

DECIDE: Deïmplementatie COPD
Inhalatie-corticosteroiden-
gebruik in de Drentse Eerstelij

Toolbox

Verminderen niet-gepast ICS-
gebruik bij COPD

DECIDE-projectteam

Betrokkenen

Projectgroep

Lisette van den Bemt, projectleider Radboudumc

Tjard Schermer, mede-projectleider Radboudumc

Tijn Kool, deïmplementatiedeskundige Radboudumc, tevens stakeholder

Bert van Bremen, kaderhuisarts astma – COPD HZD, tevens stakeholder

Petra Mensinga, projectleider Innovatie en Ontwikkeling HZD (tot juli 2022)

Stakeholders

Layla Ben-Zvi, huisarts

Johan Kooistra, projectmanager apotheken

Jannie Klasens schiphouwer; POH-S

Irma Zwartjens, praktijkconsulent

Arnold Huisman, longarts

Astrid Bohemen, apotheker

Jan Vercoulen, gezondheidspsycholoog

Mariette Scholma, verpleegkundig specialist

Edmee van den Akker, medewerker zorgverzekeraar

Dhr. W., COPD-patiënt

Uitvoeringsteam

Janet de Boer, Dokter Drenthe

Agnes Poelman, Dokter Drenthe

Joke Grootens, Radboudumc

Introductie

In 2020 is het rapport 'Zinnige Zorg - Verbetersignalement Zorgtraject van mensen met COPD' gepubliceerd door het Zorginstituut. Een van de verbeterpunten die genoemd worden in dit rapport is het reduceren van onnodig inhalatiecorticosteroïden (ICS)-gebruik bij COPD. De overbehandeling met ICS wordt geschat op 15-44% van alle COPD-patiënten. Het Radboudumc en Dokter Drenthe hebben voorgesteld om een deïmplementatiestrategie te ontwikkelen die het onnodig voorschrijven van ICS in de huisartsenpraktijk terugdringt en leidt tot passende zorg voor mensen met COPD.

Waarom een verbetertraject om overbehandeling ICS bij COPD in Drenthe te verminderen?

In Drenthe gebruikte ongeveer een op de twee COPD-patiënten inhalatiecorticosteroïden (ICS) in 2021. Voor slechts een klein deel van deze patiënten bestaat een medische indicatie voor ICS. Alleen wanneer het ICS-gebruik leidt tot minder longaanvallen of er sprake is van astma is ICS-gebruik geïndiceerd. Lange tijd is gedacht: baat het niet dan schaadt het niet. Inmiddels weten we dat aan onnodig ICS-gebruik nadelen kleven zoals een hoger risico op pneumonie en osteoporose. Om het ICS-gebruik bij COPD-patiënten in Drenthe terug te dringen hebben we samen met collega's van het Radboudumc een deïmplementatieplan bedacht dat de naam DECIDE heeft gekregen (**DE**ïmplementatie **COPD** Inhalatiecorticosteroïden-gebruik in de **D**rentse **E**erstelij). Hierin staan de volgende drie elementen centraal:

- (1) niet starten met ICS bij COPD-patiënten die hiervoor geen indicatie hebben
- (2) ICS-gebruik bij COPD-patiënten staken die hiervoor geen indicatie hebben, en
- (3) het niet onnodig herstarten van ICS.

Hoe is het plan bedacht?

Er is gesproken met allerlei stakeholders uit Drenthe om te bepalen wat nodig is om het ICS-gebruik bij COPD te verminderen. Daar is een plan uit voortgekomen dat uitgetest is bij twee huisartspraktijken in de regio. Op basis van deze bevindingen is het plan verder uitgewerkt. Vanaf 1 juli kunnen alle huisartspraktijken van de regio organisatie Dokter Drenthe gebruik maken van dit plan.

Waarom deze toolbox?

Op deze pagina staat de toolbox (gereedschapskist) van het verbetertraject waarin alles zit waarvan wij denken dat het kan helpen om het ICS-gebruik te verminderen. We nodigen praktijken van harte uit om deze toolbox te gebruiken om ook de overbehandeling met ICS in de eigen praktijk tegen te gaan.

Werkt het plan?

Het deïmplementatieprogramma waarin de toolbox een centrale rol speelt, is geëvalueerd. De resultaten van deze evaluatie zijn gepubliceerd in een wetenschappelijk tijdschrift. De belangrijkste uitkomst is dat het gebruik van ICS bij COPD-patiënten significant en klinisch relevant is gedaald. Vooral praktijken die actief met de toolbox werkten, lieten de sterkste afname in ICS-gebruik zien.

Contactmogelijkheden

Mochten er nog vragen zijn of suggesties, geef deze gerust aan de praktijkconsulenten door of aan de [projectleider](#).

Hoe de toolbox te gebruiken?

De toolbox is volledig vraaggestuurd opgebouwd. Ze bevat diverse thema's die belangrijk zijn om ervoor te zorgen dat alleen COPD-patiënten die daadwerkelijk baat hebben bij ICS deze medicatie krijgen. Het gaat daarbij onder meer om het correct diagnosticeren van astma en COPD, het voorschrijven van ICS uitsluitend op basis van de juiste indicaties en het ondersteunen van patiënten bij het afbouwen of stoppen wanneer er twijfels zijn over het passend gebruik. Binnen de toolbox kan eenvoudig worden doorgeklikt naar de informatie die past bij de vraag of situatie van dat moment.

Ik wil:

1. HET VERGROTEN VAN KENNIS OVER DIAGNOSTIEK, ICS-GEbruIK EN COMMUNICATIE DOOR...	5
volgen van bestaande nascholingen	5
Communicatie met patiënt verbeteren	5
Diagnostiek en verwijzingscriteria COPD en astma	5
Medicatiegebruik bij COPD en ICS in het bijzonder.	5
Stoppen met ICS	5
hulp in te roepen van een praktijkconsulent	6
2. PATIËNTEN VOORLICHTEN	7
Algemene informatie over COPD voor patiënten	7
COPD uitgelegd in makkelijke taal:	7
Informatie bij eerste voorschrift ICS en stoppen ICS	7
3. DIAGNOSTIEK VERBETEREN	8
Diagnostische criteria voor COPD en astma	8
Criteria voor de diagnose COPD (NHG-standaard COPD 2025)	8
Criteria voor de diagnose astma (NHG-standaard astma bij volwassenen 2025)	8
Meer lezen over diagnostiek van COPD en astma	8
COPD	8
Astma	8
Instructie consultatie en verwijzingsmogelijkheden longarts	9
Juiste gebruik ICPC-codes in het HIS	9
4. ONNODIG ICS VOORSCHRIJVEN VOORKOMEN	10
Indicaties voorschrijven ICS	10
Adviezen bij eerste prescriptie ICS	10
Gelijktijdig bestaan van astma en COPD (ACO)	10
Proefbehandeling bij frequente longaanvallen die niet voldoende met langwerkende luchtwegverwijders alleen onder controle te houden zijn.	12
Tabel gepast medicijngebruik bij COPD	12
Bijwerkingen ICS	13
5. SELECTEREN WELKE COPD-PATIËNTEN KUNNEN STOPPEN MET ICS	14
Selectie via VIPlive	14
Stroomdiagram wanneer is stoppen met ICS geïndiceerd?	15
Is roken een contra-indicatie om te stoppen met ICS?	16

6. WETEN WAT HET BELEID IS BIJ STOPPEN ICS	17
Selectie alternatief voor ICS	17
Afbouwen ICS	17
7. PATIËNTEN BEGELEIDEN BIJ HET STOPPEN MET ICS	18
Benaderen patiënten om te stoppen	18
Oproepen patiënten	18
Het consult	18
1) Geef voldoende uitleg over het stoppen met ICS	18
2) Gebruik vragenlijsten om het probleem inzichtelijk te krijgen (optioneel)	19
3) Trainen inhalatietechniek met de patiënt.	20
4) Geef instructiekaartje andere luchtwegmedicatie mee	20
Maak een stop-recept aan in HIS	20
Follow-up	20
Gebruik van teleconsultatie	20
8. WETEN WAT TE DOEN ALS KLACHTEN TOENEMEN NA HET STOPPEN	21
Controleren oorzaak klachttoename	21
Onderscheid in ernst (longaanval of niet)	21
Ernstige longaanval	21
Minder ernstige longaanval	21
Geringe toename van klachten	21
Beleid op basis van ernst	22
Tabel beleid bij longaanval na stoppen ICS	22
9. BIJLAGEN	23
Informatiebrief stoppen ontstekingsremmers voor patiënten met COPD	24
Informatiebrief starten ontstekingsremmers voor patiënten met COPD	26
Beslisboom gepaste medicatie bij COPD	27
Stroomdiagram ICS-gebruik gepast?	28
ICQ-vragenlijst	29
CCQ-vragenlijst	30
MRC-score	31
Instructiekaartje andere luchtwegmedicatie	32
Lijst met afkortingen	33

1. Het vergroten van kennis over diagnostiek, ICS-gebruik en communicatie door... volgen van bestaande nascholingen

Communicatie met patiënt verbeteren

Kijk in het [actuele overzicht](#) van de zorggroep om scholingen op het gebied van communiceren te vinden.

Diagnostiek en verwijzingscriteria COPD en astma

[NHG-PIN COPD](#) en [NHG-PIN astma](#)

Algemene e-learning over de nieuwe NHG-richtlijn astma bij volwassenen en COPD. Ontwikkeld door NHG. Geschikt voor huisarts, aios en POH.

[Scholingen van de CAHAG](#)

De COPD-Astma Huisartsen Advies Groep (CAHAG) organiseert regelmatig webinars over de meest recente versies van de NHG-Standaarden *Astma bij volwassenen* en *COPD*. Klik op de bovenstaande link om te controleren of er binnenkort weer een webinar gepland staat.

Medicatiegebruik bij COPD en ICS in het bijzonder.

[FTO-module COPD \(IVM\)](#)

Deze gratis module ondersteunt huisartsen en apothekers bij het organiseren van een FTO over COPD, gebaseerd op de NHG-Standaard. De module bevat een kennistoets, casuïstiek en materiaal om voorschrijfgedrag te analyseren. Het doel is om actuele inzichten in medicamenteuze behandeling te delen en de samenwerking tussen huisarts en apotheek te versterken.

[Zin en onzin van ICS bij COPD](#)

Ontwikkeld door de CAHAG. Geschikt voor huisartsen, praktijkondersteuners, praktijkverpleegkundigen. Plenaire nascholing. Laatst herzien 2021. Vaak ook onderdeel van het onderwijsaanbod op adembenemend en de CAHAG-cursusdagen. Neem eventueel [contact](#) op met de CAHAG.

Stoppen met ICS

Instructie

De instructie terugdringen ICS-gebruik bij COPD in de huisartsenpraktijk hoe pak ik dat aan is [hier](#) te bekijken. Voor informatie over waarom stoppen met ICS van belang is, klik [hier](#) voor een filmpje waarin Bert van Bremen (kaderhuisarts) met Arnold Huisman (longarts) met elkaar in gesprek gaan over het gebruik van ICS bij COPD.

hulp in te roepen van een praktijkconsulent

De praktijkconsulent kan je helpen door het geven van inzicht in de situatie in de praktijk en het eigen functioneren denk hierbij bijvoorbeeld aan:

Inzicht genereren

Spiegelinformatie, hulp bij lijsten genereren.

Coaching

- Intervisie
- Feedback op consultvoering (praktijkconsulenten kunnen meekijken tijdens een consult)
- Praktijkconsulenten zijn altijd bereikbaar voor vragen via mail of telefoon

2. Patiënten voorlichten

Algemene informatie over COPD voor patiënten

Informatie op [thuisarts](#) en website van het [Longfonds](#).

COPD uitgelegd in makkelijke taal:

Informatiebrochure van [Pharos](#).

Video's met uitleg over [hoe de longen werken](#), [wat er in uw longen gebeurt als u COPD heeft](#) en wat [medicijnen doen bij astma en COPD](#). Deze video's zijn ook ingesproken in het [Turks](#) en [Arabisch](#)

Informatie bij eerste voorschrift ICS en stoppen ICS

- [Brief starten met ICS](#)
- [Brief stoppen met ICS](#)

3. Diagnostiek verbeteren

Diagnostische criteria voor COPD en astma

Criteria voor de diagnose COPD (NHG-standaard COPD 2025)

- > 40 jaar
- Klachten van dyspneu en/of hoesten, al of niet met slijm opgeven
- Relevante rookhistorie (arbitrair > 10 jaar roken) of andere relevante expositie
- Afwijkende FEV₁/FVC-ratio na gestandaardiseerde bronchusverwijding, vastgesteld bij 2 verschillende metingen met een interval > 4-6 weken
- COPD is vrijwel uitgesloten bij een normale FEV₁/FVC-ratio na gestandaardiseerde bronchusverwijding ($\geq p5$, oftewel Z-score $\geq 1,64$)
- COPD bij patiënten < 50 jaar is zeldzaam en reden voor verwijzing
- COPD door andere oorzaken dan roken (alfa-1-antitrypsinedeficiëntie, drugsgebruik, chronische blootstelling aan fijnstof of aan andere stoffen) is zeldzaam. Bij vermoeden hiervan is verwijzing naar de longarts aangewezen voor nadere diagnostiek, en indien relevant naar de bedrijfsarts.

Criteria voor de diagnose astma (NHG-standaard astma bij volwassenen 2025)

- Stel de diagnose astma bij patiënten met aanvalsgewijze dyspneu, expiratoir piepen of hoesten.
- Voor de diagnose is ook een van de volgende bevindingen vereist:
 - spirometrisch aangetoonde reversibiliteit (FEV₁-toename ten opzichte van de waarde vóór bronchusverwijding met $\geq 12\%$ én ≥ 200 ml) tijdens klachten óf
 - spirometrisch aangetoonde variabiliteit (FEV₁-verschil $\geq 12\%$ én ≥ 200 ml tussen 2 metingen na ≥ 4 weken, 'beste versus slechtste') óf
 - bronchiale hyperreactiviteit op basis van een positieve histamine- of metacholineprovocatietest
- Een normale longfunctie sluit astma niet uit. Overweeg bij blijvende onzekerheid een histamine- of metacholineprovocatietest (zie Aanvullend onderzoek).
- Astma is onwaarschijnlijk als ten tijde van dyspneuklachten bij spirometrie geen obstructie en reversibiliteit aanwezig zijn.

Meer lezen over diagnostiek van COPD en astma

COPD

NHG-standaard COPD Herziening 01-07-2025.

NVALT-richtlijn Diagnostiek en Behandeling COPD Herziening 31-08-2023

Zorgstandaard COPD

Long Alliantie Nederland (LAN). Januari 2016.

Diagnostiek vanaf pagina 19.

GOLD-richtlijn

Global initiative for Chronic obstructive lung disease. Jaarlijkse update.

Astma

NHG-standaard astma bij volwassenen

Herziening 01-07-2025.

Zorgstandaard Astma Volwassenen

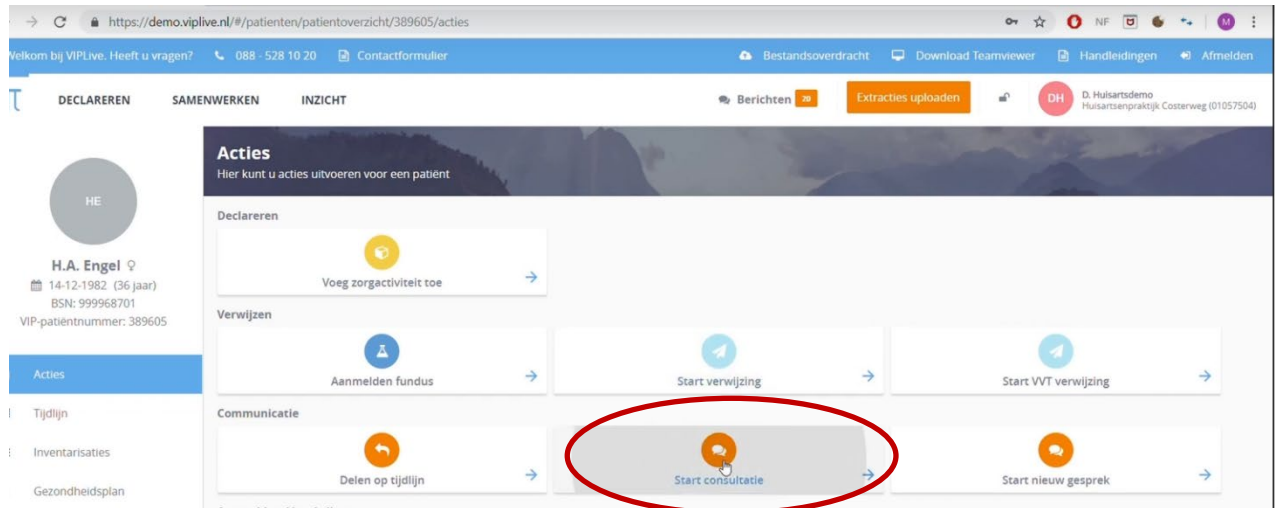
Long Alliantie Nederland (LAN). Januari 2012.
Diagnostiek vanaf pagina 32.

GINA richtlijn

Global initiative for Chronic obstructive lung disease, jaarlijkse update

Instructie consultatie en verwijzingsmogelijkheden longarts

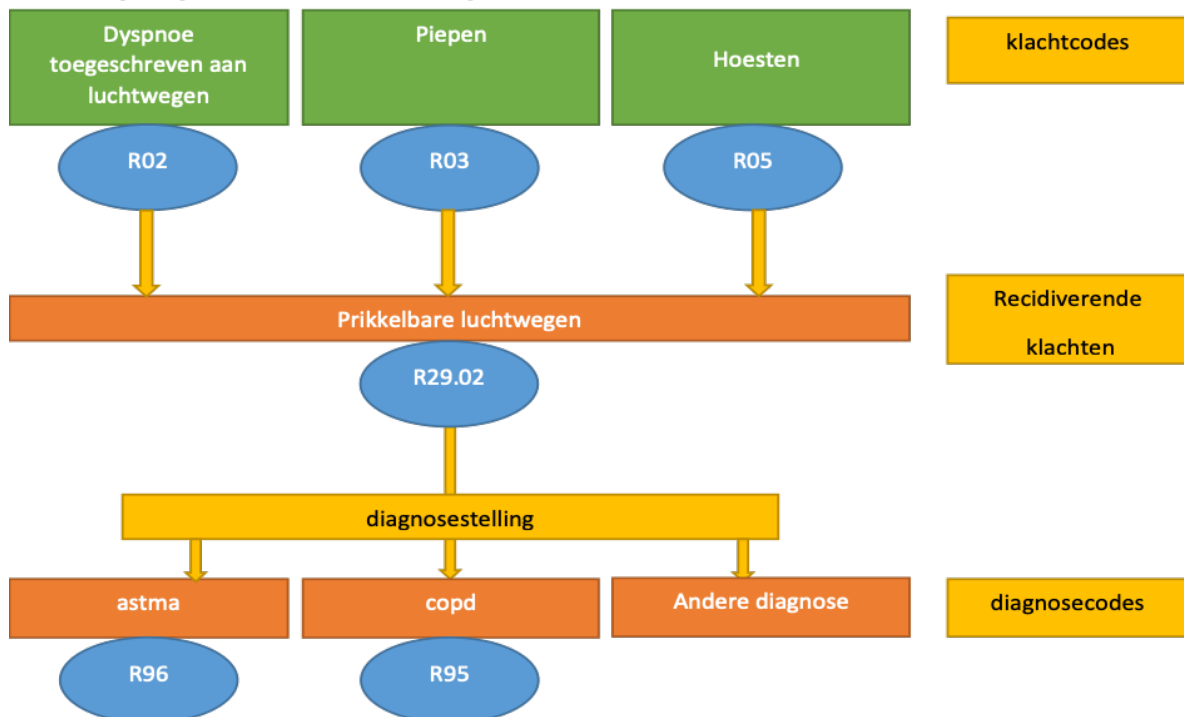
Longartsen en kaderhuisartsen kunnen digitaal geconsulteerd worden via [VIPlive](#). Een video met uitleg over hoe consultatie via VIPlive werkt vindt u [hier](#).



Juiste gebruik ICPC-codes in het HIS

Bij Astma COPD overlap (ACO) gebruik **BEIDE** diagnostische codes (R96 en R95) inclusief contra-indicaties.

Stroomdiagram gebruik ICPC-codes luchtwegklachten



4. Onnodig ICS voorschrijven voorkomen

Indicaties voorschrijven ICS

Er zijn twee indicaties voor ICS bij COPD:

- Patiënt heeft ook **aangetoond astma** (dus geen hyperinflatie COPD)
- **Proefbehandeling** bij frequente **longaanvallen** die niet voldoende met langwerkende luchtwegverwijders alleen onder controle te houden zijn

Adviezen bij eerste prescriptie ICS

- Start ICS **alleen bij een duidelijke indicatie**
- Geef de patiënt [een informatiebrief](#) mee waarin uitgelegd wordt dat ICS op proef is
- Maak een notitie in het dossier om het effect van ICS **na een jaar te evalueren**
- Zorg dat ICS **niet** automatisch herhaald wordt via apotheek

Gelijktijdig bestaan van astma en COPD (ACO)

ACO is aannemelijk bij de volgende kenmerken:

- > 40 jaar
 - Anamnestic vermoeden van astma (aard van het klachtenpatroon, astma in de voorgeschiedenis, atopische aandoening bij de patiënt zelf of eerstegraadsfamilieleden)
- én
- Anamnestic vermoeden van COPD (relevante rookgeschiedenis of andere risicofactor voor COPD)
- én
- Vastgestelde reversibiliteit (FEV1-toename $\geq 12\%$ en ≥ 200 ml) in combinatie met een afwijkende FEV1/FVC-ratio na gestandaardiseerde bronchusverwijding

Drie ondersteunende kenmerken zijn voor ACO:

- Een voorgeschiedenis met atopie of allergische rhinitis;
- Reversibiliteit in FEV1 > 15% of > 400 ml ten opzichte van de waarde vóór bronchusverwijding;
- Bloed eosinofilie ≥ 300 cellen/ μ L (bepaald door longarts, eosinofielen bepalen wordt voor de huisartsenpraktijk niet geadviseerd)

Afwezigheid van reversibiliteit sluit de diagnose 'astma' naast COPD niet uit; dit kan voorkomen bij astma die voor het eerst op volwassen leeftijd optreedt, vaak gepaard gaand met chronische niet-allergische rino(sinus)itis. Bij twijfel over een diagnose astma naast COPD is het advies om een longarts te consulteren en/of een eenmalige verwijzing te overwegen.

Reversibiliteit of hyperinflatie COPD?

Indien een toename van FEV1 (reversibiliteit) samengaat met een vergelijkbare toename in FVC dan is dit geen astma-kenmerk, maar duidt het op mogelijke hyperinflatie bij COPD.

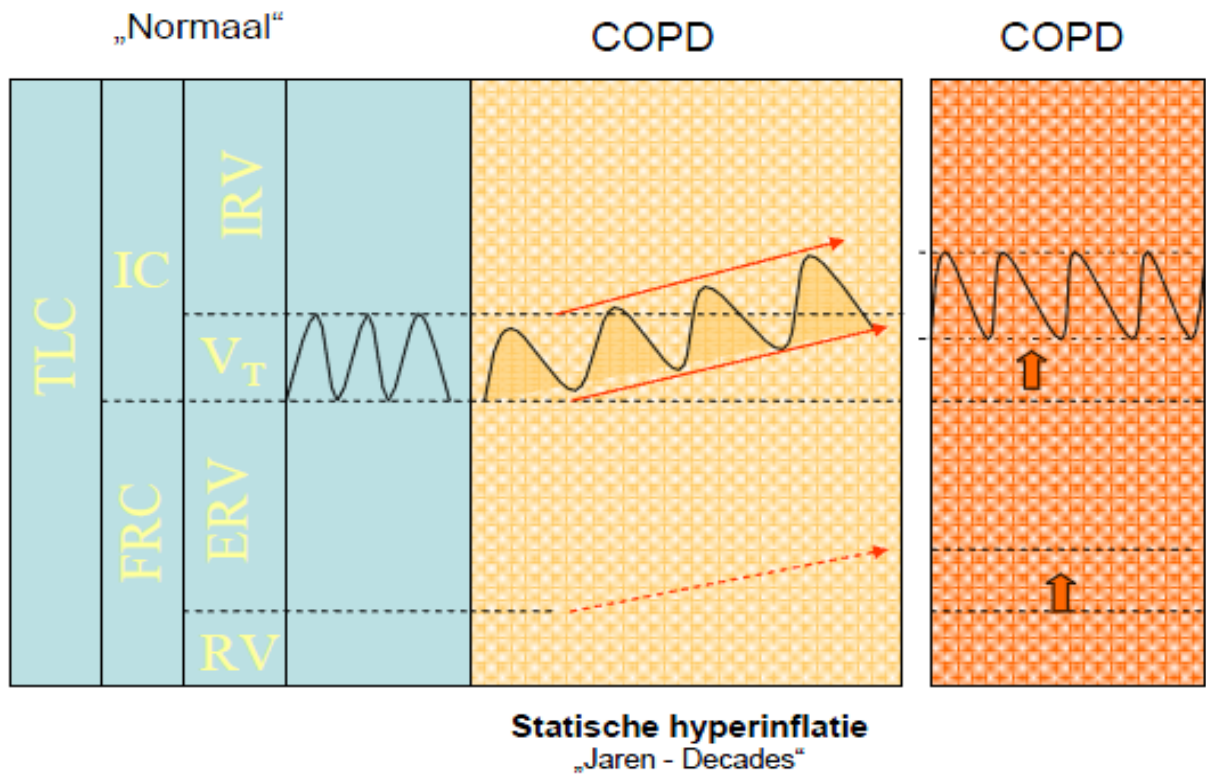
Wat is hyperinflatie

In het onderstaande plaatje wordt inzichtelijk gemaakt wat er gebeurt bij hyperinflatie. Het teugvolume (Vt) is de hoeveelheid lucht die een persoon in rust in- en uitademt. Patiënten met COPD starten soms al met inademen terwijl nog niet de gehele uitademing is voltooid. Doordat de luchtwegen vernauwd zijn en de longblaasjes beschadigd, kost het de COPD-patiënt meer tijd om volledig uit de ademen. Gedreven door de behoefte aan zuurstof wordt een nieuwe inhalatie gestart terwijl nog niet de gehele longinhoud is uitgedemd. Hierdoor gaat een COPD steeds 'hoger' ademen. Dat heeft twee belangrijke nadelen. Ten

eerste kost hoger ademen veel meer energie en de ruimte om bij inspanning dieper in te ademen neemt af.

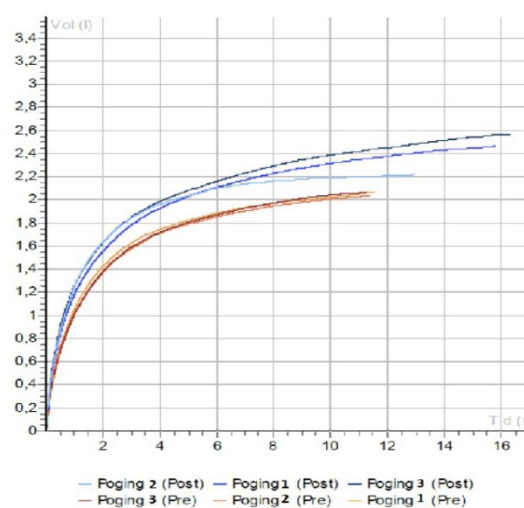
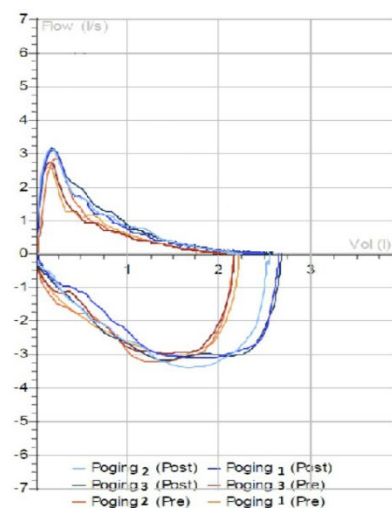
Invloed hyperinflatie op spirometrie-resultaten

Door gebruik van luchtwegverwijdende medicatie kan hyperinflatie afnemen. Hierdoor neemt dus ook de vitale capaciteit toe (door vermindering residuaal volume). Vaak wordt dan een toename in FVC (volume respons) gezien bij het gebruik van een luchtwegverwijder. Ook kan de FEV1 toenemen na het gebruik van een luchtwegverwijder.



Voorbeeld spirometrie van COPD-patiënt met hyperinflatie

	ref	LLN	Pre	Z-score	%Pred	Post	Z-score	%Pred	%Change
FVC(L)	3,34	2,57	2,09	-2,73	62,6	2,58	-1,63	77,3	24,0
FEV1(L)	2,65	2,04	1,06	-4,10	40,0	1,28	-3,57	48,3	19,9
FEV1/FVC(%)	80	68	50,7	-3,58	63,4	49,4	-3,67	61,7	-3,3
PEF(L/s)	6,20		2,85		41,8	3,15		50,8	21,5



Is er bij een bekende COPD-patiënt, naast een flow-respons (toename FEV1), ook sprake van een vergelijkbare of grotere volume-respons (toename FVC), overweeg dan hyperinflatie en denk niet meteen aan astma COPD-overlap.

Tot slot. Laat bij het inschatten van reversibiliteit versus hyperinflatie altijd de anamnese medebepalend zijn. Wilt u vaststellen of er echt sprake is van hyperinflatie dan dient u de patiënt door te verwijzen naar de tweede lijn. Met spirometrie kan hyperinflatie niet met zekerheid vastgesteld worden.

Proefbehandeling bij frequente longaanvallen die niet voldoende met langwerkende luchtwegverwijders alleen onder controle te houden zijn.

Overweeg behandeling met inhalatiecorticosteroiden (ICS) gedurende 1 jaar bij patiënten met frequente longaanvallen ondanks onderhoudsbehandeling met (een) langwerkende luchtwegverwijder(s) (≥ 2 prednis(ol)on of antibioticakuren of 1 ziekenhuisopname per jaar in verband met COPD). Bij ≥ 2 longaanvallen maar verder weinig klachten volstaat een LAMA.

Longaanvallen versus longontstekingen bij prescriptie ICS:

Ter overweging bij prescriptie LABA + ICS



ICS +LABA:

Als u 33 patiënten behandelt met ICS + LABA in plaats van alleen een LABA geeft dit:

- bij 30 patiënten geen effect (donkerblauw)
- bij 1 tot 2 patiënten een exacerbatie minder (lichtblauw)
- bij 1 patiënt een pneumonie extra (rood)

Tabel gepast medicijngebruik bij COPD

In de bijlagen zit [een beslisboom](#) welke medicatie gepast is.

	STAP 1 Infrequente dyspneuklachten, geen longaanvallen	STAP 2 Regelmatische dyspneuklachten, hinder of beperking	STAP 3 Persisterende dyspneuklachten, hinder of beperkingen
Dyspneuklachten, hinder of beperkingen	SABA of SAMA, zo nodig	LAMA of LABA, onderhoud	LAMA + LABA, onderhoud
Longaanvallen (≥ 2 per jaar)[†]	n.v.t.	Voeg ICS* toe Start of continueer luchtwegverwijder	Voeg ICS toe. Bij voorkeur 1 luchtwegverwijder (overweeg de andere te staken). Triple therapie heeft niet de voorkeur! Overweeg verwijzing

* als de patiënt verder weinig klachten heeft volstaat een LAMA

[†] ≥ 2 prednis(ol)on of antibioticakuren of 1 ziekenhuisopname per jaar in verband met COPD

Bijwerkingen ICS

Verskillende bijwerkingen van ICS zijn:

- Longontstekingen/luchtweginfecties
- Heesheid
- Schimmelinfectie in de mond of keel
- Hoge bloeddruk
- Dunnere huid en sneller blauwe plekken
- Kwetsbaardere bloedvaten
- Bijnierproblemen
- Botontkalking
- Staar (cataract)

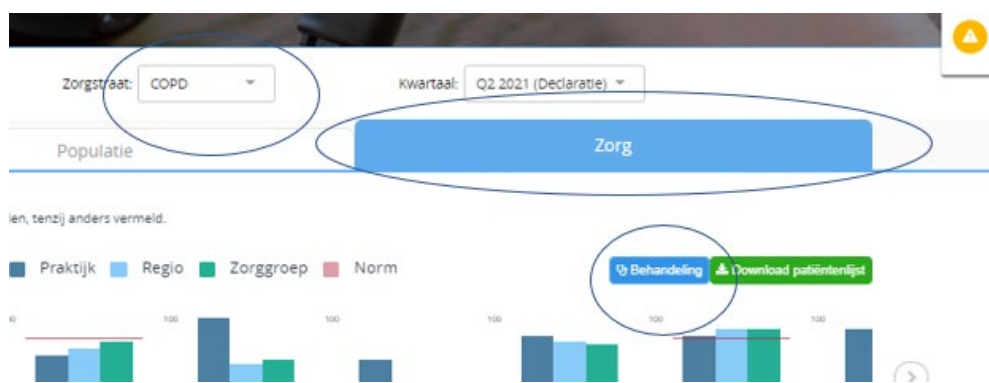
5. Selecteren welke COPD-patiënten kunnen stoppen met ICS

Selectie via VIPLive

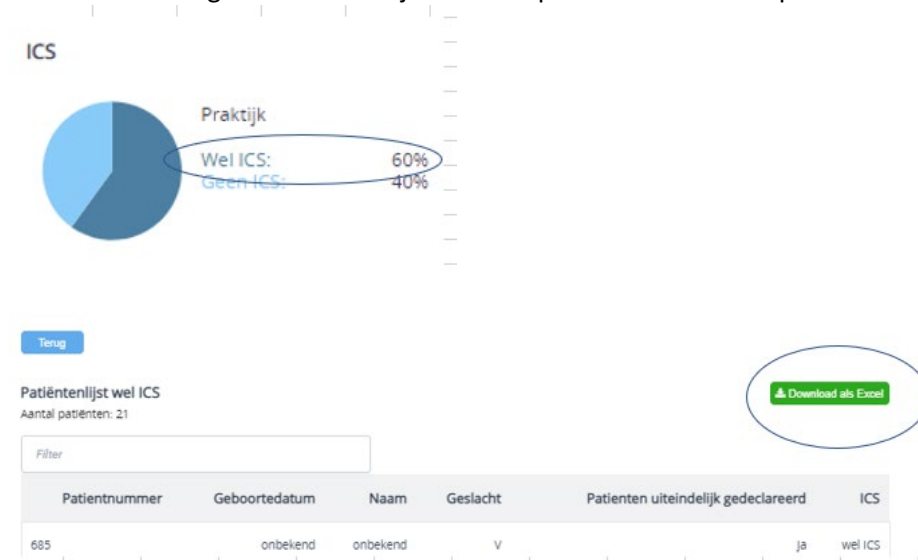
Ga naar VIPLive → inzicht → ketenzorgdashboard



Ga naar de zorgstraat “COPD” → kies tabblad “Zorg” → en kies voor “Behandeling”



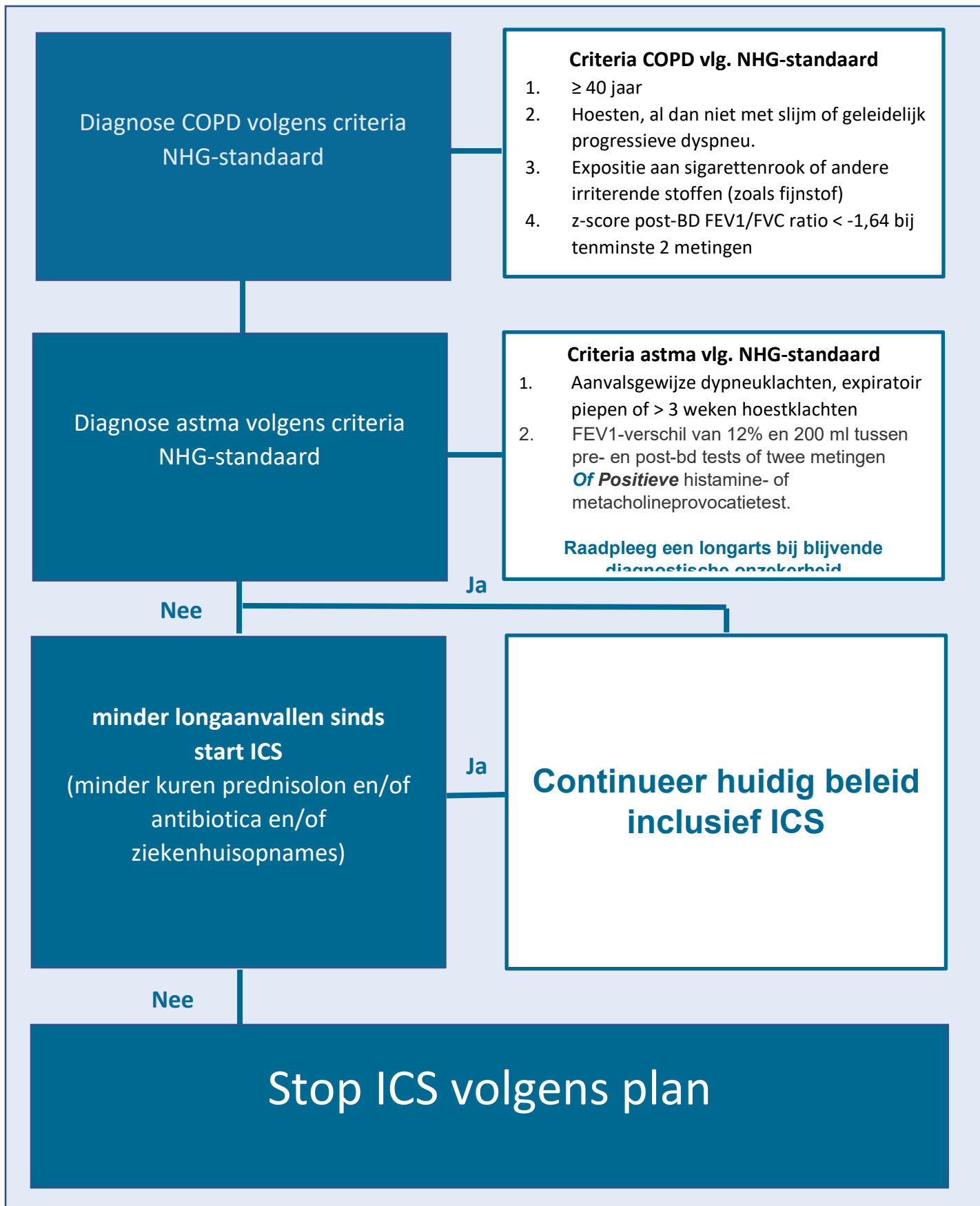
Kies voor het diagram “ICS Praktijk” → klik op “Wel ICS” → klik op download als Excel



Je krijgt nu een overzicht van alle mensen met COPD die een ICS gebruiken.

Deze lijst bevat patiënten met een diagnose COPD die ICS gebruiken. Aan de hand van het stroomdiagram kan bepaald worden of dit ICS-gebruik gepast is of niet. Bij diagnostische twijfel (over astma), raadpleeg dan een longarts. Klik [hier](#) voor een instructiefilmpje hoe je dit overzicht maakt. Meer algemene informatie over het maken van een patiëntoverzicht vind je [hier](#).

Stroomdiagram wanneer is stoppen met ICS geïndiceerd?



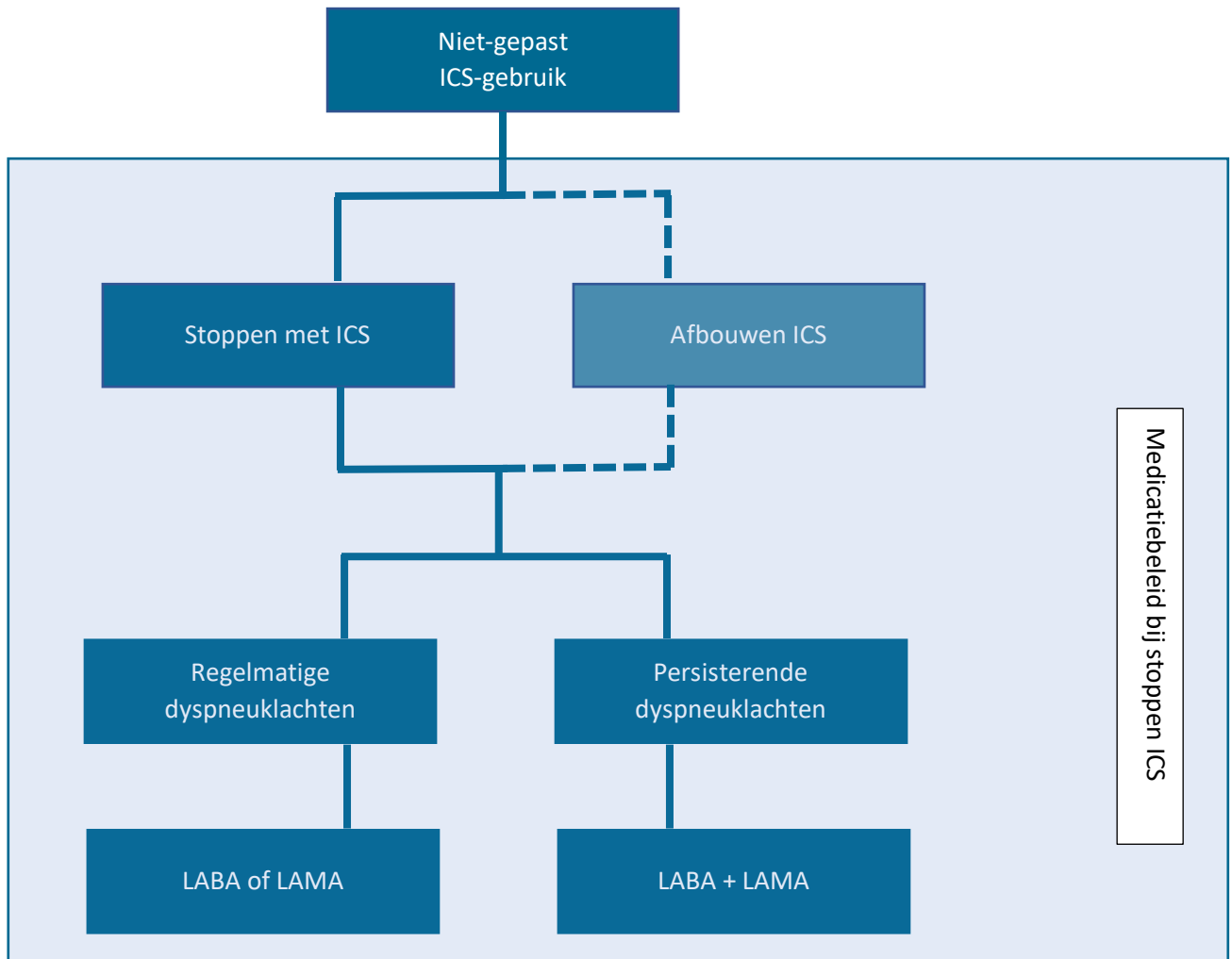
Is roken een contra-indicatie om te stoppen met ICS?

Nee, roken is geen reden om ICS-gebruik te continueren. Sterker nog, roken vermindert de werkzaamheid van ICS. Roken dient wel altijd ontmoedigd te worden evenals vaperen.

6. Weten wat het beleid is bij stoppen ICS

Selectie alternatief voor ICS

Schema medicatie bij het staken/verminderen van ICS



Afbouwen ICS

Afbouwen van ICS is niet nodig, maar kan als alternatief overwogen worden voor direct stoppen. Indien gekozen wordt voor afbouwen dan is het advies om in de eerste 4-6 weken de dosis te halveren en daarna volledig te stoppen.

7. Patiënten begeleiden bij het stoppen met ICS

Benaderen patiënten om te stoppen

Het advies is om patiënten actief op te roepen om het stoppen met ICS te bespreken. De voordelen hiervan zijn dat:

1. De instructie hoe een stop-consult verricht wordt nog vers in het geheugen ligt.
2. Door de actieve benadering mogelijk ook patiënten gezien worden die normaal niet voor controle komen.
3. De kans dat het stoppen met ICS vergeten wordt tijdens een normaal controlebezoek groot is.

De verwachting is dat per praktijk het aantal patiënten dat actief opgeroepen hoeft te worden niet zo groot is dat het de praktijkondersteuner overbelast.

Oproepen patiënten

1. Stuur de brief uit de bijlage naar de geselecteerde patiënten om hen te informeren.
2. Noteer in de agenda dat een week later de patiënten gebeld worden om een afspraak in te plannen.

Deze stappen kunnen ook omgedraaid worden. Dus eerst de patiënt opbellen en bij interesse vervolgens de informatie nasturen.

3. Plan telefonisch een afspraak met de patiënt in van een half uur om het stoppen met ICS te bespreken. (plan een langere tijd in als bv direct spirometrie verricht wordt)
4. Noteer in de agenda dat het gaat om een STOP ICS bezoek.

Voor patiënten die niet te bereiken zijn of om een andere reden nu niet naar de praktijk willen/kunnen komen kan in het medisch dossier genoteerd worden dat stoppen met ICS gewenst is, zodat dit bij het eerstvolgende contact ter sprake kan worden gebracht.

Het consult

1) Geef voldoende uitleg over het stoppen met ICS

- ICS zijn middelen die ontstekingen in de luchtwegen remmen en zinvol zijn bij astma.
- Er is geen reden om ICS te gebruiken bij COPD als er weinig tot geen longaanvallen zijn.
- ICS kan tot bijwerkingen leiden, zoals longontstekingen en botontkalking.
- Een enkele keer nemen klachten toe (met name hoestklachten in de eerste weken).
- Om die reden wordt het stoppen met ICS actief vervolgd (zoals bij elke medicatiewissel gebeurt). Geef aan dat u over een paar weken telefonisch contact opneemt en direct een nieuwe afspraak wilt inplannen voor over 4 tot 6 weken.
- Benadruk dat de patiënt bij twijfel contact kan opnemen en dat het niet de bedoeling is dat de patiënt zelf weer start met de ICS.
- Omdat ICS gestopt wordt, worden mogelijk ook andere medicijnen verstrekt. Deze middelen dienen ingenomen worden volgens het advies.

2) Gebruik vragenlijsten om het probleem inzichtelijk te krijgen (optioneel)

Inventariseren problemen met ICS middels de ICQ-vragenlijst

De [ICQ-vragenlijst](#) kan gebruikt worden om te inventariseren of patiënten hinder ondervinden van het ICS-gebruik. Dit kan voor sommige patiënten een extra stimulans zijn om te stoppen. De ICQ-vragenlijst is te vinden in de bijlagen.

Handleiding bij gebruik:

- Laat de patiënt de vragenlijsten invullen, bij voorkeur op een rustige plek.
- De patiënt moet alle antwoorden zelf invullen.
- Controleer of de patiënt alles op de juiste manier heeft ingevuld.
- Bekijk de scores van de individuele items.
- Elk ICQ-item van 3 of hoger behoeft aandacht.
- Leg uit dat de klachten veroorzaakt kunnen worden door ICS (al zijn klachten zoals vermoeidheid niet specifiek voor ICS-gebruik).

Inventarisatie gezondheidsstatus en angst (CCQ-vraag 3)

De [CCQ-vragenlijst](#) kan gebruikt worden om de gezondheidsstatus van de patiënt vast te stellen. Indien de patiënt zich na stoppen met ICS presenteert met een toename van klachten dan kan dit geobjectiveerd worden door de CCQ-vragenlijst te herhalen. Veranderingen in de gezondheidstoestand worden weergegeven middels vergelijking ten opzichte van de vorige bepaling.

De CCQ bevat 3 domeinen:

- de symptomen status =vraag1-2-5-6;
- de mentale status = vraag3-4;
- de functionele status = vraag7-8-9-10.

Beoordeling CCQ

Tel alle vragen bij elkaar op en deel deze door het totaal aantal vragen.

Score CCQ totaal	Beoordeling
< 1	Niet beperkt
≥ 1 < 2	Matig beperkt
≥ 2 < 3	Ernstig beperkt
≥ 3	Zeer ernstig beperkt

Angstvraag CCQ

De derde vraag van de CCQ-vragenlijst heeft betrekking op angst voor longaanvallen. Indien er sprake is van angst dan moet u dit met de patiënt bespreken. Indien de angstklachten ernstig zijn dan kan een verwijzing naar een praktijkondersteuner GGZ of psycholoog nodig zijn. Bespreek dit met de huisarts.

Inventarisatie mate van dyspneu

De [MRC-score](#) kan gebruikt worden om de mate waarin dyspneu activiteiten belemmert in kaart te brengen.

3) Trainen inhalatietechniek met de patiënt.

Het is cruciaal dat de patiënt de medicatie, bestaand of nieuw, op de juiste manier inhaleert.

- Ga hiervoor naar de website inhalatorgebruik.nl en print de protocollen en gebruiksaanwijzingen behorend bij de inhalator(s) die de patiënt gebruikt.

Bekijk samen met de patiënt het instructiefilmje en oefen de techniek zoals gezien aan de hand van de gebruiksaanwijzing (welke u aan de patiënt meegeeft). Controleer de techniek aan de hand van het protocol waarna u ook dit meegeeft aan de patiënt.

4) Geef instructiekaartje andere luchtwegmedicatie mee

Een printbare versie van het instructiekaartje andere luchtwegmedicatie is te vinden in [de bijlage](#).

Instructiekaartje aanpassen luchtwegmedicatie COPD		
Uitgegeven door _____		
Vanaf ___/___/___ gaat u de volgende <u>puffers</u> gebruiken		
Naam	Tijdstip(pen)	Aantal <u>pufs</u>
Ik bel u in de week van _____ en op _____ om _____ hebben wij een vervolgafspraak gepland staan.		
Bij vragen of klachten: Neem contact op met de praktijk via _____		
Pas NIET zelf uw medicatie aan. Neem bij vragen of klachten contact op!		

Maak een stop-recept aan in HIS

Het is cruciaal om in het dossier te vermelden dat de patiënt gestopt is met ICS d.m.v. het aanmaken van een stop-recept. Dit is van belang zodat niet per ongeluk toch een herhaalrecept uitgegeven wordt.

Follow-up

- Controleer bij voorkeur na 2 weken (telefonisch). Informeer naar klachten en of het staken blijvend is geslaagd.
- Controleer na 1-2 maanden of het staken gelukt is.
- Indien dit niet gelukt is, ga dan na wat de patiënt heeft weerhouden. Tracht eventuele onterechte cognities te corrigeren.

Gebruik van teleconsultatie

Er zijn meerdere teleconsultatie-systemen die gebruikt kunnen worden om patiënten digitaal te vervolgen. Dit kan met name geschikt zijn voor de digitaal-vaardige patiënt die het veranderen van medicatie wel spannend vindt of graag zelf de regie wil voeren over COPD.

8. Weten wat te doen als klachten toenemen na het stoppen

Controleren oorzaak klachtename

Handel direct als de patiënt ABCDE instabiel is.

Indien ABCDE stabiel is en de patiënt een toename van klachten ervaart dan is het van belang om het volgende te controleren:

- Aard en ernst klachten
- Mogelijke triggers uitvragen
- Therapietrouw
- Juist gebruik inhalator
- Niet-medicamenteuze behandeling
- Astma-diagnose opnieuw beoordelen
- Comorbiditeiten

Pas 6-12 weken nadat ICS gestopt is, is het effect van het stoppen met ICS volledig merkbaar. De NHG-standaard COPD maakt wel melding van een tijdelijke toename van hoestklachten (gebaseerd op de ervaringen van de richtlijncommissie). Inventariseer dus zeker bij een toename van klachten kort nadat ICS gestaakt is welke andere reden hieraan ten grondslag kan liggen.

Inventariseer of een van bovenstaande redenen de toename van klachten veroorzaakt. Zo niet, dan speelt mogelijk het stoppen met ICS een rol bij de toename van klachten.

Onderscheid in ernst (longaanval of niet)

Ernstige longaanval

- Er is een ernstige longaanval bij ≥ 1 van de volgende criteria:
 - (toename van) dyspneu in rust, moeite met uitspreken van een hele zin, niet plat kunnen liggen
 - hoge ademarheid (hoge ademfrequentie of gebruik van hulpademhalingspijpen)
 - versnelde hartslag ($> 100/\text{min}$)
 - zuurstofsaturatie $< 92\%$, tenzij patiënt bekend is met lagere saturatiewaarden

Minder ernstige longaanval

- Als geen van bovenstaande criteria aanwezig is of snelle verbetering optreedt na inhalatiemedicatie is het een minder ernstige longaanval
- Ook bij een duidelijke sterke toename van dyspneuklachten zonder bovengenoemde criteria is sprake van een minder ernstige longaanval.

Geringe toename van klachten

- Een toename van klachten die niet voldoet aan de bovenstaande criteria geldt als een geringe toename van klachten.

Beleid op basis van ernst

Bij een toename van klachten is een afwachtend beleid gewenst (geen toevoeging van ICS). Eventueel kunt u wel tijdelijk de luchtwegverwijdende medicatie ophogen. Ook kan het nodig zijn om aanvullende adviezen te geven om het beleid te verbeteren (bv ander type inhalator, leefstijladviezen, hoe om te gaan met angst). Geef aan dat de patiënt opnieuw contact moet opnemen als klachten verergeren.

Tabel beleid bij longaanval na stoppen ICS

Ernst	Ernstige longaanval	Minder-ernstige longaanval	Geringe toename klachten
Wss niet door stoppen ICS	Beleid zoals voorgesteld in de NHG-standaard COPD <u>Geen</u> herstart ICS		
Wss door stoppen ICS	<ul style="list-style-type: none"> • Herstart ICS • Na herstel: overweeg spirometrie bij vermoeden astma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bij vermoeden astma: spirometrie • Tijdelijk verdubbelen luchtwegverwijder • Indien reversibiliteit bij vermoeden astma en/of verdubbelen luchtwegverwijder heeft niet voldoende effect: Dan pas: Herstart ICS 	Afwachtend beleid. Evt. tijdelijk verdubbelen luchtwegverwijder

9. Bijlagen

Informatiebrief stoppen ontstekingsremmers voor patiënten met COPD

U gebruikte medicijnen voor COPD die volgens uw zorgverlener gestopt kunnen worden. Deze brief bevat uitleg waarom u niet langer deze medicijnen hoeft te gebruiken. Binnenkort neem ik contact met u op om een afspraak te plannen om dit met u te bespreken.

Medicijnen en COPD

U heeft COPD (chronisch obstructief longlijden). Dit is een longziekte waarvan u niet kunt genezen. Mensen met COPD hebben vaak last van hoesten, slijm opgeven, benauwdheid en worden vaak sneller kortademig en moe. De klachten kunnen verminderd worden door medicijnen die u inademt (de zogenaamde pufjes). Deze pufjes kunnen twee soorten medicijnen bevatten: luchtwegverwijders en ontstekingsremmers. De medicijnen die de luchtwegen verwijderen zorgen ervoor dat u minder last heeft van kortademigheid. Ontstekingsremmers kunnen bij sommige patiënten de ontsteking van het slijmvlies in de luchtwegen verminderen. Het is van belang om alleen ontstekingsremmers te gebruiken als u daar mogelijk ook echt baat bij hebt omdat er ook nadelen zijn aan deze medicijnen. Pufjes bevatten soms allebei de soorten medicijnen. U bleek ontstekingsremmende medicijnen te gebruiken, terwijl dit niet nodig was. Op de volgende pagina vindt u een beslisboom wanneer ontstekingsremmers zinvol kunnen zijn. In sommige gevallen is het van belang om dit met uw arts of praktijkondersteuner te bespreken.

Waarom heeft u eerder ontstekingsremmers gekregen van uw zorgverlener?

Er zijn COPD-patiënten waarbij ontstekingsremmers het risico op longaanvallen verminderen. Longaanvallen zijn periodes waarin de klachten van COPD plots sterk toenemen. Soms is een prednison stootkuur of een ziekenhuisopname nodig. Om dat te voorkomen werden ontstekingsremmers voorgeschreven. Voorheen werd gedacht, baat het niet dan schaadt het niet. Inmiddels weten we dat er ook nadelen zijn aan het gebruik van ontstekingsremmers. Zo neemt het risico op longontstekingen toe, het risico op blauwe plekken toe, krijgen mensen soms last van schimmelinfecties in de mond en hebben mensen een groter risico op botontkalking. Vandaar dat nu het advies is om alleen ontstekingsremmers te gebruiken als er een grote kans is op longaanvallen die niet door luchtwegverwijders voorkomen kunnen worden. Bij alle andere patiënten met COPD is het advies om ontstekingsremmers te staken.

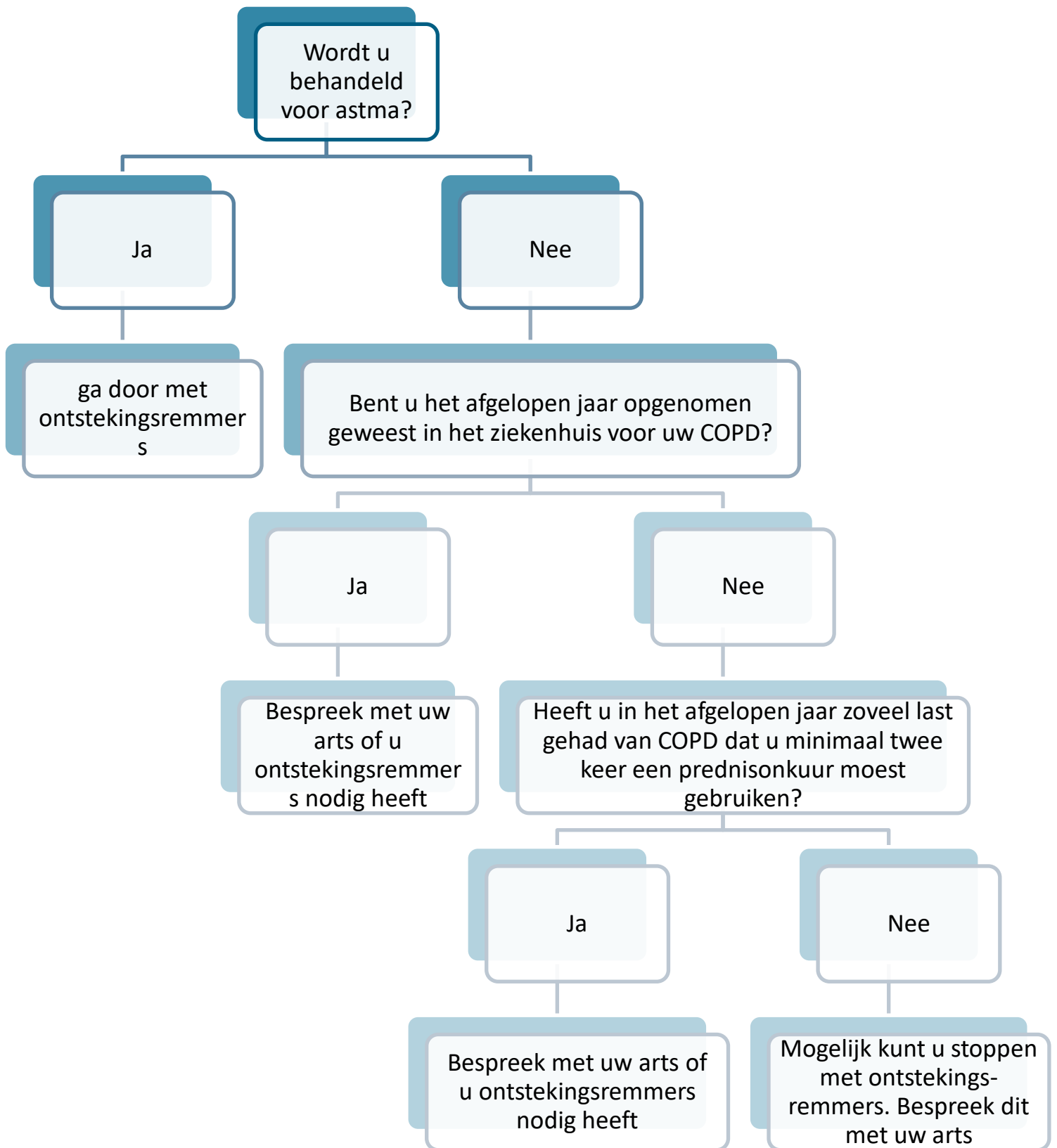
Wat gaat er nu gebeuren?

U gaat vanaf nu een ander pufje krijgen. Dat kan in eenzelfde soort apparaatje zitten als u gewend was, maar het kan ook zijn dat u een ander soort puffer krijgt. De praktijkondersteuner gaat u uitleggen hoe u deze medicijnen moet inhaleren en op welke tijdstippen. Deze informatie krijgt u ook mee op een kaartje.

Omdat u van medicijnen gaat wisselen vinden we het belangrijk om goed met u in contact te blijven. We maken dan ook meteen een belafsprake met u voor over twee weken en ik zie u graag over 4 tot 6 weken even terug om te vragen hoe het met u gaat.

Mocht u in de tussentijd vragen hebben of klachten dan kunt u contact opnemen. De informatie staat ook op het kaartje. We willen dringend vragen om niet zelf met de medicijnen te experimenteren. Gebruik de medicijnen zoals voorgeschreven. Denkt u dat u misschien toch andere medicijnen nodig heeft, neem dan contact op met de praktijk.

Beslisboom: heb ik ontstekingsremmers nodig?



Informatiebrief starten ontstekingsremmers voor patiënten met COPD

U heeft nieuwe medicijnen voor COPD voorgeschreven gekregen. In deze brief leggen we uit waarom u deze medicijnen krijgt en wat u verder kunt verwachten.

Medicijnen en COPD

U heeft COPD (chronisch obstructief longlijden). Dit is een longziekte waarvan u niet kunt genezen. Mensen met COPD hebben vaak last van hoesten, slijm opgeven, benauwdheid en worden vaak sneller kortademig en moe. De klachten kunnen verminderd worden door medicijnen die u inademt (de zogenaamde pufjes). Deze pufjes kunnen twee soorten medicijnen bevatten: luchtwegverwijders en ontstekingsremmers. De medicijnen die de luchtwegen verwijden zorgen ervoor dat u minder last heeft van kortademigheid. Ontstekingsremmers kunnen bij sommige patiënten de ontsteking van het slijmvlies in de luchtwegen verminderen. Uw huisarts heeft u nu voor de eerste keer deze ontstekingsremmers voorgeschreven.

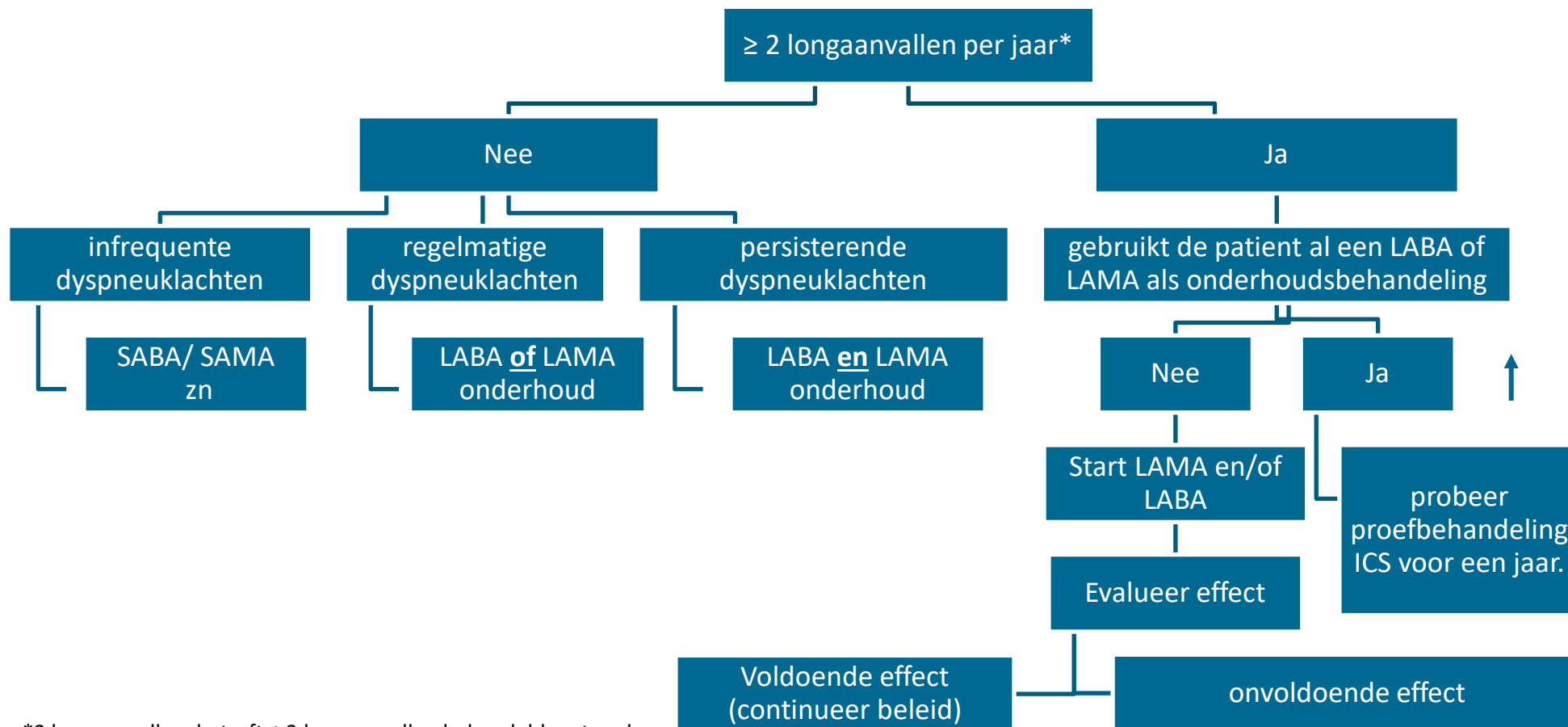
Waarom krijgt u ontstekingsremmers?

Er zijn twee redenen waarom ontstekingsremmers voorgeschreven worden. Een huisarts schrijft een ontstekingsremmer voor als u naast COPD ook astma heeft. Ook worden deze middelen gegeven aan COPD-patiënten die vaker perioden hebben waarin klachten erg zijn (zogenaamde longaanvallen). Dat geldt dan voor patiënten die ondanks dat ze hun luchtwegverwijders goed gebruiken toch een paar keer per jaar extra medicijnen nodig hebben bij een longaanval, zoals tabletten prednisolon. Ontstekingsremmers kunnen ook nadelen hebben. Zo worden vaker longontstekingen, botontkalking en schimmelinfecties in de mond gevonden bij COPD-patiënten die deze medicijnen gebruiken. U krijgt om die reden deze medicijnen een tijdje op proef.

Het is van belang dat u deze medicijnen consequent iedere dag inneemt. Verander ook het aantal pufjes dat u inneemt per dag niet zonder dit te overleggen met uw huisarts. Indien u vragen of klachten heeft dan is het advies om contact op te nemen met de praktijk en niet zelf de ontstekingsremmende pufjes te veranderen.

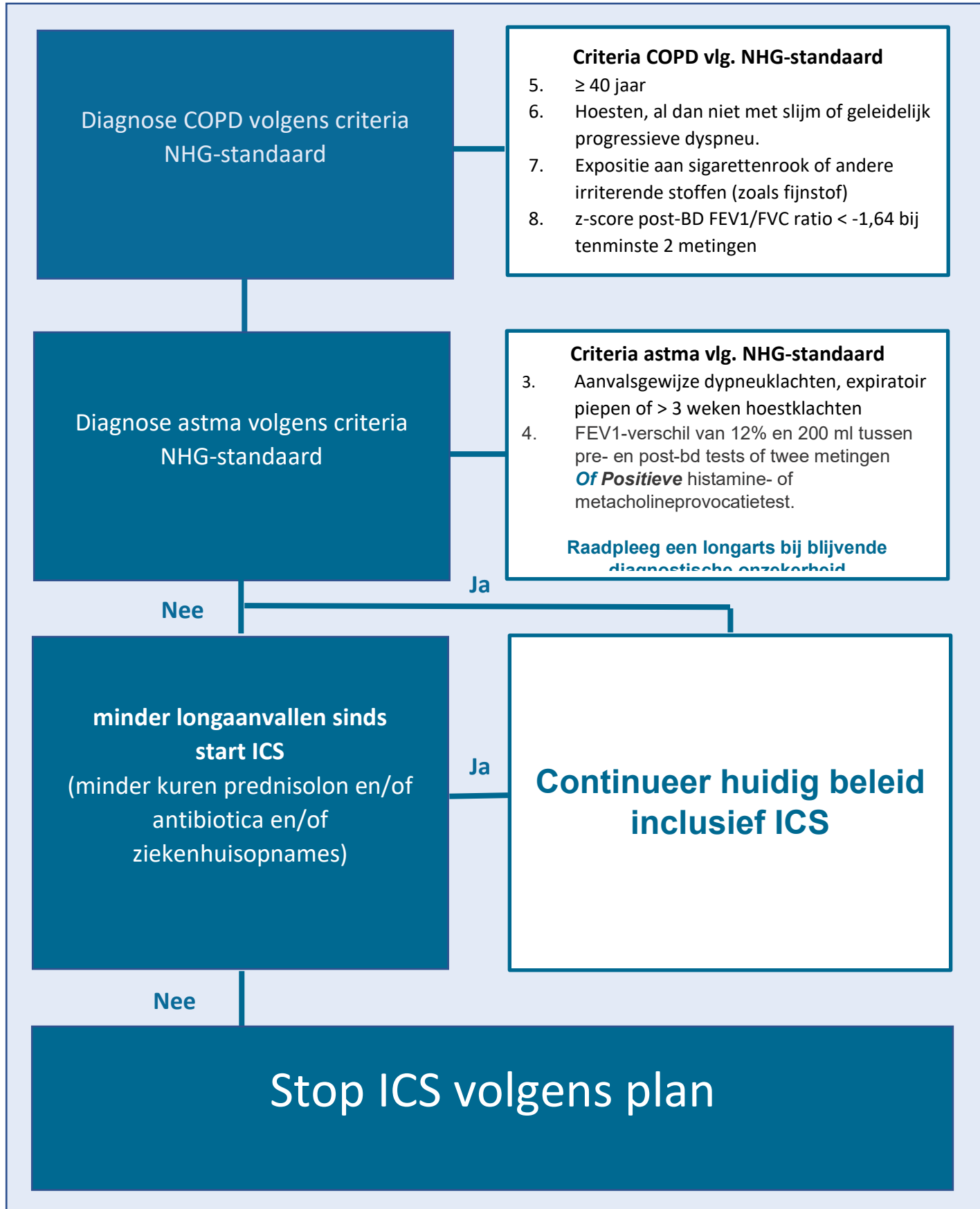
Na een jaar bespreekt uw huisarts met u of de medicijnen helpen bij u. Dat wil zeggen: u heeft minder vaak periodes waarin uw klachten verergeren. Als dit niet zo is, dan zal de ontstekingsremmer weer gestopt worden.

Beslisboom gepaste medicatie bij COPD



*2 longaanvallen, betreft ≥2 longaanvallen behandeld met orale steroïden en/of antibiotica of ≥1 longaanval waarvoor een ziekenhuisopname noodzakelijk was.

Stroomdiagram ICS-gebruik gepast?



ICQ-vragenlijst

Hoeveel last heeft u de afgelopen 14 dagen van de volgende bijwerkingen gehad door het gebruik van uw inhalator(s)?

(Geeve één cijfer per lijn te omcirkelen)							
	Geen last	Heel weinig last	Weinig last	Matig last	Veel last	Heel veel last	Extreem veel last
1 Heesheid	0	1	2	3	4	5	6
2 Dat u uw keel moet schrapen	0	1	2	3	4	5	6
3 Jeuk achterin uw keel	0	1	2	3	4	5	6
4 Schimmelinfectie (pijnlijke keel met witte blaasjes en moeite met slikken)	0	1	2	3	4	5	6
5 Een vieze smaak in uw mond	0	1	2	3	4	5	6
6 Dat uw smaak veranderd was	0	1	2	3	4	5	6
7 Iets willen drinken (wegens een droge mond)	0	1	2	3	4	5	6
8 Een gezwollen gezicht of vocht in uw gezicht	0	1	2	3	4	5	6
9 Dat u snel blauwe plekken had	0	1	2	3	4	5	6
10 Stemningswisselingen	0	1	2	3	4	5	6
11 Dat uw ogen sneller achteruit gegaan zijn	0	1	2	3	4	5	6
12 Zweeten	0	1	2	3	4	5	6
13 Elke vorm van achteruitgang aan uw tanden (tandbederf, vlekken op uw tanden, enzovoort)	0	1	2	3	4	5	6
14 Moeheid	0	1	2	3	4	5	6
15 Droge ogen	0	1	2	3	4	5	6

Geef de ingevulde vragenlijst terug aan uw arts of verpleegkundige.

Naam: _____ **Score:** _____

© De ICQ is auteursrechterlijk beschermd. Het mag niet gebruikt, gewijzigd, verkocht (op papier of elektronisch), vertaald of aangepast worden aan een ander medium, zonder de toestemming van T. van der Molen, Disciplinarygroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Groningen, Ant. Deusinglaan 1, Gebouw 3217, 9713 AV Groningen, Nederland.

CCQ-vragenlijst

COPD VRAGENLIJST							
Omcirkel het nummer dat het beste beschrijft hoe u zich de afgelopen week heeft gevoeld. (Slechts één antwoord per vraag)							
Hoe vaak voelde u zich in de afgelopen week ...	nooit	zelden	af en toe	regelmatig	heel vaak	meestal	altijd
1. Kortademig in rust ?	0	1	2	3	4	5	6
2. Kortademig gedurende lichamelijke inspanning ?	0	1	2	3	4	5	6
3. Angstig/bezorgd voor de volgende benauwdheidsaanval?	0	1	2	3	4	5	6
4. Neerslachtig vanwege uw ademhalingsproblemen?	0	1	2	3	4	5	6
In de afgelopen week , hoe vaak heeft u ...							
5. Gehoest ?	0	1	2	3	4	5	6
6. slijm opgehoest?	0	1	2	3	4	5	6
In welke mate voelde u zich in de afgelopen week beperkt door uw ademhalingsproblemen bij het uitvoeren van ...	helemaal niet beperkt	héél weinig beperkt	een beetje beperkt	tamelijk beperkt	erg beperkt	héél erg beperkt	volledig beperkt/ of niet mogelijk
7. zware lichamelijke activiteiten (trap lopen, haasten, sporten)?	0	1	2	3	4	5	6
8. Matige lichamelijke activiteiten (wandelen, huishoudelijk werk, boodschappen doen)?	0	1	2	3	4	5	6
9. Dagelijkse activiteiten (u zelf aankleden, wassen)?	0	1	2	3	4	5	6
10. Sociale activiteiten (praten, omgaan met kinderen, vrienden/familie bezoeken)?	0	1	2	3	4	5	6

MRC dyspneu schaal

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

Instructiekaartje andere luchtwegmedicatie

Instructiekaartje aanpassen luchtwegmedicatie COPD

Uitgegeven door _____

Vanaf ___ / ___ / ___ gaat u de volgende puffers gebruiken

Naam	Tijdstip(pen)	Aantal Puffs

Ik bel u in de week van _____ en op _____ om _____ hebben wij een vervolgspraak gepland staan.

Bij vragen of klachten: Neem contact op met de praktijk via

Pas NIET zelf uw medicatie aan. Neem bij vragen of klachten contact op!

Lijst met afkortingen

COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (in het Nederlands: chronisch obstructief longlijden)

FEV1: Forced Expiratory Volume in one second (in het Nederlands: Geforceerde Expiratoire Volume die in 1 seconde uitgeblazen wordt)

FVC: Forced Vital Capacity (in het Nederlands: Geforceerde Vitale Capaciteit)

ICPC: International Classification for Primary Care (in het Nederlands: standaard voor coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk)

ICS: Inhalatiecorticosteroïden

LABA: Langwerkende beta-2-agonist, sympathicomimeticum

LAMA: Langwerkende muscarine antagonist, parasymphaticolyticum

NHG: Nederlands Huisartsengenootschap

POH: Praktijkondersteuner huisarts

SABA: Short acting beta-2-agonist

SAMA: Short acting muscarinic antagonist