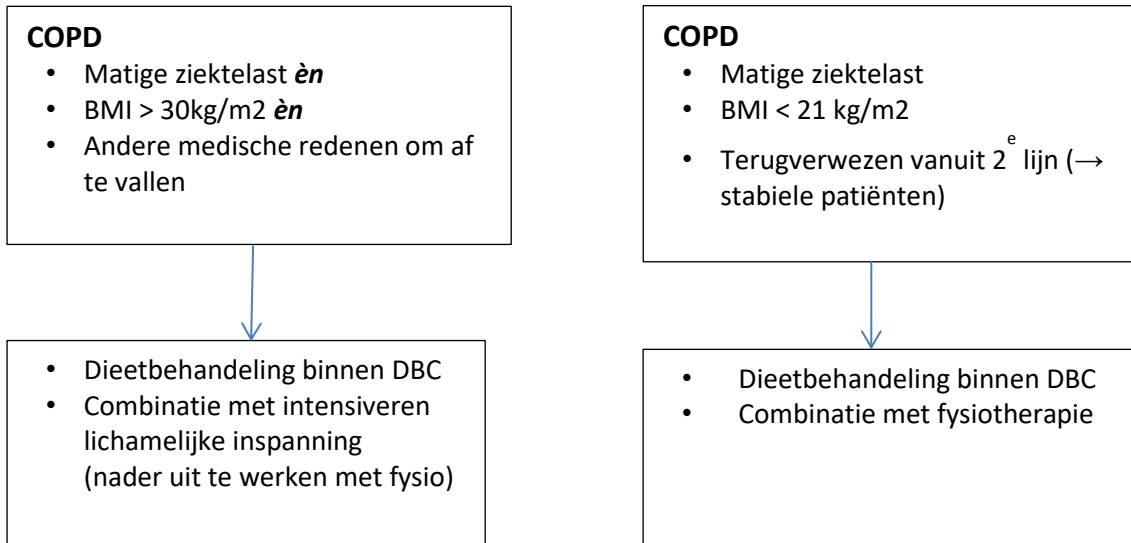


Bijlage 4A

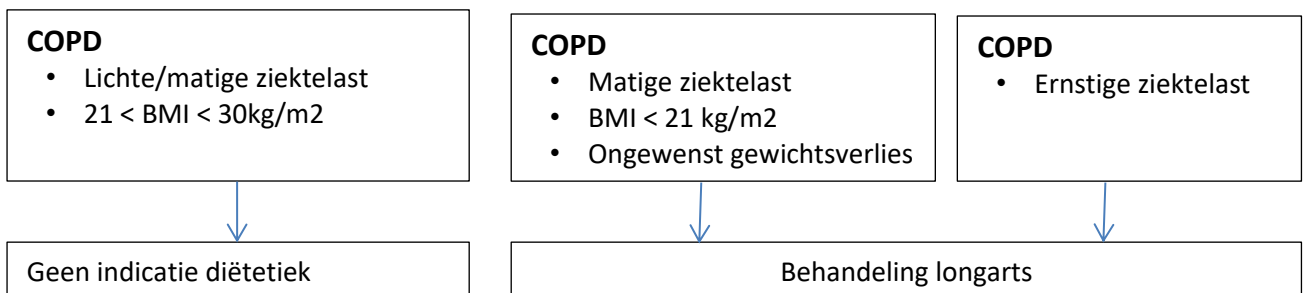
Voeding en gewicht bij patiënten met COPD

1. Samenvatting

A. Indicaties voor diëtetiek binnen het Zorgprogramma COPD



B. Geen indicatie voor diëtetiek binnen het Zorgprogramma COPD in volgende situaties:



2. Nadere informatie over voeding en gewicht bij patiënten met COPD

De afgelopen jaren is aandacht voor voeding en gewicht bij de behandeling van patiënten met COPD toegenomen. Ook in de Zorgstandaard COPD van de Long Alliantie Nederland (LAN, 2016) wordt hier aandacht aan besteed. In het Zorgprogramma COPD volgen we deze zorgstandaard. Een belangrijk onderdeel van het COPD spreekuur is dan ook aandacht voor de voedingstoestand.

In het Zorgprogramma COPD van de RZMH kunnen patiënten met COPD met een lichte of matige ziektelast deelnemen. De POH/PVK neemt bij hen een voedingsanamnese af, gaat na of de BMI normaal, te hoog, of te laag is en of er sprake is van ongewenst gewichtsverlies. Zie tabel 1.

Ondergewicht & verminderde voedingstoestand

We spreken van een verminderde voedingstoestand bij patiënten met COPD waarbij het BMI is verlaagd (BMI <21), waarbij er ongewenst gewichtsverlies is, of wanneer er een tekort is aan spiermassa (uitgedrukt in vetvrije massa index, VVMi).

Dit zorgt voor een vermindering van de algehele conditie, voor een negatief effect op het herstel na luchtweginfecties en voor een hogere sterftekans. Deze groep patiënten wordt **verwezen naar de longarts** voor uitgebreidere analyse en behandeling binnen de tweede lijn. Patiënten kunnen dan niet deelnemen aan het Zorgprogramma COPD van de RZMH. Wanneer deze groep patiënten een revalidatieprogramma volgt, gecombineerd met een voedingsinterventie, dan stijgt zowel de kwaliteit van leven als de overlevingskans. Een geïsoleerde voedingsinterventie is niet zinvol. Vooral bij patiënten met **COPD met een ernstige ziektelast** is regelmatig sprake van ondergewicht en gewichtsverlies. Zij vallen **buiten het zorgprogramma COPD**, maar worden vaak wel (mede)behandeld door de huisarts. De longarts of huisarts zal verwijzing naar diëtiste initiëren.

Overgewicht & obesitas

In de huisartspraktijk en dus ook binnen het Zorgprogramma COPD, zien we vooral patiënten met een lichte of matige ziektelast. Bij deze groep is **overgewicht en obesitas** een groter probleem dan ondergewicht. Overgewicht kan een obstakel zijn om te gaan bewegen en het heeft een negatieve invloed op de kortademigheid. Obesitas kan soms zelfs meer klachten van kortademigheid veroorzaken dan COPD dat doet. Afvallen kan dan bijdrage aan vermindering van de klachten.

Voor indicaties voor verwijzing naar diëtiste zie tabel 1.

Overgewicht

Bij patiënten met COPD en overgewicht (BMI 25 -30) blijkt behoud van gewicht het gunstigst: het geeft de beste kans op behoud van de spieren. Bij hen is het streven het gewicht te handhaven met een gezond voedingspatroon en voldoende bewegen.

Obesitas

Bij obesitas (BMI >30) kan vetophoping in de buik het diafragma omhoog duwen. Dat vermindert het vermogen van de long om voldoende uit te rekken, wat de diepe doorademing bemoeilijkt. Dat leidt dan weer tot een verminderd vermogen om zuurstof op te nemen.

Bij COPD patiënten met een matige ziektelast en obesitas is een dieetinterventie pas geïndiceerd als andere medische redenen gewichtsreductie vereisen. De behandeling is dan gericht op **langzaam afvallen met behoud van spiermassa**. Dit kan worden bereikt door de combinatie van een eiwitverrijkte adequate voeding en voldoende lichaamsbeweging. Om dit te bereiken geeft de POH/PVK tijdens het COPD spreekuur eenvoudige beweeg- en voedingsadviezen om tot een gezonde leefstijl te komen.

Bij problemen of vermoeden van een slechte voedingstoestand, en als eenvoudige beweeg- en voedingsadviezen niet toereikend zijn, kan doorverwezen worden naar diëtist en fysiotherapeut.

N.B. Afvallen via een dieet als enige maatregel is niet zinnig. Dit geldt net zo min voor alleen intensiveren van lichamelijke inspanning. De patiënt zal naast de dieet interventie ook een trainingsprogramma moeten volgen, vaak en zeker in het begin, onder begeleiding van een fysiotherapeut. Zo krijgt niet alleen het afvallen een betere kans, maar werkt de patiënt ook aan het

behoud of zelfs toename van de spiermassa. Deze trainingsprogramma's bij fysiotherapeuten worden niet vergoed via het Zorgprogramma COPD.

Vanaf 2014 komen patiënten met COPD GOLD 2, 3 en 4 in aanmerking voor volledige vergoeding van fysiotherapie. Ook mensen met **COPD GOLD 2** krijgen deze **vergoeding vanuit de basisverzekering**. De eerste 20 behandelingen komen wel voor eigen rekening en tellen mee voor het Eigen Risico. Dit geldt alleen voor de eerste verwijzing. De jaren daaropvolgend vallen alle behandelingen onder de basisverzekering. Zie ook de website van het Longfonds: www.longfonds.nl

Bepaal BMI en evt. gewichtsafname	Advies & beleid
Ondergewicht / verminderde voedingstoestand: <ul style="list-style-type: none"> BMI < 21, <i>of</i> Gewichtsverlies >5% in 1 mnd, <i>of</i> Gewichtsverlies >10% in 6 mnd 	<ul style="list-style-type: none"> Sluit andere oorzaak gewichtsverlies uit! Verwijs naar longarts voor nadere analyse en multidisciplinaire behandeling. Zorgprogramma COPD wordt gesloten.
Normaal gewicht: <ul style="list-style-type: none"> 21 ≥ BMI < 25 	<ul style="list-style-type: none"> Handhaaf gewicht. Wijs op belang van goede voeding.
Overgewicht: <ul style="list-style-type: none"> 25 ≥ BMI <30 	<ul style="list-style-type: none"> Probeer het gewicht constant te houden¹. Wijs op belang van goede voeding.
Obesitas: <ul style="list-style-type: none"> BMI ≥ 30 	Verwijs naar (gespecialiseerde) diëtiste en fysiotherapeut bij: <ul style="list-style-type: none"> BMI ≥ 30 <i>én</i> Matige ziektelast² <i>én</i> Andere medische redenen om af te vallen (diabetes mellitus, hart- en vaatziekten)³ Val af tot een BMI <30 maar zorg voor behoud van spiermassa.

Tabel 1. Behandel- en verwijzadviezen bij verschillende BMI-waarden.

De taken van de diëtiste binnen het Zorgprogramma COPD:

- Neemt een voedingsanamnese af, met als doel het in kaart brengen van mogelijke voedingsproblemen of insufficiënte voedselinname.
- Geeft de patiënt voorlichting en informatie betreffende COPD, de daarbij behorende leefregels en beantwoordt vragen binnen zijn/haar kennisniveau.
- Geeft adviezen met betrekking tot gewichtsvermindering en behoud van spiermassa indien er sprake is van overgewicht en COPD.

¹ Gewichtsvermindering kan wel om andere redenen nodig zijn, zoals diabetes mellitus of hart- en vaatziekten. Verwijzing naar diëtiste is dan niet COPD-gerelateerd.

² Zie "Behandelprotocol Zorgprogramma COPD"

³ Patiënten met obesitas die niet aan deze criteria voldoen kunnen ook worden verwezen naar de diëtiste. Dit vindt dan plaats buiten het Zorgprogramma COPD

- Geeft adequate voedingsinterventies gecombineerd met het advies voor inspanningstraining om verbetering te bewerkstelligen (**fysiotherapie**).

Nadat de POH/PVK de patiënt heeft verwezen naar de diëtiste volgt eerst een intake, waarna enkele vervolgsconsulten zullen worden aangeboden. De behandeling wordt in overleg met de patiënt afgerond en zo nodig vindt vervolgens jaarlijks evaluatie plaats. Het aantal consulten kan per patiënt natuurlijk verschillen. Indien de behandeling van een patiënt - gerekend over 12 maanden - de behandelduur van 210 minuten dreigt te overschrijden, dient de diëtist contact op te nemen met de huisarts/POH. Er kan dan worden overlegd over de patiënt en tijd worden genomen om de behandeling te evalueren en zo nodig bij te stellen.

De taken van de fysiotherapeut:

Huisartspraktijken kunnen patiënten verwijzen naar een gespecialiseerde fysiotherapeut voor een beweegadvies. Dit zijn 1 of 2 consulten waarbij een beweegadvies op maat wordt gegeven, of waarbij ervaren problemen bij voldoende bewegen worden besproken en verholpen indien mogelijk.

Trainingsprogramma's bij fysiotherapeuten zijn niet gecontracteerd binnen het Zorgprogramma COPD. Huisartspraktijken kunnen wel gebruik maken van onderstaand verwijsschema. Deze staat ook vermeld in het behandelprotocol Zorgprogramma COPD.

