ZORGPROGRAMMA'S

Hartfalen & COPD

GEÏNTEGREERDE CHRONISCHE ZORG IN LEUVEN EN OMGEVING

Zorgzaam Leuven

Omdat zorg in realiteit complex is

Jef (93) en Maria (92)

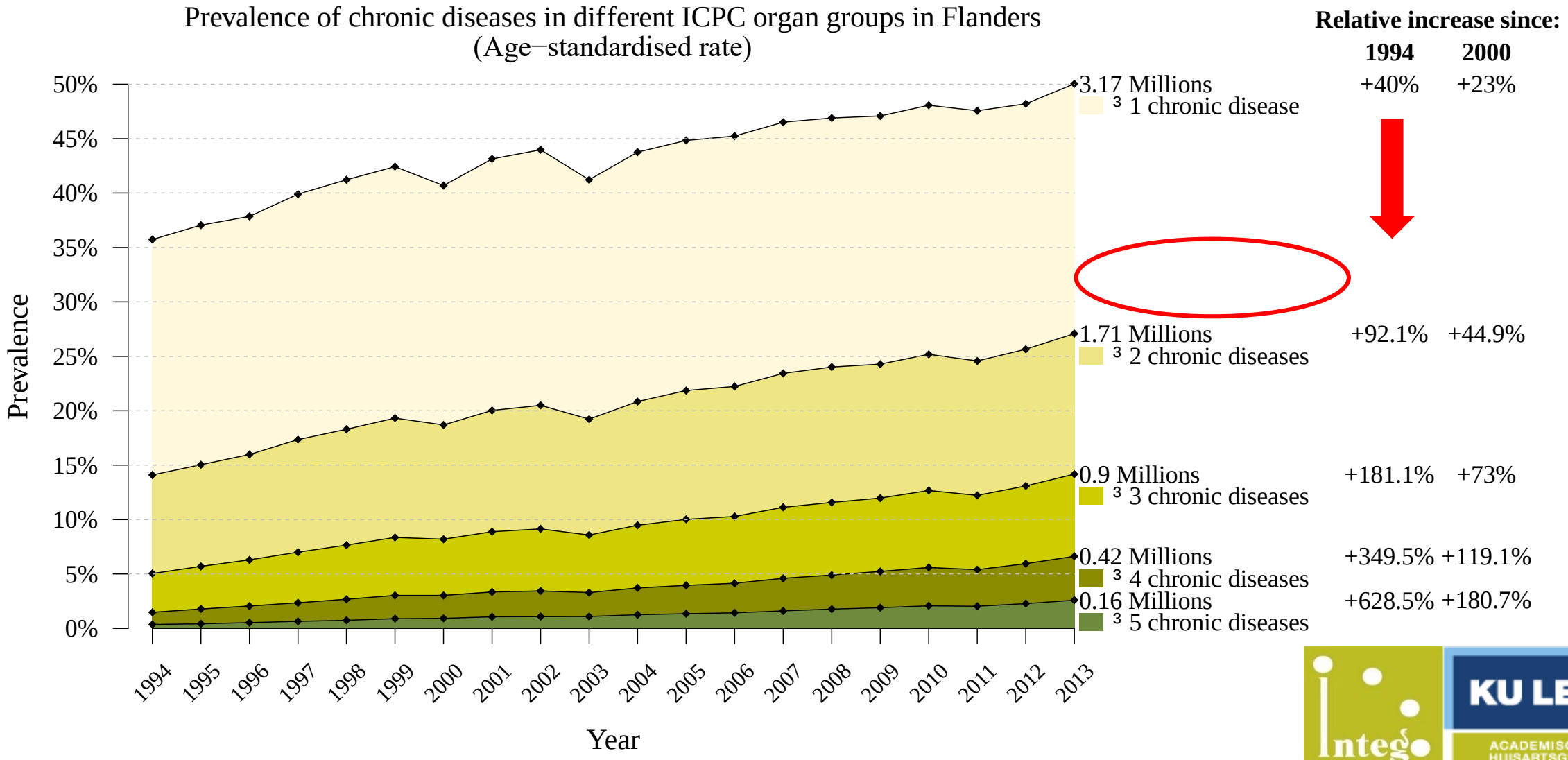
Maria is mentaal goed maar vergevorderde kanker

4 kinderen
Één ervan heeft terminale kanker

Jef is mild dement, sterk eigen karakter, brak recent een heup

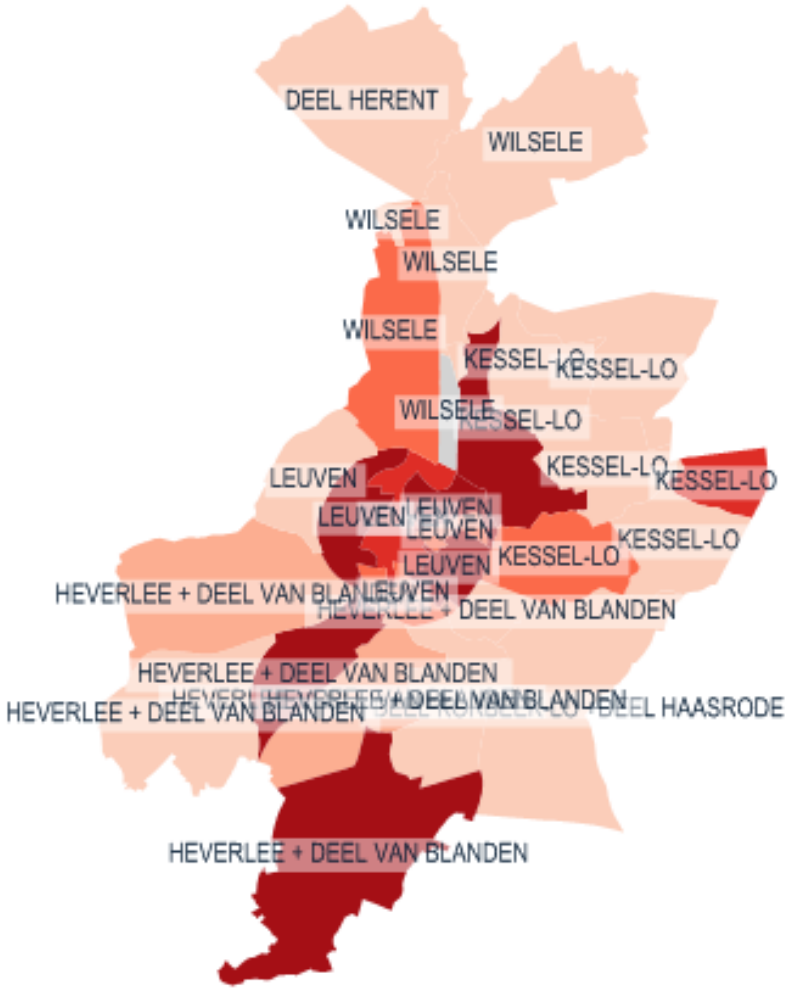
invullen van recente zorgnoden >< jarenlange gewoonten

Verdubbeling op 20 jaar tijd – stijging zet voort



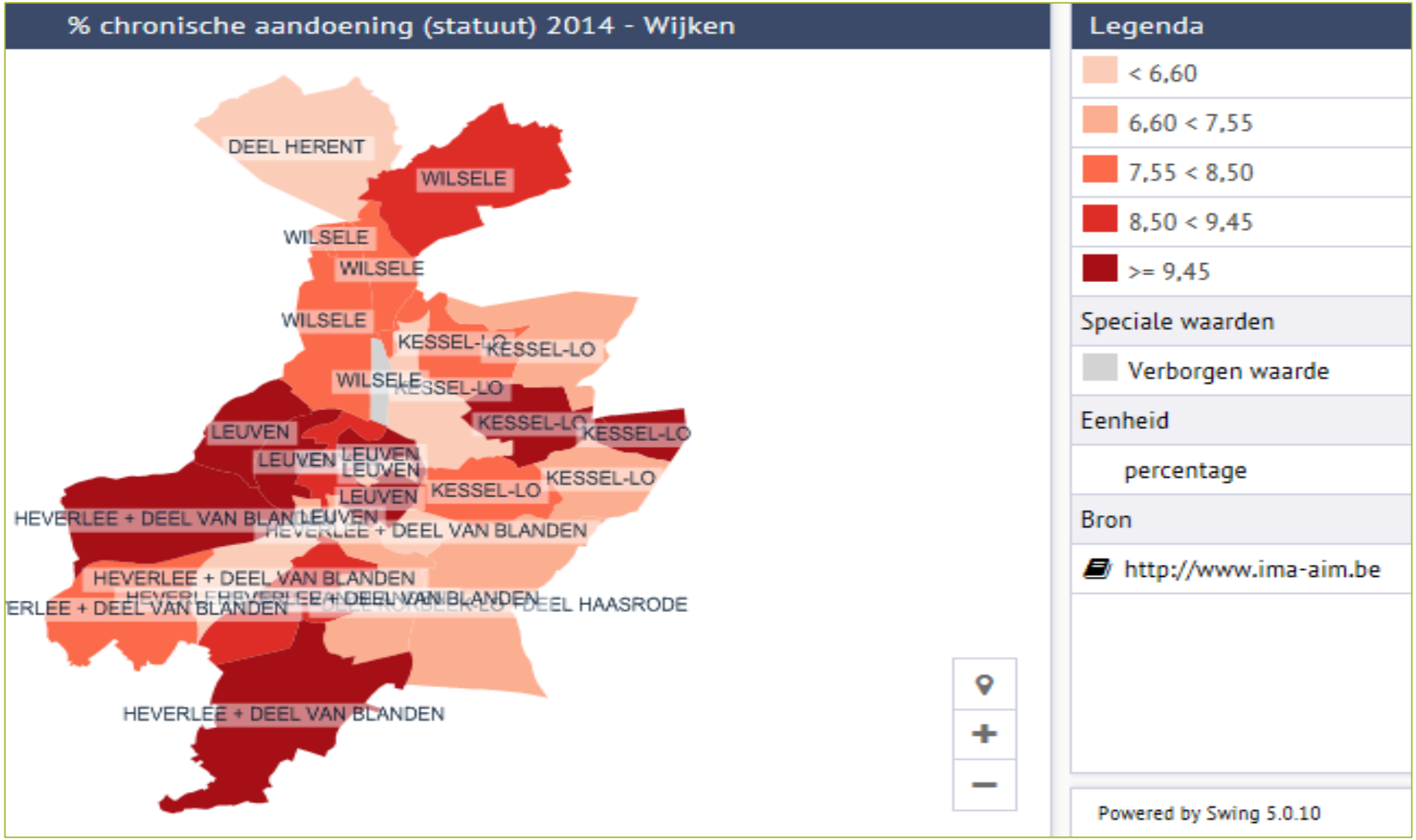
Verhoogde tegemoetkoming

Leuven: heterogene buurten



Hoe donkerder, hoe hoger het % mensen met verhoogde tegemoetkoming

% statuut chronische aandoening



Doel van het plan

- chronische en proactieve zorg in België omvormen
  - Mentaliteitswijziging en paradigmashift
  - Financiering
  - Organisatie en structuren
  - Processen van zorg en welzijn

Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken. Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid

- Strategie: ontwikkelen van 20 pilootprojecten en daarna upscalen
- 10 jarenplan
- Top down: algemeen kader – Bottom up: concrete invulling

Maatschappelijke paradigmashift & uitdagingen

- **Medisch model → patiëntgericht model**
- Integratie medisch – sociaal – welzijn
- Vervagen van de lijnen
- Ontschotting van de verzuiling
- Faciliteren van paradigmashift bij zorgverleners:
  - Zorgplanning
  - Gegevensdeling
  - Samenwerking tweedelijn- eerstelijnsteams

Zorgzaam Leuven

Doel: geïntegreerde zorg

Doelpopulatie Zorgzaam Leuven

Groep	Doelstelling
Kwetsbaren	**Patiënt zo lang als mogelijk thuis = comfortzorg Onnodige interventies vermijden**
Ernstig chronisch Zieken = chronisch zieken met risico op kwetsbaarheid	**De natuurlijke evolutie van de ziekte naar complicaties en kwetsbaarheid afremmen door proactief management**
Risico op ziekte: pre-diabetes, rokers, HTA	**De evolutie naar ernstig chronische ziekte afremmen**
Gezonde populatie	**Gezondheidsbevordering**

ZorgZaamleuven – Schema van de 'Triple Aim Infrastructuur'

EVALUATIE EN MONITORING

rond organisatie van zorg –

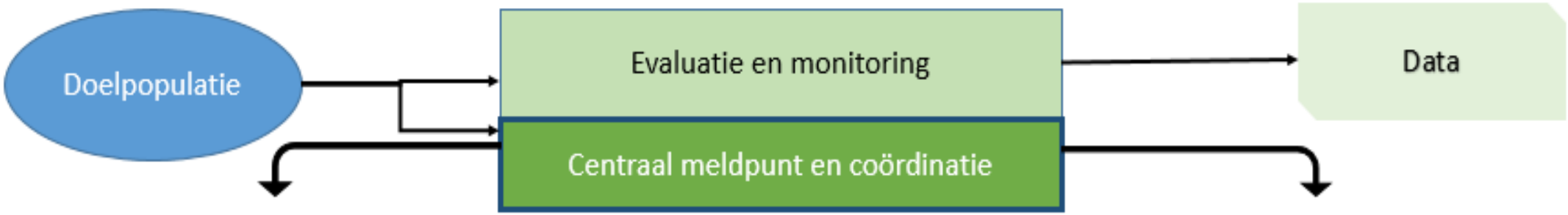
ACTIE CLUSTERS

een rode draad doorheen

alle clusters

PIJLERS

FUNDAMENTEN



Behoefte: coördinatie en continuïteit van zorg	Behoefte: geplande zorg	Behoefte: veilig en verzorgd thuis in verschillende woonvormen
Zorgcoördinatie, casemanagement voor de meest kwetsbaren	Zorgprogramma's voor chronisch zieken	Flexibele thuiszorg, tijdelijke woonvormen of opvangmogelijkheden, beter ondersteunde WZC, revalidatie.

Gezonde levensstijl (bewegen, voeding, mondzorg, …)	Vallen	Algemeen welzijn en psychisch welzijn	Zelfmanagement en health literacy	(vroegtijdige) zorgplanning	medicatie

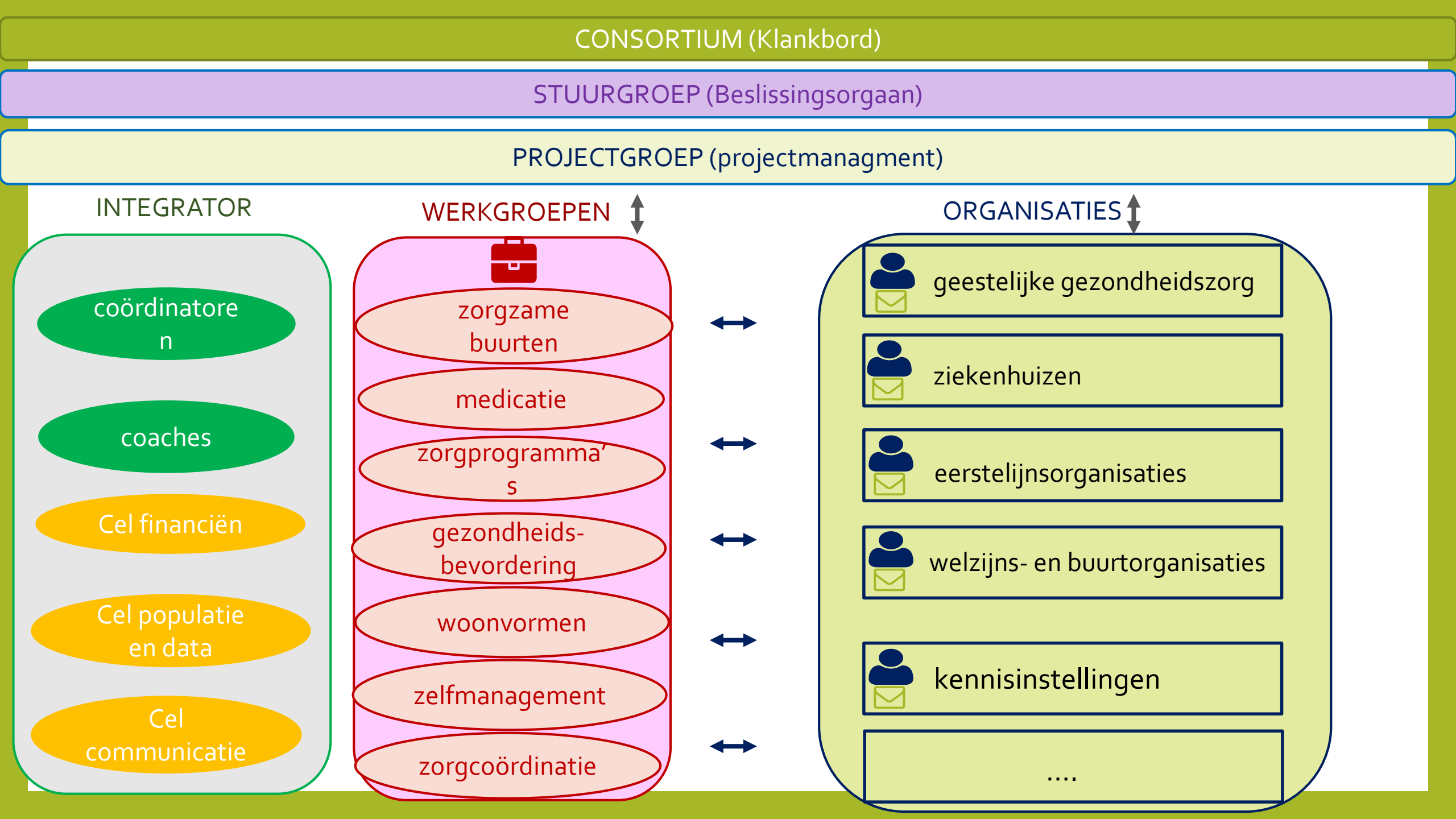
Populatie-management	Zorgzame buurten	Teams en samenwerking	Betalings-mechanismen	Expertise ontwikkeling en kennisdeling	Communicatie, gegevensdeling, digitale ondersteuning

GOVERNANCE & BEHEER

INTEGRATOR

Hoe gaan we dit doen?

- Stap 1: elkaar goed leren kennen en elkaar vertrouwen
- Stap 2: Draagvlak creëren voor verandering
- Stap 3: verandering ondersteunen en continu bijsturen
  - Per kwartaal aanpassingen op basis van ervaringen en input werkgroepen
  - Nieuwe partners brengen nieuwe ideeën mee
  - Nieuwe opportuniteiten
  - Nieuwe maatschappelijke noodzaken
- gezamelijke sturcturen die na verloop van tijd duurzaam gaan worden (van project-> beweging)


CONSORTIUM (Klankbord)
STUURGROEP (Beslissingsorgaan)
PROJECTGROEP (projectmanagment)
INTEGRATOR
coördinatoren
coaches
Cel financiën
Cel populatie en data
Cel communicatie
WERKGROEPEN
zorgzame buurten
medicatie
zorgprogramma's
gezondheids-bevordering
woonvormen
zelfmanagement
zorgcoördinatie
ORGANISATIES
geestelijke gezondheidszorg
ziekenhuizen
eerstelijnsorganisaties
welzijns- en buurtorganisaties
kennisinstellingen
....

De complexe chronisch zieke, doelgroep II:

Integratie rond de persoon i.p.v. rond de ziekte

- **geïntegreerde zorgprogramma's:**
  - DM en CNI bestaan al
  - COPD, hartfalen en langdurig psychisch lijden
  - Toekomst zeker dementie. Later pijnklachten, complexe ouderen
- **zelfmanagement en therapietrouw centraal samen met empowerment van de complexe chronisch zieke**

Waarom zorgprogramma's?

- **Wetenschappelijk nut is bewezen**
- Geven een kader voor complexe realiteit zowel voor zorgverleners als voor patient
- Het is makkelijk geintegreerd beginnen te werken voor een afgelijnde groep

- MAAR zorgprogrammas' zijn zeker niet het eindpunt.
- MAAR nog steeds nood aan zorg op maat binnen dit kader.

'WAT IS VOOR U DE MEERWAARDE VAN SAMENWERKEN BINNEN EEN ZORGPROGRAMMA?'

WE VROEGEN HET AAN EEN THUISVERPLEEGKUNDIGE, HUISARTS EN HUISAPOTHEKER

Waarom COPD en hartfalen vandaag

- Aandoeningen met maatschappelijke impact
- Duidelijke evidentie van hoe ze aan te pakken
- Kennis hierover aanwezig in de regio
- Aangegeven als prioriteiten door Leuvense huisarten
- Haalbare start

Toekomst

- Getrapte implementatie
  - Leren uit eerste implementaties
  - Aanpassen van randvoorwaarden waar nodig en mogelijk (regelluwte In Leuven)
  - Samen nadenken over wat er moeilijk loopt
- Samen zoeken naar een evenwicht tussen
  - Wetenschappelijke evidentie
  - Haalbaarheid voor patient en zorgsysteem
  - Betaalbaarheid

ZORGPROGRAMMA HARTFALEN

Dr. Miek Smeets

Zorgzaam Leuven

KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM
HUISARTSGENEESKUNDE

Werkgroep Hartfalen Zorgzaam Leuven

Discipline	Naam	Organisatie
Apothekers	Karolien Walgraeve en Lorenz Vanderlinden, ziekenhuis apothekers Dorien vandenbroeck, Isabelle Dewulf, Carolien Delvaux, officina apothekers	UZ Leuven ABP Vivantia
Cardiologen	Walter Droogne Griet Van Thielen Hendrick Celen	UZLeuven Heilig Hart Heilig Hart
Huisartsen	Miek Smeets, Willem Raat, Tim Kinyentama, Greet vankersschaever,	huisartsen in eerste lijn
Diëtist	Kathleen Gerits	UZLeuven
Thuisverpleegkundigen WGK	Myriam Polfliet en Jan Meskens	Wit-Gele-Kruis
Zelfstandige thuisverpleegkundigen	Geert Boey	King van zelfstandige verpleegkundigen
Hoofdverpleegkundige WZC	Effie Hendrickx	WZC E. Remy
Hartfalen verpleegkundigen	Anne Strijckmans, Christine Hellemans	UZLeuven

Discipline	Naam	Organisatie
Kinesitherapeuten	Miek Hornikx	UZLeuven
Psycholoog	Erlinde Lambrechts	UZLeuven
Ergotherapeut	Leen Janssens Sien Devos	Fsmb zelfstandige ergotherapeut
Vertegenwoordiger van de mantelzorgvereniging	Nele Vanderheyden	Samana
Zorgprogramma manager	Christiaan Franz	UZLeuven
Zorgtrajectpromotor	Sarah Vanderhoeven	LMN Groot-Leuven
Head of Digital Transformation	Peter Van Vooren	Remedus

Waarom hartfalen?

- Bevraging huisartsen LMN Leuven: Nood aan zorgprogramma?
  - Hartfalen: Top 3
- Komt veel voor
  - 10 tot 20% van 70-80 jarigen
- Ernstig
  - 5-jaars overleving slechter dan de meeste kankers
  - Grote impact op kwaliteit van leven

- Hoog risico om (herhaaldelijk) in het ziekenhuis te belanden

→ Hoge kost voor gezondheidszorg (1 à 2% van RIZIV budget)

Wat kunnen we doen?

Geïntegreerde zorgprogramma's → -30% HF HOS*

Best practice:

- Multidisciplinair, gespecialiseerde zorgverleners
- Omvat verschillende aspecten van HF zorg
- Persoonlijk contact met patiënt of gemengde methodes
- Lang genoeg opvolgen

*Mc Alister et al, J Am Coll Cardiol, 2004; Roccaforte et al, Eur J HF, 2005; Yu et al, Eur Heart J, 2006; Gohler et al, Journal of Cardiac Fail, 2006

Wat kunnen we doen?

Belang van transitie van zorg na hospitalisatie*

FU consultatie in de eerste maand

na ontslag = -20% kans op

overlijden/rehospitalisatie

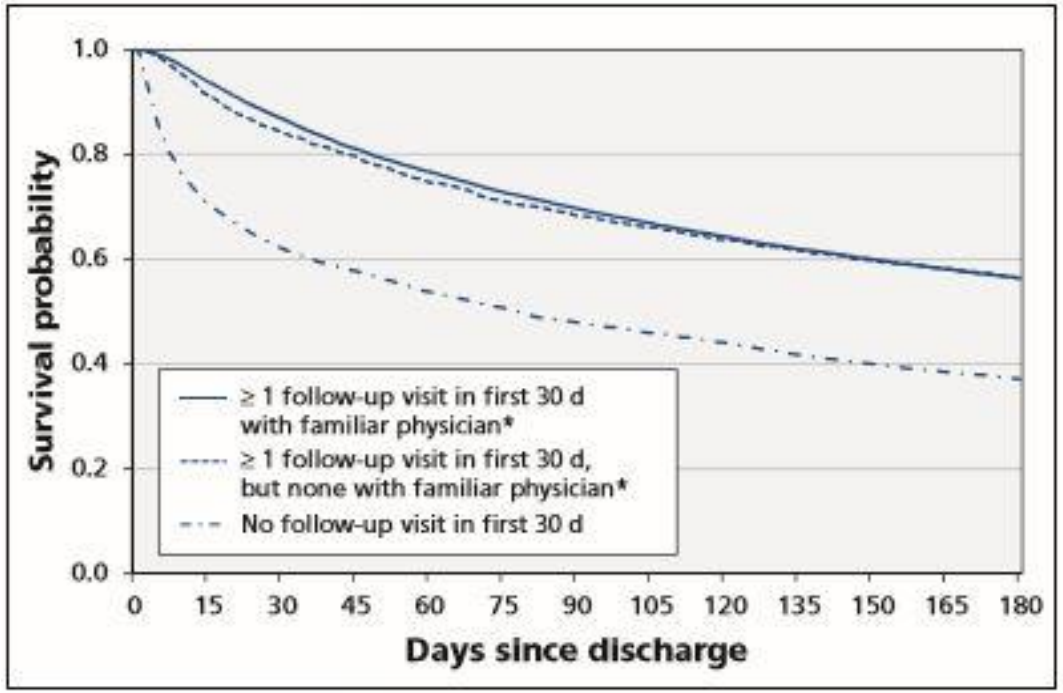


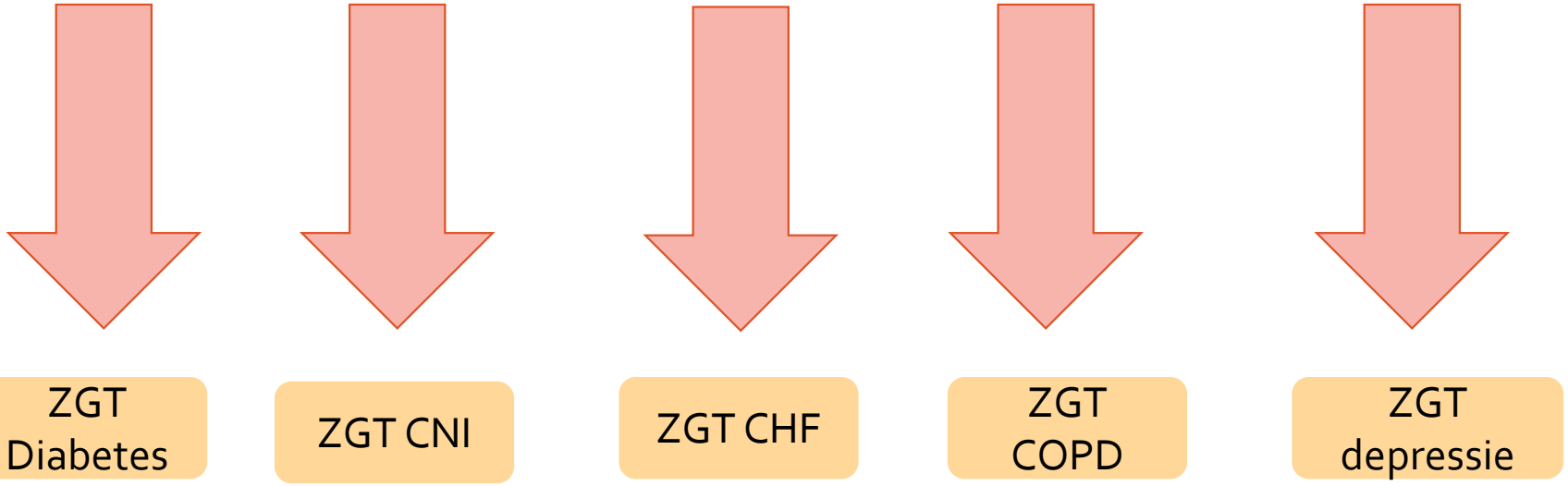
Figure 3: Unadjusted Kaplan–Meier curves for time to death or urgent readmission after discharge from index hospital admission. *A physician who had seen the patient at least twice in the year before the index admission or once during the index admission.

*McAlister et al, CMAJ 2013

Waar moeten we voor opletten?

- Geen 3e zorgtraject

Gemiddeld 5 co-morbiditeiten/HF patiënt

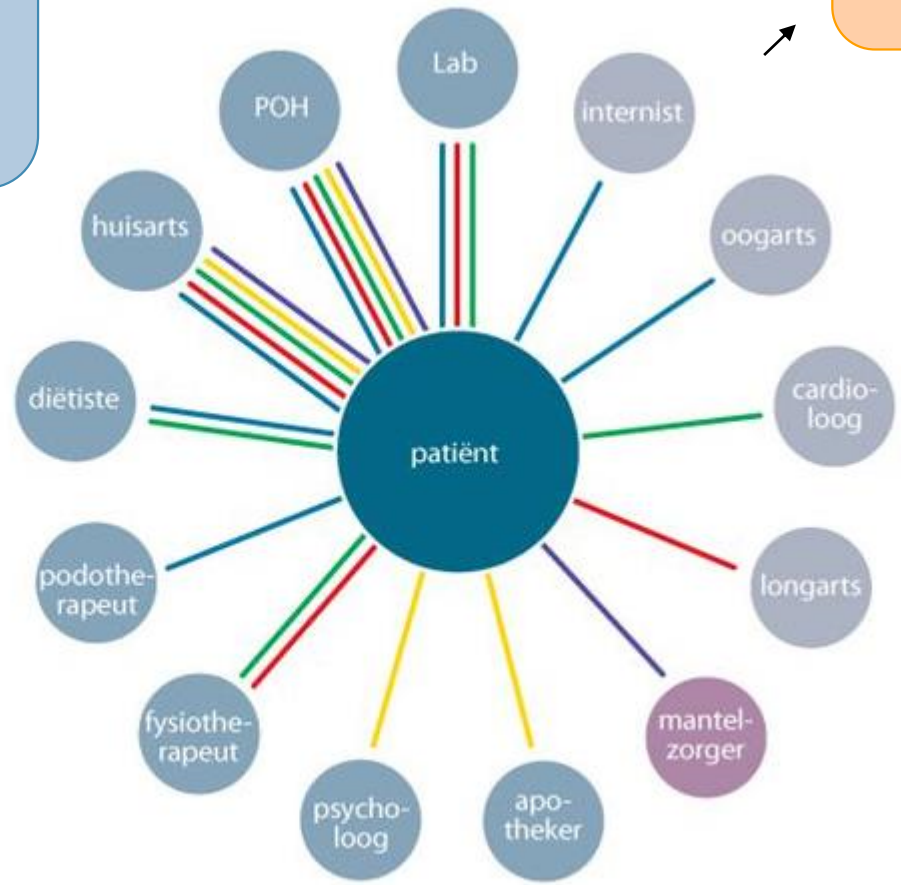


Gefragmenteerde zorg, administratieve belasting ↑, niet patiënt gericht

Doel: geïntegreerde, naadloze zorg

Holistisch: gericht op gezondheid > ziekte

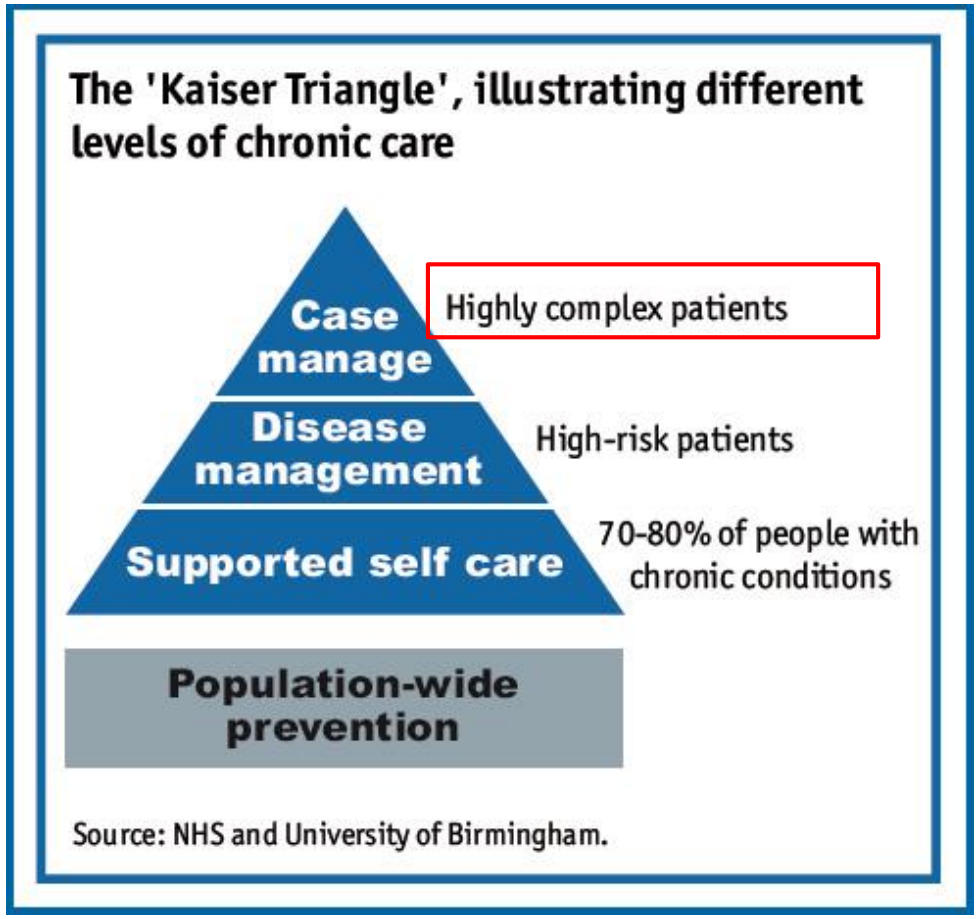
Patiënten in de eerstelijn houden



Patiënt empowerment

DM2
Astma/COPD
CVRM
GGZ
Ouderenzorg

Wat ontbreekt in de meeste zorgprogramma's



=5 à 10% van HF patiënten
~ het deel van de HF patiënten dat in het ziekenhuis belandt

=90-95% van HF patiënten
Ook nog ruimte voor verbetering!

Wat ontbreekt in de meeste zorgprogramma's?

Extramuraal/Thuis

Transmuraal/Overgang

Intramuraal/Ziekenhuis

- Case-finding/diagnose HF
- Behandeling in eerstelijn
- Organisatie van zorg rond patiënt

=Focus van de meeste zorgprogramma's = Hoog-risico patiënten

Wat kan beter in hartfalenzorg in België?

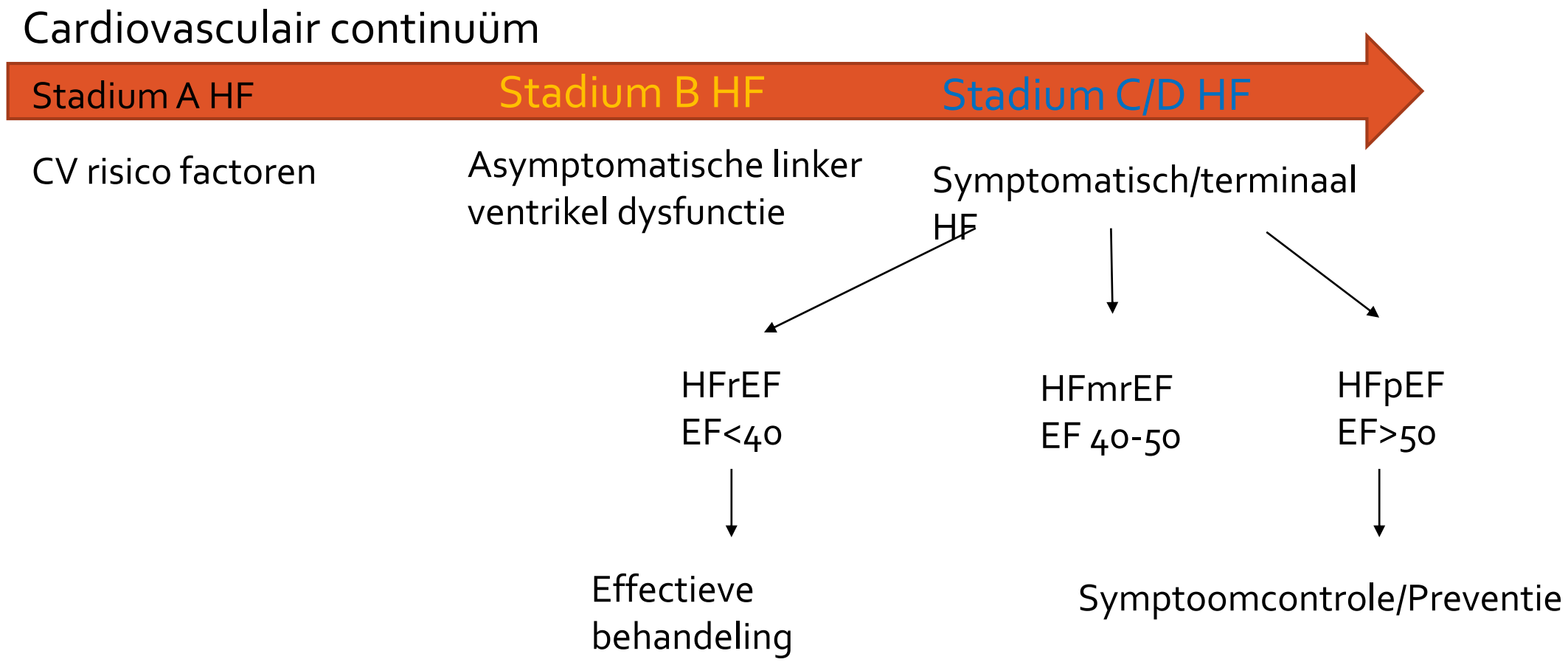
1. Diagnose

- Onder-detectie/Onder-registratie
- Late diagnose
- Geen uniforme specialistische terminologie
- Geen terugbetaling natriuretische peptiden

2.Behandeling

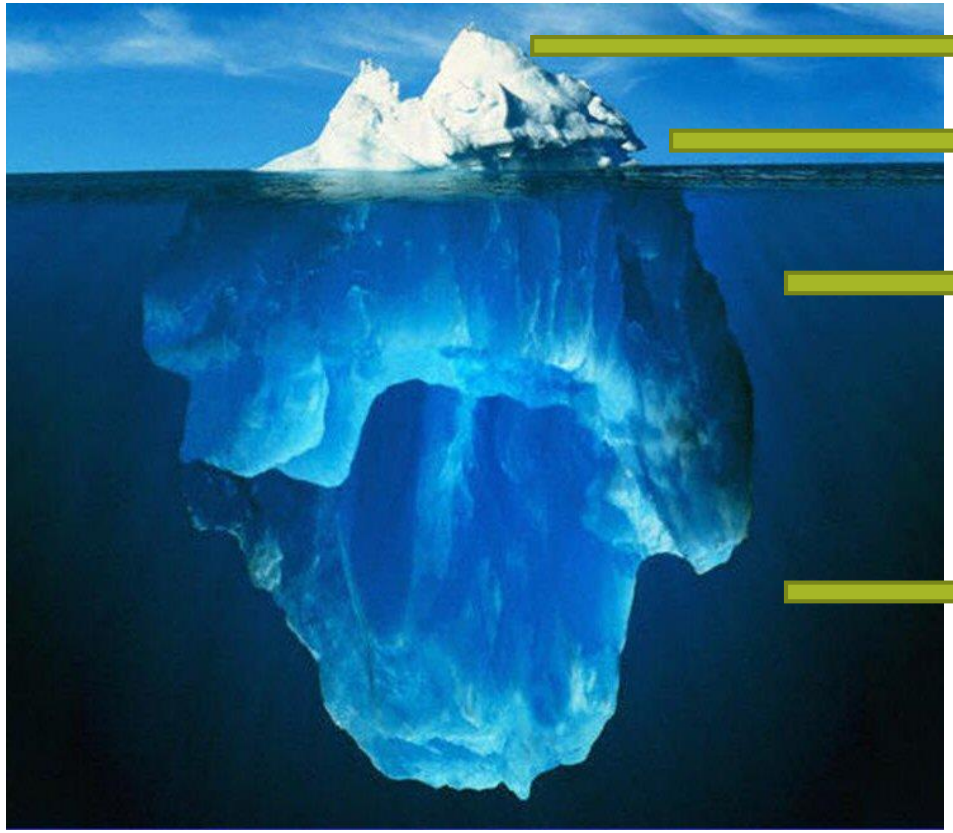
3. Organisatie van zorg

Achtergrond diagnose van hartfalen



Dzau E., Braunwald E. Am Heart J, 1991

Wat kan beter in hartfalenzorg in België?



HF patiënten gevolgd door cardiologen

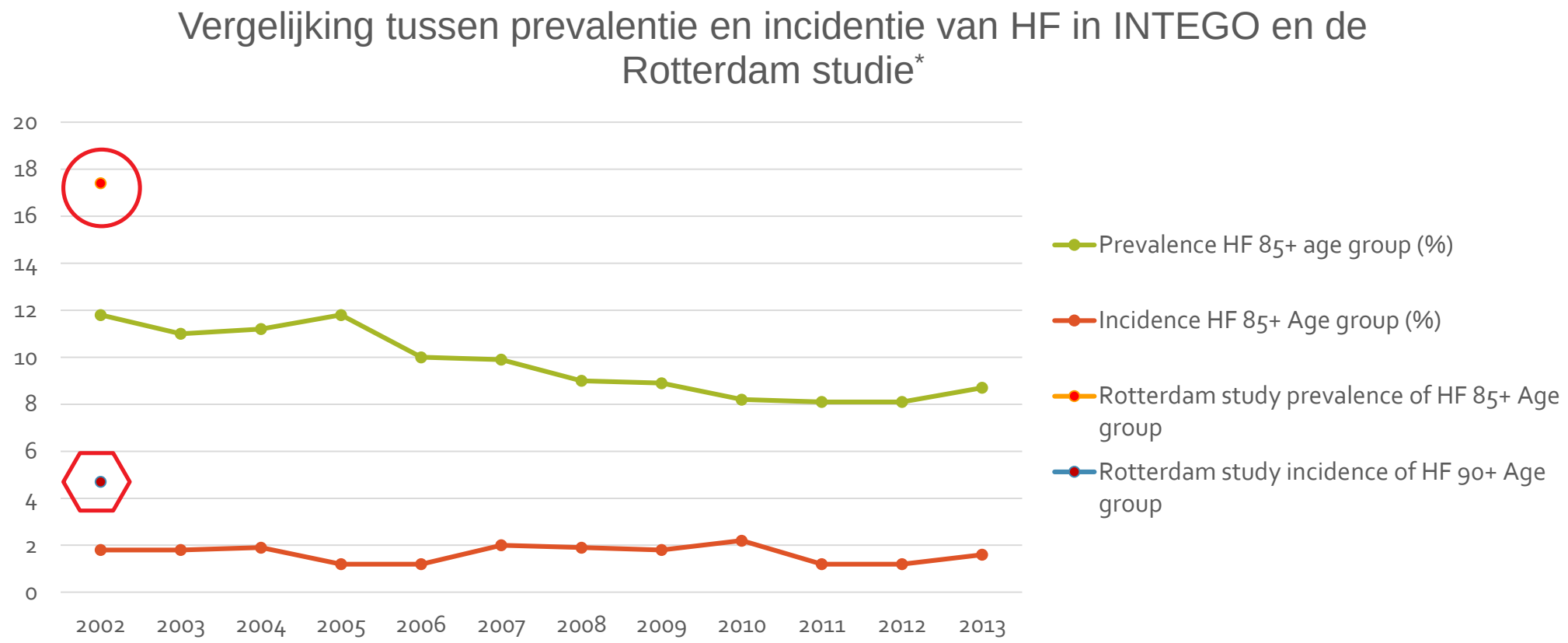
HF patiënten gevolgd door huisartsen

Gemiste/niet geregistreerde diagnose HF

Asymptomatische linker ventrikeldysfunctie

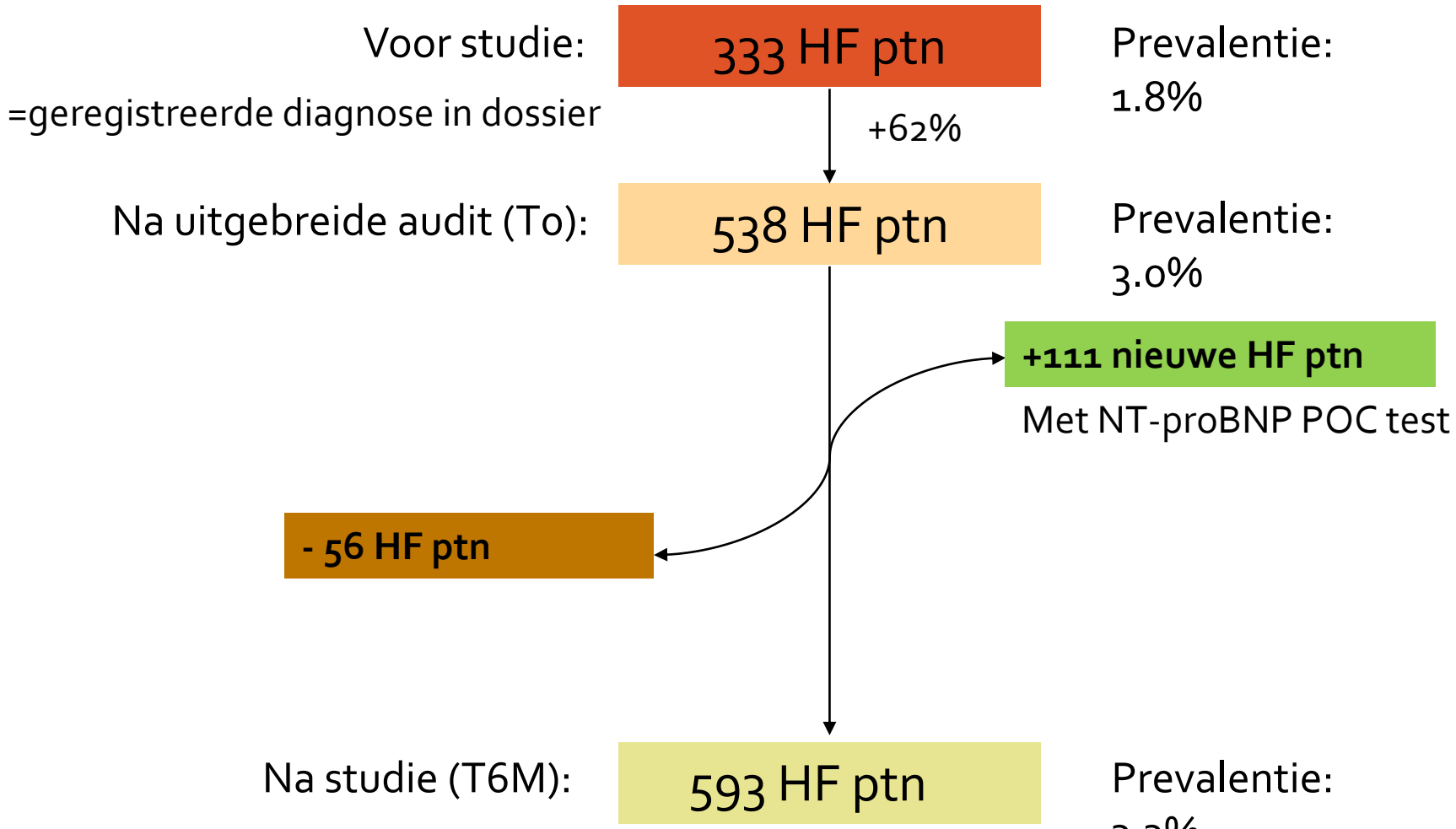
Wat kan Beter in hartfalen zorg in België?

1. 1 Onder-diagnose/Onder-registratie



*Bleumink et al. Eur Heart J, 2004

1.1 Onder-diagnose/Onder-registratie: Resultaten van de OSCAR-HF piloot studie



1.2 Late diagnose

- 75% NYHA stadium III-IV op moment van diagnose*

1.3 Geen uniforme specialistische terminologie

	Totale OSCAR-HF populatie N=538	HFrEF N=110	HFmrEF N=75	HFpEF N=306
Specialistische diagnose HF	225 (42)	83 (76)	38 (51)	104 (34)

*Devroey et al. Int J Clinical Pract, 2010

Wat kan beter in hartfalenzorg in België

1.4 Geen terugbetaling natriuretische peptiden

Wat?

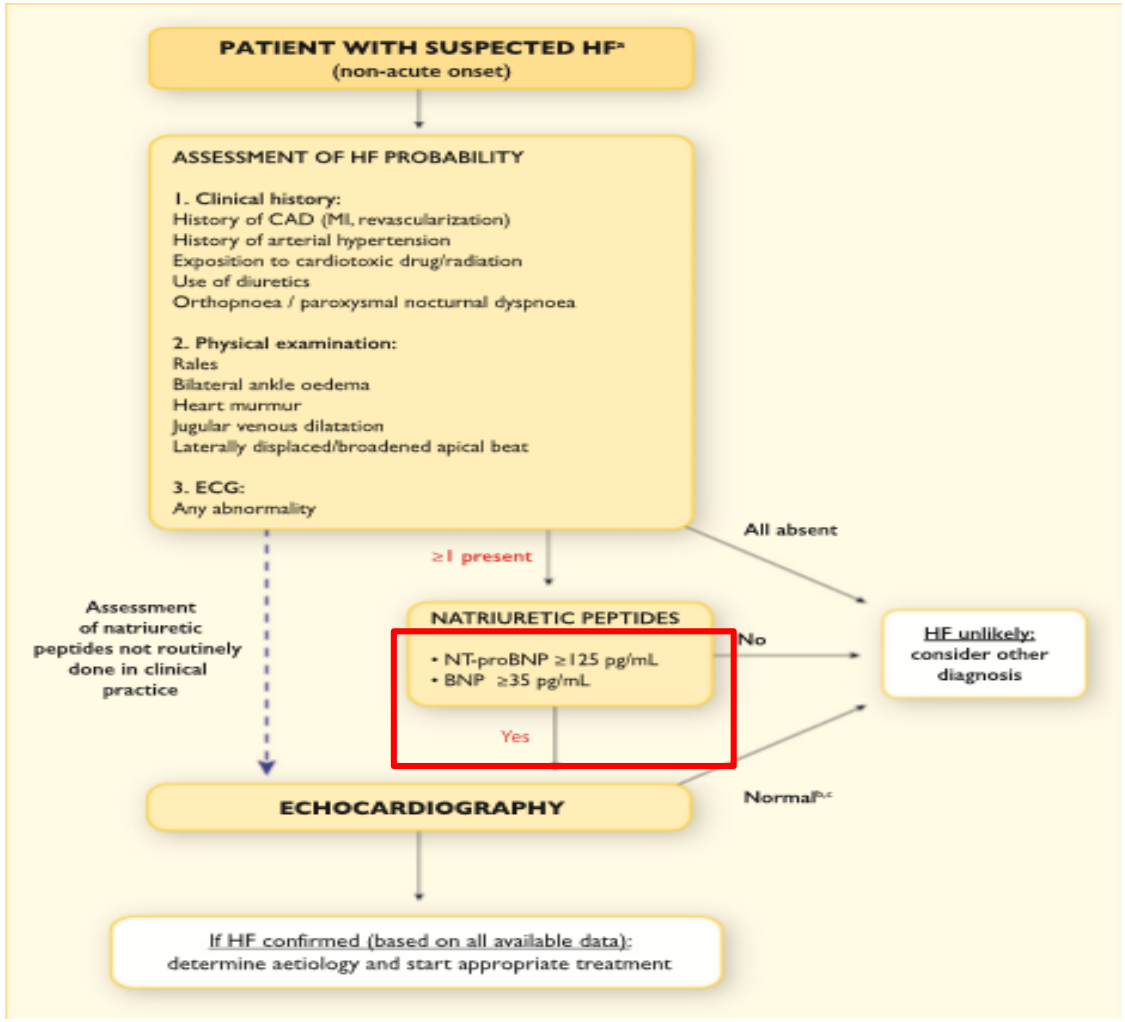
Natriuretische peptiden zijn markers van pancardiale schade

Normaal NT-proBNP → NT-proBNP ↑ → NT-proBNP ↑ ↑

Struthers A et al. Eur Heart J, 2007

Wat kan beter in hartfalenzorg in België?

1.4 Geen terugbetaling natriuretische peptiden



Indicaties?

- Diagnose (uitsluiter)
- Prognose

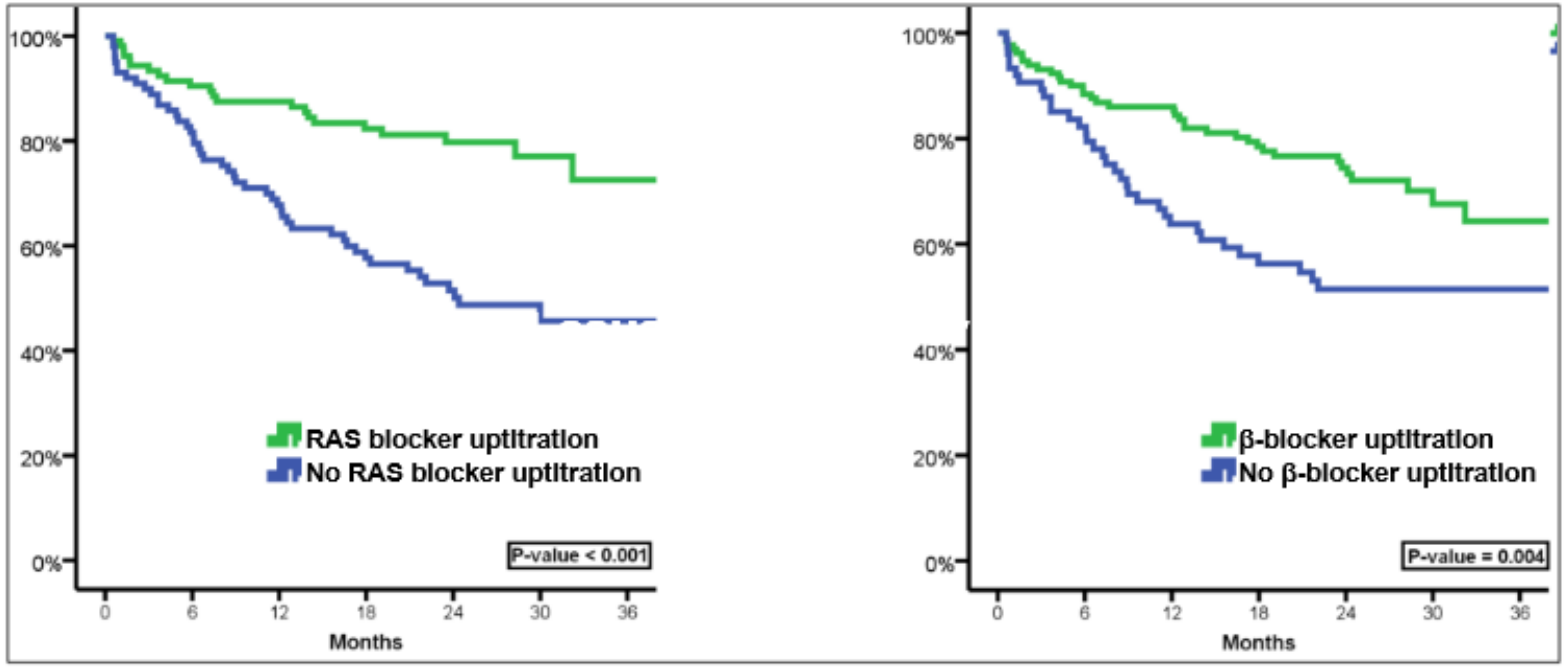
Ponikowski et al. Eur J Heart Fail, 2016

Wat kan beter in hartfalenzorg in België?

1. Diagnose	
2.Behandeling	• Bereiken van streefdosis medicatie bij HFrEF patiënten • Educatie voor HF patiënten
3. Organisatie van zorg	

Wat kan beter in hartfalenzorg in België?

2.1 Belang van bereiken streefdosis medicatie bij HFrEF patiënten

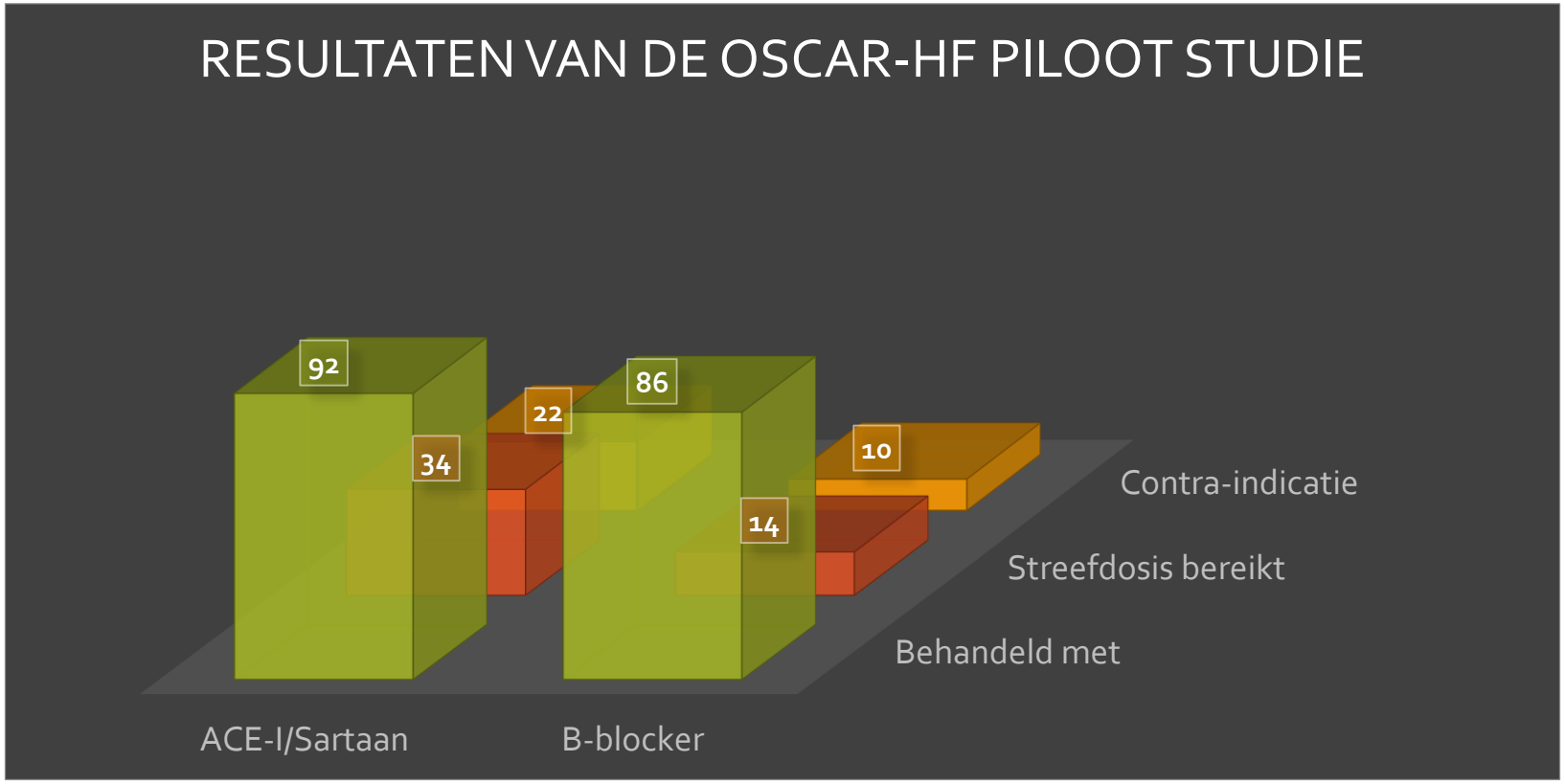


Freedom from all-cause mortality / rehospitalization for HF

Verbrugge F et al. Am J Cardiol, 2013

Wat kan beter in hartfalenzorg in België?

2.1 Bereiken van streefdosis medicatie bij HFrEF patiënten



Wat kan beter in hartfalenzorg in België?

2.2 Educatie van HF patiënten

- Uit semi-gestructureerde interviews met 13 Vlaamse huisartsen
  - Huisartsen hechten veel belang aan educatie van patiënten

MAAR… tijdsgebrek

Vragende partij om dit te delegeren aan verpleegkundigen…

Wat kan beter in hartfalenzorg in België?

1. Diagnose	
2.Behandeling	
3. Organisatie van zorg	• Nood aan taakdelegatie/verpleegkundigen in HF zorg • Nood aan protocollaire zorg

Wat kan beter in hartfalenzorg in België?

3.1 Nood aan taakdelegatie/verpleegkundigen in HF zorg

- Multidisciplinaire zorgprogramma's
  - Belangrijkste teamleden internationaal = gespecialiseerde HF verpleegkundigen

  - België:
    - 1/10 ziekenhuizen: multidisciplinair zorgprogramma hartfalen*
    - Geen HF verpleegkundigen in de eerstelijn

*Nationale bevraging van het college van cardiologen. Data-collectie 2016. BeCareMagazine Sept. 2017

Wat kan beter in hartfalenzorg in België?

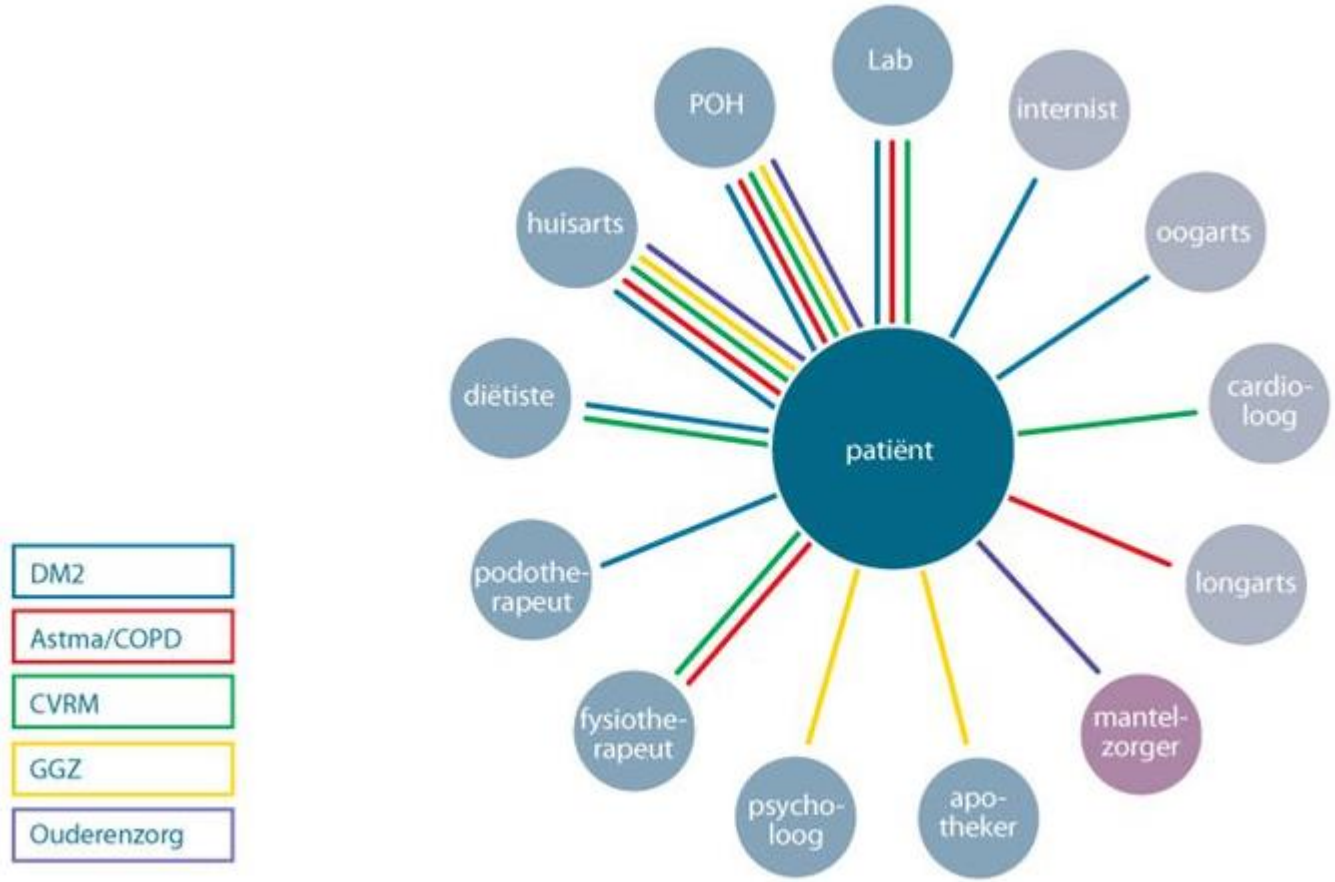
3.2 Nood aan protocollaire zorg

Uit semi-gestructureerde interviews met 13 Vlaamse huisartsen:

Wie doet wat, wanneer? – nood aan houvast

< > zorgtraject (administratie, té rigide)

Zorgprogramma Hartfalen



Doel: Geïntegreerde, naadloze zorg, patiënt centraal

Zorgprogramma Hartfalen

Extramuraal/Thuis

Transmuraal/Overgang

Intramuraal/Ziekenhuis

- Diagnose HF
- Behandeling in eerstelijn
- Organisatie van zorg rond patiënt

Zorgprogramma Hartfalen

Extramurale gedeelte/eerste lijn

- Zorgprotocollen voor eerstelijns professionals
  - Huisarts
  - Apotheker
  - Verpleegkundigen (WZC/thuis)
  - Kinesisten
  - Diëtisten

  =Wie doet wat, wanneer bij HF patiënt = leidraad voor multidisciplinaire samenwerking

Inhoud

Woordenlijst 3

Inleiding 4

Zorgprotocol voor de huisarts 5

- Diagnostiek 5
- Behandeling 6
  - Acuut én chronisch 6
  - Behandeling van HFrEF (EF<40) 7
- Opvolging ambulant 8
  - Multidisciplinaire samenwerking 8

Opvolging post-hospitalisatie 9

Zorgprotocol kinesist 10

Zorgprotocol eerstelijnsverpleegkundige 11

Zorgprotocol huisapotheker 12

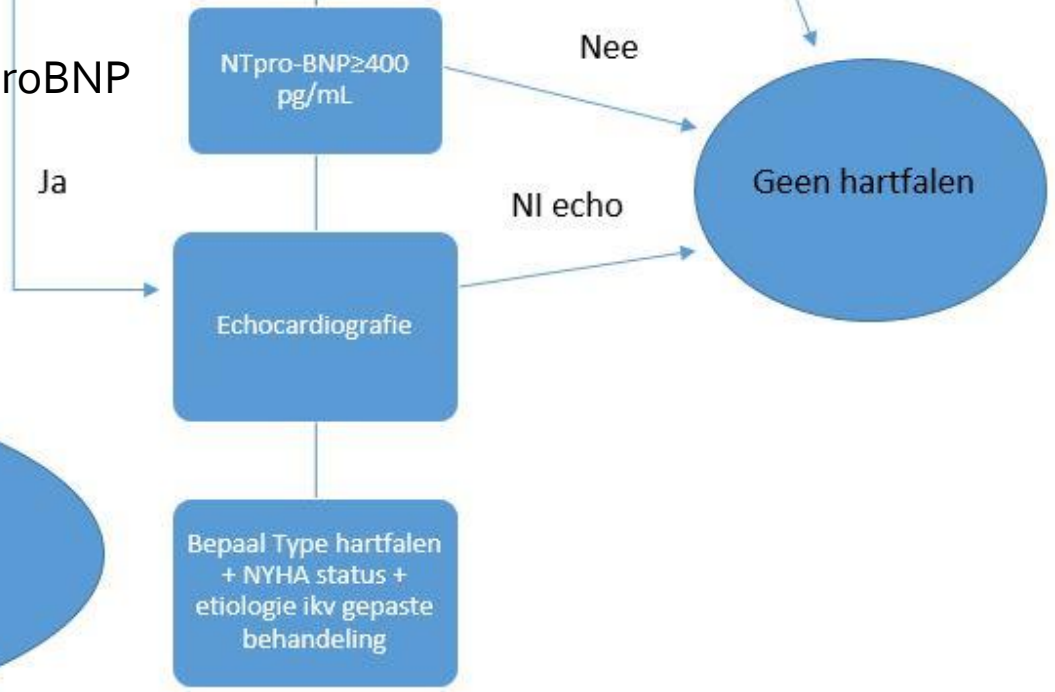
Zorgprotocol diëtist 13

1.1.1. Diagnose van hartfalen

Tijdig aan HF denken!

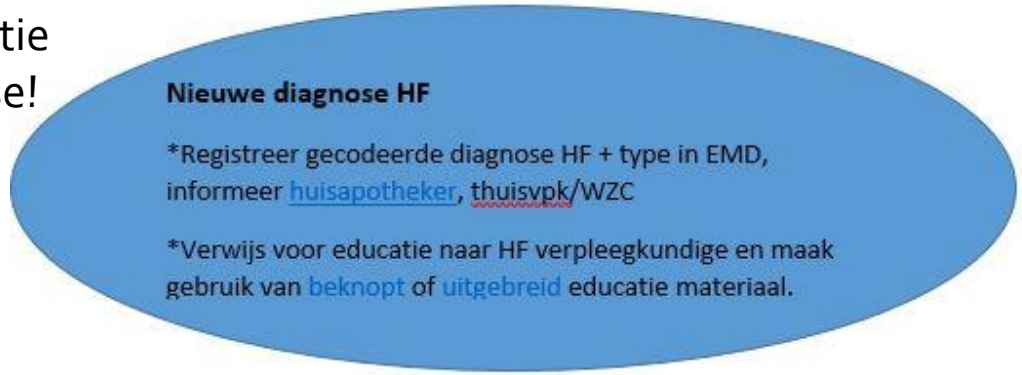
Allemaal afwezig

Introductie NT-proBNP



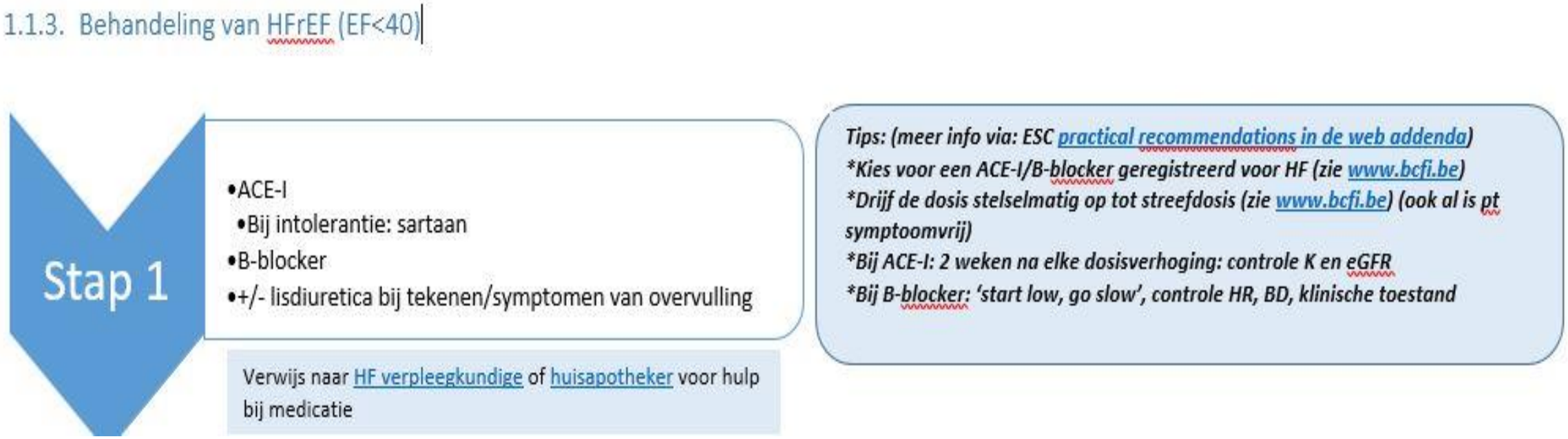
Belang interdisciplinaire samenwerking

Belang registratie diagnose!



Belang educatie patiënt

Aandacht voor streefdosissen



Aandacht voor interdisciplinaire samenwerking/patiënt educatie

Wie doet wat wanneer

1.1.4.1 Multidisciplinaire samenwerking

Huisapotheker:

*Breng huisapotheker op de hoogte van nieuwe diagnose hartfalen

*Verwijs patiënten met complexe medicatieschema's naar huisapotheker voor hulp

Hartfalen verpleegkundige:

*Verwijs patiënten met een nieuwe diagnose hartfalen voor educatie

*Verwijs patiënten met hoog risico op decompensatie voor educatie/medicamenteus advies

*Verwijs patiënten die ≥1 HF hospitalisatie/jaar doormaken voor educatie/medicamenteus advies

Kinesist:

*Verwijs patiënten die niet in aanmerking komen voor cardiale revalidatie in een gespecialiseerd centrum naar een perifere kinesist voor revalidatie.

*Voor patiënten met chronisch hartfalen is levenslang actief blijven aanbevolen. Dit kan door aan te sluiten bij Harpa, door naar een fitnesscentrum te gaan, door kinesitherapie te blijven volgen of door zelf actief te blijven.

Psycholoog:

*Screen voor angst en depressie in hartfalen patiënten. Verwijs zo nodig voor psychologische ondersteuning.

Ergotherapeut:

*Verwijs patiënten met een verhoogd valrisico of problemen in dagelijks functioneren voor ergotherapeutisch advies.

Diëtiste:

*Verwijs hartfalen patiënten met een overdreven vocht (>1,5l) -en/of zout-intake naar de diëtiste voor advies

Taakdelegatie naar HF verpleegkundige/ Belang educatie

Zorgprogramma Hartfalen

Transmurale gedeelte

- Zorgprotocollen voor overgang ziekenhuis - thuissituatie
  - Huisarts
  - Cardioloog
  - Apotheker
  - Verpleegkundigen (HF vpk/WZC/thuis)

  =Wie doet wat, wanneer bij HF patiënt = leidraad voor multidisciplinaire samenwerking

Binnen de week na ontslag uit zkh consult bij HA!

Introductie HF verpleegkundige

Interdisciplinaire samenwerking ↑

Na terugkeer thuis

Huisarts

Binnen de week na ontslag consult/bezoek door HA

Nieuwe diagnose HF? Type HF, etiologie, gecodeerd registreren

Behandelplan doornemen met patiënt: compliance? Duidelijk? Afspraken voor toekomst maken

(o.a. over optitreren van medicatie bij HFrEF patiënten)

FU depressie, vroegtijdige zorgplanning, verwijzing kinesist, verwijzing HF verpleegkundige voor extra educatie

Cardioloog

Bij kwetsbare hartfalen patiënten: FU op specifieke HF RP 1 maand na ontslag

(afspraak wordt meegegeven vanuit ziekenhuis)

HF verpleegkundige

Brug tussen ziekenhuis en eerstelijn

Telefonisch contact met patiënt 14 dagen na ontslag

screening alarmS/, screening sociale situatie en FU ok, zo nodig verwijzing patiënt naar huisarts

Thuisverpleegkundige (krijgt ontslagbrief via patiënt)

FU parameters volgens instructies, zo nodig contactname huisarts.

Bewaking medicatieschema en toediening.

Huisapotheker (krijgt ontslagbrief via patiënt)

Educatie medicamenteuze behandeling

Bewaking medicatieschema – alert zijn voor fouten, interacties, onvoldoende innames

Bewaken therapietrouw en andere geneesmiddelen gebonden problemen

Registreren diagnose

Optitreren van medicatie!

Educatie HF patiënten

Zorgprogramma Hartfalen

Intramurale gedeelte

- Checklist tijdens hospitalisatie
  - Wie, doet wat, wanneer + transmurale communicatie/afspraken
- Standaardiseren van specialistische communicatie
  - Diagnose
  - Optitreren medicatie
  - Echocardiografische parameters
- Patiëntenflow stroomlijnen

Uitkomstmaten

- Aantal geregistreerde HF diagnoses in de huisartspraktijk
- Aantal HFrEF patiënten met optimale dosis medicatie
- Kwaliteit van leven van patiënten met HF
- Ervaringen van gezondheidszorg professionals met protocollen
- Aantal hartfalen hospitalisaties

…

Timing

- Komende maanden: finaliseren protocollen
  - Door WG hartfalen
  - Alle hulp welkom!
- 2019:
  - Baselinemeting
  - Uitrollen zorgprogramma op grotere schaal

Vragen?

ZORGPROGRAMMA COPD

Prof. Wim Janssens – UZ Leuven

Zorgprogramma COPD

- Huidige inzicht in aanpak en behandeling (richtlijnen)
- Implementatie van richtlijnen transmuraal
  - Screening, diagnostiek en opvolging
  - Medisch traject – huisarts, specialist, universiteit
  - Paramedisch traject
- Uitdagingen
  - Structuur
  - Complexe zorg – multiple trajecten

COPD: roken is de belangrijkste risicofactor!

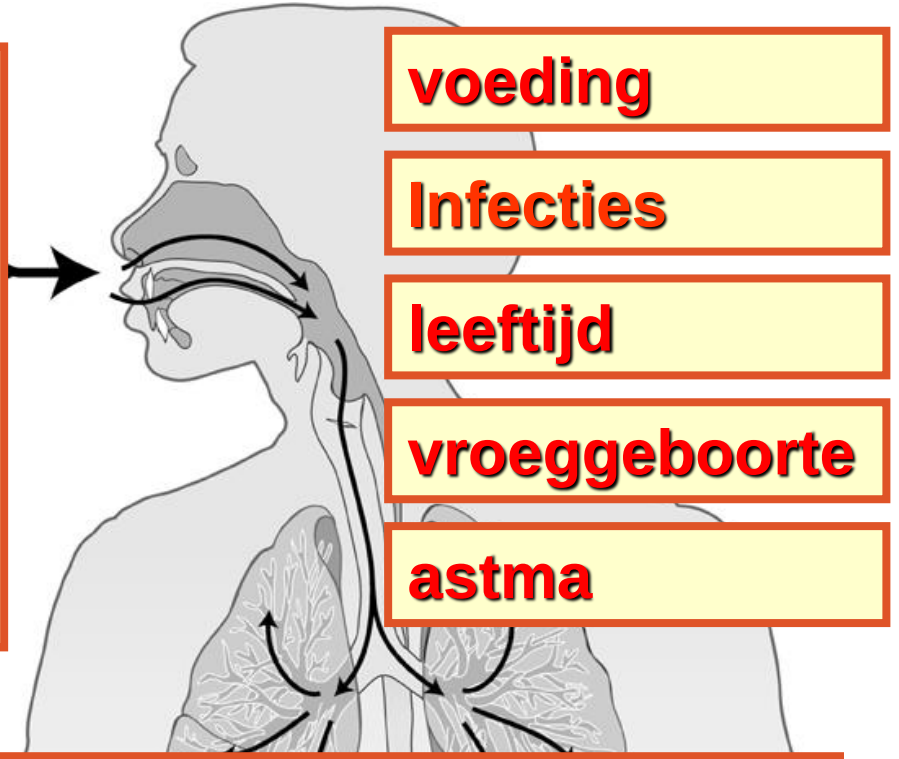
ROKEN

passief roken

beroepsblootstelling

luchtverontreiniging

biomassa verbranding



voeding

Infecties

leeftijd

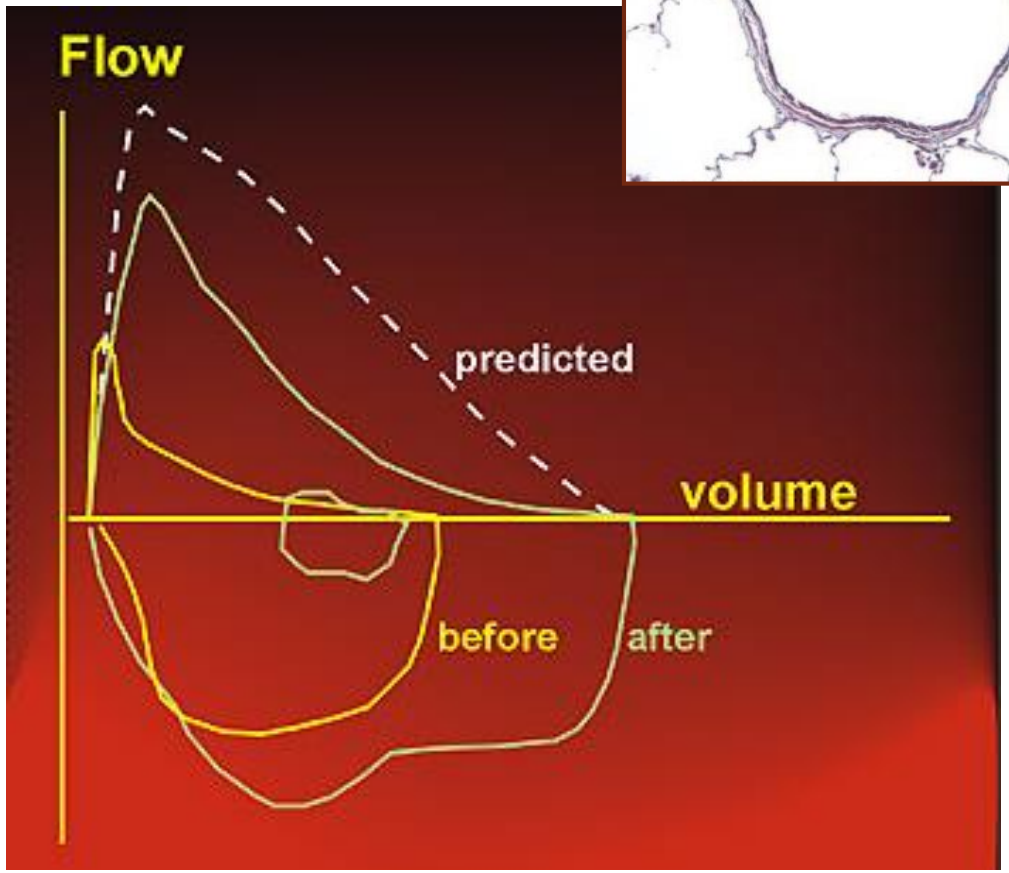
vroeggeboorte

astma

Genetische factoren

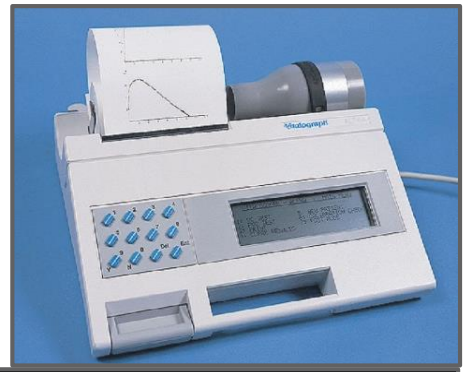
www.goldcopd.org

COPD: obstructie en inflammatie van de luchtwegen



normaal

COPD



Diagnose =
FEV_1/FVC ratio <0,7

Diagnose: naast kliniek is spirometrie noodzakelijk!

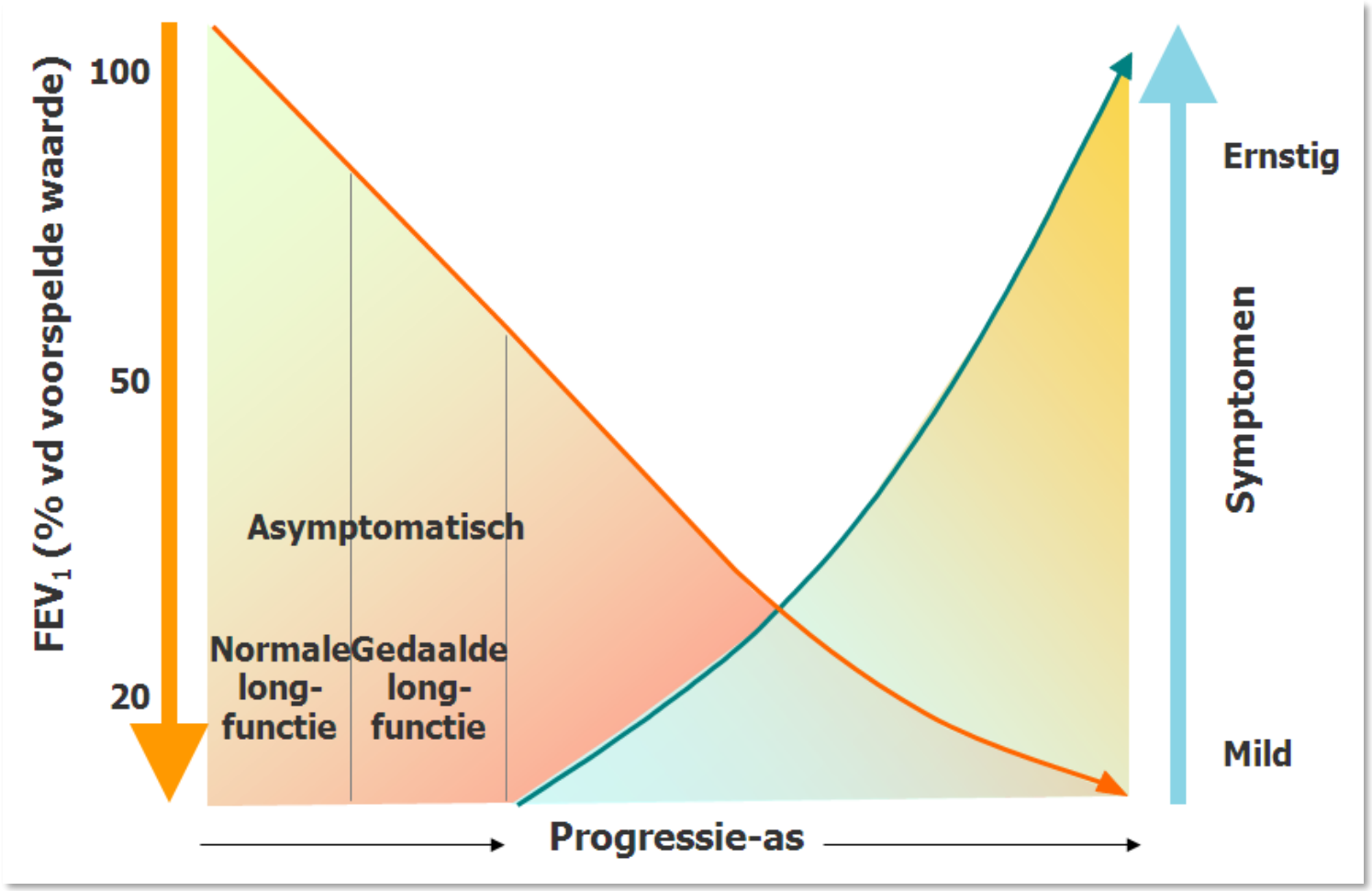
Symptomen
Dyspnee
Chronische hoest
Sputum

Blootstelling aan risicofactoren

Tabak
Beroep
vervuiling

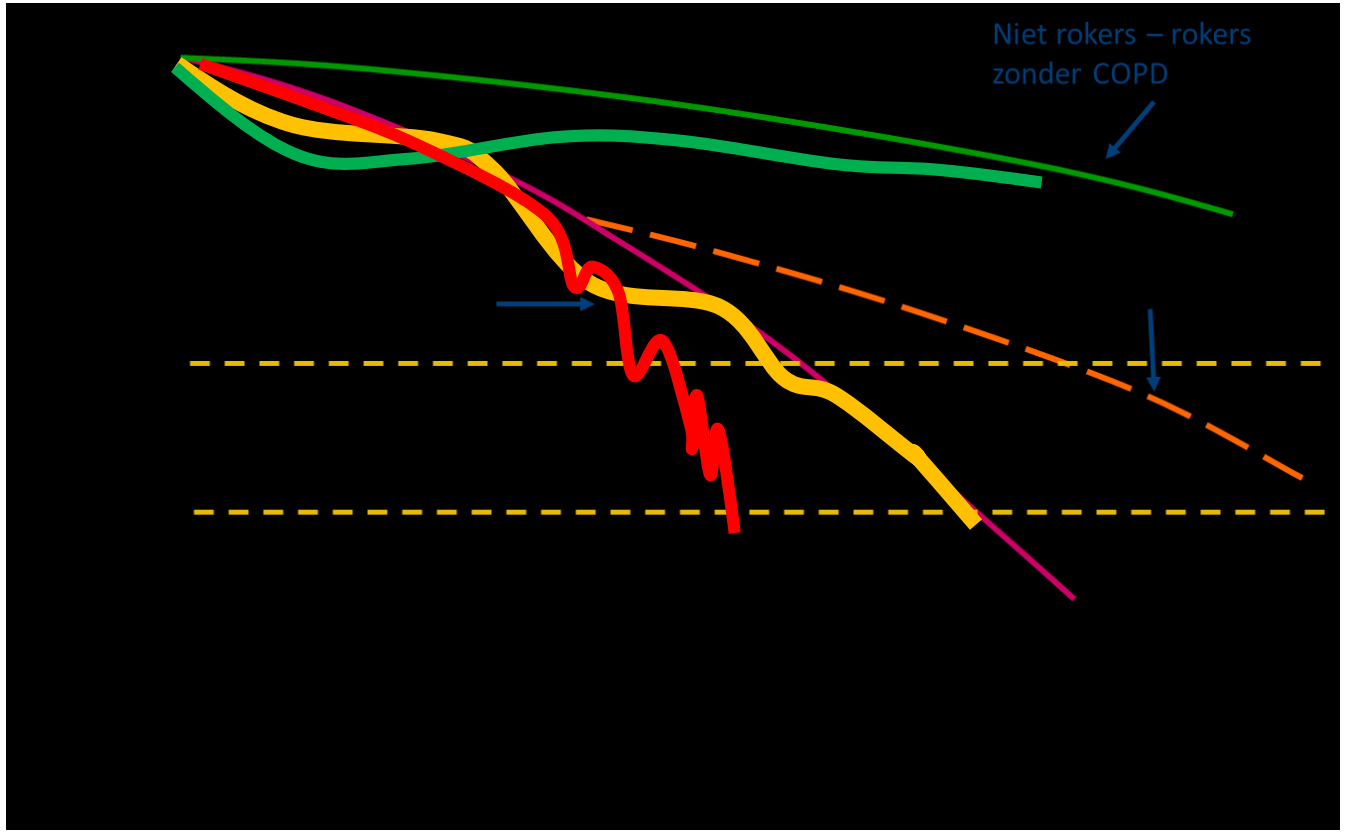
SPIROMETRIE: Noodzakelijk

Symptomen nemen toe met ziekteprogressie

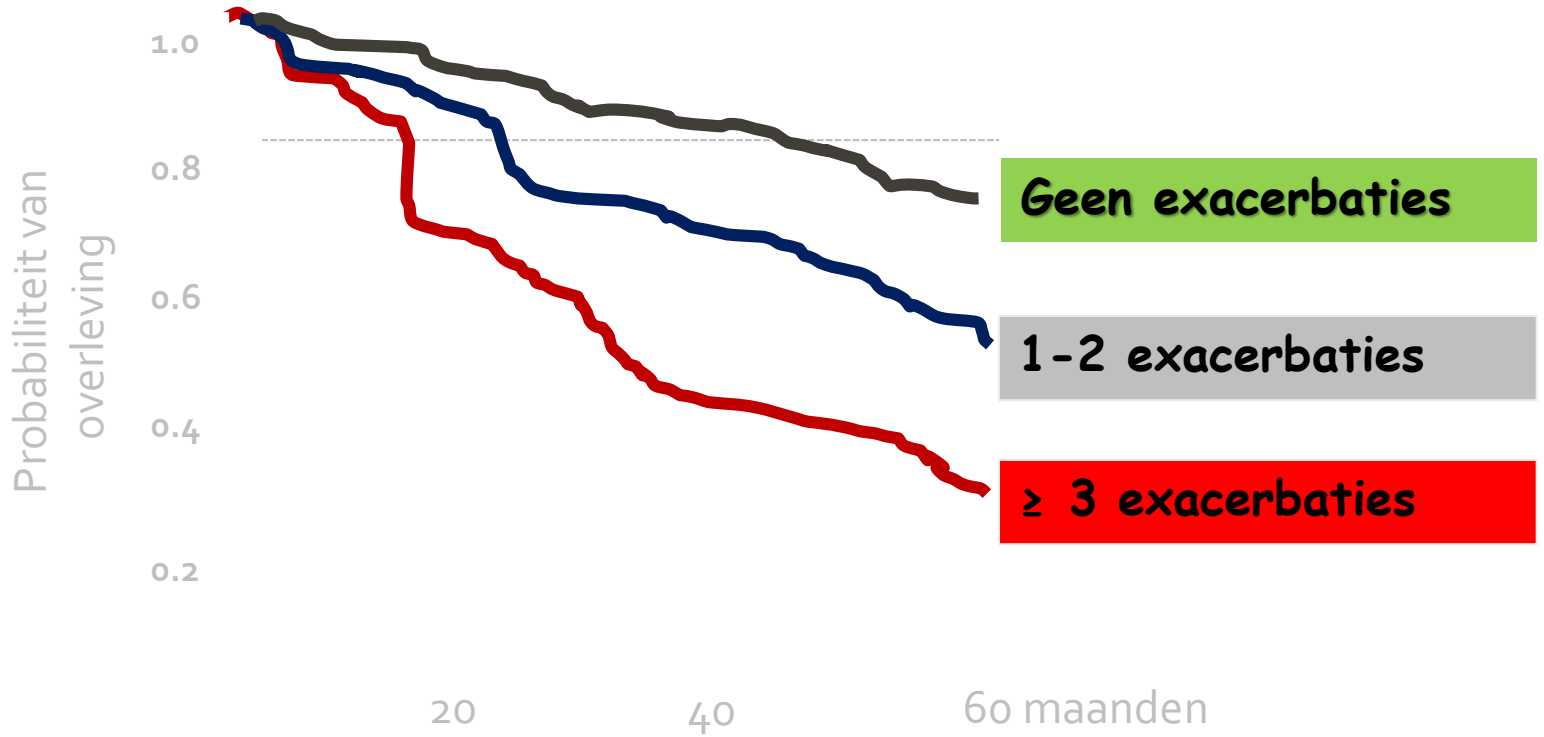


Sutherland E. *N Engl J Med* 2004; 350: 2689-97

FEV_1 is niet enige marker voor ziekte evolutie

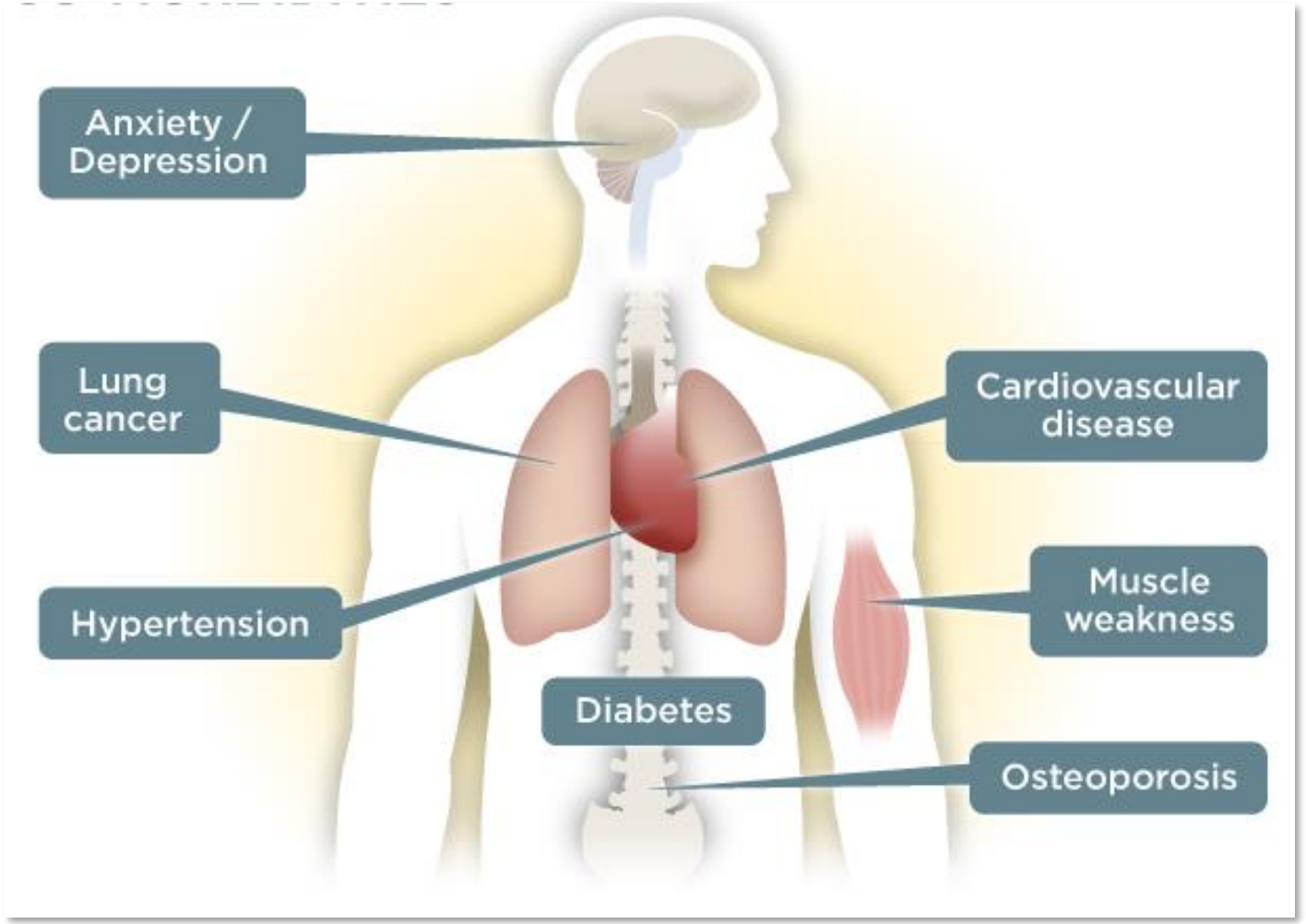


Andere determinanten: exacerbaties



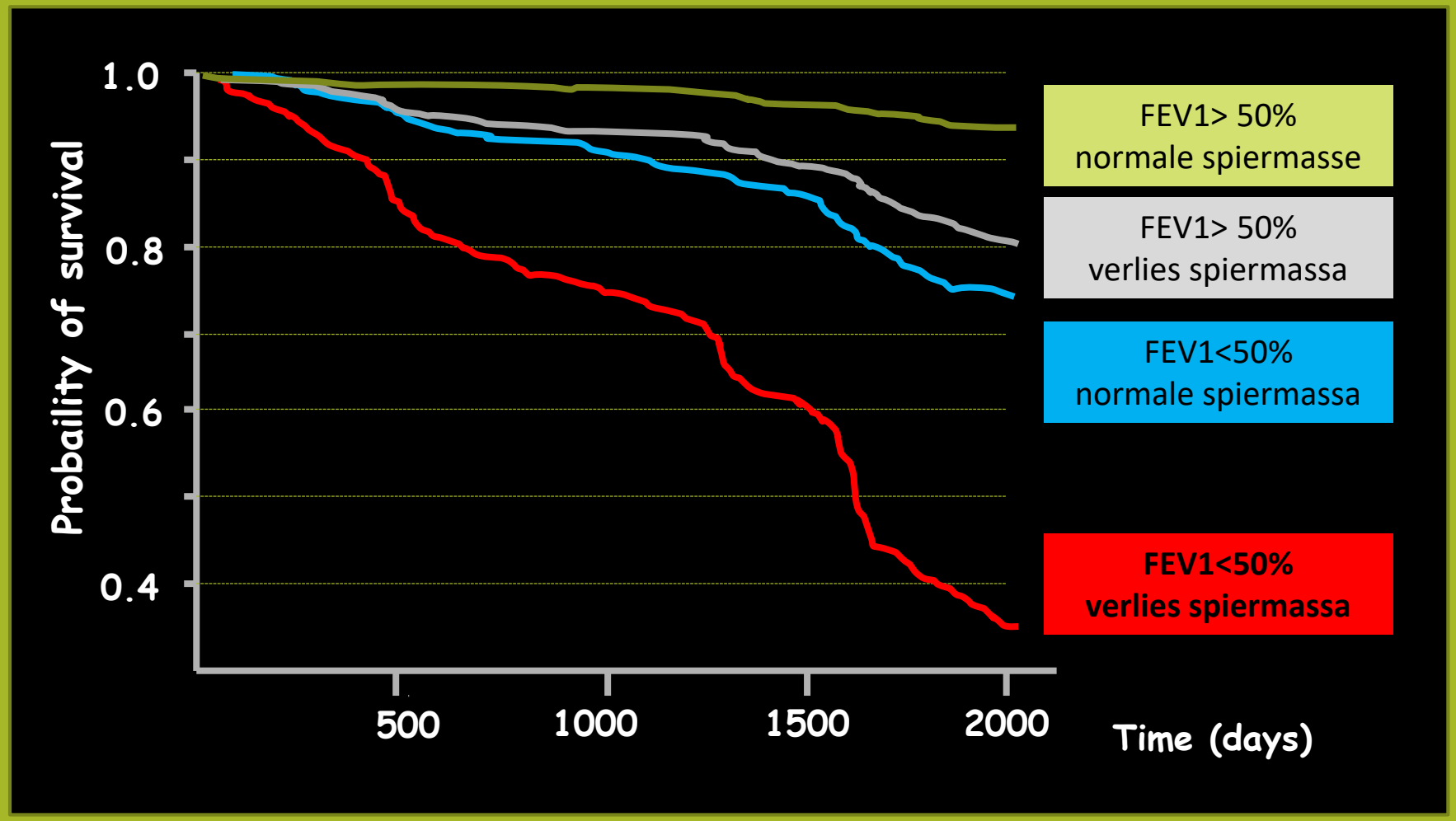
Soler-Cataluina et al. *Thorax* 2005; 60: 925-931

Andere determinanten: comorbiditeit



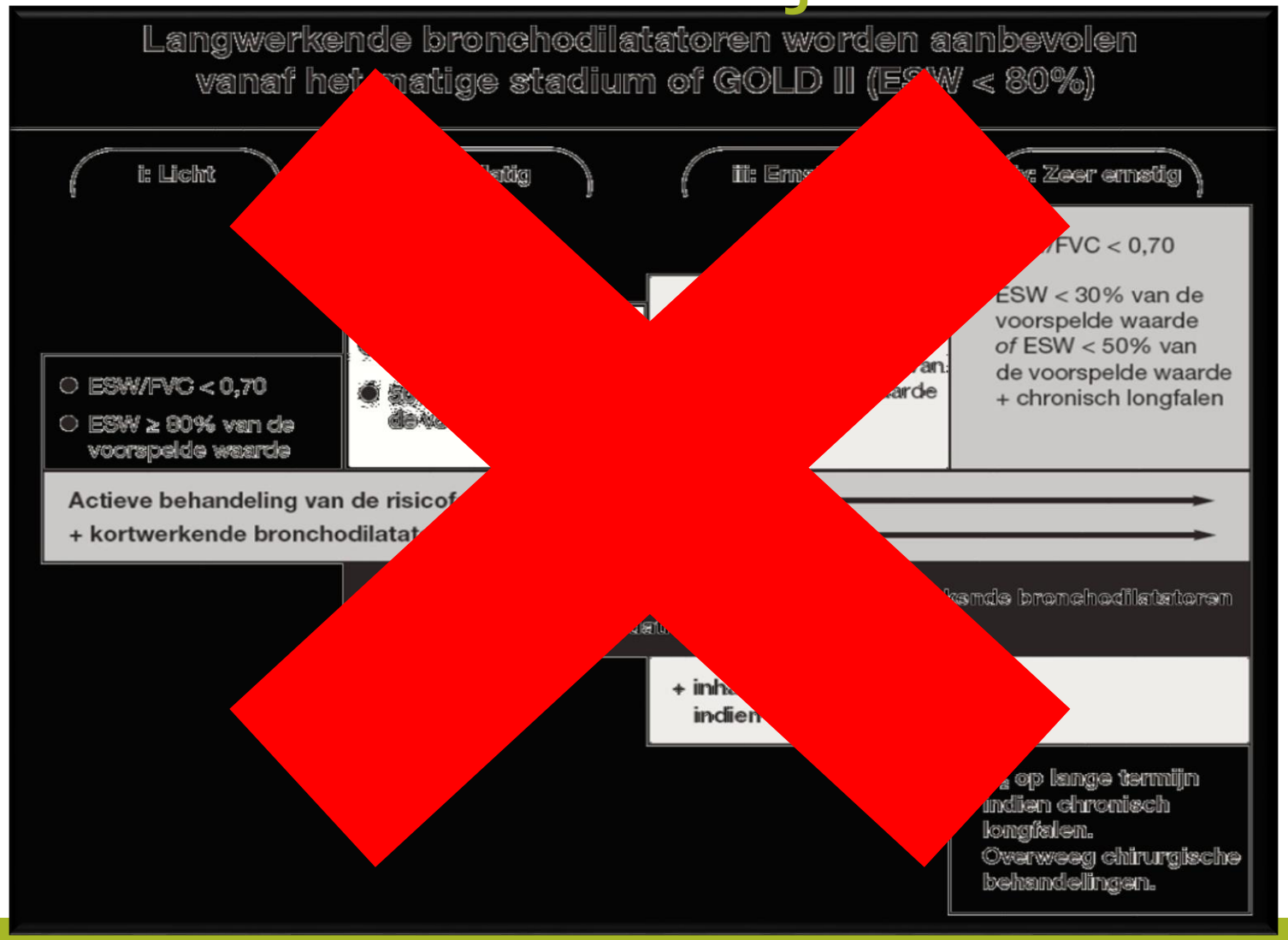
Decramer M et al. *Lancet* 2012

Andere determinanten: spiermassa (gewicht – kracht)



Marquis et al. AJRCCM 2002

GOLD december 2011/2016: nieuwe richtlijnen…



Diagnose van COPD volgens GOLD 2017

1	Bevestig de diagnose door spirometrie	2	Evaluatie van de limitatie van de luchtstroom	3	Evaluatie van symptomen/risico op exacerbaties

Post-bronchodilator
$FEV_1/FVC < 0.7$

FEV_1 - % predicted	
GOLD 1	≥80
GOLD 2	50-79
GOLD 3	30-49
GOLD 4	<30

C	D
A	B

De rol van spirometrie:

- ❖ Diagnose
- ❖ Prognose
- ❖ Follow-up van de patiënt

NP 4 Number # :BE1702591966

Farmacotherapie van COPD: doelstellingen

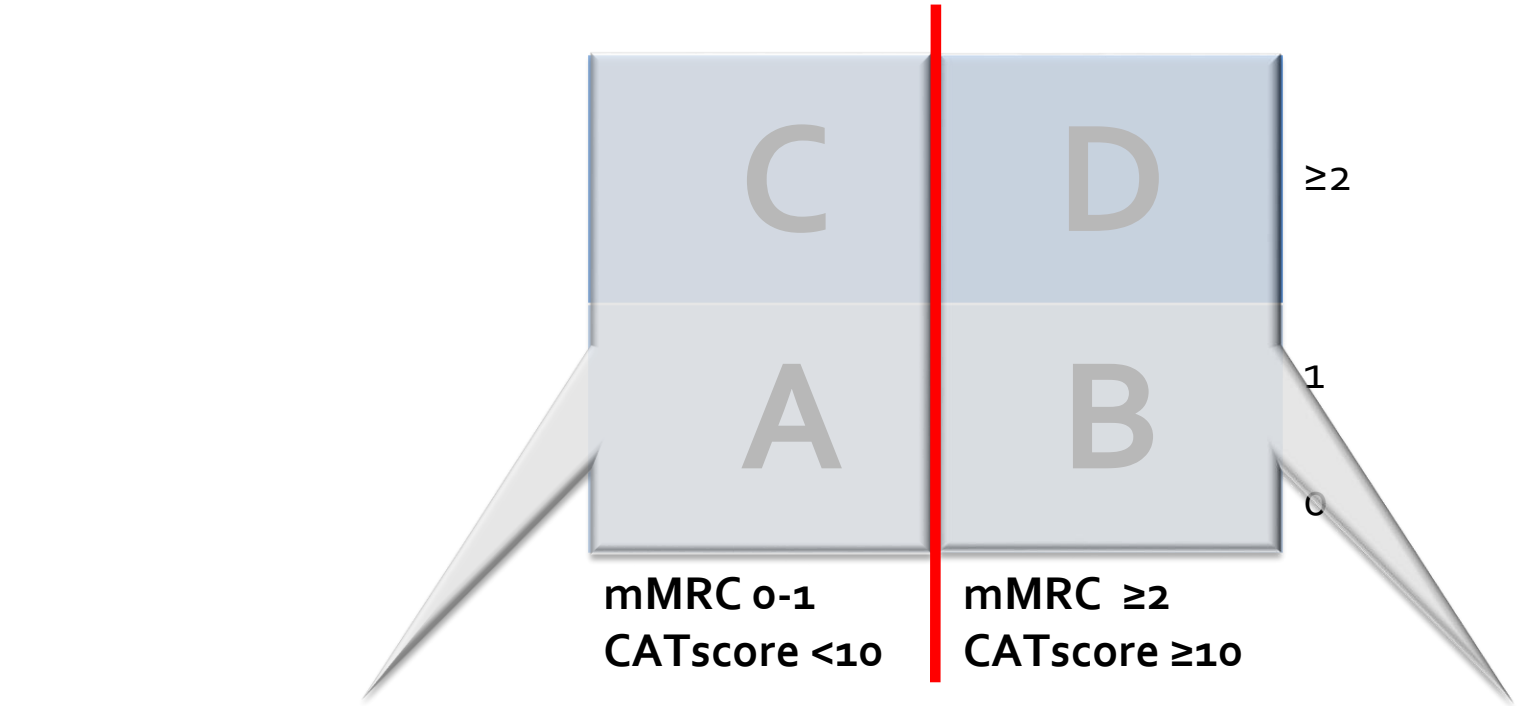
Symptomen reduceren

- Symptomen verlichten
- Inspanningstolerantie verbeteren
- Gezondheidstoestand verbeteren

Risico reduceren

- Ziekteprogressie voorkomen
- Exacerbaties voorkomen en behandelen
- Mortaliteit reduceren

GOLD richtlijnen 2017: éénvoudig

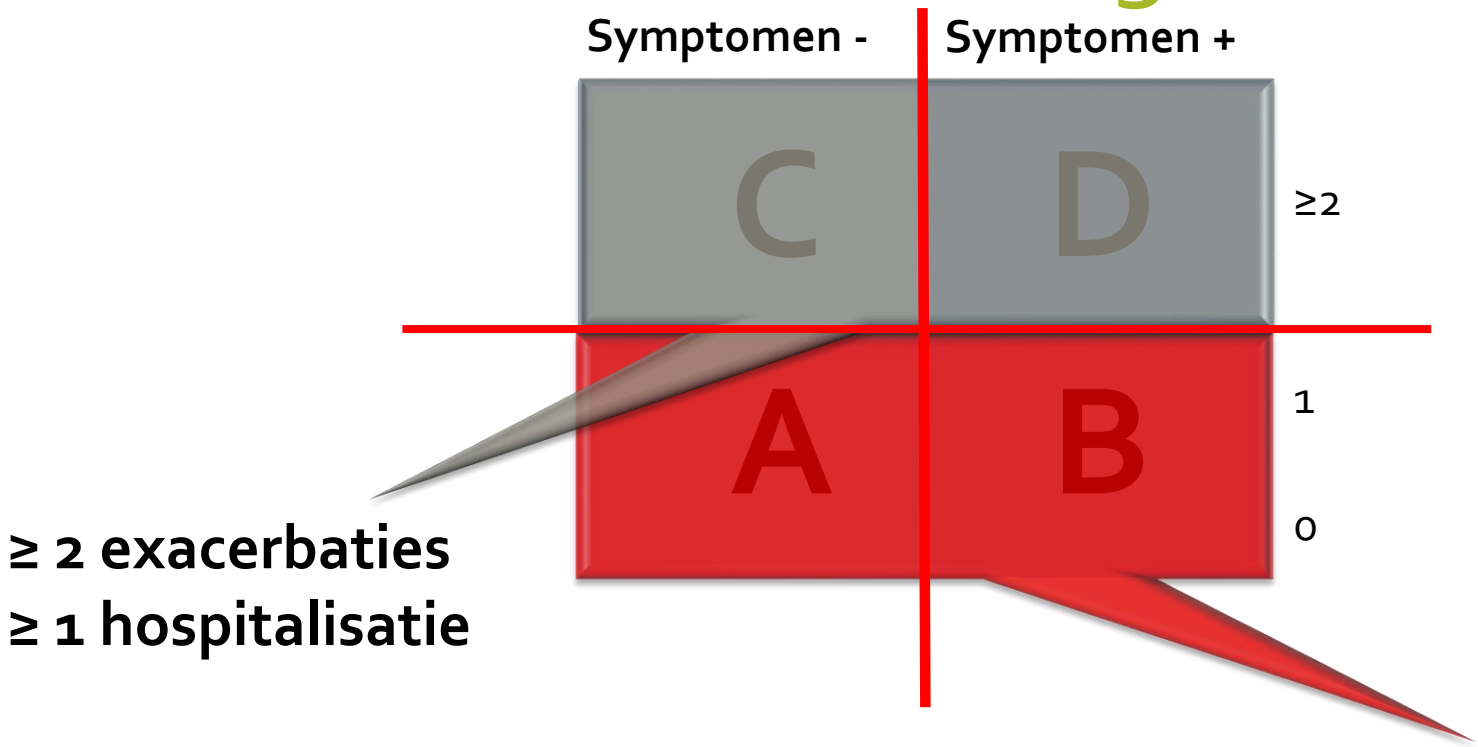


mMRC schaal

score mMRC	Symptomen
0	Patiënt met dyspnee tijdens een intense inspanning
1	Dyspnee tijdens een snelle wandeling op vlak terrein of bij het bestijgen van een lichte helling
2	Wandelt langzamer op een vlak terrein dan personen van dezelfde leeftijd, of dient te stoppen om te ademen bij het wandelen op eigen tempo op een vlak terrein
3	Dient te stoppen om te ademen na wandeling van ongeveer 100 meter
4	Te kortademig om het huis te verlaten, of dyspnee zelfs bij het aankleden

Bestall JC et al. *Thorax* 1999; 54: 581-586

GOLD richtlijnen 2018: éénvoudig

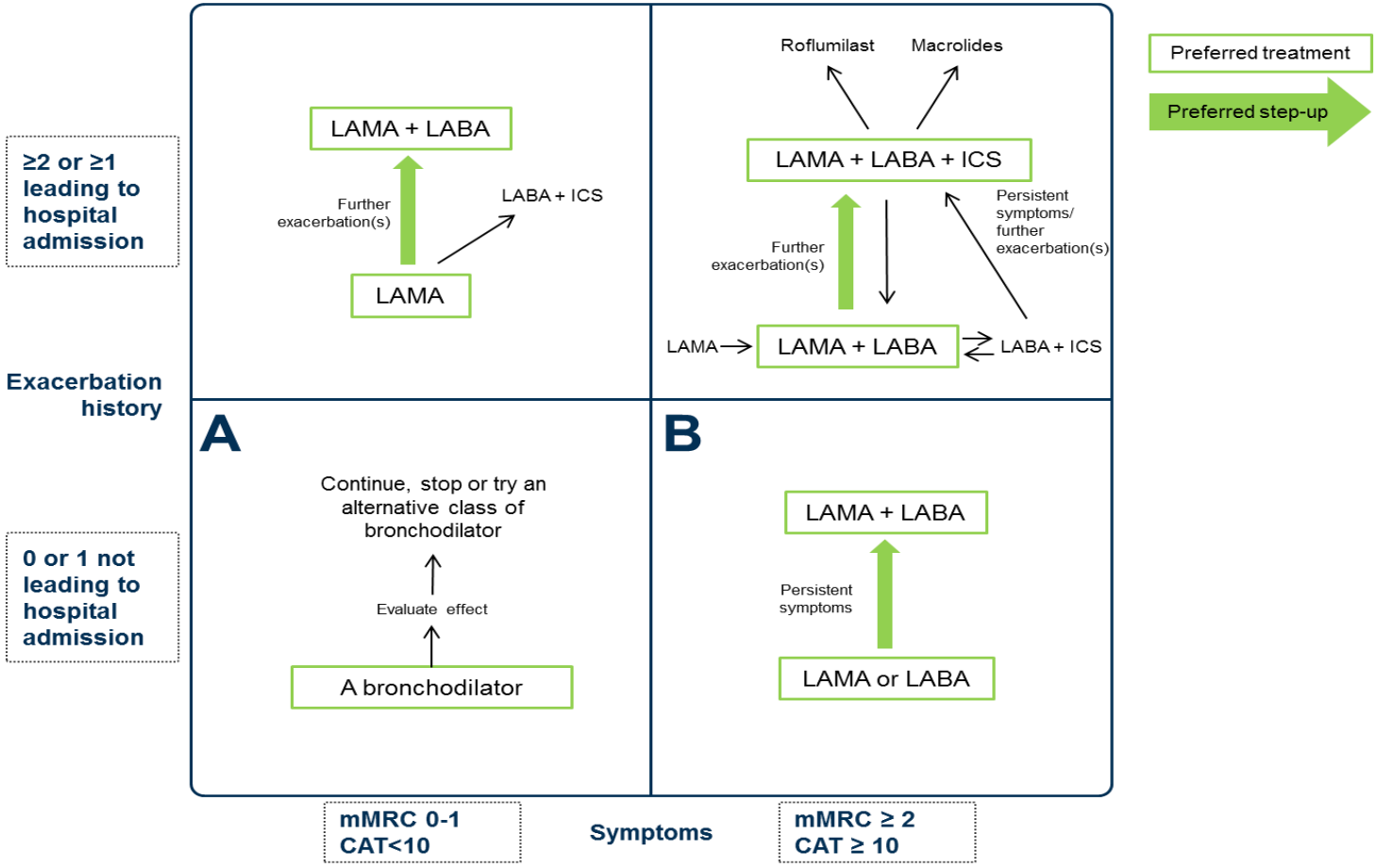


≥ 2 exacerbaties
≥ 1 hospitalisatie

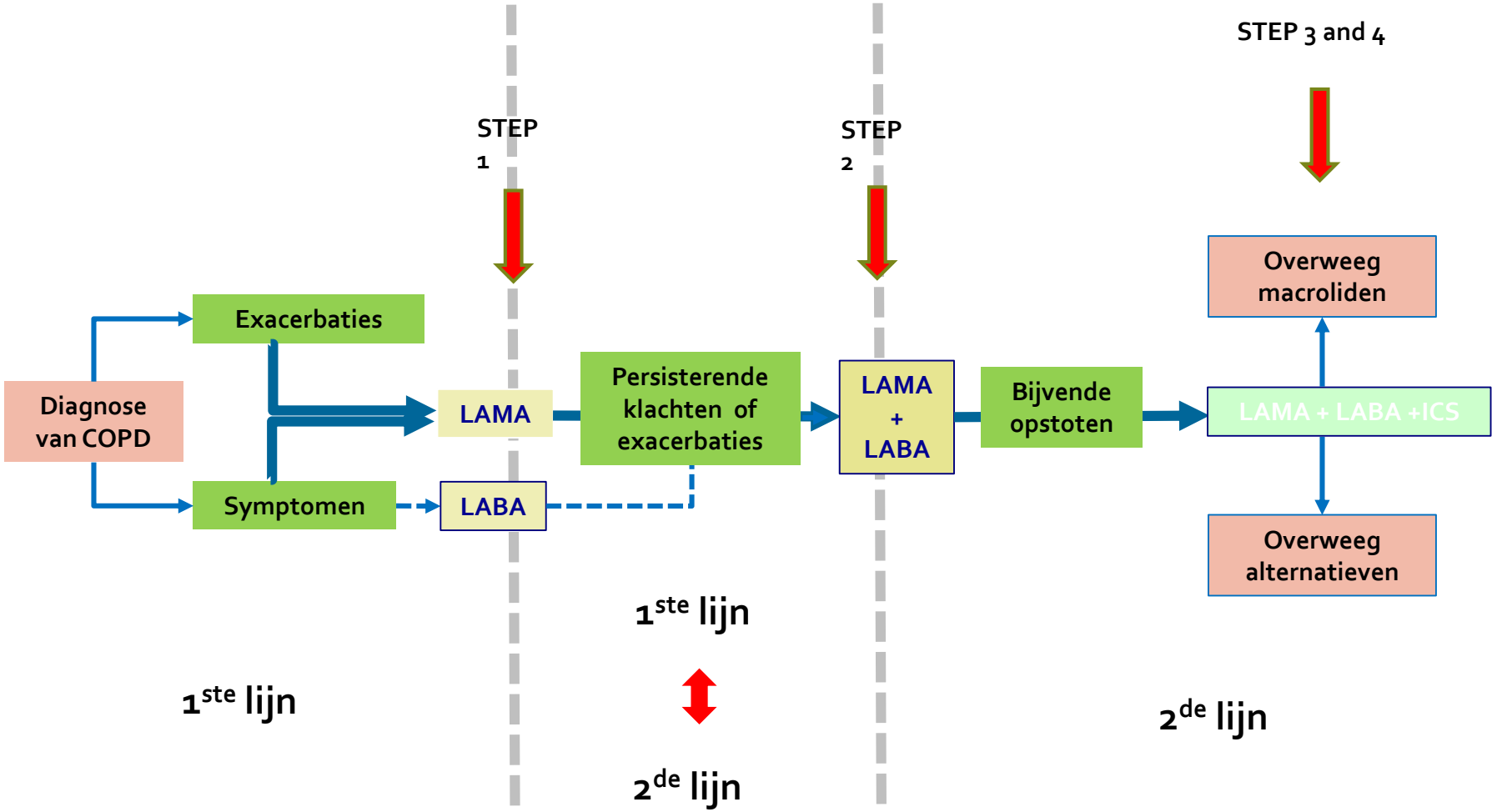
Geen of weinig exacerbaties

www.goldcopd.org

GOLD richtlijnen 2018:



Aanbeveling inhalatie therapie



Kritische non-farmacologische interventies

	ROKER		GOLD A		GOLD B		GOLD C		GOLD D	
	Indicatie	Frequentie	Indicatie	Frequentie	Indicatie	Frequentie	Indicatie	Frequentie	Indicatie	Frequentie
Rookstop (allen)	+++	Elke visite	+++	Elke visite	+++	Elke visite	+++	Elke visite	+++	Elke visite
Advies fysieke activiteit (allen)	+	Elke visite	++	Elke visite	+++	Elke visite	+++	Elke visite	+++	Elke visite
Trainingsprogramma (Kine, HA, LA)	-	-	-	-	++	Elke visite	-	-	+++	Elke visite
Dieetadvies (Diëtist, APO, HA,LA)	+	Op indicatie	+	Op indicatie	++	Op indicatie	+	Op indicatie	++	Jaarlijks
Vaccinatie (HA)	-	-	+	Jaarlijks	+	Jaarlijks	++	Jaarlijks	++	Jaarlijks
Inhalatietherapie (APO, HA, LA)	-	-	-	-	++	Elke visite	++	Elke visite	++	Elke visite
Zuurstoftherapie (HA, LA)	-	-	-	-	+	Op indicatie	-	-	+++	Op indicatie

1/ - geen evidentie, + indicatie, ++ sterke indicatie, +++ zeer sterke indicatie (potentiëel effect op overleving)
2/ kine: kinesitherapeut, APO: apotheker, HA: huisarts, LA: longarts
3/ specifieke aanpak (cfr wetenschappelijke richtlijnen)

Zorgprogramma COPD

- Implementatie van richtlijnen transmuraal
  - Screening, diagnostiek en opvolging
  - Medisch traject – huisarts, specialist, universiteit
  - Paramedisch traject

Organisatie van transmuraal zorgpad

Organisatie van transmuraal zorgpad

Diagnose van COPD GOLD A-B-C → **Therapie en follow-up bij huisarts (minimaal 2/jaar)**

ongecontroleerde klachten ondanks therapie
moeilijke differentiële diagnose (ACO, BRECT, astma)
disproportionele klachten voor longfunctieverlies
jonge leeftijd < 45 jaar
FEV1 < 40 %
Ernstige co-morbiditeit
Alfa-1 Antitrypsine deficiëntie

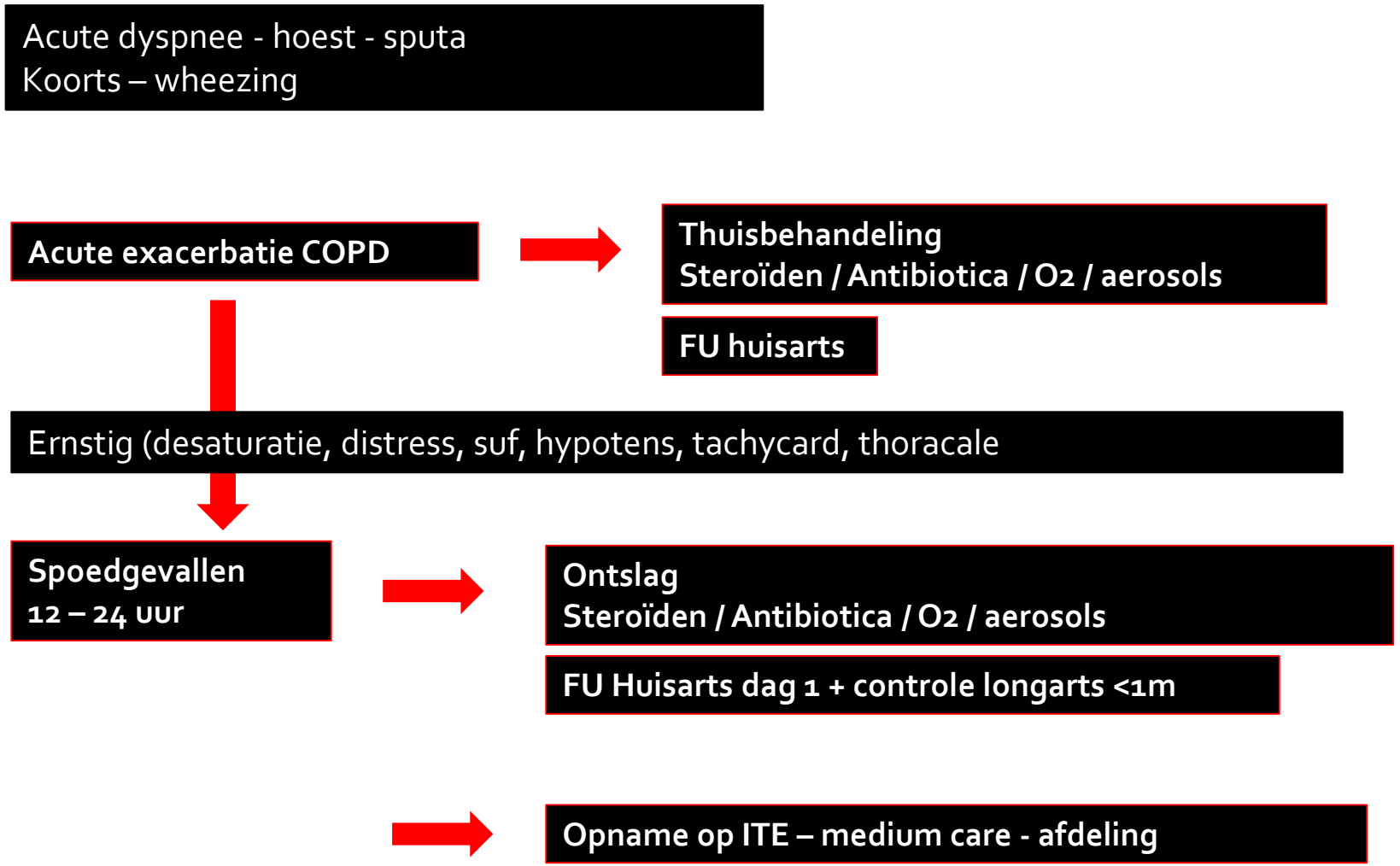
Diagnose van COPD GOLD D → **Consultatie longarts**

nazicht co-morbiditeit
risico reductie exacerbaties
nazicht inhalatietherapie
indicatie revalidatie – O2 therapie
longtransplantatie – chirurgie - klepjes

stabiel: FU huisarts (2/j)
+/- FU longarts (max 1/j)

Instabiel: FU huisarts (4/j) + longarts (1/j)
Zo < 65 jaar: min 2/j longarts

Organisatie van transmuraal zorgpad



Organisatie van transmuraal zorgpad

ACUTE EXACERBATIE COPD:

Opname via spoed: intensieve (beademing) of zaal
Zorgpad COPD (5-10 dagen: gemiddeld 8)

- standaard therapie – opstarten/aanpassen inhalatietherapie
- standaard investigatie (lab, longfunctie, RX, BGW, EKG)
- CT thorax, spierkracht en echocor op indicatie
- Indicatie reva - evaluatie comorbiditeit
- multidisciplinair team op zaal

evaluatie en opstarten therapie

1/ Kine: mobilisatie en revalidatie
2/ Diëtist: voeding en bijvoeding
3/ Ergo: zelfredzaamheid en zuurstoftherapie
4/ Verpleging: nazicht inhalatietherapie, vaccinatie en rookstop
5/ Sociaal: ontslag, mantelzorg, thuiszorg, rustoord, palliatieve

Ontslag → Huis revalidatiesetting → **Controle longarts (< 3m)**

- → **Instabiel: FU huisarts (4/j) FU longarts (2/j)**
- → **Stabiel: FU huisarts (2/j) +/- FU longarts (1/j)**

RVT Rusthuis → **Geriatrie – FU huisarts**

Zo mogelijk start revalidatie in UZ + FU

UZ specifieke programma's COPD

Revalidatieprogramma UZ Leuven (conventie)

- Specifieke inclusiecriteria
- 6 maanden programma ambulant
  - 3mnd: 3 week
  - 3mnd: 2 week
- Multidisciplinair
  - Training kine
  - Ergo, sociaal, verpleegkundige, psycholoog, diëtist
- Standaard bilan 0-3-6 maand
  - LF, spierkracht, 6MWT, fietsproef, impedantie, vragenlijsten (CRDQ, HADS, Ergo)
- Standaard FU:
  - Functioneel bilan + consultatie : 6m en jaarlijks nadien

Zuurstofconventie UZ Leuven (conventie)

- Specifieke inclusiecriteria
- 3 maand en jaarlijks controle nadien
- Combinatie met consultatie PNE

Studieprotocols UZ Leuven – CTU COPD

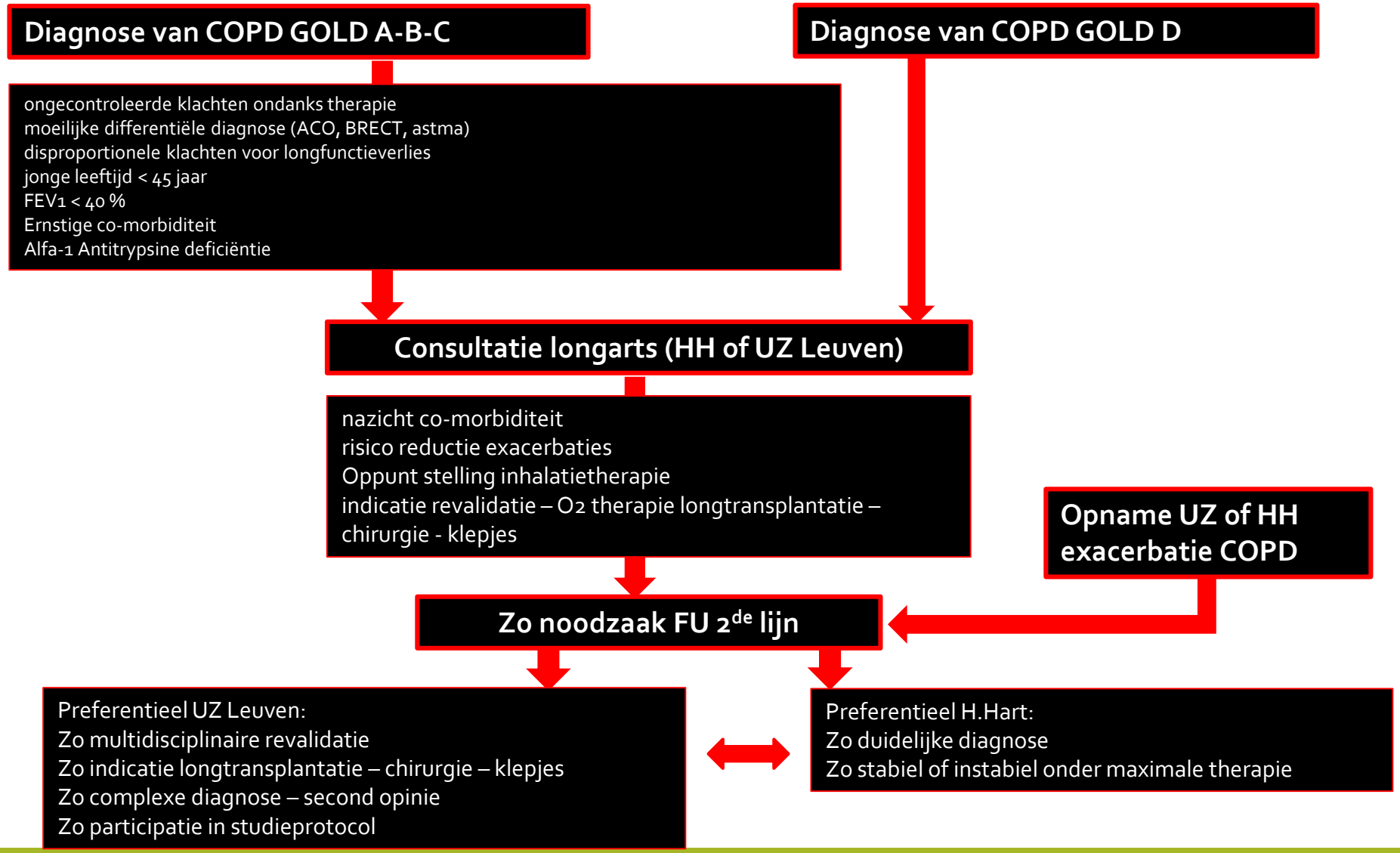
Fysieke activiteit (monitoring + verbetering)
Intervention studies (Phase IIB, III)
Observational follow-up studies

Derde lijns zorgprogramma COPD

Evaluatie longtransplantatie
Evaluatie chirurgische longvolumereductie
Evaluatie endoscopische volumereductie
Evaluatie onverklaarde dyspnee

https://www.copdleuven.be
https://www.copdvzw.be

Samenwerking UZ en H Hart COPD programma



Samenwerking UZ en H Hart COPD programma

Zo noodzaak ambulante FU 2de lijn (idem in UZ en HH)

Nazicht longfunctie: volledige longfunctie (baseline, jaarlijks te herhalen)
spirometrie (elke visite)
bloedgassen (op indicatie)
sputumcultuur (op indicatie)

Nazicht co-morbiditeit: echocardio /EKG (baseline, elke 3 jaar): zo afwijkend advies cardio
botdensitometrie (baseline, elke 5 jaar zo hoog risico op osteoporose)
bloedname (jaarlijks of via HA)
RX - CT thorax (baseline + indicatie)
gewicht (elke visite)

Nazicht functionaliteit: quadriceps kracht (baseline, elke 3 jaar + indicatie)
6 minuten wandel test (baseline, elke 3 jaar + indicatie)

Nazicht symptomen en levenskwaliteit (CAT en m MRC score)(elke visite)

Standaard brief in KWS (nog te ontwikkelen)

Aandachtspunten
- Rookstop
- Inhalatietherapie – zuurstofgebruik
- Fysieke activiteit - trainingsprogramma
- Voeding
- Vaccinatie

Huisarts - COPD follow-up

Zo enkel follow-up 1ste lijn (stabiel GOLD A,B,C)

Spirometrie met reversibiliteit, jaarlijks te herhalen
Gewicht (elke visite)
Nazicht symptomen en levenskwaliteit (CAT en m MRC score)(elke visite)

RX thorax (baseline, te herhalen op indicatie)
EKG (baseline, te herhalen op indicatie)
bloedname (baseline, te herhalen op indicatie)

Brief bij verwijzing

Aandachtspunten
- Rookstop
- Inhalatietherapie – zuurstofgebruik
- Fysieke activiteit - trainingsprogramma
- Voeding
- Vaccinatie
- zuurstoftherapie

Huisarts - spilfiguur in coordinatie follow-up

	ROKER	GOLD A	GOLD B	GOLD C	GOLD D
Rookstop en diagnostiek	Systematische screening: • alle rokers > 40 jaar • mensen met respiratoire klachten screenen door anamnese: • klachten • risicofactoren • fysieke en sociale beperkingen • psychosociale factoren en een goed uitgevoerde spirometrie (in eigen praktijk of in ziekenhuis/medisch centrum) → kan systematisch georganiseerd worden door op consultatie aan te bieden of een brief te sturen naar patiënten uit de doelgroep. heeft patiënt geen COPD, dan raden we een herhaal spirometrie aan na 2 jaar. Voorwaarde: rookstatus kennen: bevragen tijdens eerste consult en registreren in medisch dossier. Nadien systematisch hervragen → Doorsturen naar tabakoloog bij indicatie	Diagnose COPD: diagnose stellen: inzicht in ziekte verkrijgen, stimuleren tot behandeling voor betere levenskwaliteit. Jaarlijks spirometrie doorsturen naar longarts bij onvoldoende resultaat therapie, discrepantie met klachten, moeilijke diagnose, jonger < 40jaar, FEV1>40%. De huisarts volgt de richtlijnen betreffende de therapie en stuurt door naar de longarts zo nodig.			Wordt zowel bij longarts als de huisarts opgevolgd.
Beweging (trainingsprogramma)	Huisartsen bevragen de inspanningscapaciteit en fysieke activiteit. Altijd stimuleren tot meer bewegen, eventueel doorsturen naar BOV coach. Voor specifieke respiratoire revalidatie doorsturen naar gespecialiseerde kinesist.	Geen evidentie.	Sterke indicatie, bevragen bij elk consult.	Geen evidentie.	Zeer sterke indicatie, bevragen bij elk consult. Trainingsprogramma in het ziekenhuis?
Inhalatie therapie	Op elk opvolgconsult bevragen hoe de patiënt de inhalatie puffers gebruikt →corrigeren bij verkeerd gebruik.	Geen evidentie.	Sterke indicatie, bevragen tijdens elk consult.		Sterke indicatie, bevragen tijdens elk consult.
Voeding	Huisarts volgt het gewicht op. Bij indicatie zoals bij vermagering, ondervoeding of overgewicht wordt doorverwezen naar een gespecialiseerde diëtist.	Huisarts volgt het gewicht op. Bij indicatie zoals bij vermagering, ondervoeding of overgewicht wordt doorverwezen naar een gespecialiseerde diëtist.	Sterke indicatie, opvolging in functie van ernst.	Indicatie, opvolging in functie van ernst.	Sterke indicatie, gewicht wordt jaarlijks opgevolgd.
Vaccinatie		Nuttig om jaarlijks te vaccineren tegen griep en pneumokokken.			
Psychologie		Huisarts is op de hoogte van hoge co-morbiditeit van COPD met angststoornissen en depressieve stoornissen. Is in staat om deze klachten te onderkennen en te bespreken met de patiënt, behandelopties te bespreken, en indien nodig door te verwijzen naar eerstelijnspsycholoog of gespecialiseerde GGZ.			

Paramedische disciplines

- Ingeroepen door huisarts in de opvolging van patiënt
- Bepalen in functie van ernst en intake hun specifieke interventie en follow-up
- Bespreken met patiënt ook andere aandachtspunten tijdens contactmomenten
- Rapporteren aan huisarts

Paramedische disciplines: kinesitherapeut

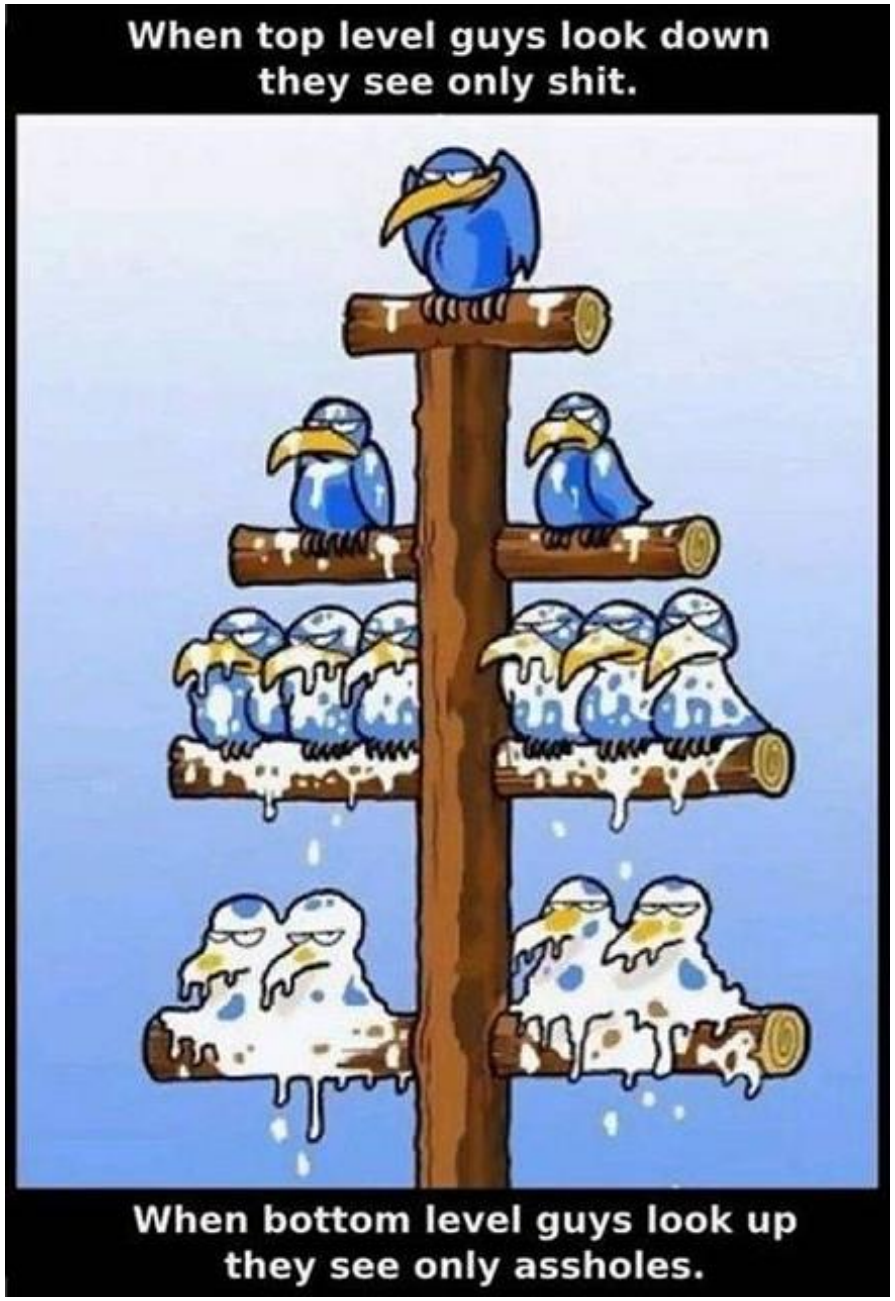
	ROKER	GOLD A	GOLD B	GOLD C	GOLD D
Rookstop	Voorwaarde: rookstatus kennen; raadplegen in medisch dossier. Nadien systematisch hervragen → eventuseel tabakoloog adviseren.	Zeer sterke indicatie, bevragen tijdens elk consult. Diagnostiek: inzicht in ziekte verkrijgen, stimuleren tot behandeling voor betere levenskwaliteit.	Zeer sterke indicatie, bevragen tijdens elk consult.		
Beweging (trainingsprogramma)		fysieke activiteit: grondige anamnese, eventueel meting met pedometer, goalsetting en herevaluatie.	mMRC > 2 ondanks maximale medicamenteuze therapie verminderde dagelijkse fysieke activiteit of moeite met dagdagelijkse activiteiten geen contraindicaties voor trainingsschema (geruststellend cardiaal nazicht, locomotorisch mogelijk, minimale motivatie) – eventueel eerst advies longarts.	fysieke activiteit: grondige anamnese, eventueel meting met pedometer, goalsetting en herevaluatie.	-mMRC > 2 ondanks maximale medicamenteuze therapie -verminderde dagelijkse fysieke activiteit of moeite met dagdagelijkse activiteiten -geen contraindicaties voor trainingsschema (geruststellend cardiaal nazicht, locomotorisch mogelijk, minimale motivatie) – eventueel eerst advies longarts.
Inhalatie therapie	Ervaring met inhalatietherapie bevragen → eventueel adviseren om uitleg aan apotheker te vragen.	Geen evidentie.	Sterke indicatie, bevragen tijdens elk consult.	Sterke indicatie, bevragen tijdens elk consult.	Sterke indicatie, bevragen tijdens elk consult.

Paramedische disciplines: Dietist

	ROKER	GOLD A	GOLD B & C	GOLD D
Rookstop	Voedingsaanpassing bepalen aan de hand van de BMI. Kleine freq. maaltijden om het hongergevoel te beperken. Maandelijkse gewichtscontrole	Zeer sterke indicatie, bevragen tijdens elk consult.		
Voeding		• Gewichtsstabiel: gezonde voeding (normale energiebehoefte) • Recent gewichtsverlies: energie toeslag afhankelijk van de hoeveelheid gewichtsverlies • Overgewicht : energiebeperkte voeding • Opvolging gewicht en intake drie maandelijks	• Gewichtsstabiel: gezonde voeding • Recent gewichtsverlies: kcal toeslag (400-600 kcal) afh. van de hoeveelheid gewichtsverlies en de graad van kortademigheid • Als de toeslag in natuurlijke voeding te groot is voor de patiënt (te kortademig om grote hoeveelheden te eten) opstart bijvoeding • Type bijvoeding: een zo klein mogelijk volume met max. aan kcal. Vb. fortimel compact Nutricia • Overgewicht: een normale kcal behoefte voorzien (geen extra toeslag) • Er worden altijd kleine frequente maaltijden aanbevolen • Opvolging: maandelijks , impedantie drie maandelijks	• Energiebehoefte intens gestegen (600-800) • Stabiel gewicht: energierijke voeding • Gewichtsdaling: energierijke voeding en opstart bijvoeding • Overgewicht : een normale energiebehoefte voorzien • In elk van de gevallen worden kleine frequente maaltijden aanbevolen • Aantal bijvoedingen is afhankelijk van de hoeveelheid gewone (energierijke) voeding die de patiënt nog kan nemen • Hier ook een type: kleine hoeveelheid met max aan kcal (fortimel compact Nutricia) • Intensieve opvolging is noodzakelijk: om de twee weken • Impedantie: drie maandelijks

Zorgprogramma COPD

- Uitdagingen
  - Structuur - financiering
  - Implementatie van paramedisch ondersteuning in opvolgtraject
  - Complexe zorg – multiple trajecten


When top level guys look down
they see only shit.
When bottom level guys look up
they see only assholes.

Alleen ga je sneller, samen kom je verder

Planning zorgprogramma's

	2018				2019			
COPD				lancering				
Hartfalen				lancering				
Dementie								lancering
Psychisch lijden								lancering
Diabetes								
CNI								

creëren van het kader

Testfase

brede implementatie

bestaand programma

herbekijken programma

Concreet

- Wij bieden
  - Ondersteuning op maat voor uw team/netwerk (Saartje/Renilde/…)
  - GEEN kookboek
  - Inhoudelijke input waar nodig
  - Op termijn data over uw eigen handelen als team/zorgverlener
- Wij vragen
  - Enthousiaste teams die aan de slag willen
  - Kritische maar open suggesties
  - Feedback
    - Sarah@khobra.be
    - zorgzaamleuven@gmail.com