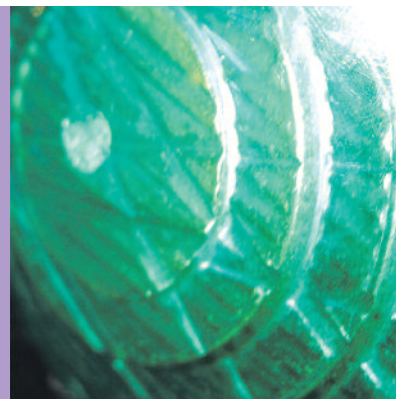
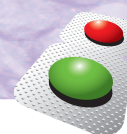


FTO-module



COPD

Werkmateriaal voor een FTO-bijeenkomst



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik

Colofon

Auteur

Marloes Dankers, apotheker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

Met medewerking van

Persijn Honkoop, huisarts, NHG

Karen de Leest, apotheker, KNMP

Rian Lelie - van der Zande, apotheker, KNMP

Vroon Pigmans, huisarts, NHG

Marcel Stroo, apotheker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

Elaine Wong-Go, apotheker, KNMP

Illustratie

Len Munnik

Herziene versie, 2015

Deze FTO-module is ontwikkeld door het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik in samenwerking met KNMP en NHG.

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht
tel 0888 800 400
info@medicijngebruik.nl www.medicijngebruik.nl





Materiaal voor een FTO over COPD

- 4 Inleiding
- 5 Doel
- 5 Toelichting
- 5 Programma
- 6 Uitvoering

Bijlagen

- 8 1 Handleiding prescriptiecijfers
- 13 2A Kennistoets
- 14 2B Antwoorden kennistoets
- 17 3A Casuïstiek voor huisarts en praktijkondersteuner
- 23 3B Casuïstiek voor de apotheker
- 29 3C Toelichting casuïstiek
- 35 4 Voorbeeldafspraken

- 36 Literatuur

Materiaal voor een FTO over COPD

Wij hopen dat deze FTO-module aan uw wensen voldoet. Wij horen het echter graag als u suggesties heeft voor verbetering. Zo kunnen wij onze materialen verbeteren en u de hoogste kwaliteit leveren. Mail uw reactie naar helpdeskfto@medicijngebruik.nl.

TIP

Nodig ook de praktijkondersteuners, praktijkverpleegkundigen en/of longverpleegkundigen uit die betrokken zijn bij de begeleiding van patiënten met COPD.

Inleiding

Deze FTO-module is bedoeld voor huisartsen en apothekers die een FTO-bijeenkomst voorbereiden over COPD. In de module werken we een bijeenkomst uit met een duur van ongeveer anderhalf uur.

Het programma in deze module richt zich op de niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandeling van COPD. Aan de hand van een kennistoets, casuïstiek en eigen voorschrijfgegevens gaat u na in hoeverre uw beleid overeenkomt met de aanbevelingen in de NHG-Standaard *COPD* (2015). U sluit de bijeenkomst af met het maken van afspraken over het beleid bij patiënten met COPD.

Voor meer inhoudelijke informatie verwijzen wij u naar de literatuur, zoals die vermeld staat in de literatuurlijst achter in deze uitgave.



Een FTO-bijeenkomst over COPD

Doel

De deelnemers

- ▶ kennen de niet-medicamenteuze en medicamenteuze aanbevelingen uit de NHG-Standaard *COPD* (2015)
- ▶ hebben inzicht in hun eigen voorschrijfbeleid bij patiënten met COPD
- ▶ maken gezamenlijke afspraken over de niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandeling van patiënten met COPD

Toelichting

COPD is een aandoening die zich kenmerkt door een niet volledig reversibele en doorgaans progressieve luchtwegobstructie. Deze is het gevolg van een abnormale ontstekingsreactie van de longen op inhalatie van schadelijke gassen en deeltjes. De belangrijkste risicofactor voor COPD is roken. De geschatte prevalentie in Nederland is 2,4 procent bij mannen en 1,7 procent bij vrouwen. Naar schatting krijgt 10 tot 15 procent van de rokers de diagnose COPD.

De persisterende ontstekingsreactie veroorzaakt schade aan de kleine luchtwegen. Dit leidt vervolgens tot progressieve bronchusobstructie, hypersecretie van mucus en hyperinflatie. Uiteindelijk leidt dit tot gaswisselingsstoornissen, emfyseem, pulmonale hypertensie en cor pulmonale.

De behandeling van patiënten met COPD richt zich op

- ▶ beperken van de klachten
- ▶ verbeteren van het inspanningsvermogen
- ▶ verbeteren van ziektegerelateerde kwaliteit van leven
- ▶ verlagen van de toekomstige ziektelast (normaliseren van de achteruitgang van de longfunctie, voorkomen van exacerbaties en uitstellen of voorkomen van invaliditeit, arbeidsongeschiktheid en mortaliteit)

De NHG-Standaard *COPD* geeft aanwijzingen voor het niet-medicamenteuze en medicamenteuze beleid bij COPD, waarbij stoppen met roken (en gestopt blijven) voorop staat. De huisarts kan de meeste COPD-patiënten zelf begeleiden en behandelen. Een belangrijk deel van de zorg, zoals voorlichting, instructie, hulp bij stoppen met roken, spirometrie en monitoring, kan hij echter ook delegeren aan een praktijkondersteuner. Ook de apotheek zal een deel van de zorg, zoals voorlichting, monitoring en medicatiebewaking, verzorgen. In het FTO kunnen huisarts, praktijkondersteuner en apotheker gezamenlijke afspraken maken over het niet-medicamenteuze en medicamenteuze beleid bij COPD.

TIP

Maak gebruik van het Medicijnjournaal in het FTO. Het audiovisuele Medicijnjournaal praat u in ongeveer 10 minuten bij over de laatste ontwikkelingen op het gebied van nieuwe geneesmiddelen. Het themajournaal 'Astma en COPD' van medio 2015 besteedt onder andere aandacht aan belangrijke wijzigingen in de nieuwe NHG-Standaarden over astma en COPD en de nieuwe inhalatiemiddelen. Aan de journaals werken onder andere het NHG, CBG en Zorginstituut Nederland mee. Bekijk de journaals op www.medicijnbalans.nl/video.



Programma

- 5 minuten Inleiding
- 15 minuten Kennistoets
- 25 minuten Casus
- 20 minuten Eigen beleid
- 15 minuten Afspraken
- 10 minuten Afsluiting

Uitvoering

Apothekers en huisartsen die meer werk willen maken van professionalisering van het FTO, kunnen hierbij ondersteuning krijgen. Voor meer informatie zie www.medicijngebruik.nl. U vindt hier onder andere informatie over de FTO-nieuwsbrief en het handboek FTO, met tips over de agenda, voorbereiding, taakverdeling, voorzittertips en een verslagformulier.

TIPS

- ▶ Wilt u andere casuïstiek in uw FTO gebruiken? Kijk dan op de website van het IVM (www.medicijngebruik.nl) voor FTO casuïstiek 'COPD'.
- ▶ Huisartsen kunnen ter voorbereiding op het FTO het Programma Individuele Nascholing (PIN) 'Astma en COPD' van het NHG volgen. Zie voor meer informatie www.nhg.org.

Voor de bijeenkomst

- ▶ Bereid de bijeenkomst drie tot vier weken van tevoren voor (huisarts en apotheker samen). Bekijk het programma en de werkwijze van de bijeenkomst en maak afspraken over de taakverdeling tijdens de bijeenkomst.
- ▶ Bestudeer de materie. U kunt hiervoor gebruik maken van de toelichting bij de kennistoets (bijlage 2B), de toelichting bij de casuïstiek (bijlage 3C), de NHG-Standaard COPD (2015), de KNMP-standaard COPD (2014) en de literatuurlijst.
- ▶ Stuur drie weken voor de bijeenkomst bijlage 1 naar de apotheker(s) en/of huisartsen met het uitdrukkelijk verzoek de gegenereerde gegevens uiterlijk een week voor de FTO-bijeenkomst terug te sturen.
- ▶ Maak grafieken van de verzamelde gegevens. Zie bijlage 1 voor instructies.
- ▶ Stuur uiterlijk een week voor de bijeenkomst een uitnodiging met de agenda naar alle deelnemers.
- ▶ Bekijk de PowerPoint-presentatie behorend bij deze FTO-module en pas deze zo nodig aan.
- ▶ Kopieer bijlage 2A, 2B en 3C voor alle deelnemers. Kopieer voor de huisartsen en praktijkondersteuners daarnaast bijlage 3A en voor de apothekers bijlage 3B.



Tijdens de bijeenkomst

Inleiding (5 min)

- ▶ Leid de bijeenkomst in met behulp van de tekst onder 'Doel' en 'Toelichting' en bespreek het programma.

Kennistoets (15 min)

- ▶ Deel de kennistoets uit (bijlage 2A). Vraag de deelnemers de vragen individueel te beantwoorden in maximaal vijf minuten.
- ▶ Bespreek de antwoorden op de kennistoets aan de hand van bijlage 2B.
- ▶ Laat de deelnemers naar aanleiding van de discussie verbeterpunten benoemen. Noteer deze op flap-over.

Casuïstiek (25 min)

- ▶ Deel de casuïstiek van bijlage 3A (huisartsen en praktijkondersteuners) en 3B (apothekers) uit en laat de deelnemers individueel de vragen beantwoorden in tien minuten.
- ▶ Bespreek de antwoorden van de deelnemers. Gebruik bij de discussie de informatie van bijlage 3C.
- ▶ Laat de deelnemers naar aanleiding van de discussie verbeterpunten benoemen. Noteer deze op flap-over.

Eigen beleid (20 minuten)

- ▶ Presenteer de grafieken. Bespreek de onderlinge verschillen en ga na in welke mate de deelnemers voorschrijven volgens de adviezen in de NHG-standaard COPD (2015).
- ▶ Laat de huisartsen en praktijkondersteuners aangeven waarom zij (eventueel) afwijken en welke problemen zij ervaren met het volgen van het beleid in de NHG-standaard.
- ▶ Maak afspraken over het te volgen beleid als herhaalrecepten uit de tweede lijn niet in lijn zijn met de adviezen uit de NHG-Standaard.
- ▶ Laat de deelnemers verbeterpunten benoemen. Noteer deze op flap-over.

Afspraken (15 min)

- ▶ Herhaal de benoemde verbeterpunten en belangrijkste knelpunten. Laat de deelnemers aangeven welke verbeterpunten zij (als eerste) willen aanpakken en welke resultaten zij hiermee willen bereiken.
- ▶ Formuleer de beoogde resultaten volgens de SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) principes. Voor voorbeelden zie bijlage 4.

Afsluiting (5 min)

- ▶ Laat alle deelnemers hun leermomenten en persoonlijke voornemens benoemen.
- ▶ Neem de gezamenlijke afspraken en persoonlijke voornemens op in het verslag.
- ▶ Spreek af hoe u de gemaakte afspraken gaat evalueren.
- ▶ Stel een datum vast voor de evaluatie van de afspraken. Een voorbeeldprogramma voor de evaluatie vindt u terug in het kader 'Voorbeeld evaluatieprogramma'.
- ▶ Deel bijlage 2B en 3C uit aan alle deelnemers.
- ▶ Sluit de bijeenkomst af.

Bedenk dat afspraken de meeste kans van slagen hebben als ze behapbaar zijn en relatief eenvoudig praktisch uitvoerbaar. Maak niet te veel afspraken en houd ze concreet.

Voorbeeld evaluatieprogramma

Gemaakte afspraken (10 min)

- ▶ Presenteer de gemaakte afspraken kort.
- ▶ Vraag de deelnemers naar hun ervaringen (succesfactoren en knelpunten).
- ▶ Controleer of de resultaatdoelstellingen zijn behaald.

Knelpunten (10 min)

- ▶ Inventariseer de knelpunten bij niet nagekomen resultaatdoelstellingen.
- ▶ Bedenk oplossingen voor de gevonden knelpunten.
- ▶ Bepaal of de afspraken moeten worden bijgesteld.

Vaststellen nieuwe afspraken (5 min)

- ▶ Formuleer nieuwe afspraken en resultaatdoelstellingen.

Afsluiting (5 min)

- ▶ Stel een datum vast voor de evaluatie van de nieuwe afspraken.
- ▶ Neem alle afspraken op in het verslag.

Bijlage 1

Handleiding prescriptiecijfers

Bij het genereren van gegevens uit HIS of AIS kunt u gebruik maken van standaardscripts of een rapport-generator, bijvoorbeeld MuSQLe, Crystal Reports of Q-module. Ook is het mogelijk gebruik te maken van een aanvullend zorgprogramma (zoals NControl, WeCare of MijnBrocef) of een applicatieprogramma (zoals AFTO4Win van Paracletos of ADA4Care van IMS).

Instructies voor de voorbereiders

Voor een FTO over COPD zijn prescriptiecijfers die antwoord geven op de volgende vragen relevant:

1. Hoeveel COPD-patiënten gebruiken inhalaticorticosteroiden en hoeveel daarvan gebruiken het inhalaticorticosteroid langer dan twee jaar?
2. Hoeveel COPD-patiënten gebruiken nieuwe inhalatiemiddelen en welke middelen zijn dit?

Voor het beantwoorden van vraag 1 kunt u alleen gebruik maken van gegevens uit het huisartsinformatiesysteem (HIS), omdat het in het apothekeninformatiesysteem (AIS) vooralsnog niet mogelijk is om volledig onderscheid te maken tussen astma en COPD (zie kader Contra-indicaties 'Astma' en 'COPD').

Voor vraag 2 kunt u zowel gebruik maken van gegevens uit het HIS als van gegevens uit het AIS of van SFK Select van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK), omdat het onderscheid tussen astma en COPD hier minder van belang is. De nieuwe inhalatiemiddelen worden immers bij zowel astma als COPD niet aanbevolen. Bovendien zijn een aantal van de nieuwe middelen alleen geregistreerd voor COPD-patiënten.

Voorwaarde voor gebruik van gegevens uit het HIS is dat de huisartsen goed ICPC coderen, aangezien verschillen in coderen een verklaring kunnen zijn voor onderlinge verschillen in beleid.

Afhankelijk van de mogelijkheden in uw FTO, beslist u welke gegevensbron u gebruikt voor het verzamelen van de gegevens. Kies voor één type gegevensbron per vraag, vanwege eventuele verschillen tussen de te genereren gegevens.

Contra-indicaties 'Astma' en 'COPD'

Sinds februari 2015 is in de G-Standaard de contra-indicatieaard (CI-aard) 'Astma/COPD' gesplitst in de CI-aarden 'astma' en 'COPD'. Tot 1 februari 2016 zal ook nog de gecombineerde CI-aard 'astma/COPD' beschikbaar zijn, daarna vervalt deze. Voor een optimale medicatiebewaking bij astma en COPD zullen apothekers in 2015 moeten inventariseren welke aandoening de patiënt heeft. Indien de apotheek de contra-indicaties volledig bijwerkt, is het mogelijk om alle grafieken te genereren met gegevens uit het AIS.

Na het verzamelen van de afzonderlijke gegevens van de huisartsen of apotheker(s) maakt u de bijbehorende grafieken, bijvoorbeeld in Excel. Indien de gegevens afkomstig zijn van meerdere apothekers, dan dient u eerst per huisarts de totale aantallen patiënten te berekenen.

Wanneer u een vraag heeft over het verkrijgen van gegevens en het maken van de grafieken, kunt u contact opnemen met de helpdesk 'cijfers' van het IVM via helpdeskcijfers@medicijngebruik.nl.

Discussiepunten

Vraag 1: Gebruik inhalatiecorticosteroiden bij COPD-patiënten.

Voor COPD-patiënten die minimaal twee jaar inhalatiecorticosteroiden gebruiken, zijn drie scenario's denkbaar:

1. Het aantal exacerbaties is niet afgenomen.
2. Er zijn geen exacerbaties meer opgetreden.
3. Het aantal exacerbaties is afgenomen (maar niet tot nul).

Alleen in situatie 3 dient u het inhalatiecorticosteroid te continueren. Bij situatie 1 en 2 dient u het inhalatiecorticosteroid conform de adviezen in de NHG-Standaard *COPD* (2015) te staken, bij situatie 1 zelfs al na één jaar behandeling met het inhalatiecorticosteroid.

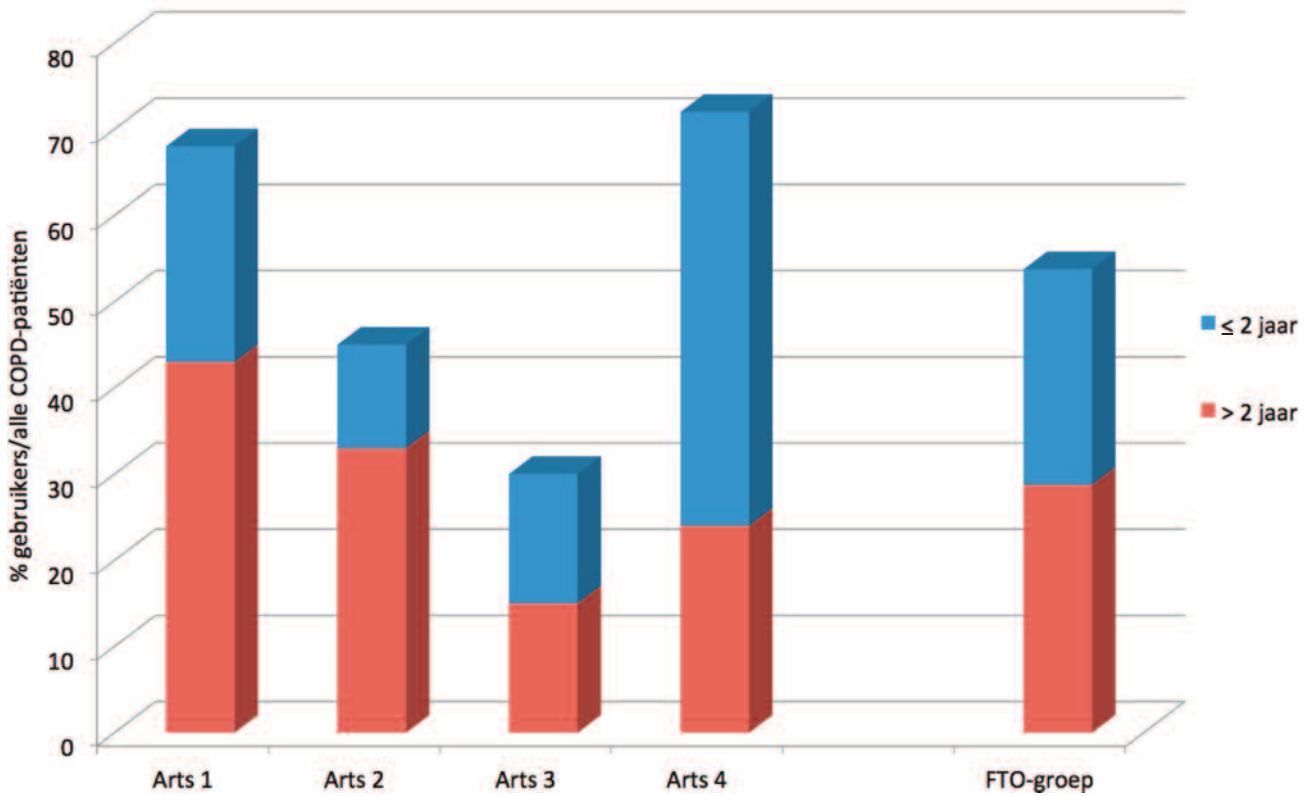
U kunt voor de selectie van de patiënten optioneel het aantal exacerbaties (bijvoorbeeld aan de hand van het aantal stootkuren prednison en/of antibiotica) meenemen. Hierbij is met name de groep COPD-patiënten zonder exacerbaties (situatie 2) te identificeren.

Vraag 2: Nieuwe inhalatiemiddelen bij COPD-patiënten.

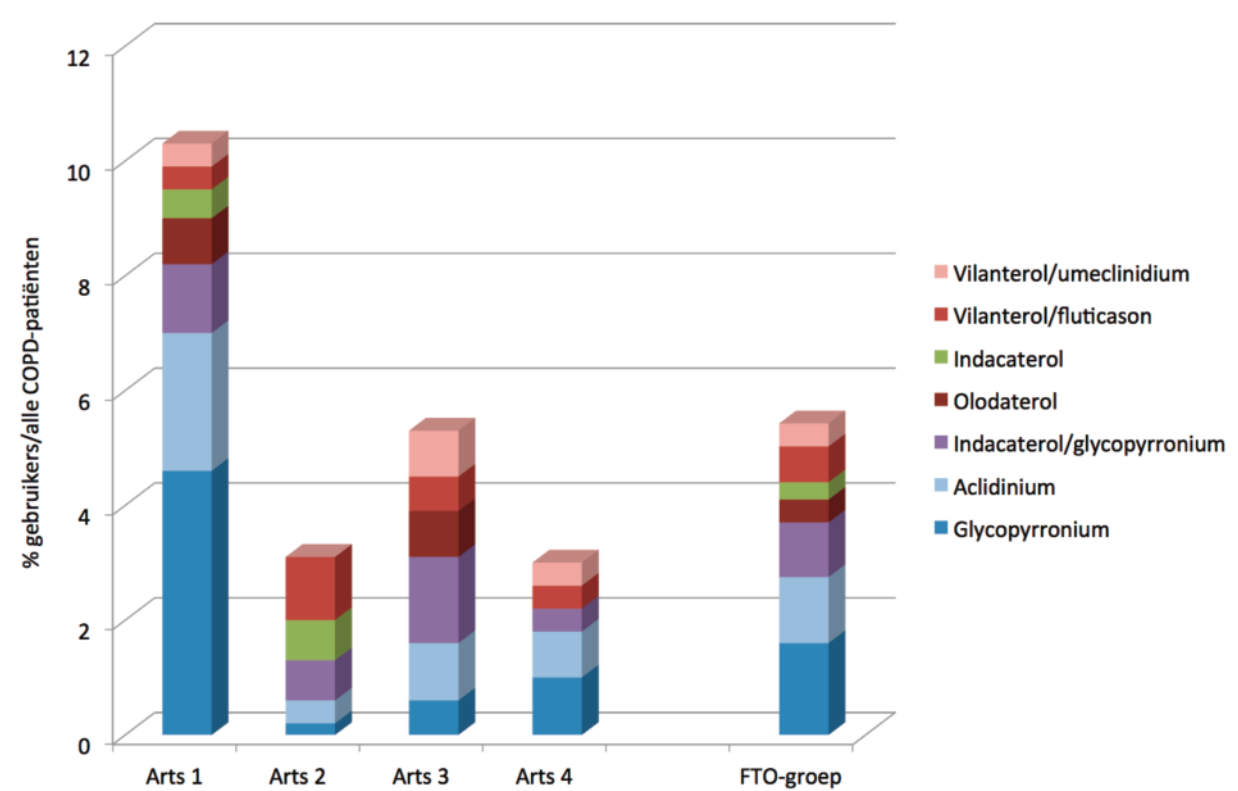
Besteed tijdens de bespreking aandacht aan de verantwoordelijkheden als het nieuwe inhalatiemiddel is geïnitieerd door de longarts en de huisarts dit recept herhaalt. Het NHG-Standpunt *Toekomstvisie Huisartsenzorg Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg* (2006) stelt dat de huisarts verantwoordelijk is voor elk recept dat hij ondertekent, ook als het een herhaalrecept betreft van een middel dat de specialist geïnitieerd heeft.

Voorbeeldgrafieken

Voorbeeldgrafiek 1 Gebruik inhalatiecorticosteroïden bij COPD-patiënten



Voorbeeldgrafiek 2 Nieuwe inhalatiemiddelen bij COPD-patiënten



Instructie voor deelnemers

HIS

Vraag 1: hoeveel COPD-patiënten gebruiken inhalatiecorticosteroiden en hoeveel daarvan gebruiken het inhalatiecorticosteroid langer dan twee jaar?

- ▶ Selecteer in uw HIS alle patiënten met COPD (ICPC-code R95).
- ▶ Bepaal vervolgens het totaal aantal patiënten met COPD en het aantal patiënten daarvan met inhalatiecorticosteroiden.
- ▶ Bepaal het aantal patiënten dat langer dan twee jaar inhalatiecorticosteroiden gebruikt en het aantal patiënten dat twee jaar of korter inhalatiecorticosteroiden gebruikt.
- ▶ Stuur alle aantallen patiënten - uiterlijk een week voor de bijeenkomst - naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC-codes.

Vraag 2: hoeveel COPD-patiënten gebruiken nieuwe inhalatiemiddelen?

- ▶ Selecteer in uw HIS alle patiënten met COPD (ICPC-code R95).
- ▶ Bepaal vervolgens het totaal aantal patiënten met COPD en het aantal patiënten daarvan met één van de nieuwe inhalatiemiddelen.
- ▶ Stuur alle aantallen patiënten - uiterlijk een week voor de bijeenkomst - naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC-codes.

SFK Select

Wilt u als apotheker gebruik maken van de FTO-rapportage 'COPD' in SFK Select, dan moet u deelnemer van de SFK zijn. Voor meer informatie zie www.sfk.nl.

Vraag 2: hoeveel COPD-patiënten gebruiken nieuwe inhalatiemiddelen?

- ▶ Ga op www.sfk.nl naar SFK Select en log in.
- ▶ Selecteer de optie Gedeelde rapporten, gevolgd door 03. FTO rapportages.
- ▶ Selecteer FTO-module COPD.
- ▶ Selecteer de huisartsen van uw FTO en de gewenste rapportageperiode en voer het document uit.
- ▶ Kies uw apotheek of cluster. U krijgt dan de benodigde aantallen patiënten per huisarts.

AIS

Vraag 2: hoeveel COPD-patiënten gebruiken nieuwe inhalatiemiddelen?

- ▶ Selecteer in uw AIS per huisarts alle patiënten met middelen voor astma en COPD.
- ▶ Bepaal vervolgens het totaal aantal patiënten met middelen voor astma en COPD en het aantal patiënten daarvan met één van de nieuwe inhalatiemiddelen.
- ▶ Stuur alle aantallen patiënten - uiterlijk een week voor de bijeenkomst - naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC-codes.

Tabel 1 Relevante ATC-codes	
ATC-code	Geneesmiddel
Middelen voor astma en COPD	
R03	middelen voor astma en COPD
Inhalaticorticosteroiden	
R03BA01	Beclometason
R03BA02	Budesonide
R03BA05	Fluticason
R03BA08	Ciclesonide
R03AK06	Fluticason + salmeterol
R03AK07	Budesonide + formoterol
R03AK08	Beclometason + formoterol
R03AK10	Fluticason + vilanterol
R03AK11	Fluticason + formoterol
Nieuwe inhalatiemiddelen*	
R03AC18	Indacaterol
R03AC19	Olodaterol
R03BB05	Acidinium
R03BB06	Glycopyrronium
R03AK10	Vilanterol + fluticason
R03AL03	Vilanterol + umeclidinium
R03AL04	Indacaterol + glycopyrronium
R03AL05	Acidinium + formoterol

* Stand van zaken maart 2015



Kennistoets

1. Er is sprake van luchtwegobstructie bij een FEV_1/FVC -ratio $< 0,7$.
 juist
 onjuist
2. Bij patiënten met ernstige luchtwegobstructie hebben langwerkende parasymphaticolytica de voorkeur boven langwerkende bètasymphaticomimetica.
 juist
 onjuist
3. De definitie van een COPD-exacerbatie is dat klachten tot een ziekenhuisopname leiden.
 juist
 onjuist
4. Acetylcysteïne is alleen geïndiceerd bij COPD-patiënten die veel slijm ophoesten.
 juist
 onjuist
5. Tiotropium in combinatie met salmeterol geeft een statistisch significante verbetering van de longfunctie in vergelijking met alleen tiotropium.
 juist
 onjuist
6. Inhalaticorticosteroiden verhogen het risico op pneumonie.
 juist
 onjuist
7. In de palliatieve fase is orale morfine effectiever voor de vermindering van dyspneu dan vernevelde morfine.
 juist
 onjuist
8. Glycopyrronium (per inhalatie) geeft een significante verbetering van de FEV_1 in vergelijking met tiotropium.
 juist
 onjuist
9. COPD-patiënten hebben een contra-indicatie voor metoprolol.
 juist
 onjuist
10. Bij een ernstige exacerbatie zonder alarmsymptomen bestaat de eerste behandeling uit salbutamol.
 juist
 onjuist

Bijlage 2B

Antwoorden kennistoets

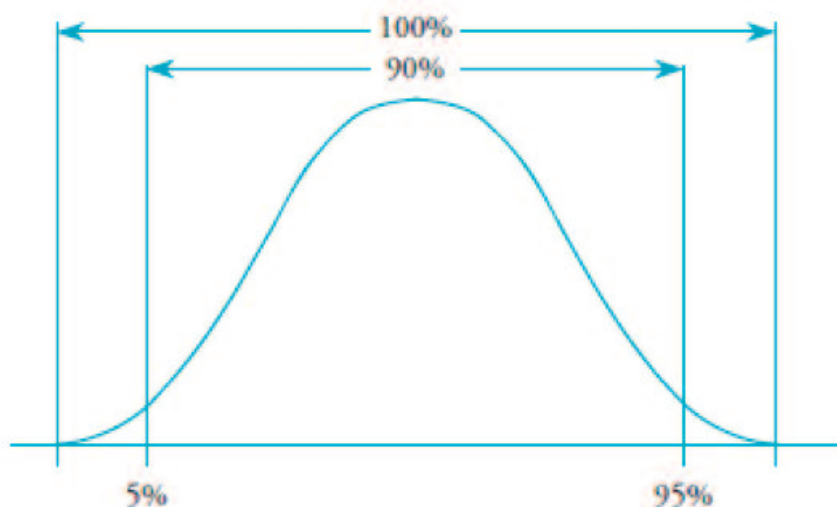
De informatie in deze bijlage is voornamelijk gebaseerd op de NHG-Standaard COPD (2015). Waar een andere bron is gebruikt, is dat aangegeven.

1. Er is sprake van luchtwegobstructie bij een FEV_1/FVC -ratio $< 0,7$.

Onjuist

De gefixeerde afkapwaarde van 0,7 is vervallen en vervangen door een grenswaarde van de z-score ($< -1,64$). Een z-score $< -1,64$ definieert de onderste vijf procent (5^e percentiel) van een normaal verdeelde parameter - zoals de FEV_1/FVC -ratio - in een bepaalde populatie. De vaste afkapwaarde heeft als nadeel dat deze geen rekening houdt met de natuurlijke achteruitgang van de longfunctie met de leeftijd. De nieuwe afkapwaarde corrigeert voor leeftijd, geslacht, lengte en herkomst, doordat deze uitgaat van de referentiepopulatie. Alleen personen die in de slechtste vijf procent van hun referentiecategorie vallen, krijgen de diagnose luchtwegobstructie. Het gaat dus om de patiënten die helemaal links in de grafiek (zie figuur 1) buiten de 90 procent-grens van de waarnemingen vallen. De bovenste vijf procent, oftewel het 95^e percentiel is niet van belang voor de diagnosestelling COPD. Anno 2014 hebben de meeste fabrikanten van spirometers de voorspelde waarden in hun software geïmplementeerd.

Figuur 1 Weergave van een normale verdeling, met daarin het 5^e en 95^e percentiel



2. Bij patiënten met ernstige luchtwegobstructie hebben langwerkende parasymphaticolytica de voorkeur boven langwerkende bètasymphaticomimetica.

Onjuist

Er zijn geen klinische redenen voor een voorkeur voor een langwerkend parasymphaticolyticum of langwerkend bètasymphaticomimeticum. De keuze tussen een langwerkend bètasymphaticomimeticum en een langwerkend parasymphaticolyticum kunt u maken op basis van aanwezige comorbiditeit en symptomen (bij glaucoom en/of risico op urineretentie voorkeur voor een langwerkend bètasymphaticomimeticum, bij palpitaties/tachycardie een

langwerkend parasymphatholyticum). Ten opzichte van de vorige NHG-standaard *COPD* (2007) is de voorkeur voor tiotropium bij zeer ernstige luchtwegobstructie en/of cardiale comorbiditeit vervallen.

3. De definitie van een COPD-exacerbatie is dat klachten tot een ziekenhuisopname leiden.

Onjuist

Een exacerbatie van COPD is een verslechtering van de conditie van de patiënt binnen één of enkele dagen, die wordt gekenmerkt door een toename van dyspneu en hoesten - al of niet met slijm opgeven - die groter is dan de normale dag-tot-dag-variabiliteit. Een exacerbatie kan tot een ziekenhuisopname leiden, maar dit hoeft niet.

4. Acetylcysteïne is alleen geïndiceerd bij COPD-patiënten die veel slijm ophoesten.

Onjuist

De NHG-Standaard *COPD* (2015) ziet geen plaats voor acetylcysteïne. Het middel lijkt bij COPD geen voordeel te hebben boven placebo.

5. Tiotropium in combinatie met salmeterol geeft een statistisch significante verbetering van de longfunctie in vergelijking met alleen tiotropium.

Juist

Zowel op de longfunctie (uitgedrukt in FEV₁) als op de kwaliteit van leven scoort de combinatie van tiotropium met een langwerkend bètasymphathicomimeticum beter dan tiotropium alleen. De verschillen zijn echter - hoewel statistisch significant - dermate klein dat ze niet klinisch relevant zijn. Er zijn bovendien geen verschillen in symptomen en aantal exacerbaties. De NHG-Standaard *COPD* (2015) raadt de combinatie van langwerkende parasymphatholytica met langwerkende bètasymphathicomimetica dan ook niet routinematig aan.

6. Inhalatiecorticosteroiden verhogen het risico op pneumonie.

Juist

Bij gebruik van inhalatiecorticosteroiden is het number needed to harm (NNH) voor pneumonie 30.

7. In de palliatieve fase is orale morfine effectiever voor de vermindering van dyspneu dan vernevelde morfine.

Juist

Van vernevelde opioïden is niet aangetoond dat ze effectief zijn in de vermindering van kortademigheid, maar van orale en subcutane opioïden wel (LAN-richtlijn *palliatieve zorg voor mensen met COPD*, 2011).

8. Glycopyrronium geeft een significante verbetering van de FEV₁ in vergelijking met tiotropium.

Onjuist

Van de nieuwe middelen (waaronder indacaterol, olodaterol, aclidinium, glycopyrronium en combinaties hiervan) is geen klinisch relevante meerwaarde vastgesteld ten opzichte van de bestaande langwerkende middelen op het gebied van longfunctie, kwaliteit van leven, exacerbaties en mortaliteit. Vanwege het gebrek aan gegevens over de effectiviteit en veiligheid op de lange termijn, beveelt het NHG deze middelen niet aan.

9. COPD-patiënten hebben een contra-indicatie voor metoprolol.

Onjuist

Bèta-1-selectieve bètablokkers zijn in de gebruikelijke dosering niet gecontra-indiceerd bij patiënten met COPD, ook niet bij (zeer) ernstige luchtweg-obstructie. Er zijn zelfs onderzoeken waaruit blijkt dat bètablokkers een positief effect hebben bij COPD patiënten. Het werkingsmechanisme daarachter is nog niet bekend.

10. Bij een ernstige exacerbatie zonder alarmsymptomen bestaat de eerste behandeling uit salbutamol.

Juist

Bij een ernstige exacerbatie zonder alarmsymptomen bestaat de eerste behandeling uit salbutamol. Bij onvoldoende resultaat komt ipratropium als aanvullende behandeling in aanmerking.

Casuïstiek voor huisarts en praktijkondersteuner

A1

Mevrouw Breukink, 54 jaar, komt op uw spreekuur met klachten van benauwdheid en ophoesten van veel slijm. Ze heeft de klachten nu een half jaar. De klachten wisselen enigszins, maar ze is nooit geheel klachtenvrij. Bij inspanning verergeren de klachten. Ook heeft ze de laatste maanden last van klachten als er in de kapsalon waar ze werkt veel haarlak gespoten wordt.

Ze rookt sinds haar 15^e, momenteel gemiddeld 15 sigaretten per dag. U ziet geen aanwijzingen voor een cardiale oorzaak van de benauwdheidsklachten. U vermoedt de diagnose COPD.

Hoe beoordeelt u de ernst van de COPD?

A2

U stelt bij mevrouw Breukink de diagnose COPD met matige ziektelast.

Welke mondelinge en schriftelijke (ook via websites) voorlichting geeft u over de aandoening?

Welke niet-medicamenteuze adviezen geeft u?

Wat is uw medicamenteuze beleid?

Welke informatie geeft u bij de medicatie? Wie geeft de inhalatie-instructie?

A3

Tien jaar later is de situatie van mevrouw Breukink verder verslechterd. Ze heeft meerdere pogingen ondernomen om te stoppen met roken, maar het is haar steeds niet gelukt om volledig te stoppen. Wel is het gemiddeld aantal sigaretten dat ze per dag rookt afgenomen tot 5 - 10 per dag. Ze gebruikt nu eenmaal daags 18 µg tiotropium ('Respimat'). In het afgelopen jaar heeft ze twee exacerbaties gehad.

Wat zijn mogelijke oorzaken voor het optreden van de exacerbaties?

Wat is uw beleid?

A4

U besluit mevrouw Breukink te behandelen met een combinatie van tweemaal daags 500 µg fluticason dosisaerosol en eenmaal daags 18 µg tiotropium.

Welke informatie geeft u over fluticason?

A5

Na een jaar komt ze op controle. Ze had in het afgelopen jaar twee ziekenhuisopnames in verband met een exacerbatie. Haar klachten in het dagelijks leven zijn voldoende onder controle.

Wat is uw beleid?

A6

Mevrouw Breukink is nu 82 jaar en bevindt zich in het eindstadium van COPD. Er is sprake van ernstige dyspneu, ondanks adequaat gebruik van tiotropium en (opnieuw gestart) fluticason.

Hoe behandelt u de dyspneu?

Welke aanvullende informatie geeft u?



Bijlage 3B

Casuïstiek voor apotheker

B1

Mevrouw Breukink, 54 jaar, is net gediagnosticeerd met COPD. Ze rookt sinds haar 15^e, momenteel gemiddeld 15 sigaretten per dag.

Op grond van welke kenmerken wordt de ernst van de COPD vastgesteld?

B2

De huisarts heeft vastgesteld dat er bij mevrouw Breukink sprake is van COPD met matige ziektelast. Zij komt bij u in de apotheek met een recept.

Welke mondelinge en schriftelijke (ook via websites) voorlichting geeft u over de aandoening?

Welke niet-medicamenteuze adviezen geeft u?

Welk middel en in welke dosering verwacht u op het recept?

Welke informatie geeft u bij de medicatie? Wie geeft de inhalatie-instructie?

B3

Tien jaar later is de situatie van mevrouw Breukink verder verslechterd. Ze heeft meerdere pogingen ondernomen om te stoppen met roken, maar het is haar steeds niet gelukt om volledig te stoppen. Wel is het gemiddeld aantal sigaretten dat ze per dag rookt afgenomen tot 5 - 10 per dag. Ze gebruikt nu eenmaal daags 18 µg tiotropium ('Respimat'). In het afgelopen jaar heeft ze twee exacerbaties gehad. Ze is net bij de huisarts geweest.

Wat zijn mogelijke oorzaken voor het optreden van de exacerbaties?

Verwacht u een verandering in de medicatie? Zo ja, welke?

B4

De huisarts heeft aanvullend tweemaal daags 500 µg fluticason (dosisaerosol) voorgeschreven.

Welke informatie geeft u over fluticason?

B5

Een jaar later komt mevrouw Breukink op controle voor haar inhalatietechniek. Ze vertelt dat ze in het afgelopen jaar tweemaal in het ziekenhuis gelegen voor een exacerbatie. Haar klachten in het dagelijks leven zijn verder voldoende onder controle.

Welk advies ten aanzien van de behandeling geeft u aan de huisarts?

B6

Mevrouw Breukink is nu 82 jaar en bevindt zich in het eindstadium van COPD. Er is sprake van ernstige dyspneu, ondanks adequaat gebruik van tiotropium en (opnieuw gestart) fluticason. Haar kleinzoon komt in de apotheek met een recept, hij vertelt dat zijn oma een middel krijgt tegen de kortademigheid.

Welk middel - en in welke dosering - verwacht u dat is voorgeschreven voor de vermindering van de dyspneu?

Welke aanvullende informatie geeft u?

Bijlage 3C

Toelichting casuïstiek

De informatie in deze bijlage is gebaseerd op de NHG-Standaard COPD (2015), de KNMP-richtlijn COPD (2014) en de LAN-richtlijn palliatieve zorg voor mensen met COPD (2011). Waar een andere bron is gebruikt, is dat aangegeven.

A1/B1

Hoe beoordeelt u de ernst van de COPD? huisarts/praktijkondersteuner Op grond van welke kenmerken wordt de ernst van de COPD vastgesteld? apotheker

De arts of praktijkondersteuner beoordeelt de ernst van de COPD aan de hand van de ziektelast, enerzijds gebaseerd op de mate van luchtweg-obstructie en anderzijds op de door de patiënt ervaren gezondheidsproblemen (klachten, beperkingen, exacerbaties en voedingstoestand). Zie tabel 2 voor de criteria waarmee de huisarts of praktijkondersteuner de ziektelast vaststelt.

Tabel 2 Criteria voor het bepalen van de ziektelast

Parameter	Uitkomst (voor alles geldt of/of)
Klachten/hinder/beperkingen	<ul style="list-style-type: none">MRC ≥ 3CCQ ≥ 2
Exacerbaties	<ul style="list-style-type: none">≥ 2 exacerbaties per jaar behandeld met orale corticosteroiden≥ 1 ziekenhuisopname vanwege COPD
Longfunctie	<ul style="list-style-type: none">FEV₁ na bronchusverwijding < 50 procent van voorspeldFEV₁ na bronchusverwijding $< 1,5$ l absoluutprogressief longfunctieverlies (bijvoorbeeld \downarrowFEV₁ > 150 ml/jaar) over drie jaar of meer (≥ 3 metingen)
Voedingstoestand	<ul style="list-style-type: none">Ongewenst gewichtsverlies > 5 procent/maandOngewenst gewichtsverlies > 10 procent/6 maandenVerminderde voedingstoestand (BMI < 21 kg/m²) zonder andere verklaring

Er is sprake van lichte ziektelast bij afwezigheid van alle criteria en matige ziektelast bij aanwezigheid van minimaal 1 criterium.

A2/B2

Welke mondelinge en schriftelijke (ook via websites) informatie geeft u over de aandoening? huisarts/praktijkondersteuner/apotheker

Als huisarts of praktijkondersteuner legt u uit dat COPD een chronische ontsteking van de luchtwegen is, waarbij de longfunctie in het algemeen versneld achteruitgaat. De belangrijkste oorzaak is roken en stoppen met roken (en gestopt blijven) is dan ook belangrijk. Ook gaat u in op de (persoonlijke) doelen van de behandeling en het beleid bij exacerbaties. Een ander aandachtspunt is het belang van influenzavaccinatie bij COPD.

Als apotheker kunt u de door de huisarts en/of praktijkondersteuner gegeven voorlichting ondersteunen. Afhankelijk van de behoefte van de patiënt en afspraken met de huisarts, kunt u bepaalde informatie herhalen of toevoegen. Het is belangrijk dat de informatie van de apotheker goed aansluit op de informatie die eerder is gegeven.

Eerste begeleidingsgesprek bij COPD

De KNMP-richtlijn *COPD* (2014) geeft aan dat de volgende aspecten aan bod kunnen komen bij het eerste begeleidingsgesprek bij COPD (aansluitend bij de informatiebehoefte van de patiënt en afhankelijk van welke kennis de patiënt al bij andere zorgverleners of uit informatiebronnen heeft opgedaan)

- Uitleg over het ziektebeeld.
- Uitleg over de behandeling, het doel en de werking van de voorgeschreven medicatie:
 - Duur/chroniciteit van de therapie.
 - Het verschil tussen lang- en kortwerkende luchtwegverwijders.
 - Snelheid van het effect na inhalatie.
 - Verschil tussen zo nodig en onderhoudsbehandeling.
 - Veel voorkomende en potentieel ernstige bijwerkingen van de COPD-medicatie en in welke gevallen de patiënt contact op dient te nemen met de (huis)arts en/of longverpleegkundige.
 - Voorkómen van bijwerkingen.
- Uitleg over periodieke controles.
- Het inpassen van het medicatiegebruik in het dagelijkse leven van de patiënt.
- Navragen rookgedrag (uitgedrukt in aantal 'pack years') en actuele rookstatus. Indien van toepassing wordt het belang van stoppen met roken besproken en de mogelijkheden ter ondersteuning hiervan.
- Uitleg over exacerbaties:
 - Hoe de kans op het krijgen van een exacerbatie verkleind kan worden.
 - Hoe de verschijnselen vroegtijdig herkend kunnen worden.
 - Wat de patiënt zelf kan/mag doen en wanneer contact opgenomen moet worden met de behandelende arts (afgestemd op de afspraken met deze behandelaar).
 - Of er noodmedicatie beschikbaar is in de thuissituatie.
 - Dat alle - actuele - medicatie meegenomen moet worden bij een bezoek aan de spoedeisende hulp/dokterspost.

In tabel 3 vindt u een overzicht van voorlichtingsmaterialen en websites die de mondelinge voorlichting kunnen ondersteunen. Stem als huisarts, praktijkondersteuner en apotheker onderling af wie welke informatie geeft. Bespreek eventuele knelpunten.

Tabel 3 Voorlichtingsmateriaal en websites

Voorlichtingsmaterialen	
KNMP-publieksfolder Astma en COPD	
Zorgboek COPD van Stichting September	
COPD op www.thuisarts.nl (uit te printen door zorgverlener of patiënt)	
Zorgstandaard 'COPD' (patiëntenversie) van het Longfonds	
Websites	
www.apotheek.nl	Informatie over COPD, geneesmiddelen en instructiefilmpjes over inhalatie
www.eersteuitgifte.nl	Informatie en filmpjes over medicatie en ziekte
www.inhalatorgebruik.nl	Informatie over gebruik van inhalatoren
www.longfonds.nl	Website van de patiëntenvereniging
www.longalliantie.nl	Website van de Longalliantie Nederland op het gebied van preventie en zorg van chronische longaandoeningen
www.thuisarts.nl	Informatie over COPD in tekst en filmpje

TIP

Lees de NHG-Standaard *Stoppen met roken* (2011) voor advies over stoppen met roken.

Welke niet-medicamenteuze adviezen geeft u?

huisarts/praktijkondersteuner/apotheker

De belangrijkste niet-medicamenteuze behandeling bij COPD bestaat uit

- ▶ stoppen met roken
- ▶ voldoende bewegen
- ▶ adequate voeding
- ▶ monitoren sociale beperkingen
- ▶ samenstellen individueel zorgplan

Als apotheker kunt u specifiek aandacht besteden aan de mogelijkheden voor hulp bij stoppen met roken. U kunt hiervoor gebruik maken van de adviezen uit de KNMP-zelfzorgstandaard *Stoppen met roken*.

Als huisarts of praktijkondersteuner besteedt u daarnaast aandacht aan de irritatie door gebruik van aerosolen (haarlak) tijdens haar werk in de kapsalon. U bespreekt de mogelijkheid om deze irritatie te vermijden en/of te voorkomen.

Als huisarts kunt u overwegen om voor verdere begeleiding een fysiotherapeut (voor beweging en ademhalingsoefeningen), een diëtist (bij verminderde voedingstoestand) en/of bedrijfsarts (bij werkgerelateerde problemen of belemmeringen) in te schakelen.

TIP

Voor het maken van afspraken van de keuze voor een type inhalator (poederinhalator of dosisaerosol) kunt u gebruik maken van de FTO-module 'Inhalatoren en instructies' (2015).

Wat is uw medicamenteuze beleid? *huisarts/praktijkondersteuner*

Welk middel en in welke dosering verwacht u op het recept? *apotheker*

Als eerste stap in de behandeling van COPD komt een kortwerkend bètasymphaticomimeticum of kortwerkend parasymphaticolyticum in aanmerking. Zie tabel 4.

Tabel 4 Kortwerkende luchtwegverwijders		
Luchtweg-verwijder	Inhalatiepoeder	Dosisaerosol
Salbutamol	Viermaal daags 100 - 400 µg	Viermaal daags 100 - 200 µg
Terbutaline	Viermaal daags 500 µg	Viermaal daags 100 - 200 µg
Ipratropium	Drie- tot viermaal daags 40 µg	Drie- tot viermaal daags 20 - 40 µg

Er bestaat geen voorkeur voor één van deze middelen. Als huisarts of praktijkondersteuner gaat u empirisch na welke luchtwegverwijder het meest werkzaam is. Bij onvoldoende effect na twee weken, kunt u de andere soort luchtwegverwijder kiezen, of kiezen voor de combinatie van beide, waarbij u uiteraard rekening houdt met relevante comorbiditeit.

Welke informatie geeft u bij de medicatie? Wie geeft de inhalatie-instructie?

huisarts/praktijkondersteuner/apotheker

Het is belangrijk om informatie te geven over:

- ▶ De werking van het geneesmiddel.
U legt uit dat het middel ervoor zorgt dat de spiertjes om de luchtwegen verslappen, zodat de luchtwegen weer verwijden.
- ▶ Het gebruik.
U vertelt dat het middel binnen enkele minuten werkt en dat de werking ongeveer vier uur (salbutamol), vijf tot zes uur (terbutaline) of drie tot zes uur (ipratropium) aanhoudt. Na twee weken moet mevrouw Breukink terugkomen om de werking van het middel te evalueren.

TIP

Voor een juiste inhalatie van geneesmiddelen is een goede inhalatie-instructie van wezenlijk belang. Spreek in het FTO af wie de inhalatie-instructie geeft, wie de inhalatietechniek controleert en wat de frequentie daarvan is. De FTO-module 'Inhalatoren en instructies' (2015) gaat uitgebreid in op het maken van afspraken over het geven van inhalatie-instructies.

- ▶ Eventuele bijwerkingen.
U legt uit dat bijwerkingen zeldzaam zijn. U vertelt welke bijwerkingen het inhalatiemiddel kan veroorzaken (zie tabel 5). Om lokale bijwerkingen te verminderen, is het advies na gebruik de mond te spoelen of de tanden te poetsen.
- ▶ Belang juiste inhalatie.
U legt uit dat het belangrijk is dat mevrouw Breukink de inhalator op de juiste manier gebruikt. U vertelt dat voor veel mensen goed inhaleren moeilijk is. Bij juist gebruik van de inhalator komt het geneesmiddel beter in de longen en daardoor kan het geneesmiddel beter zijn werk doen.

Tabel 5 Bijwerkingen luchtwegverwijders

Luchtwegverwijder	Meest voorkomende bijwerkingen
Kortwerkende bètasympathomimetica (salbutamol, terbutaline)	Tremor van handen en vingers Hoofdpijn Vaatverwijding Stijging hartfrequentie Hypokaliëmie/hyperkaliëmie Cariës
Kortwerkende parasymphatholytica (ipratropium)	Droge mond Glaucoom Urineretentie

A3/B3

Wat zijn mogelijke oorzaken voor het optreden van de exacerbaties?

huisarts/praktijkondersteuner, apotheker

Bacteriële en virale luchtweginfecties veroorzaken 50 tot 70 procent van de exacerbaties. Omgevingsfactoren spelen een rol bij 10 procent van de exacerbaties en bij 30 procent is de oorzaak onbekend. Ook een verkeerde inhalatietechniek en therapieontrouw kunnen een exacerbatie veroorzaken. Dit onderstreept het belang van duidelijke instructie en regelmatige evaluatie.

Wat is uw beleid? *huisarts/praktijkondersteuner*

Verwacht u een verandering in de medicatie? Welke? *apotheker*

Als huisarts of praktijkondersteuner besteedt u opnieuw aandacht aan het stoppen met roken. Daarnaast komt mevrouw Breukink in aanmerking voor behandeling met een inhalaticorticosteroid. Inhalaticorticosteroiden komen in aanmerking bij patiënten met frequente ernstige exacerbaties (twee of meer kuren prednisolon of een antibioticum of ziekenhuisopname in verband met COPD per jaar) ondanks onderhoudsbehandeling met een langwerkende luchtwegverwijder. De NHG-Standaard adviseert hierbij een keuze te maken uit de goedkoopste inhalaticorticosteroiden (zie tabel 6).

Tabel 6 Inhalaticorticosteroiden

Inhalatie-corticosteroid	Inhalatiepoeder	Dosisaerosol
Beclometason*	Tweemaal daags 400 µg	Tweemaal daags 400 µg
Budesonide*	Tweemaal daags 400 µg	Tweemaal daags 400 µg
Fluticasonpropionaat	Tweemaal daags 500 µg	Tweemaal daags 500 µg

* beclometason en budesonide zijn als monopreparaat niet geregistreerd voor COPD; bij beclometason extra fijn gelden lagere doseringen

De NHG-Standaard *COPD* (2015) geeft aan dat het combineren van een langwerkend bètasymphaticomimeticum met tiotropium mogelijk is, hoewel er slechts zeer beperkt bewijs is voor de werkzaamheid en toegevoegde waarde van de combinatie van beide langwerkende luchtwegverwijders.

TIP

Schrijf bij voorkeur slechts één type inhalator voor aan patiënten.

A4/B4

Welke informatie geeft u over fluticason? *huisarts/praktijkondersteuner, apotheker*

Als huisarts, praktijkondersteuner en apotheker geeft u informatie over de verwachte werking, het gebruik, de bijwerkingen en belang van juiste inhalatie van fluticason.

U legt uit dat het inhalatiecorticosteroid bedoeld is om het aantal exacerbaties te verminderen. De meest voorkomende bijwerkingen van inhalatiecorticosteroiden zijn heesheid en orale candidiasis. Om lokale bijwerkingen te voorkomen is het van belang om na de inhalatie de mond te spoelen. Het advies is na het inhaleren de mond te spoelen met een slok water en dat vervolgens uit te spugen. Neem daarna nog een slok water, gorgel daarmee en slik dat door. Een andere optie is iets te eten of de tanden te poetsen na het inhaleren. Raad de patiënt daarnaast aan eerst tiotropium te inhaleren en vervolgens fluticason. Bij gebruik van tiotropium verwijden de luchtwegen, waardoor fluticason dieper in de longen terechtkomt.

TIP

Maak afspraken over hoe u evalueert of het gebruik van inhalatiecorticosteroiden nog geïndiceerd is. De apotheker kan hier ook een rol inspelen bij de jaarlijkse controle van de inhalatietechniek.

A5/B5

Wat is uw advies ten aanzien van de behandeling?

huisarts/praktijkondersteuner

Welk advies ten aanzien van de behandeling geeft u aan de huisarts?

apotheker

Als arts, praktijkondersteuner of apotheker controleert u of de exacerbaties (mede) veroorzaakt kunnen zijn door slechte therapietrouw en/of inhalatietechniek. Bij goede therapietrouw en juiste inhalatietechniek is het advies fluticason te staken, aangezien er geen duidelijke afname is van het aantal exacerbaties. Langdurige behandeling met inhalatiecorticosteroiden geeft een verhoogd risico op pneumonie. Tegen het voorkómen van acht exacerbaties bij gebruik van inhalatiecorticosteroiden staat het optreden van één extra pneumonie.

Daarom adviseert de NHG-Standaard *COPD* (2015) het inhalatiecorticosteroid in de volgende situaties te staken:

- ▶ na één jaar als er geen duidelijke afname is van het aantal exacerbaties
- ▶ na twee jaar als er in die periode geen exacerbaties zijn geweest

A6/B6

Hoe behandelt u de dyspneu? *huisarts/praktijkondersteuner*

Welk middel - en in welke dosering - verwacht u dat is voorgeschreven voor de vermindering van de dyspneu? *apotheker*

De huisarts kan morfine voorschrijven bij patiënten in de palliatieve fase bij wie luchtwegverwijders en corticosteroiden in adequate dosering geen verlichting meer geven van de dyspneu. De startdosis (bij een opioïd-naïeve patiënt) is vier tot zesmaal daags 5 mg oraal of vier tot zesmaal daags 2,5 - 5 mg subcutaan. Bij onvoldoende effect kan de huisarts de uitgangsdosis met 50 procent verhogen.

Opiaten bij COPD

Uit Canadees onderzoek bleek dat er een kloof is tussen ervaringen van artsen en patiënten en de attitude van artsen met betrekking tot opiaten bij COPD. Veel artsen waren terughoudend met het voorschrijven van opiaten bij COPD, met name vanwege angst voor ademdepressie. Uit een ander onderzoek in Australië bleek echter dat er geen gevallen waren van respiratoire depressie onder 65 patiënten die opiaten gebruikten voor refractaire dyspneu. Het grootste deel van deze patiënten had COPD (Lo-A-Foe, 2015)

TIP

Voor het eerste-terhandstellings-gesprek in de apotheek is het van belang dat de apotheek op de hoogte is van de reden van voorschrijven van morfine in de palliatieve fase. Maak met elkaar afspraken over hoe u elkaar informeert.

Welke aanvullende informatie geeft u?

huisarts/praktijkondersteuner/apotheker

Als huisarts, praktijkondersteuner en apotheker legt u uit dat de morfine is bedoeld voor de vermindering van de kortademigheid en niet zozeer als pijnstilling. U inventariseert hoe mevrouw Breukink tegenover het gebruik van morfine staat en bespreekt eventuele angst voor verslaving en afhankelijkheid. U informeert haar over de meest voorkomende bijwerkingen (verstopping, misselijkheid, sufheid, duizeligheid, droge mond, moeilijk kunnen plassen en jeuk). Morfine in de startdosering bij ernstig COPD leidt niet tot een toename van sufheid. Als huisarts schrijft u een laxans voor ter preventie van obstipatie (tenzij de patiënt last heeft van dunne ontlasting).

Als apotheker controleert u of mevrouw Breukink een laxans heeft voorgeschreven gekregen. Indien dat niet het geval is, geeft u haar - afhankelijk van de gemaakte afspraken met de huisarts - alsnog een laxans mee, of neemt u contact op met de huisarts.

Bijlage 4

Voorbeeldafspraken

Afspraak	Actie	Resultaatdoelstelling
Alleen COPD-patiënten met minimaal 2 exacerbaties per jaar of met 1 ziekenhuisopname in verband met COPD per jaar krijgen een inhalatiecorticosteroid	<p>HA</p> <ul style="list-style-type: none"> schrijft alleen inhalatiecorticosteroiden voor bij COPD-patiënten met minimaal 2 exacerbaties per jaar of met 1 ziekenhuisopname in verband met COPD per jaar <p>APO</p> <ul style="list-style-type: none"> controleert bij twijfel de indicatie voor inhalatiecorticosteroiden 	Zes maanden na het FTO is het aantal COPD-patiënten met een eerste recept voor een inhalatiecorticosteroid met 20% afgenomen
Het inhalatiecorticosteroid wordt gestaakt bij COPD-patiënten als: <ul style="list-style-type: none"> er na een jaar geen duidelijke afname van het aantal exacerbaties is er gedurende twee jaar geen exacerbaties waren 	<p>HA/POH</p> <ul style="list-style-type: none"> controleert jaarlijks bij COPD-patiënten de indicatie voor het inhalatiecorticosteroid staakt het inhalatiecorticosteroid indien indicatie ontbreekt <p>APO</p> <ul style="list-style-type: none"> informeert de huisarts of POH jaarlijks over COPD-patiënten met inhalatiecorticosteroiden 	Zes maanden na het FTO is het aantal COPD-patiënten met inhalatiecorticosteroiden afgenomen met 25%
De huisarts schrijft bij COPD een van de in de NHG-Standaard genoemde luchtwegverwijders voor	<p>HA</p> <ul style="list-style-type: none"> schrijft alleen de in de NHG-Standaard genoemde luchtwegverwijders voor 	Zes maanden na het FTO bedraagt het percentage voorschriften voorkeursmiddelen bij COPD minimaal 95%

Literatuur

- ▶ Boomsma LJ, Van Horssen N, Verduijn MM, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Chronische medicatie bij astma/ COPD en diabetes mellitus type 2. Huisarts Wet 2006;49(10):511-5. Zie www.nhg.org.
- ▶ Farmacotherapeutisch Kompas. Zie www.farmacotherapeutischkompas.nl.
- ▶ Goed gebruik inhalatiemedicatie Astma en COPD. Amersfoort: Long Alliantie Nederland, 2014. Zie www.longalliantie.nl.
- ▶ Inhalatorgebruik. Amersfoort: Long Alliantie Nederland. Zie www.inhalatorgebruik.nl.
- ▶ KNMP Kennisbank. Zie www.kennisbank.knmp.nl (alleen voor abonnees).
- ▶ KNMP-richtlijn COPD. Den Haag: KNMP, 2014. Zie www.knmp.nl.
- ▶ KNMP-zelfzorgstandaard Stoppen met roken. Den Haag: KNMP. Zie www.kennisbank.knmp.nl (alleen voor abonnees).
- ▶ LAN-richtlijn palliatieve zorg voor mensen met COPD. Amersfoort: Long Alliantie Nederland, 2011. Zie www.longalliantie.nl.
- ▶ Lo-A-Foe W. Arts te terughoudend met morfine bij COPD. Medisch Contact 2012;18:1104.
- ▶ NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg Farmacotherapie-beleid in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2006. Zie www.nhg.org.
- ▶ SFK. Astma/COPD: Hoe ouwer, hoe trouwer. Pharm Weekbl 2012;147(7):7.
- ▶ SFK. Minder astma/COPD-medicatie. Pharm Weekbl 2014;149(18):9.
- ▶ Smeele I, Barnhoorn MJM, Broekhuizen BDL, et al. NHG-Werkgroep Astma bij volwassenen en COPD. NHG-Standaard Astma bij volwassenen (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58(3):142-54. Zie www.nhg.org.
- ▶ Snoeck-Stroband JB, Schermer TRJ, et al. NHG-Werkgroep Astma bij volwassenen en COPD. NHG-Standaard COPD (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58(4):198-211. Zie www.nhg.org.
- ▶ Verschuur-Veltman M, Honkoop P, Den Boer J. Protocollaire astma en COPD zorg. Utrecht, NHG: 2015.

