. Overweeg de voorgeschreven hoeveelheden te verkleinen als de gekozen toedieningsvorm dit toelaat.
- In sommige gevallen is verwijzing naar een psycholoog nodig als de patiënt erg nerveus wordt van (angst voor) benauwdheid en snel naar een SABA grijpt.
- Evalueer bij aanwijzingen voor overmatig SABA-gebruik iedere 6 weken tot 3 maanden.
- Geef bij (top)sportgerelateerde klachten geen SABA 'op proef' voordat de diagnose astma is gesteld.
- Geef geen SABA (herhaal)recept aan sporters die met een SABA hun sportprestaties wensen te verbeteren.

Stap 2: Onderhoudsbehandeling met ICS of ICS-formoterol zo nodig

- Geef ICS in een lage dosis.
- Continueer de ICS gedurende 3 maanden.
- Bouw zo mogelijk af naar een lagere dosis. Staak ICS bij een duidelijke astmadiagnose niet, tenzij er uitsluitend seizoensgebonden klachten zijn.
- ICS kunnen lokale bijwerkingen geven, zoals heesheid en orale candidiasis.
- Lokale bijwerkingen kunnen soms verminderen door na het nemen van de medicatie de mond te spoelen (zie [Beleid bij heesheid door ICS-gebruik](#)).
- Bij hogere doses ICS neemt het risico op systemische bijwerkingen toe, zoals hematomen of bijnierschorsinsufficiëntie.
- Een alternatief is om formoterol-budesonide of formoterol-beclometason in een lage dosis zo nodig voor te schrijven (zie [NHG standaard astma voor volwassenen](#)).

Beleid bij heesheid door ICS-gebruik

- Stap bij heesheid als bijwerking van ICS niet meteen over op een ander ICS.
- Instrueer de ICS voor het eten te inhaleren en de mond na inhalatie te spoelen.
- Overweeg een aerosol in plaats van een poederinhalator of wissel van toedieningsvorm.
- Overweeg pas als bovenstaande maatregelen niet succesvol zijn, te wisselen van soort ICS.

Stap 3: Onderhoudsbehandeling met een LABA en lage dosis ICS

- Voeg een LABA aan een lage dosis ICS toe
- Bij gebruik van een LABA(-ICS) kunnen bijwerkingen optreden, zoals tremor van handen, hoofdpijn, tachycardie en palpaties.
- Combineer een LABA bij astmabehandeling altijd met een ICS. Gebruik van een LABA zonder ICS geeft een verhoogd risico op ernstige astma-longaanvallen, ziekenhuisopname en sterfte; in combinatie met een ICS is dit risico niet verhoogd.
- Een alternatief is een intermediaire dosis ICS zonder LABA.
- Wees terughoudend met gelijktijdig een los ICS en los LABA, vanwege de hogere kosten en het risico op een minder goede therapietrouw (ICS wordt vergeten of

weggelaten vanwege een door de patiënt vermeende mindere effectiviteit doordat geen snelle klachtverlichting plaatsvindt).

LAMA (tiotropium) als alternatief voor een LABA

- Overweeg tiotropium als alternatief bij bijwerkingen van een LABA (palpaties of tremoren).
- Tiotropium is geen alternatief voor ICS.
- Een veelvoorkomende bijwerking is een droge mond.

Toevoegen leukotriëenreceptorantagonist (LTRA)

- Overweeg bij onvoldoende astmacontrole toevoeging van montelukast 1 dd 10 mg.
- Geef montelukast niet als alternatief voor ICS, alleen als toevoeging.
- Evalueer na twee maanden of er verbetering is opgetreden en staak montelukast indien het geen verbetering van de astmacontrole geeft of er bijwerkingen zijn.
- Bijwerkingen van montelukast zijn bovensteluchtweginfecties, hoofdpijn, buikpijn, koorts, huiduitslag, misselijkheid, braken, diarree en een verhoogd ALAT/ASAT.

Stap 4: Onderhoudsbehandeling met een LABA en een intermediaire tot hogere dosering ICS

- Geef een LABA met een intermediaire tot (tijdelijk) hogere dosis ICS indien met stap 3 geen goede astmacontrole is bereikt (zie de tabel in [bijlage 7](#)).
- Een alternatief is een hogere dosis ICS zonder LABA.
- Overweeg bij blijvend onvoldoende astmacontrole tiotropium en/of montelukast 1dd 10 mg toe te voegen of verwijst naar een longarts.

Toevoegen LAMA (tiotropium)

- Overweeg toevoeging van tiotropium bij onvoldoende astmacontrole ondanks stap 4-medicatie. De effectiviteit van tiotropium is beperkt.
- Ga na twee maanden na of er bijwerkingen zijn. Een veelvoorkomende bijwerking is een droge mond.
- Evalueer na een jaar de effectiviteit. Staak tiotropium als het geen verbetering van de astmacontrole geeft.
- Geef tiotropium niet als alternatief voor ICS.

Stap 5: Consultatie longarts

- Consulteer of verwijst naar de longarts indien in bovenstaande stappen binnen 3 tot 6 maanden geen goede astmacontrole is bereikt.

Toedieningsvorm inhalatiemedicatie en inhalatie-instructie

Voor goede therapietrouw is het noodzakelijk dat de patiënt een inhalator heeft die bij hem past en dat de patiënt weet hoe de inhalator te gebruiken. Dit lijkt voor de

hand liggend maar de therapietrouw van patiënten met inhalatiemedicatie is over het algemeen laag.

- De middelen binnen de meeste geneesmiddelgroepen zijn over het algemeen gelijkwaardig voor wat betreft effectiviteit, veiligheid, bijwerkingen, gebruiksgemak (doseerfrequentie) en toepasbaarheid (zie de toelichting bij de afzonderlijke medicatiestappen).
- Doe ervaring op met een beperkt aantal inhalatoren.
- Kies in overleg met de patiënt een toedieningsvorm waar de patiënt goed mee kan omgaan.
- Houd rekening met de volgende zaken:
 - » Een aerosol moet met voorzetskamer gebruikt worden.
 - » De uniformiteit (mate waarin inhalatiemiddelen uit andere therapeutische groepen met dezelfde toedieningsvorm beschikbaar zijn) van een aerosol is meestal groter dan van de meeste poederinhalatoren.
 - » Voor gebruik van een aerosol met voorzetskamer is minder inhalatiekracht nodig dan bij een poederinhalator. Bij de gemiddelde astmapatiënt zal de inhalatiekracht voldoende zijn.
 - » Een algemeen bezwaar tegen aerosolen is dat ze een sterk milieubelastend broeikasgas bevatten.
 - » Gebruiksgemak (vooral bepaald door de patiënt zelf).
 - » Kosten.

Geef bij het voorschrijven van een inhalator instructie voor het gebruik. Adviseer de patiënt www.inhalatorgebruik.nl te raadplegen voor herhaling van de instructie en filmpjes. Vraag de patiënt bij iedere controle de geneesmiddelen en inhalatoren mee te nemen om de inhalatietechniek te kunnen controleren om eventuele fouten te corrigeren. Adviseer na gebruik de mond te spoelen. (zie afspraken apotheek voor de inhalatie-instructie)

Zelfmanagement

- Stimuleer de patiënt zelfstandig keuzes te maken bij dagelijkse bezigheden die mogelijk beïnvloed worden door astma.
- Bevorder dat de patiënt zelf meedenkt en -beslist over de behandeling van de aandoening.
- Leg afspraken vast in het individueel zorgplan
- Leg vast wat de patiënt zelf kan doen als de astmacontrole onvoldoende is

Consultatie of verwijzing

Verwijzing naar of consultatie van een longarts of consultatie van een kaderhuisarts ([zie bijlage 4 Portavita-registraties op pagina 31](#)) is aangewezen bij:

- twijfel aan de diagnose astma
- het vermoeden van astma én COPD (ACO)
 - » < 40 jaar: naar longarts oa ter uitsluiting van alfa 1-antitrypsinedeficiëntie
 - » > 40 jaar: consulteer de kaderarts of verwijs naar de longarts.
- discrepantie tussen klachten en spirometrie
- persisterend vermoeden onderliggende pathologie (zie [Differentiaaldiagnose](#))

- blijvend onvoldoende astmacontrole na 3-6 maanden of het niet bereiken van de persoonlijke behandeldoelen ondanks stap-4-medicatie:
 - » tenzij de onvoldoende astmacontrole alleen gebaseerd is op 1 longaanval in de afgelopen 12 maanden
 - » al dan niet in combinatie met aanwijzingen voor niet-allergisch astma (onvoldoende reactie op ICS, obesitas (BMI > 30) of als de astmaklachten op volwassen leeftijd zijn ontstaan)
- het vermoeden van door het werk veroorzaakt astma waarbij het werk of de loopbaanplanning in gevaar komt en bij al bestaand astma dat door het werk verergert ondanks stap 2-medicatie. In beide gevallen is ook verwijzing naar een bedrijfsarts geïndiceerd
- patiënten met complexe comorbiditeit
- persisterend overmatig SABA-gebruik, ondanks adequate onderhoudsbehandeling en voorlichting

[Terugverwijzen naar de huisarts](#)

Indien een patiënt met astma uit de controle van de longarts wordt ontslagen, volgt op korte termijn een brief van de longarts met in elk geval de volgende informatie:

- Diagnose, beleid, medicatie met inhalatorkeuze.
- Op welke termijn de patiënt bij de praktijkondersteuner gezien moet worden.
- Overdracht van de inhalatie-instructie.
- Het individuele zorgplan van de patiënt.

[Portavita-registraties \(bijlage 4\) op pagina 31](#)

Bijzondere aandachtsggebieden

Longaanval

Stel de diagnose longaanval astma bij progressieve dyspneu, soms met hoesten of slijm opgeven. De overgang van onvoldoende astmacontrole naar een longaanval is niet altijd duidelijk aan te geven. Langdurig onvoldoende astmacontrole kan daarentegen ook plotseling in een longaanval overgaan.

Er is een duidelijke taakverdeling in de begeleiding/behandeling van onvoldoende astmacontrole en een longaanval. Deze taakverdeling moet ook duidelijk zijn bij de patiënt.

Zelfmanagement en het daarbij behorende individuele zorgplan spelen dan ook een belangrijke rol bij een longaanval.

Praktijkondersteuner

De praktijkondersteuner heeft een belangrijke rol in het bespreken met de patiënt hoe de patiënt kan herkennen als het slechter gaat met de astma ([ACQ-6-scorelijst op pagina 30](#)) en daarbij afspraken te maken over wat de patiënt zelf kan doen, bv prikkels vermijden of medicatie starten of verhogen. Ook moet duidelijk zijn voor de patiënt wanneer de huisartspraktijk te bellen. Leg dit vast in het individuele zorgplan en geef de patiënt de mogelijkheid om het thuis te bekijken (digitaal/op papier)

Huisarts

De huisarts behandelt een longaanval. Hij maakt daarbij onderscheid tussen een ernstige en een minder-ernstige longaanval. (zie [NHG standaard Astma](#)). Registreer een longaanval waarbij oraal prednison is gegeven of een ziekenhuisopname nodig was via de hiervoor bedoelde diagnostische bepaling 3549 COAE RQ in het HIS of in Portavita tijdens de jaarcontrole. Elke doorgemaakte longaanval in het afgelopen jaar maakt dat het astma onvoldoende is gecontroleerd.

Praktijkondersteuner

De praktijkondersteuner ziet de patiënt kort na de longaanval terug op het spreekuur. De klachten en ervaren beperkingen worden geëvalueerd. Besteed aandacht aan therapietrouw, inhalatietechniek en uitlokkende factoren (TIP). Stel, in overleg met de huisarts, eventueel het medicamenteus beleid bij volgens het stappenplan. Evalueer of het individuele actieplan bij een longaanval goed heeft gewerkt voor de patiënt. Registreer de doorgemaakte longaanval.

ACO (astma-COPD-overlap)

Dit is de afkorting voor het bestaan van astma naast COPD. Stel de diagnose astma naast COPD bij patiënten > 40 jaar:

- met een anamnestic vermoeden van astma én
- tabaksrookexpositie of andere expositie én
- herhaaldelijk vastgestelde reversibiliteit in combinatie met een persisterende obstructie in de zin van afwijkende FEV1/FVC-ratio na gestandaardiseerde bronchusverwijding.

Hanteer de aandoening die het meest op de voorgrond staat als leidend voor de behandeling. Behandel patiënten die duidelijke kenmerken van beide aandoeningen hebben medicamenteus volgens de [NHG-Standaard Astma bij volwassenen](#); zie voor het niet-medicamenteuze beleid ook de [NHG-Standaard COPD](#).

Astma in combinatie met zwangerschap en lactatie

Zwangerschap

- Goede astmacontrole met medicamenteuze behandeling tijdens de zwangerschap is veiliger en geeft minder complicaties dan het accepteren van astmaklachten en longaanvallen door het staken van medicatie uit zorg over bijwerkingen voor het kind.
- Salbutamol, terbutaline, salmeterol, formoterol, fluticason, beclometason en budesonide kunnen in de gebruikelijke dosering zonder problemen worden gebruikt; dit geldt ook voor combinatiepreparaten van deze middelen.
- De ervaring met het gebruik van andere geneesmiddelen (waaronder montelukast en tiotropium) tijdens de zwangerschap is beperkt. Zet deze middelen bij voorkeur om naar een geneesmiddel waarvan meer bekend is over de risico's.
- Bij een ernstige longaanval weegt het voorkomen van hypoxemie zwaarder dan de eventuele risico's van systemische corticosteroïden voor de foetus en de zwangere (zwangerschapshypertensie, vroeggeboorte, groeivertraging en laag geboortegewicht). Behandel een longaanval tijdens de zwangerschap op dezelfde manier als buiten de zwangerschap.
- Roken tijdens de zwangerschap heeft negatieve gevolgen voor de longgroei en vergroot het risico op COPD op jongere leeftijd.
- Tijdens de zwangerschap wordt geen spirometrie verricht.

Borstvoeding

- Salbutamol, terbutaline, beclometason, budesonide, fluticason en ciclesonide kunnen zonder problemen bij borstvoeding gebruikt worden.
- Voor formoterol en salmeterol geldt dat alleen bij gebruik van een zeer hogere dosis door de moeder dit rusteloosheid en tachycardie bij de zuigeling kan veroorzaken.
- Over het gebruik van montelukast en tiotropium tijdens borstvoeding is onvoldoende bekend; het is waarschijnlijk veilig. Overweeg montelukast of tiotropium (tijdelijk) te staken.

Multidisciplinaire (regionale) afspraken

Apotheek

De apotheek speelt een belangrijke rol in de multidisciplinaire samenwerking bij astma patiënten. Astma patiënten krijgen inhalatiemedicatie voorgeschreven, de keuze voor de inhalator bij het medicament heeft een cruciale rol in de werking van het medicament. De keuze voor de inhalator wordt samen met de patiënt gemaakt op basis van voorlichting door de praktijkondersteuner of huisarts en persoonlijke overwegingen van de patiënt. Naast het belang van de keuze voor de inhalator is de inhalatie-instructie belangrijk. Tevens is herhaling van de instructie belangrijk.

Afspraken met de apotheek

- De apotheek levert uitsluitend de voorgeschreven inhalator met medicament af. Indien dit niet mogelijk is, neemt de apotheek contact op met de voorschrijver.
- Het is door de [inhalatie-instructie](#) duidelijk wie wanneer welke instructie geeft.
- De apotheek signaleert overgebruik van bronchusverwijding en communiceert dit met de hoofdbehandelaar

www.inhalatorgebruik.nl van de LAN wordt gebruikt ter ondersteuning bij de inhalatie-instructie door iedereen, zodat de patiënt informatie altijd op dezelfde manier krijgt aangeboden.

Longarts

Zowel op het gebied van diagnostiek als van de behandeling kan het nodig zijn de longarts te consulteren.

Diagnostiek

Als het in de huisartspraktijk niet lukt om een goed te beoordelen spirometrie af te nemen, kan de patiënt uitsluitend voor spirometrie verwezen worden. De spirometrie wordt door de longarts op papier beoordeeld. De patiënt wordt niet door de longarts gezien. De aanvraag verloopt via Zorgdomein en het is van belang dat de gevraagde anamnestiche en aanvullende medische informatie zorgvuldig in Zorgdomein wordt ingevuld, zodat de spirometrie beoordeeld kan worden. De interpretatie van de spirometrie kan alleen plaatsvinden als de longarts beschikt over de benodigde anamnestiche gegevens van de patiënt die in Zorgdomein ingevuld kunnen worden.

Er is de keuze uit een:

- Diagnostische spirometrie (zie [bijlage 8 Instructie stoppen medicatie voorafgaande aan diagnostische spirometrie op pagina 35](#))
- [Tabel spirometrie, medicatie en interpretatie op pagina 32 \(bijlage 5\)](#) (onder doorgebruik van eigen medicatie)

Verwijzing

Indien in de huisartspraktijk ondanks goed te beoordelen spirometrie geen reversibiliteit of variabiliteit aangetoond kan worden, dient de patiënt verwezen te worden naar de longarts. Een histamine/metacholine provocatie test is dan geadviseerd. dit kan alleen gedaan worden als de patiënt door de longarts wordt beoordeeld. Dit betreft dan ook een verwijzing.

Voor verdere verwijsindicaties zie hoofdstuk 'ketenzorgprogramma astma', paragraaf 'consultatie en verwijsindicaties'.

Leefstijlcoaches (gecombineerde leefstijlinterventie)

In de regio zijn meerdere GLI-(Gecombineerde Leefstijl Interventie)coaches actief waar de patiënt naar verwezen kan worden. De patiënt wordt door de leefstijlcoach opgeroepen voor een intakegesprek om te bepalen of iemand geschikt is voor een tweejarig traject. Binnen de regio Amstelland worden de trajecten COOL en SLIMMER aangeboden. [Zie bijlage 9 GLI-coaches op pagina 36.](#)

Bijlagen

Bijlage 1

Stroomschema no show en voorbeeldbrieven.....	22
---	----

Bijlage 2

Monitoring en spirometriefrequentie.....	27
Tabel 2.1.....	27
Tabel 2.2	28
Tabel 2.3.....	29

Bijlage 3

ACQ-6-scorelijst	30
------------------------	----

Bijlage 4

Portavita-registraties	31
No show	31
Spirometrie in KIS opvoeren:.....	31
Registratie overname 2 ^{de} lijn in KIS	31
Consultatie kaderhuisarts via KIS	31

Bijlage 5

Tabel spirometrie, medicatie en interpretatie	32
---	----

Bijlage 6

Inhalatie-instructie	33
----------------------------	----

Bijlage 7

Stappenplan inhalatiemedicatie	34
--------------------------------------	----

Bijlage 8

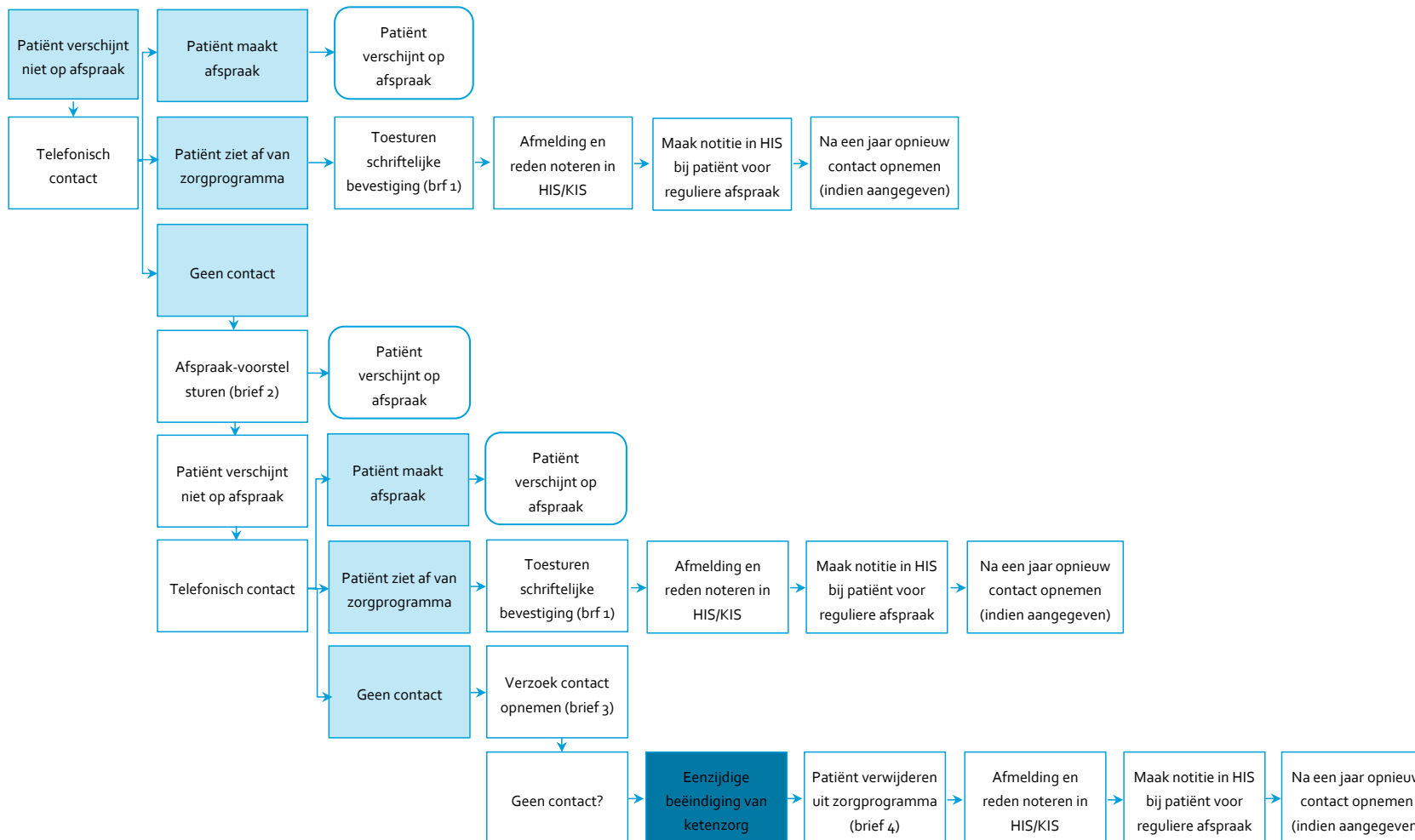
Instructie stoppen medicatie voorafgaande aan diagnostische spirometrie	35
--	----

Bijlage 9

GLI-coaches.....	36
------------------	----

Bijlage 1

Stroomschema no show en voorbeeldbrieven



Voorbeeldbrief 1: Bevestiging geen deelname zorgprogramma COPD

Onderwerp: bevestiging afzien van ketenzorg voor COPD

Geachte heer / mevrouw,

Inleiding

Voor patiënten met COPD is het belangrijk om regelmatig bij de huisarts en praktijkondersteuner op controle te komen. U wordt daarom door uw huisarts uitgenodigd voor in ieder geval één controle per jaar.

Het belang van controle

COPD is een ongeneeslijke longziekte. De luchtwegen zijn blijvend vernauwd. Daardoor werken de longen steeds minder goed. U krijgt vaak last van hoesten, benauwdheid en slijm in de luchtwegen. COPD komt door een blijvende (chronische) ontsteking van het slijmvlies in de luchtwegen. Rook of prikkelende stofdeeltjes in de ingeademde lucht veroorzaken die ontsteking. Er bestaat geen behandeling waardoor COPD over gaat. U kunt wel uw klachten verminderen door u te houden aan een aantal leefregels (op tijd stoppen met roken, gezond eten en dagelijks bewegen) en door medicatie te gebruiken. U gaat zich dan geleidelijk beter voelen. Door gezond te leven kunt u uw conditie verbeteren en ervoor zorgen dat u zich fitter voelt (Bron: www.thuisarts.nl mei 2015).

Dit is de reden dat uw huisarts en praktijkondersteuner u dringend adviseren om regelmatig op controle te komen in de praktijk zodat u op al deze punten gecontroleerd kunt worden en er tijdig ingegrepen kan worden als dat nodig is. Het ketenzorgprogramma is een extra aanbod voor mensen met COPD in aanvulling op de gewone huisartsenzorg.

In eerdere contacten heeft u aangegeven dat u er bewust voor kiest geen gebruik te maken van de controles als onderdeel van het ketenzorgprogramma voor COPD.

Wij hebben u geïnformeerd over de mogelijke gevolgen daarvan. U bent hiervan op de hoogte en u heeft aangegeven van verdere controle af te zien. Voor ons betekent dit dat wij geen optimale zorg kunnen bieden. Wij respecteren uw keuze en de praktijk zal u verder niet meer uitnodigen. Op het moment dat u besluit u toch weer aan te melden kan dat altijd bij uw huisarts of praktijkondersteuner. Over een jaar nemen wij in elk geval weer contact met u op om te vernemen of uw keuze is veranderd.

Altijd welkom

Wij vinden het belangrijk om te benadrukken dat u in de tussentijd altijd van harte welkom blijft om bij al uw gezondheidsvragen en klachten contact op te nemen met onze huisartsenpraktijk. Uw keuze om af te zien van deelname aan het ketenzorgprogramma heeft hierop geen invloed.

Als u over deze brief of de controles nog vragen heeft kunt u altijd contact opnemen met uw huisarts of praktijkondersteuner voor nadere toelichting of uitleg.

Met vriendelijke groet,

Voorbeeldbrief 2: tweede uitnodiging controleafspraak COPD

Onderwerp: Uitnodiging controle afspraak COPD

Geachte heer / mevrouw,

Inleiding

Voor patiënten met COPD is het belangrijk om regelmatig bij de huisarts en praktijkondersteuner op controle te komen. Als COPD-patiënt wordt u daarom door uw huisarts uitgenodigd voor in ieder geval één controle per jaar.

Uitnodigingen

Uit onze gegevens blijkt dat u ongeveer twee weken geleden niet bent verschenen op de controleafspraak. Ook is het niet gelukt om telefonisch contact met u te krijgen. Om die reden heb ik voor u een nieuwe controleafspraak in mijn agenda ingepland op (datum) om (tijd).

Indien u een andere datum voor uw controle wilt afspreken, omdat u bijvoorbeeld verhinderd bent op de voorgestelde datum en tijd, kan dit via bovenstaand telefoonnummer rechtstreeks met de doktersassistent op **maandag tot en met vrijdag tussen ... en ... uur**. Graag hoor ik dat zo spoedig mogelijk.

Wanneer u om welke reden dan ook geen afspraak wilt maken voor de controle van uw COPD dan zouden we graag persoonlijk met u contact willen hebben. Ook in dat geval kunt u bovenstaand telefoonnummer gebruiken van **maandag tot en met vrijdag tussen en uur**.

In het geval dat u onder behandeling bent bij de longarts voor uw COPD in een ziekenhuis of kliniek, willen wij u vragen dit ook door te geven aan uw huisarts. Op het moment dat de behandeling bij de longarts is beëindigd is het belangrijk dat u dit ook weer meldt bij uw huisarts.

Praktische problemen?

U kunt voor praktische problemen bij de controleafspraak contact opnemen met de praktijkondersteuner of de praktijkassistente van de huisartsenpraktijk. Praktische problemen zijn bijvoorbeeld dat u niet kunt komen op het tijdstip van de controleafspraak of dat u geen vervoer heeft om naar de afspraak te komen.

Het belang van controle

COPD is een ongeneeslijke longziekte. De luchtwegen zijn blijvend vernauwd. Daardoor werken de longen steeds minder goed. U krijgt vaak last van hoesten, benauwdheid en slijm in de luchtwegen. COPD komt door een blijvende (chronische) ontsteking van het slijmvlies in de luchtwegen. Rook of prikkelende stofdeeltjes in de ingeademde lucht veroorzaken die ontsteking. Er bestaat geen behandeling waardoor COPD over gaat. U kunt wel uw klachten verminderen door u te houden aan een aantal leefregels (op tijd stoppen met roken, gezond eten en dagelijks bewegen) en door medicatie te gebruiken. U gaat zich dan geleidelijk beter voelen. Door gezond te leven kunt u uw conditie verbeteren en ervoor zorgen dat u zich fitter voelt (Bron: www.thuisarts.nl mei 2015).

Dit is de reden dat uw huisarts en praktijkondersteuner u dringend adviseren om regelmatig op controle te komen in de praktijk zodat u op al deze punten gecontroleerd kunt worden en er tijdig ingegrepen kan worden als dat nodig is. Het ketenzorgprogramma is een extra aanbod voor mensen met COPD in aanvulling op de gewone huisartsenzorg.

Afzien van controle

Als u toch besluit om af te zien van de controle, verzoeken wij u om dit aan ons door te geven. Dit kan telefonisch of door de bijgevoegde verklaring in te vullen en op te sturen. De praktijk zal u dan verder niet meer uitnodigen. Op het moment dat u daarna besluit u toch weer aan te melden kan dat altijd bij uw huisarts of praktijkondersteuner. Over een jaar nemen wij in elk geval weer contact met u op om te vernemen of uw keuze is veranderd.

Altijd welkom

Wij vinden het belangrijk om te benadrukken dat u in de tussentijd altijd van harte welkom blijft om bij al uw gezondheidsvragen en klachten contact op te nemen met onze huisartsenpraktijk. Uw keuze om wel of niet deel te nemen aan het ketenzorgprogramma heeft hierop geen invloed.

Als u over deze brief of de controles nog vragen heeft kunt u altijd een afspraak maken bij uw huisarts of praktijkondersteuner voor nadere toelichting of uitleg.

Met vriendelijke groet,

Voorbeeldbrief 3: eenzijdige beëindiging van ketenzorg COPD

Onderwerp: Beëindiging deelname zorgprogramma COPD

Geachte heer / mevrouw,

Inleiding

Voor patiënten met COPD is het belangrijk om regelmatig bij de huisarts en praktijkondersteuner op controle te komen. Als COPD patiënt wordt u daarom door uw huisarts uitgenodigd voor in ieder geval één controle per jaar.

Het belang van controle

COPD is een ongeneeslijke longziekte. De luchtwegen zijn blijvend vernauwd. Daardoor werken de longen steeds minder goed. U krijgt vaak last van hoesten, benauwdheid en slijm in de luchtwegen. COPD komt door een blijvende (chronische) ontsteking van het slijmvlies in de luchtwegen. Rook of prikkelende stofdeeltjes in de ingeademde lucht veroorzaken die ontsteking. Er bestaat geen behandeling waardoor COPD over gaat. U kunt wel uw klachten verminderen door u te houden aan een aantal leefregels (op tijd stoppen met roken, gezond eten en dagelijks bewegen) en door medicatie te gebruiken. U gaat zich dan geleidelijk beter voelen. Door gezond te leven kunt u uw conditie verbeteren en ervoor zorgen dat u zich fitter voelt (Bron: www.thuisarts.nl mei 2015).

Dit is de reden dat uw huisarts en praktijkondersteuner u dringend adviseren om regelmatig op controle te komen in de praktijk zodat u op al deze punten gecontroleerd kunt worden en er tijdig ingegrepen kan worden als dat nodig is. Het ketenzorgprogramma is een extra aanbod voor mensen met COPD in aanvulling op de gewone huisartsenzorg.

Contact met u gezocht

Uit onze gegevens blijkt dat u de afgelopen weken niet bent verschenen of heeft gereageerd op de uitnodigingen voor deze controleafspraken. Wij hebben meerdere malen telefonisch contact met u gezocht en u schriftelijk benaderd voor het maken van een afspraak, omdat wij u graag zo goed mogelijke zorg willen bieden. Tot onze spijt slagen we er niet in hierover met u in contact te komen.

Afzien van controle

Wij gaan ervan uit dat u er bewust voor kiest om **geen** gebruik te maken van de controles als onderdeel van het zorgprogramma. Wij respecteren uiteraard uw keuze en zien dan verder af van actieve oproepen voor een periode van 1 jaar. Daarna nemen wij weer opnieuw contact met u op om te vernemen of uw keuze is veranderd.

Altijd welkom

Wij vinden het belangrijk om te benadrukken dat u in de tussentijd altijd van harte welkom blijft om bij al uw gezondheidsvragen en klachten contact op te nemen met onze huisartsenpraktijk. Uw keuze om af te zien van deelname aan het ketenzorgprogramma heeft hierop geen invloed.

Als u over deze brief of de controles nog vragen heeft kunt u altijd een afspraak maken bij uw huisarts of praktijkondersteuner voor nadere toelichting of uitleg.

Met vriendelijke groet,

Bijlage 2

Monitoring en spirometriefrequentie.

Tabel 2.1

Patiënten	Monitoring	Spirometrie
Goede controle (zo nodig luchtwegverwijder)	Jaarlijks (telefonisch) consult	niet
Goede controle met stap-1-medicatie	Jaarlijks	Niet, behalve de eerste drie jaar
Goede astma controle vanaf stap-2-medicatie	Jaarlijks	Jaarlijks
Onvoldoende astmacontrole	Elke 6 -12 weken tot dat persoonlijke behandeldoelen zijn bereikt en medicatie optimaal is gedoseerd	Ten minste jaarlijks
Rokers	Jaarlijks	Jaarlijks
Patiënten met beperkte levensverwachting	Zorg op maat	Niet

Tabel 2.2

GLI 2012

BEOORDELINGSFORMULIER SPIROMETRIE										naam:		datum:	
										geboortedatum:		uitvoerder:	
Uitvoering										Commentaar			
Coöperatie	begrijpt de patiënt de uitleg?					☐ Ja ☐ Nee		Vooraf:					
	worden de correcties opgevolgd?					☐ Ja ☐ Nee							
	is de P in staat een maximale inspanning te verrichten?					☐ Ja ☐ Nee							
	is de P gemotiveerd een maximale inspanning te					☐ Ja ☐ Nee							
	overall indruk		volgens patiënt		ging goed/kon beter		na verwijding		☐ Zelfkie ☐ Beter		gewicht: kg		
		vlg uitvoerder		ging goed/kon beter				☐ Zelfkie ☐ Beter		lengte: m			
										Reversibiliteits-test:		☐ Ja ☐ Nee	
Acceptatie	Uitvoering ; 4 M ² s	maximaal diepe inademing					☐ Ja ☐ Nee		laatst ingenomen bronchusdilatatatie:				
		maximaal krachtige uitademing					☐ Ja ☐ Nee						
		maximaal lange uitademing					☐ Ja ☐ Nee						
		maximaal diepe inademing					☐ Ja ☐ Nee						
		mondstuk ts tanden en lippen					☐ Ja ☐ Nee						
		rechte houding gehandhaafd					☐ Ja ☐ Nee						
		geen luchtlekkage					☐ Ja ☐ Nee						
	FV-curve	snelle stijging					☐ Ja ☐ Nee		stofnaam:				
		scherpe piek					☐ Ja ☐ Nee		uren geleden:				
		gladde curve					☐ Ja ☐ Nee		dosering:				
		geleidelijke daling naar X-as					☐ Ja ☐ Nee		aantal uitvoeringen:				
		uitademingsvolume gelijk aan inademingsvolume					☐ Ja ☐ Nee		pré post				
	VT	uitademing langer dan 6 sec					☐ Ja ☐ Nee		bronchusdilatatatie mbv: ☐ salbutam ☐ ipratropiu				
		plateaufase van min. 1 sec					☐ Ja ☐ Nee						
	HERHAALBAARHEID			prébronchodilator			postbronchodilator			beleid:			
hoogste waarde				op 1 na hoogste waarde	voldaan	hoogste waarde	op 1 na hoogste waarde	voldaan					
bekijk de 2 hoogste FEV1				 l	 l	☐ ja	 l	 l	☐ ja				
			bekijk de 2 hoogste FVC	 l	 l	☐ ja	 l	 l	☐ ja				
Resultaat	hoogste waarde	voorspelde waarde	pré	pré: % van voorspeld	Z score	post	post: % van voorspeld	Z score	Wijziging post tov pre ml / %				
	FVC	 l	 l	 %		 l	 %		 ml / %				
	FEV1	 l	 l	 %	X	 l	 %	X	 ml / %				
	FEV/FVC	X	 %	X		 %	X		X				
Interpretatie													
diagnostische overwegingen+conclusie													
R	FVC	gemeten waarde	% van voorspeld	Z score	(cijfers + curve)		-Restrictie? → 2^e lijn TLC -Obstructie passend bij of -Astma -COPD -Normale longfunctie Conclusie:						
		 l	 %		Mogelijk restrictie	☐ ja ☐ nee							
O	Pre/post FEV1/FVC	 % - %			Obstructie pre	☐ ja ☐ nee							
					Obstructie post	☐ ja ☐ nee							
E	Pre/post FEV1	 l	 %	X	☐ licht	☐ matig							
		 l	 %	X	☐ ernstig	☐ zeer ernstig							
R	toename na verwijding	toename %	toename ml	X	reversibiliteit		☐ ja ☐ nee						
		(post-pré)/pré = % toename	post-pré = ml										
GLI CASPIR jr/ maart 2015													
beoordelaar:													

Tabel 2.3

Interpretatie		
Systematisch interpreteren volgens ROER		
Restrictie:	FVC	$z < -1,64$
Obstructie:	FEV1/FVC	bij $z < -1,64$
Ernst obstructie:	FEV1	(% voorspeld)
Reversibiliteit:	toename FEV1 $\geq 12\%$ én ≥ 200 ml	
Interpreteer zowel de pre-als de posttest		

De conclusie is dat je variabiliteit berekent uit 2 spiro's die binnen een jaar (geen minimum interval) zijn afgenomen. Pre-, post, of met eigen medicatie maakt niet uit. De testen hoeven niet opeenvolgend te zijn. Verandering kan ten goed of juist ten slechte zijn. Je berekent het absolute verschil tussen de beste en slechtste FEV1. Dit verschil zet je af tegen de slechtste FEV1 (x100%).

Bijlage 3

ACQ-6-scorelijst

1.	Hoe vaak bent u per nacht gemiddeld wakker geworden door uw astma in de afgelopen week?	Nooit Bijna nooit Een paar keer Verscheidene keren Vaak Heel vaak Kon niet slapen vanwege astma
2.	Hoe ernstig waren uw astmaklachten bij het wakker worden 's morgens gemiddeld in de afgelopen week?	Geen klachten Heel lichte klachten Lichte klachten Matige klachten Vrij ernstige klachten Ernstige klachten heel ernstige klachten
3.	In welke mate werd u over het algemeen in de afgelopen week door uw astma beperkt bij uw activiteiten?	Helemaal niet beperkt Nauwelijks beperkt Een beetje beperkt Tamelijk beperkt Erg beperkt Heel erg beperkt Volledig beperkt
4.	In welke mate heeft u zich over het algemeen kortademig gevoeld in de afgelopen week tengevolge van uw astma?	Helemaal niet Nauwelijks Een beetje Middelmatig Vrij ernstig Ernstig Heel ernstig
5.	Hoe vaak had u in de afgelopen week over het algemeen een piepende ademhaling?	Nooit Zelden Af en toe Geregeld Vaak Meestal Altijd
6.	Hoe veel puffs/inhalaties van een kortwerkend luchtwegvervrijdend middel (bijv. ventolin,bricanyl, salbutamol of airomir) heeft u op de meeste dagen genomen in de afgelopen week? (Als u niet zeker weet hoe u deze vraag moet beantwoorden, vraag dan a.u.b. om uitleg)	Geen 1-2 puffs/inhalaties 3-4 puffs/inhalaties 5-8 puffs/inhalaties 9-12 puffs/inhalaties 13-16 puffs/inhalaties meer dan 16 puffs/inhalaties

Bijlage 4

Portavita-registraties

No show

- In het scherm van de patiënt, gaat u bij de linker tabs naar behandelplan.
- ga bovenaan bij de tabs naar deelname ketenzorg.
- klik op de knop wijzig en vul in

Spirometrie in KIS opvoeren:

De afgenomen spirometrie dient opgeslagen te worden in het HIS en KIS.

De afgenomen spirometrie is op te slaan als pdf en (bij care fusion) als een xml-bestand. Het pdf-bestand is in het patiëntendossier in het HIS en KIS op te slaan. Het xml-bestand is een cijferbestand. In het HIS en het KIS worden deze cijfers weggeschreven in een diagnostisch veld, zodat testen onderling kunnen worden vergeleken.

Registratie overname 2^{de} lijn in KIS

De patiënt die wordt overgenomen door de 2^{de} lijn voor behandeling registreert u als volgt.

- ga in het scherm van de patiënt
- ga in de linker tabs naar behandelplan
- klik op de button {staak behandeling} en vul in

Consultatie kaderhuisarts via KIS

De huisarts en of POH hebben een patiënt en of spirometrie gebonden vraag, deze stelt u als volgt.

- ga in het scherm van de patiënt
- ga in de linker tabs naar consult kaderarts
- klik op de button {aanvragen} en vul in

De kaderhuisarts kan nu meekijken in het KIS van deze patiënt. Het advies van de kaderhuisarts staat gelijk in het patiëntendossier binnen het KIS.

Bijlage 5

Tabel spirometrie, medicatie en interpretatie

Tabel 7 Spirometrie: frequentie, procedures en interpretatie spirometrie in de monitoringsfase

Frequentie	Gebruik luchtwegmedicatie	Gestandaardiseerde bronchusverwijding	Interpretatie
6-12 weken Onvoldoende astmacontrole Jaarlijks Rokers Het jaar na een longaanval Vanaf stap 3- medicatie Gedurende de eerste 3 jaar jaarlijks Stap 1-medicatie en stap 2-medicatie	Eigen luchtwegmedicatie voorafgaand aan monitoringsconsult continueren	Alleen bij: discrepantie tussen klachten en spirometrie of twijfel aan diagnose twijfel over (wijze van) gebruik eigen medicatie	Fysiologische daling: daling van FEV ₁ over ten minste 3 jaar (≥ 3 metingen) met gemiddeld ≤ 35 ml/jaar Persisterende obstructie of meer dan fysiologische daling FEV₁ teken van verminderde astmacontrole: ga oorzaak na en pas beleid aan overweeg COPD naast astma

(voor)Instructie bij voorschrijven ontvangen	1 ^{ste} instructie bij uitgifte van de medicatie bij de apotheek	2 ^{de} instructie bij longverpleegkundige of praktijkondersteuner	3 ^{de} instructie bij apotheek bij afhalen 1 ^{ste} herhaling van de medicatie	4 ^{de} instructie bij longverpleegkundige of praktijkondersteuner
JA / NEE	Demonstreer het gebruik met behulp van de website: www.inhalatorgebruik.nl Patiënt demonstreert gebruik van het medicijn. Wat valt op?	Demonstreer het gebruik met behulp van de website: www.inhalatorgebruik.nl Patiënt demonstreert gebruik van het medicijn. Wat valt op?	Demonstreer het gebruik met behulp van de website: www.inhalatorgebruik.nl Patiënt demonstreert gebruik van het medicijn. Wat valt op?	Demonstreer het gebruik met behulp van de site: www.inhalatorgebruik.nl Patiënt demonstreert gebruik van het medicijn. Wat valt op?
	Welk medicijn / device is uitgegeven?	Wat is de werking van het medicijn dat u heeft gekregen? Herhaalrecept meegeven!	Is het herhaalrecept rond juiste datum van gebruik afgehaald?	Wordt de medicatie volgens voorschrift gebruikt?

Bijlage 7

Stappenplan inhalatiemedicatie

Tabel 3 Stappenplan inhalatiemedicatie astma bij volwassenen

	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*				

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

Bijlage 8

Instructie stoppen medicatie voorafgaande aan diagnostische spirometrie

Spirometrie: indicaties, procedures en interpretatie diagnostische fase		
Gebruik eigen luchtwegmedicatie	Procedure	Interpretatie
Gebruik voor de test geen kort (4 uur) of langwerkende (24 uur) luchtwegverwijder Bij herdiagnostiek: staak ICS ten minste 6 weken voor spirometrie als staken leidt tot toename van klachten: spirometrie op korte termijn (< 2-3 dagen)	Blazen flowvolumecurve Gestandaardiseerde bronchusverwijding. Salbutamol 100 microg via dosisaerosol en voorzetkamer in 4 afzonderlijke inhalaties met interval van 30 seconden Flowvolumecurve opnieuw na 15 minuten	Reversibiliteit/variabiliteit FEV1-toename ten opzichte van de waarde vóór bronchusverwijding met $\geq 12\%$ én ≥ 200 ml of toe- of afname bij herhaalde meting na ten minste 4 weken (variabiliteit) wijst op astma (ook bij een normale FEV1/FVC-ratio), maar sluit COPD niet uit. Geen persisterende obstructie Normale FEV1/FVC-ratio (≥ 5e percentiel) na bronchusverwijding sluit COPD uit maar astma niet. Persisterende obstructie Afwijkende FEV1/FVC-ratio (< 5e percentiel) kan wijzen op nog onvoldoende behandeld astma maar ook een aanwijzing zijn voor COPD.

Bijlage 9

GLI-coaches

GLI-coaches in de regio (verwijzen via zorgmail):

- Diëtistepraktijk **Dietheek** en fysiotherapiepraktijk **Motion** in Uithoorn bieden het programma SLIMMER aan
- Diëtistepraktijk **Dietheek** en fysiotherapiepraktijk **Zonnestein** in Amstelveen bieden het programma SLIMMER aan.
- Fysiotherapiepraktijk **PACA** in Aalsmeer biedt het programma COOL aan.
- Diëtistenpraktijk **Renate de Schaap** in Amstelveen biedt het programma SLIMMER aan.
- **Fysiotherapie praktijk Dreesweg** in Amstelveen biedt het programma SLIMMER aan.