

Welkom bij de scholing over de richtlijn COPD

7 september 2020

Scholingsteam

Emmylou Beekman

Hans van de Leur

Wim te Wierik

Jasmin Pekaric

Jasmin Pekarić



- Lid management team Instituut Beweging Studies (IBS), docent fysiotherapie en hoofd expertise groep RCA-O Hogeschool Utrecht
- Bestuurslid regionaal COPD netwerk Utrecht
- Bestuurslid European Network of Physiotherapy in Higher Education (ENPHE)



Hand-out en evaluatieformulier

Je ontvangt na de lezing de hand-out en een evaluatieformulier.

Graag ontvangen wij middels het evaluatieformulier je feedback. Deze feedback helpt ons de kwaliteit van onze lezingen hoog te houden en zo goed mogelijk aan te sluiten bij jullie wensen. Het kost slechts 3 minuten.

Op www.kngf.nl -> scholing vind je alle actuele scholingen en iedere week ontvang je een “UITNODIGING KNGF-scholing en bijeenkomsten” per mail.



Koninklijk Nederlands
Genootschap voor Fysiotherapie

State of The Art Fysiotherapie bij COPD



Emmylou Beekman
Hans van de Leur
Wim te Wierik
Jasmin Pekaric

Waarom herzien?

- Up-to-date diagnostiek en behandeling van patiënten met COPD
- Afspraken vanuit Standaardadvies 2016 met Zorginstituut Nederland (ZiNL 2018)

REVISED

Inhoud lezing



Richtlijn
ontwikkeling

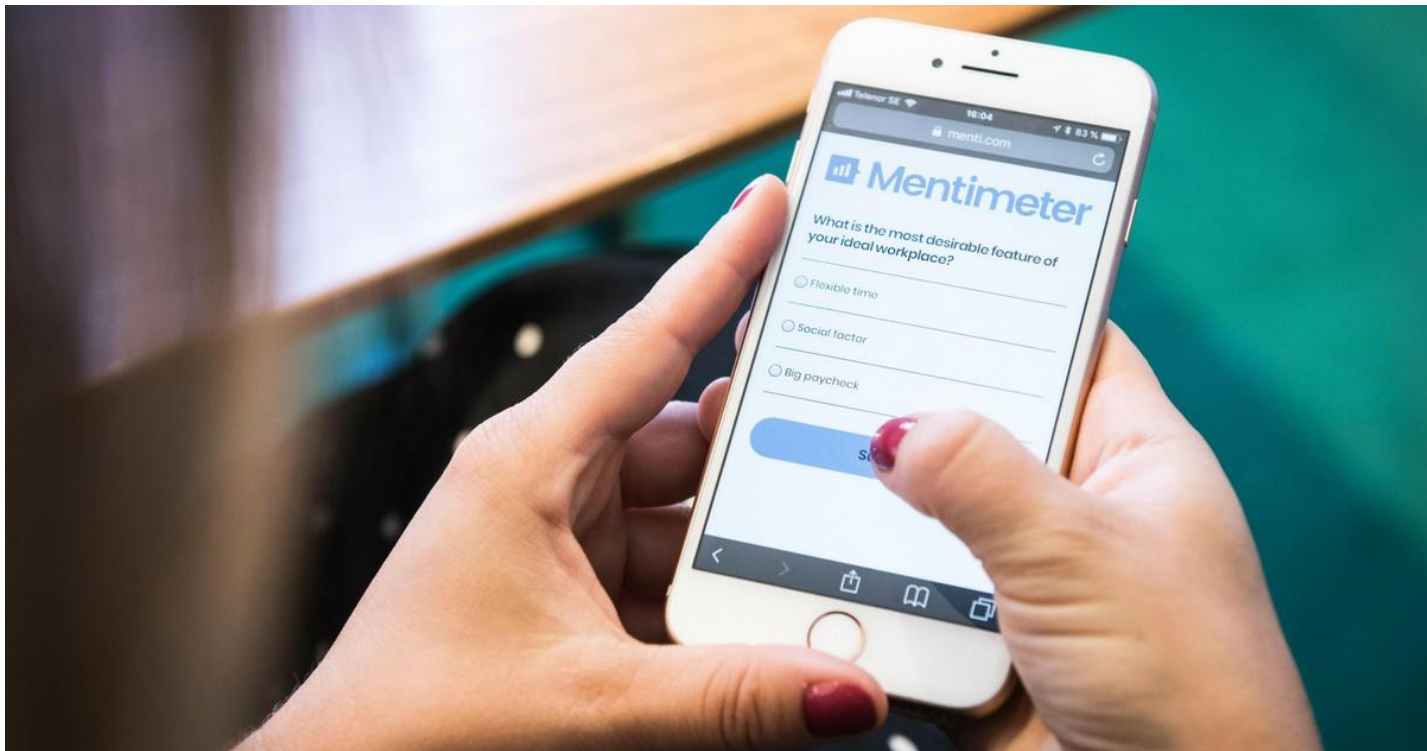
Intro COPD

Belangrijkste
aan-
bevelingen

Casuïstiek

Inter-
disciplinaire
samen-
werking

Inhoud lezing



Inhoud lezing



Richtlijn
ontwikkeling

Intro COPD

Belangrijkste
aan-
bevelingen

Casuïstiek

Inter-
disciplinaire
samen-
werking

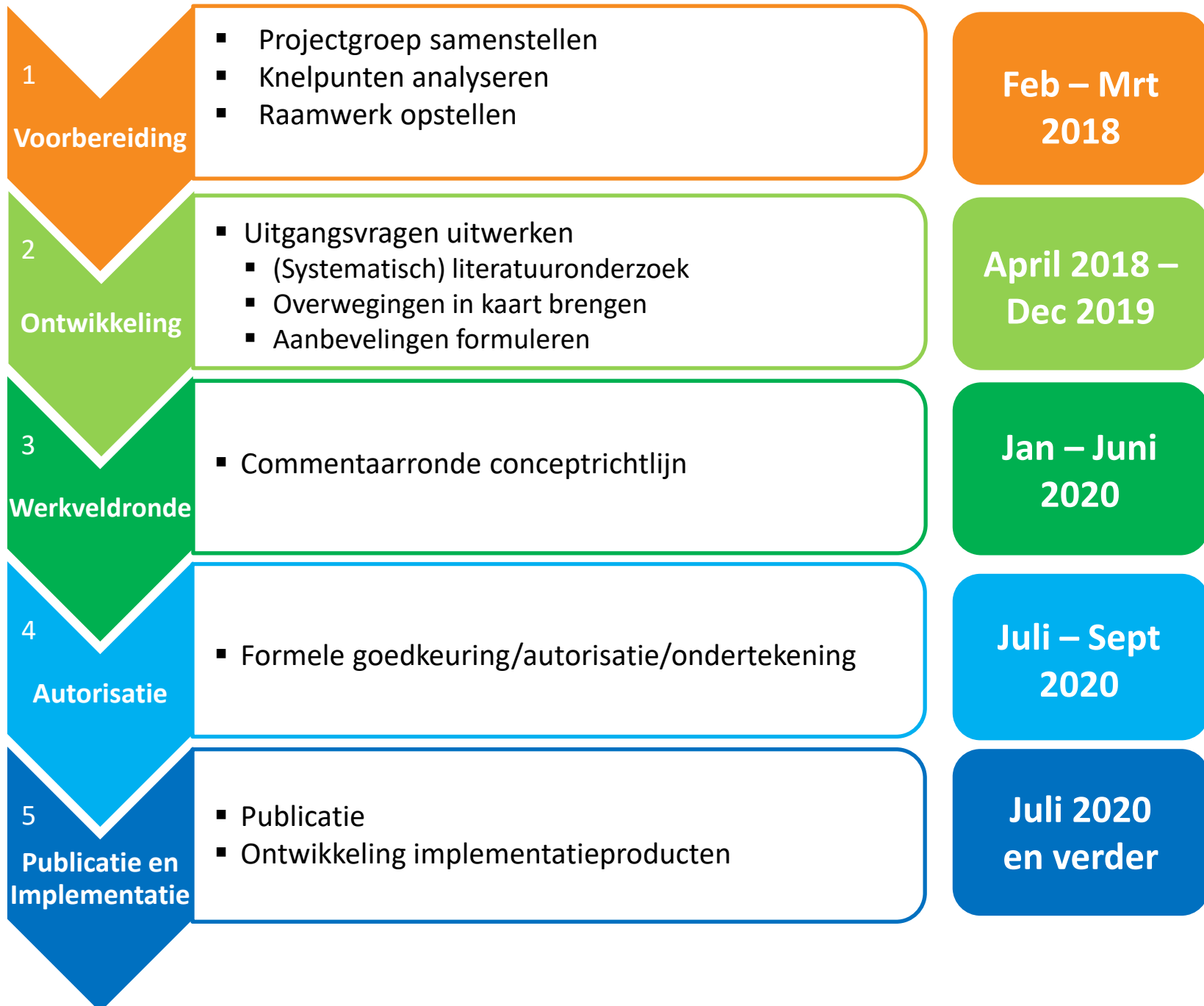
Werkwijze richtlijnontwikkeling

KNGF-richtlijnmethodiek

1. Praktische en praktijkgerichtere richtlijn
2. Grote aandacht voor implementatie
3. Uniform en efficiënt proces van richtlijnontwikkeling



Richtlijnontwikkeling: 5 fasen



- Projectgroep samenstellen
- Knelpunten analyseren
- Raamwerk opstellen

A. Auteursgroep **inhoudskundige wetenschappers + beleidsmedewerkers**

Inhoudelijke expertise: Martijn Spruit, Emmylou Beekman, Alex van 't Hul
Proces begeleiding: Hilde Vreeken, Mitchell van Doormaal, Marleen Post



1

Vorbereitung

- Projectgroep samenstellen
- Knelpunten analyseren
- Raamwerk opstellen

A. Auteursgroep inhoudskundige wetenschappers + beleidsmedewerkers

B. Werkgroep

1^e lijn fysiotherapeuten

2^e lijn fysiotherapeuten

3^e lijn fysiotherapeuten

oefentherapeuten



Vereniging voor Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie

Aangesloten bij KNGF



Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie

Aangesloten bij KNGF

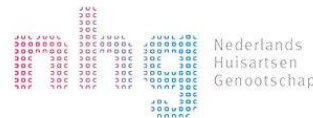


Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuis Fysiotherapie

Aangesloten bij KNGF



Beroepsvereniging van zorgprofessionals



1

Vorbereitung

- Projectgroep samenstellen
- Knelpunten analyseren
- Raamwerk opstellen

A. Auteursgroep inhoudskundige wetenschappers + beleidsmedewerkers

B. Werkgroep

1^e lijn fysiotherapeuten

2^e lijn fysiotherapeuten

3^e lijn fysiotherapeuten

oefentherapeuten



Vereniging voor Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie

Aangesloten bij KNGF



Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie

Aangesloten bij KNGF

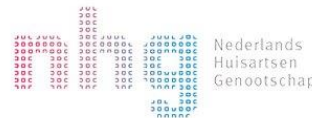


Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuis Fysiotherapie

Aangesloten bij KNGF



Beroepsvereniging van zorgprofessionals



C. Klankbordgroep

1^e lijn fysiotherapeuten

2^e lijn fysiotherapeuten

3^e lijn fysiotherapeuten



oefentherapeuten

Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg

Aangesloten bij KNGF



1

Voorbereiding

- Projectgroep samenstellen
- Knelpunten analyseren
- Raamwerk opstellen

Werkgroep

| | |
|--|---|
| Prof. dr. P.J. van der Wees | voorzitter werkgroep |
| J. Donkers | patiënt, longervaringsdeskundige Longfonds |
| Ir. J.K. de Jong | patiënt, longervaringsdeskundige Longfonds |
| Prof. dr. D. Langer | onderzoeker, fysiotherapeut |
| Prof. dr. J.W.M. Muris | huisarts, afgevaardigde NHG-CAHAG |
| H. van der Niet-Colijn (tot september 2019) | verpleegkundige, afgevaardigde V&VN |
| T.A.M. Peters-Ebbing | oefentherapeut C/M, afgevaardigde VvOCM |
| S. van Riesen | fysiotherapeut tweede lijn, afgevaardigde KNGF-NVZF |
| Drs. M.J. Schrasser | senior beleidsadviseur Longfonds |
| Dr. M.J.H. Sillen | fysiotherapeut derde lijn, afgevaardigde KNGF-VHVL |
| Dr. S. Simons | longarts, afgevaardigde NVALT |
| N.M.C.Torrenge-Sieling MSc (m.i.v. september 2019) | verpleegkundig specialist longgeneeskunde, afgevaardigde V&VN |
| A. van der Valk MSc | fysiotherapeut eerste lijn, afgevaardigde KNGF |
| M. Vooijs MSc | fysiotherapeut derde lijn, afgevaardigde KNGF |
| Dr. N.M. de Vries | fysiotherapeut (n.p.), onderzoeker, afgevaardigde KNGF-NVFG |
| C. Zagers MSc | fysiotherapeut eerste lijn, afgevaardigde KNGF |

1

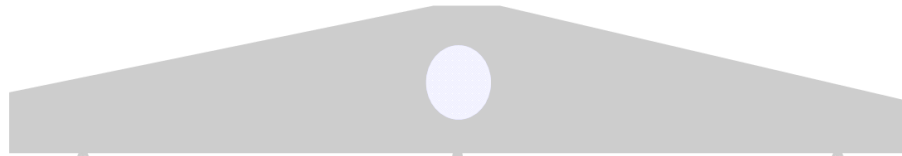
Voorbereiding

- Projectgroep samenstellen
- Knelpunten analyseren
- Raamwerk opstellen

Klankbordgroep

| | |
|---------------------------------|--|
| Prof. dr. P.J. van der Wees | voorzitter klankbordgroep |
| E. Bergkamp | fysiotherapeut tweede lijn, afgevaardigde KNGF |
| E. van Biemen | ergotherapeut, afgevaardigde EN |
| H. Bloo MSc | sportfysiotherapeut eerste lijn, afgevaardigde KNGF–NVFS |
| M. Bregman | fysiotherapeut derde lijn, afgevaardigde KNGF |
| G. Geraerts (m.i.v. april 2018) | diëtist, afgevaardigde NVD |
| H. Horsman MSc | psycholoog, afgevaardigde NIP |
| Dr. A.J. van 't Hul | onderzoeker, fysiotherapeut (n.p.) |
| F. Ijpelaar | paramedisch adviseur, afgevaardigde ZN |
| S. van der Meer | oefentherapeut C/M, VvOCM |
| P. van Melick (tot april 2018) | diëtist, afgevaardigde NVD |
| Dr. H. Miedema | medisch adviseur ZIN |
| C. Stevens (m.i.v. mei 2019) | paramedisch adviseur, afgevaardigde ZN |
| L. Tissink MSc | fysiotherapeut eerste lijn, afgevaardigde KNGF |

- Uitgangsvragen uitwerken
 - (Systematisch) literatuuronderzoek
 - Overwegingen in kaart brengen
 - Aanbevelingen formuleren



Van evidence biased medicine:

“Alleen wetenschappelijk bewezen zorg (RCT’s en systematische reviews) is goede zorg”

naar evidence-based medicine:

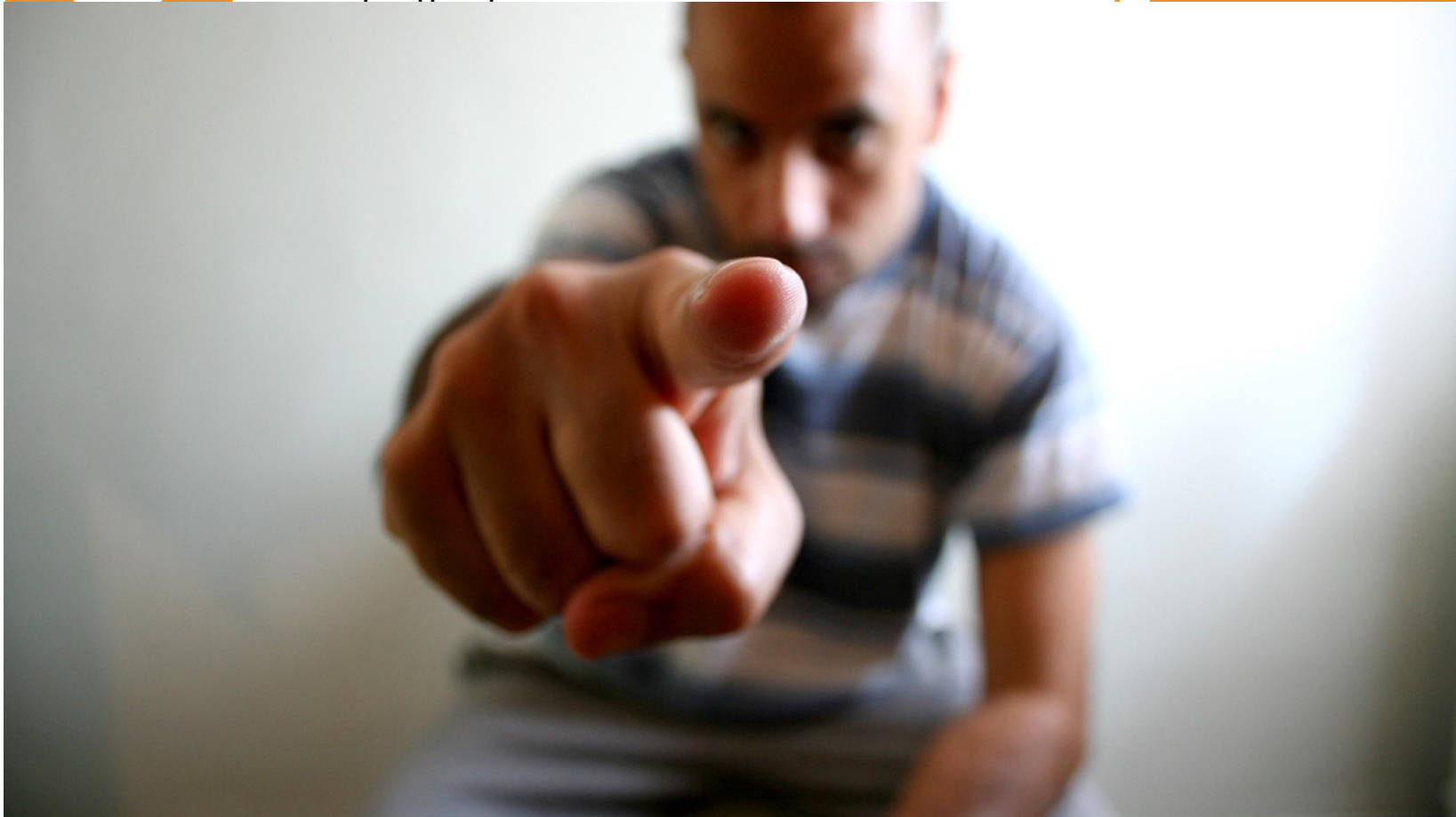
“The integration of best research evidence with clinical expertise and patient values”

(Sackett D.L. et al. How to Practice and Teach EBM. Edinburgh, 2000)

**Scientific
evidence**

**Clinical experience,
patient values, etc**

- Projectgroep samenstellen



5

Publicatie en
Implementatie

- Publicatie
- Ontwikkeling implementatieproducten

Juli 2020
en verder

LEERDOELEN

de doelgroep van de
nieuwe richtlijn
benoemen

de 3
aangrijpingspunten
met achterliggende
relevantie duiden

de kenmerken van de
diagnostische fase
benoemen

patiënten met COPD
indelen in 6
patiëntprofielen

de redenen voor
terug- of
doorverwijzen naar
arts of ander
specialisme
benoemen

de verschillende
interventies in de
therapeutische fase
benoemen met de
bijbehorende criteria

het diagnostische en
therapeutische proces
in theorie toepassen
op casussen

het therapeutisch
handelen bij
subgroepen
beschrijven

Inhoud lezing



Richtlijn
ontwikkeling

Intro COPD

Belangrijkste
aan-
bevelingen

Casuïstiek

Inter-
disciplinaire
samen-
werking

Intro COPD



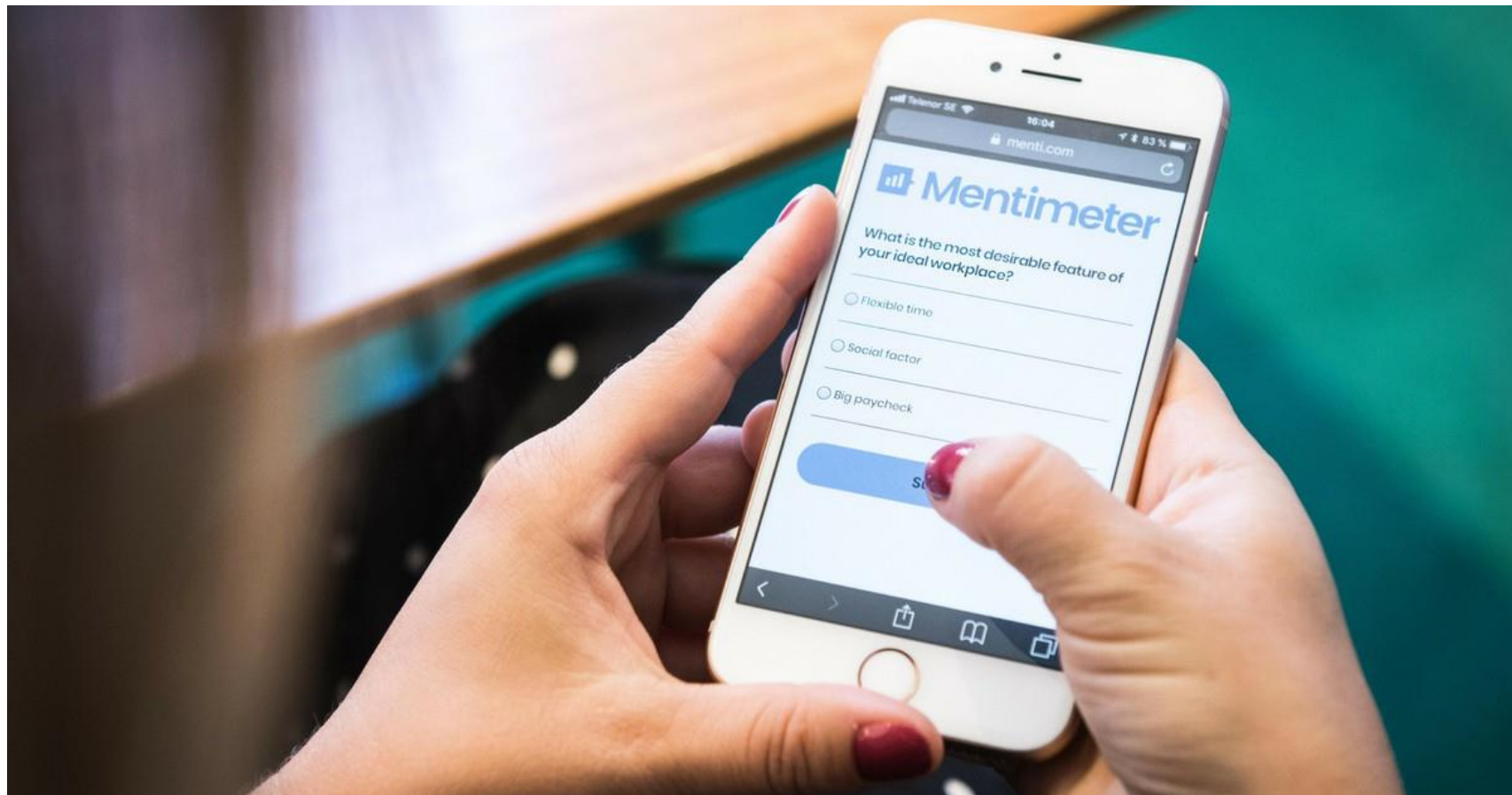
Epi-
demiologie

Arbeids-
ongeschied-
heid

Ziekenhuis
opnames

Kosten

Mor-
taliteit



Intro COPD



Epi-
demiologie

Arbeids-
ongeschied-
heid

Ziekenhuis
opnames

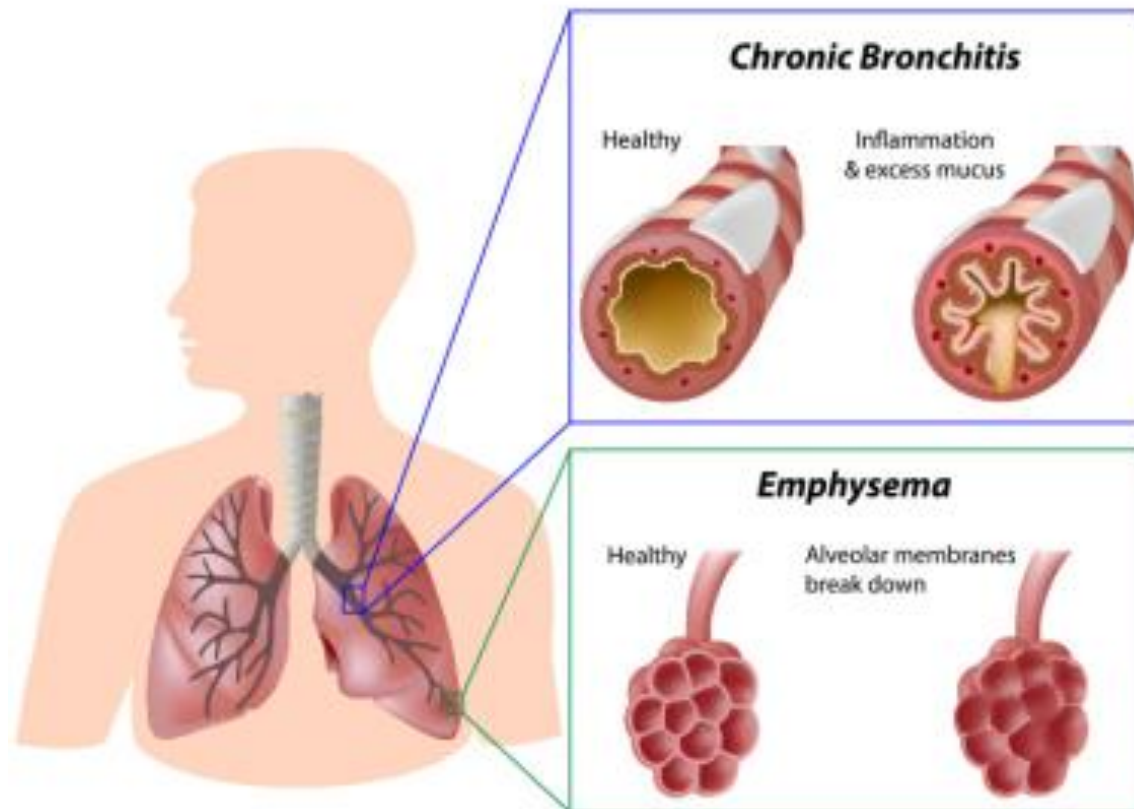
Kosten

Mor-
taliteit

*“Een **veelvoorkomende, te voorkómen en behandelbare (ongeneesbare)** aandoening die wordt gekarakteriseerd door persisterende **luchtwegklachten (symptomen)** en chronische **luchtstroombeperking** als gevolg van luchtweg en/of alveolaire abnormaliteiten, meestal veroorzaakt door significante blootstelling aan schadelijke deeltjes en gassen.”*

(GOLD 2020)

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)



Luchtstroombeperking
Respiratoire symptomen
Longaanval

Verminderd
afweersysteem

Systemische
consequenties /
extrapulmonale
effecten

Comorbiditeit

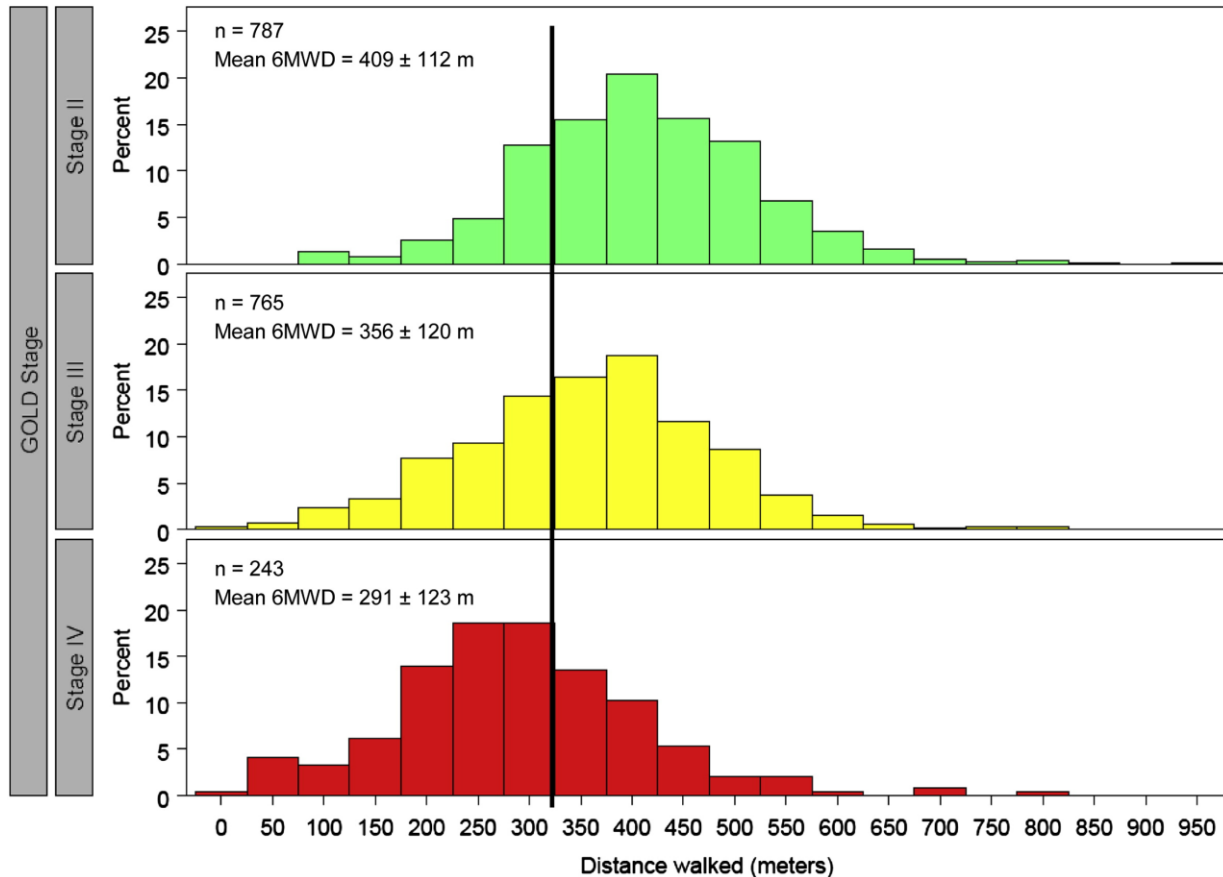


20% oudere COPD patiënten heeft hartfalen;
20% oudere COPD patiënten heeft *onbekend* hartfalen;
20-30% patiënten (stabiele) hartfalen heeft ook COPD;
8% patiënten met diagnose COPD heeft hartfalen i.p.v. COPD

Vitacca et al. 2018; Boschetto 2013; Rutten 2005; 4.Jemtel 2007; Boudestein 2009

Ziektelast

- Luchtstroombeperking (pulmonaal)
- Respiratoire symptomen
- Fysieke aspecten
- Emotionele aspecten
- Psychologische en/of sociale aspecten



Spruit et al. 2010

Inhoud lezing



Richtlijn
ontwikkeling

Intro COPD

Belangrijkste
aan-
bevelingen

Casuïstiek

Inter-
disciplinaire
samen-
werking

Aangrijpingspunten fysiotherapie



Fysiek functioneren

Fysieke capaciteit

- algemeen inspanningsvermogen
- perifere spierfunctie
- balans

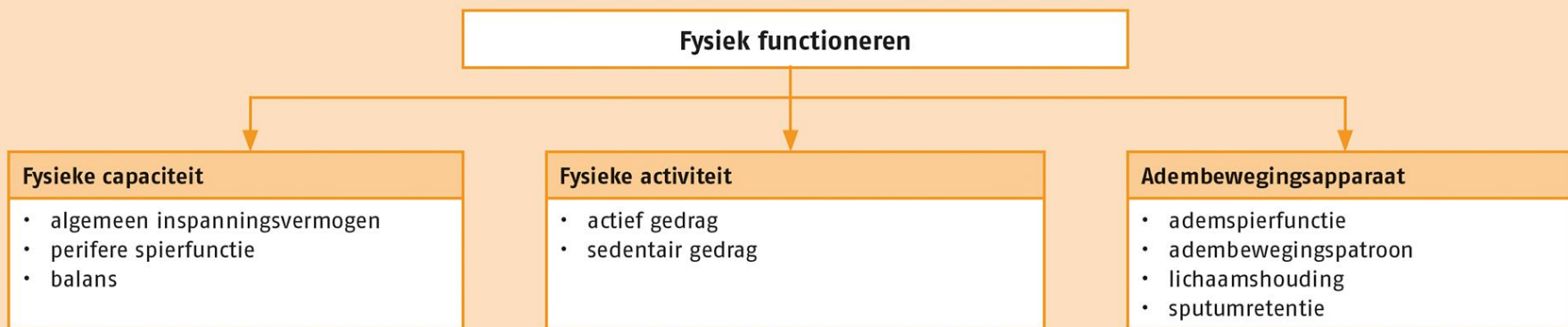
Fysieke activiteit

- actief gedrag
- sedentair gedrag

Adembewegingsapparaat

- ademspierfunctie
- adembewegingspatroon
- lichaamshouding
- sputumretentie

Aangrijpingspunten fysiotherapie



Fysieke capaciteit ≠ fysieke activiteit in ADL

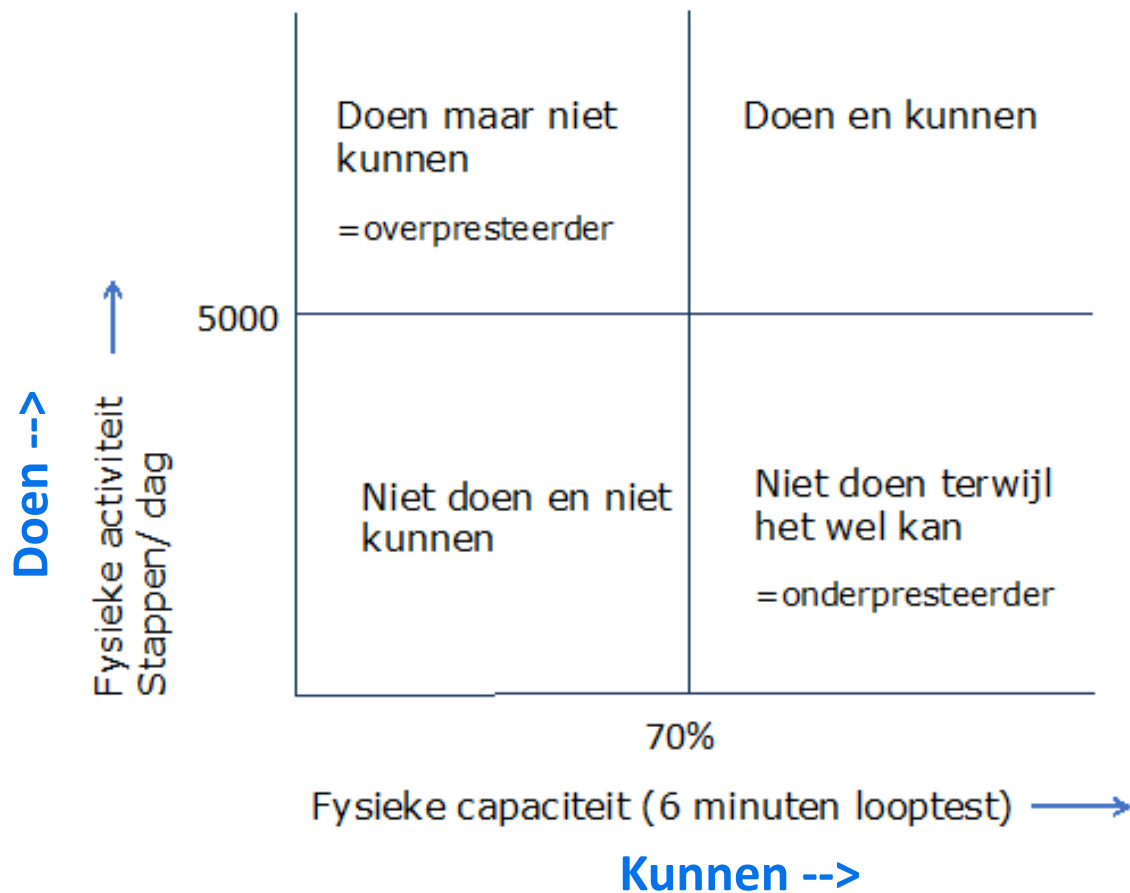
Aangrijpingspunten fysiotherapie

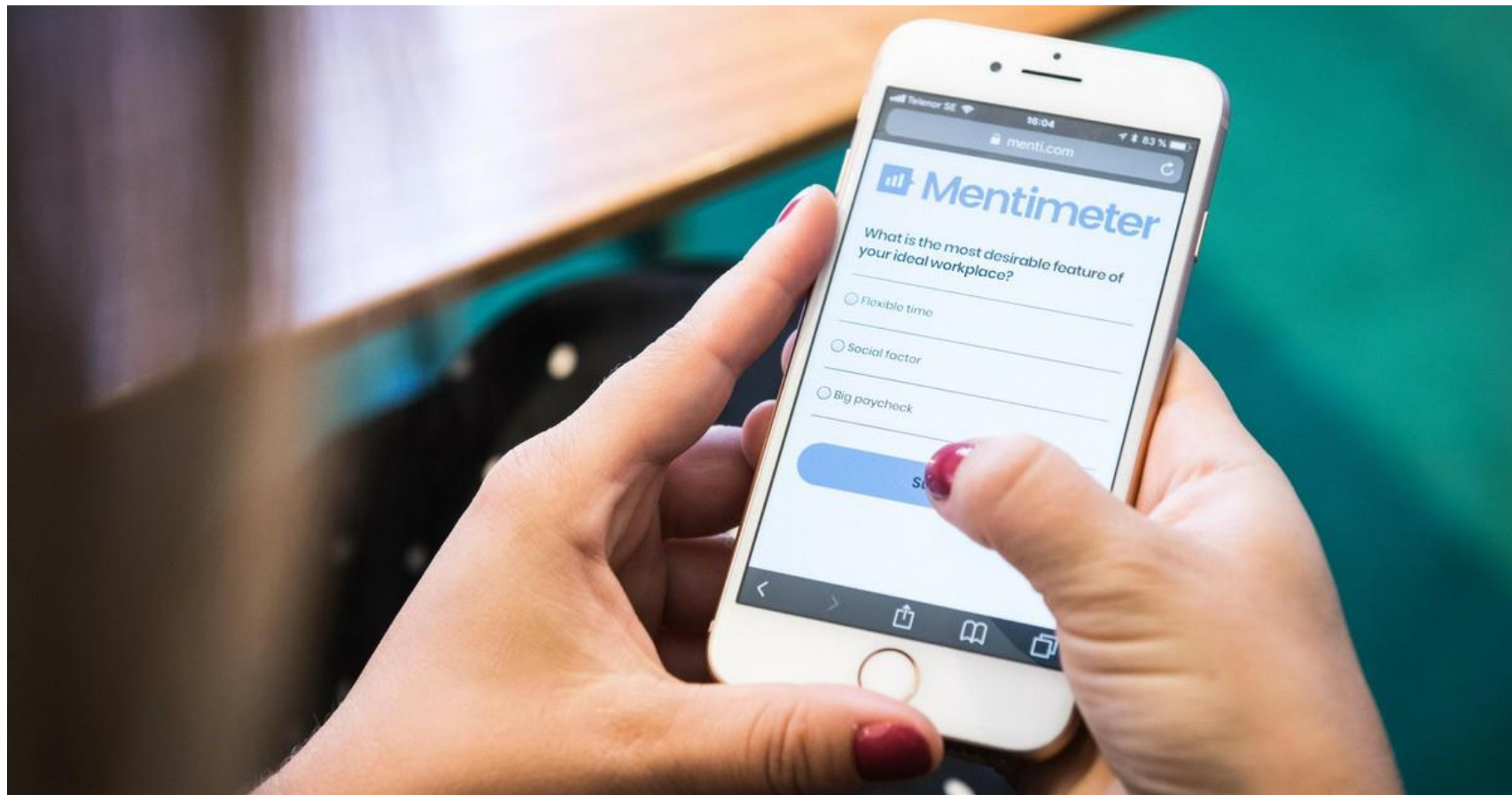
PUKKELS



Fysiek functioneren

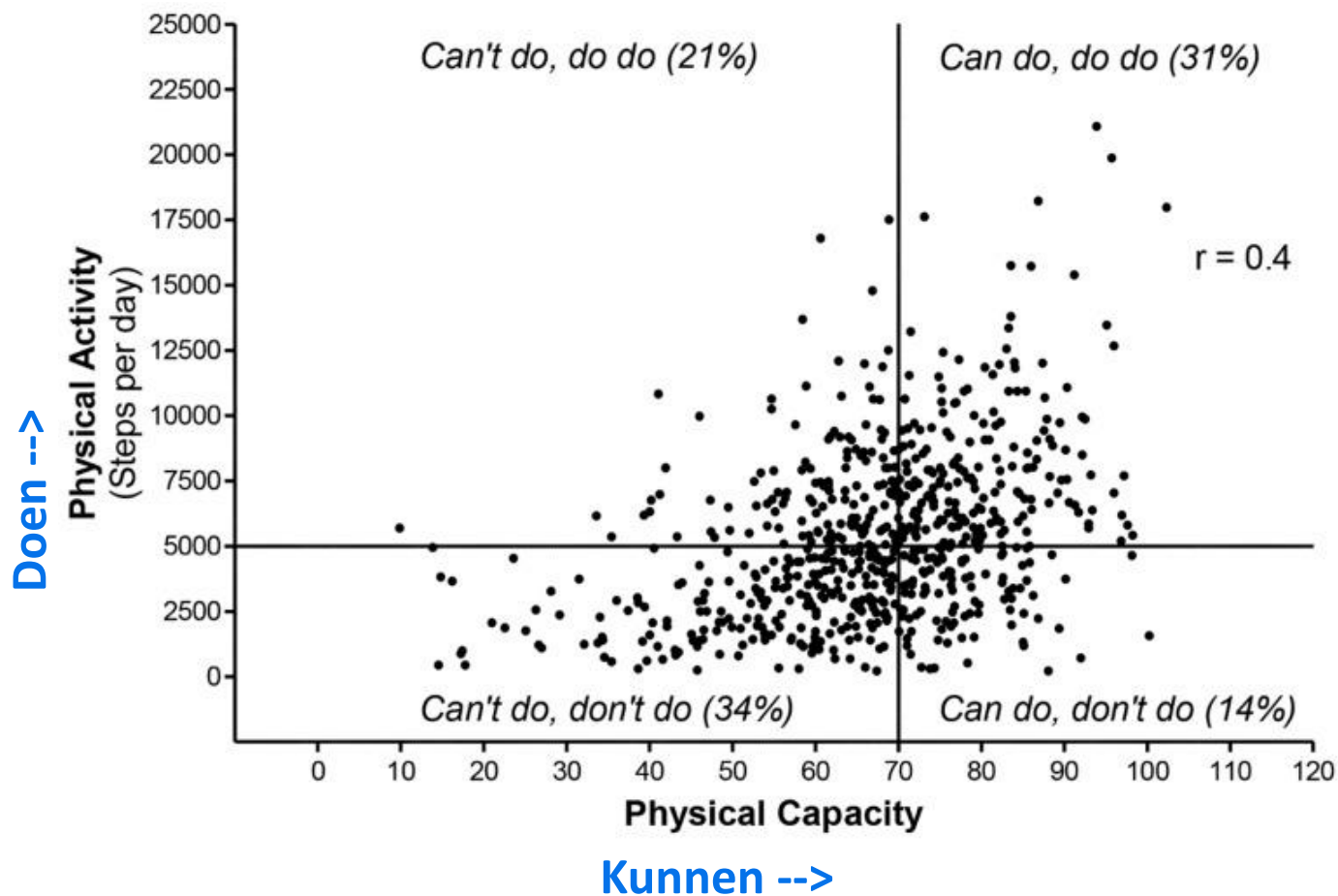
Fysieke capaciteit ≠ fysieke activiteit in ADL





Fysiek functioneren

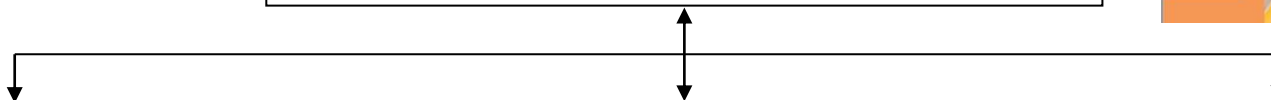
Fysieke capaciteit \neq fysieke activiteit in ADL



Parameters → Klinimetrie



Aandoening / ziekte
Chronisch obstructieve longziekten



Functies en anatomische eigenschappen
Diagnostisch/evaluatief:
6MWT, CPET*, saturatiemeter
mMRC, BORG-kortademigheid,
CIS8R, BORG-vermoeidheid,
SWT, CRWT, HHD, 1RM, MIP, NPRS

Activiteiten
Diagnostisch/evaluatief:
Activiteitenmeter, PSG
TUG

Participatie
Diagnostisch/evaluatief:
PSG



Externe factoren
Diagnostisch/prognostisch/evaluatief:

Persoonlijke factoren
Diagnostisch/evaluatief:
CCQ of CAT
HADS, MUST, SARC-F

Diagnostische fase

- Anamnese

Aspecten gerelateerd
aan therapeutische
aangrijpingspunten

...

Context-gebonden
aspecten

...

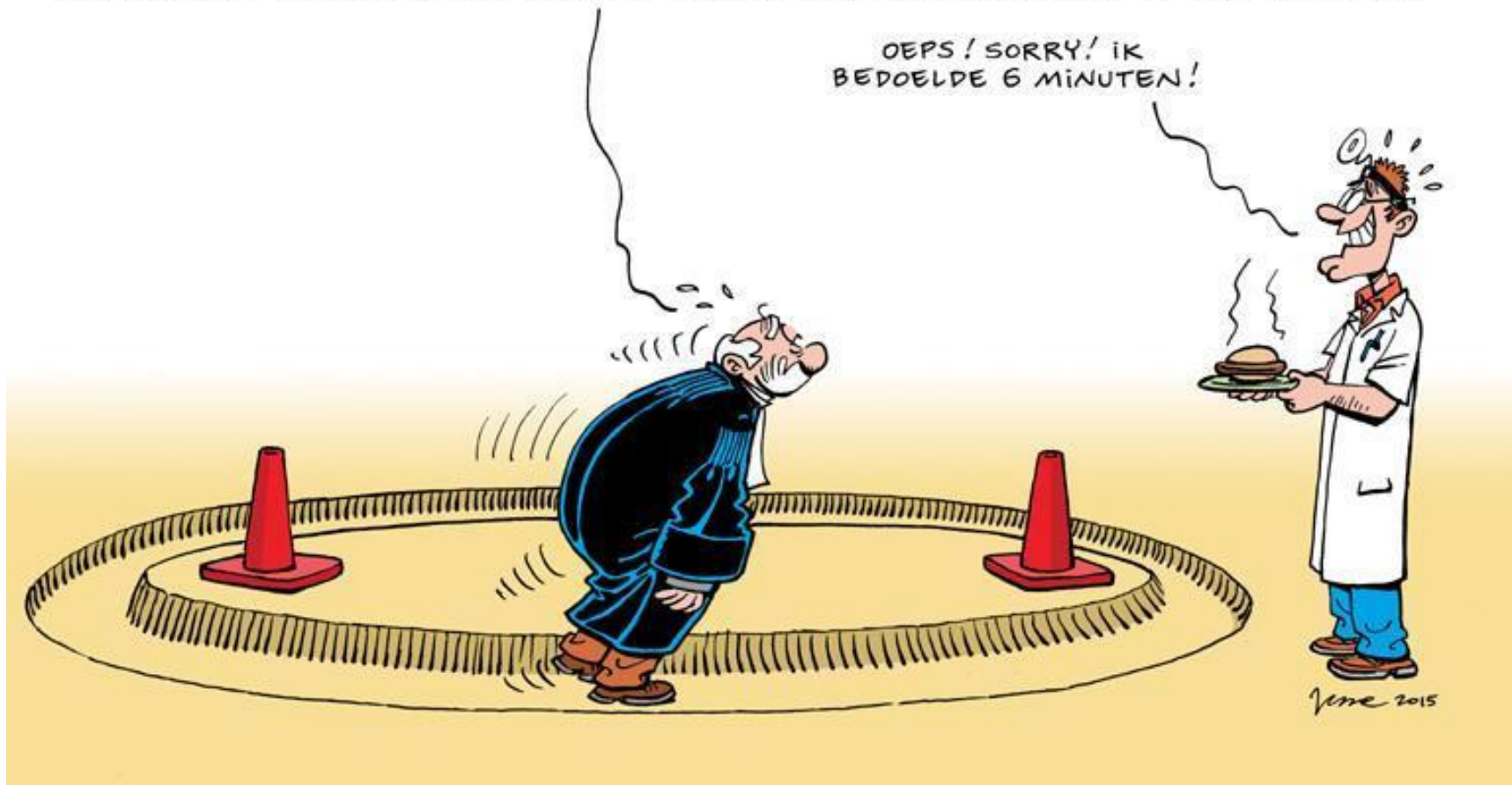
- Basisonderzoek



Diagnostische fase

KRIJG IK NOU EINDELIG EEN BROODJE KNAKWORST ? IK HEB BIJNA 6 UUR GELOPEN!

OEPS ! SORRY ! IK
BEDOELDE 6 MINUTEN !



Diagnostische fase

Uit de CPET volgt de primaire inspanningslimitatie

Zuurstoftransport

- daling van > 4% in transcutaan gemeten zuurstofsaturatie of;
- afname in arteriële PaO₂ ten opzichte van de beginwaarde

O₂-suppletie tijdens oefentherapie?

Ventilatoir

- behaalde maximale ventilatie > 85% van de berekende maximale vrijwillige ventilatie (FEV₁ x 40) of;
- inspiratoir reserve volume < 0,5 liter of;
- toename arteriële PaCO₂ ten opzichte van de beginwaarde

Duurtest op 75% van de maximale fietsbelasting

< 10 min

Intervaltraining

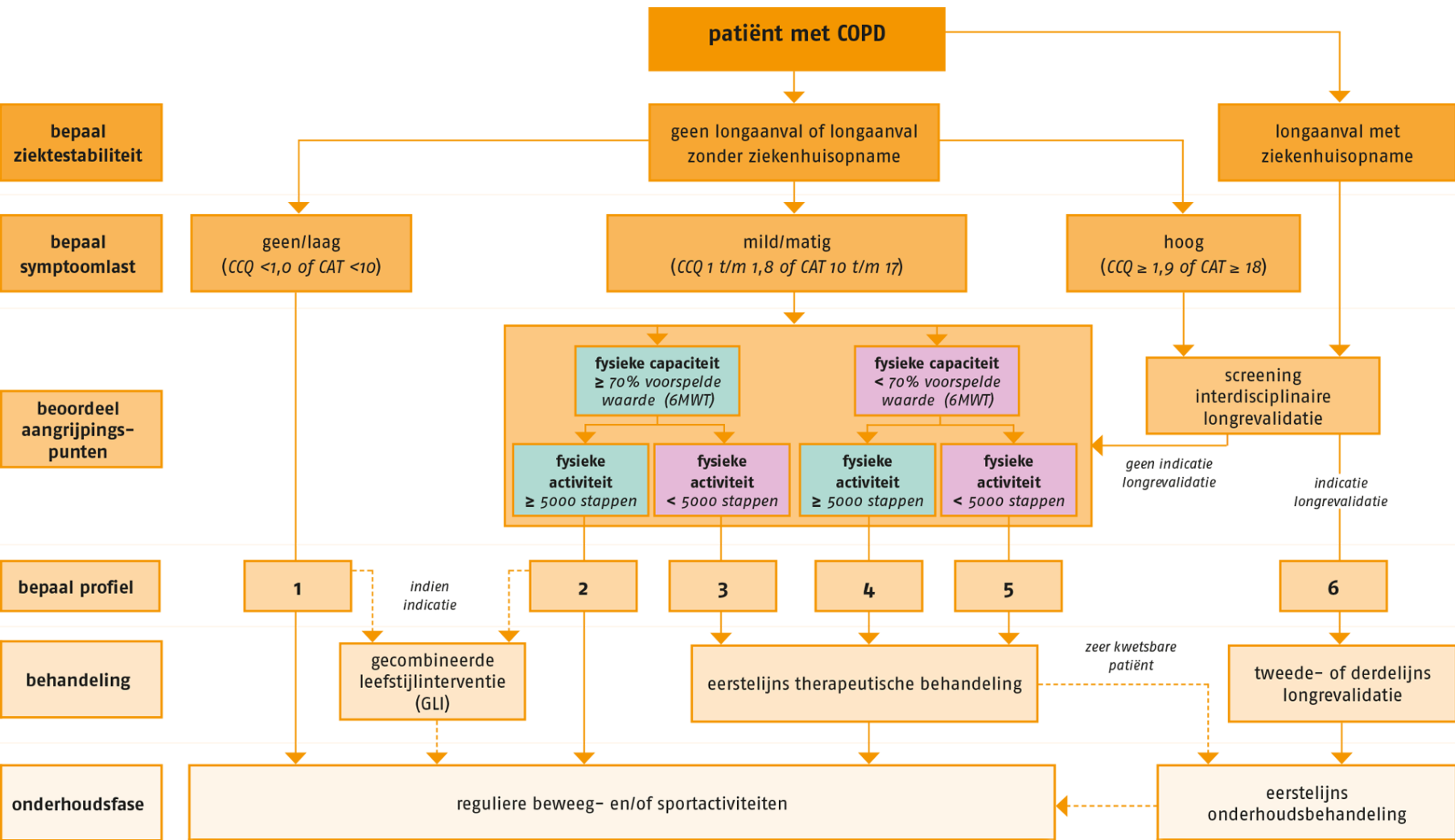
≈ 10 min

Duurtraining

Cardiocirculator

- verschil tussen berekende hartslag (220-leeftijd) en behaalde maximale hartslag < 15 slagen

Patiëntprofielen



Inhoud lezing



Richtlijn
ontwikkeling

Intro COPD

Belangrijkste
aan-
bevelingen

Casuïstiek

Inter-
disciplinaire
samen-
werking

Casus A

Meneer Breedt, 65 jaar.

6 jaar COPD (GOLD 2)

Nooit gerookt, omgeving wel

Wil langer doorwerken als schilder (34r p/w)

Tillen, lang staan, op ladder klimmen kost moeite

Fietst, vist, loopt minimaal 3 avonden

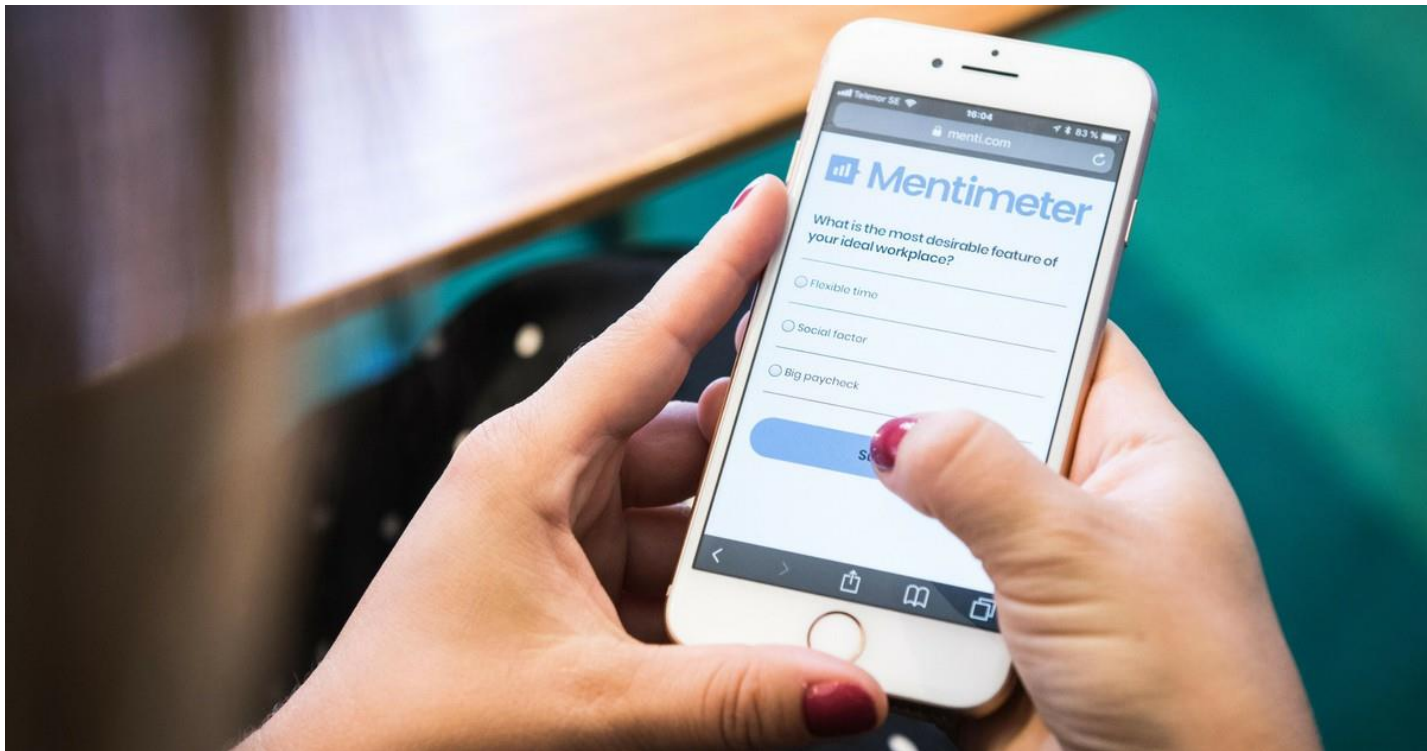
2 longaanvallen afgelopen jaar (medicatie thuis)

Regelmatig sputum ophoesten

Verwijzing longarts: voor onderzoek bij de fysiotherapeut om verder beleid te bepalen.



Casus

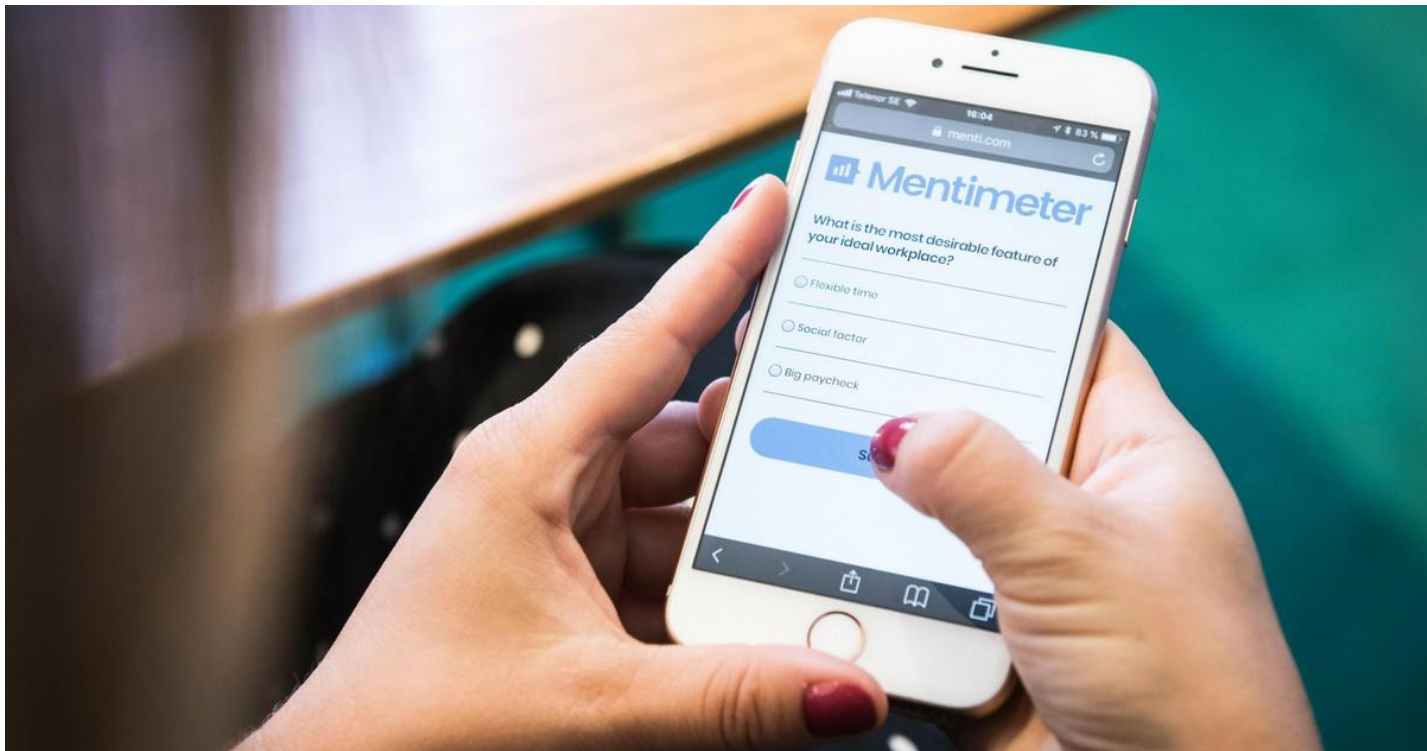


Casus A

| | |
|-------------------------------|---|
| 1. Bepalen ziektestabiliteit | Dhr. Breedt heeft 2 longaanvallen gehad in het afgelopen jaar, maar geen ziekenhuisopname. |
| 2. Bepalen symptoomlast | Dhr. scoort 1,6 punten op de CCQ. Dit geeft een milde tot matige symptoomlast aan. Uit de anamnese blijkt dat hij vaker last heeft van sputum in het afgelopen jaar. Hij kan het zelfstandig ophoesten. |
| 3. Bepalen fysieke capaciteit | Uit het basisonderzoek blijkt dat Dhr. 464 meter loopt op de 6MWT, dit is 79% van zijn voorspelde waarde. De fysieke capaciteit is hiermee voldoende (> 70% v.v.). |
| 4. Bepalen fysieke activiteit | Dhr. krijgt voor 7 dagen een activiteitenmeter mee. Zijn gemiddeld aantal lijkt 6800 stappen per dag te zijn. De fysieke activiteit lijkt hiermee voldoende (> 5.000 st/d). |
| 5. Bepalen patiëntprofiel | Vanwege de milde/matige symptoomlast in combinatie met voldoende fysieke capaciteit en voldoende activiteit lijkt voor Dhr. patiëntprofiel 2 het best passende profiel. |
| 6. Start initiële behandeling | Fysiotherapie is niet geïndiceerd op dit moment. |
| 7. Start onderhoudsfase | Dhr. Breedt wordt geadviseerd zelfstandig zijn fysiek functioneren op peil houden door het bewegen tijdens zijn werk, en het wandelen in de wijk. Dit kan hij eventueel aanvullen met andere sport- of beweegactiviteiten of verwijzing voor GLI. |



Casus



Therapeutische fase

- Geven van voorlichting en educatie ter verbetering van kennis en vaardigheden van de patiënt
- Interventies gericht op bevorderen van fysieke capaciteit
- Interventies gericht op optimaliseren van fysieke activiteit
- Interventies gericht op optimalisatie van het adembewegingsapparaat



Inhoud lezing



Richtlijn
ontwikkeling

Intro COPD

Belangrijkste
aan-
bevelingen

Casuïstiek

Inter-
disciplinaire
samen-
werking

Casus B

Mevrouw Dullens, 69 jaar.
30 jaar COPD (GOLD 3)
Gerookt, 5j geleden gestopt
Medisch zuurstof

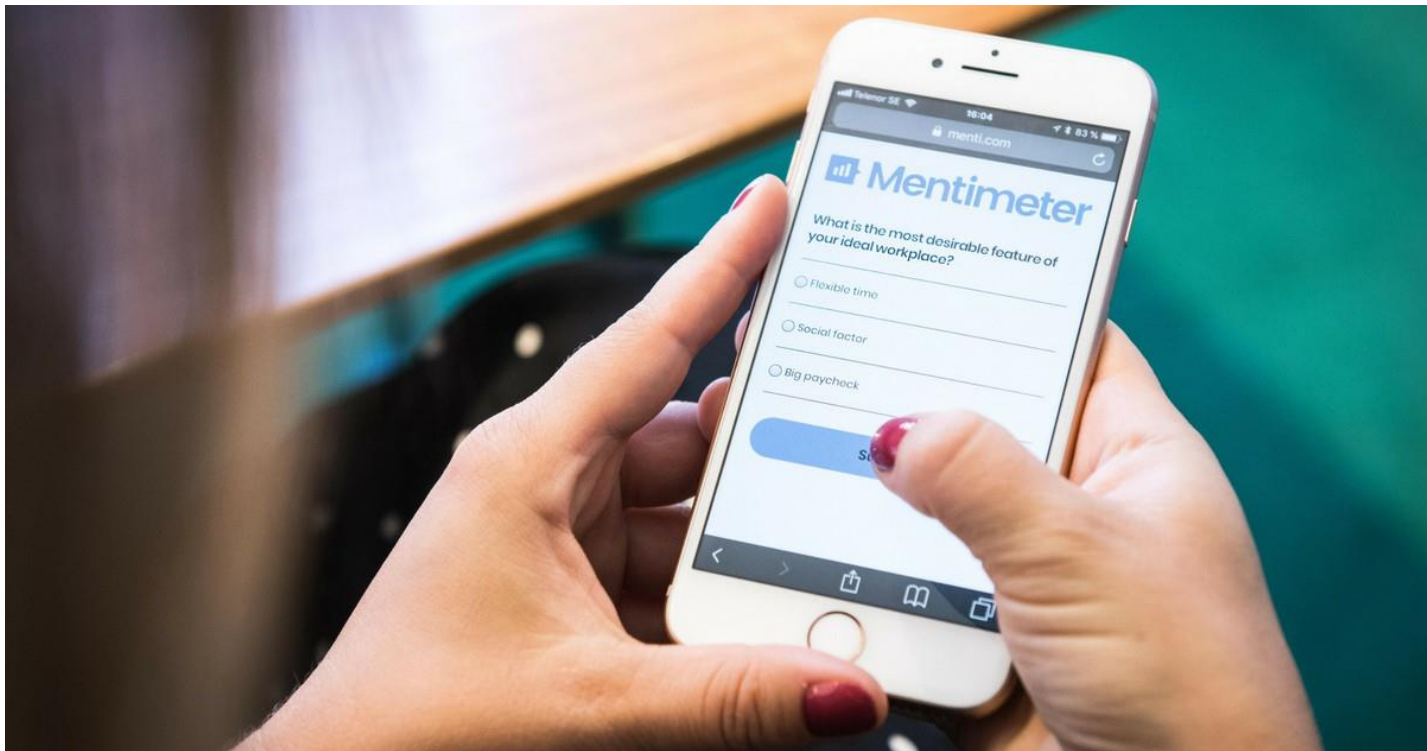
Gepensioneerd
Wandelt graag met de hond,
3x per dag 30 minuten (zeer langzaam en
met veel pauzes)

Geen longaanval in afgelopen jaar
Meer kortademig en vermoeid in benen
Moet veel rusten tijdens wandelen

Verwijzing huisarts: voor verlichting
symptomen en training i.v.m. COPD.



Casus



Casus B

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. Bepalen ziektestabiliteit | Mevr. Dullens heeft geen longaanvallen gehad in het afgelopen jaar. |
| 2. Bepalen symptoomlast | Mevr. scoort 1,7 punten op de CCQ. Dit geeft een milde tot matige symptoomlast aan. Overeenkomstig met klachten uit anamnese; meer kortademig en meer vermoeid dan wat voor haar normaal was. Geen last van sputum. |
| 3. Bepalen fysieke capaciteit | Uit het basisonderzoek blijkt dat Mevr. 345 meter loopt op de 6MWT, dit is 61% van haar voorspelde waarde. De fysieke capaciteit is hiermee onvoldoende (< 70% v.v.). Om de therapeut in staat te stellen een behandeling op maat te maken + om veiligheid van inspanningstraining te kunnen borgen, wordt ze i.o.m. de huisarts voorafgaand aan de behandeling verwezen naar de longarts voor een CPET. |
| 4. Bepalen fysieke activiteit | Mevr. loopt dagelijks 3 wandelingen met haar herdershond. Ze komt gem. op 7010 stappen per dag, a.d.h.v. een activiteitenmeter. De fysieke activiteit blijkt voldoende (> 5.000 st/d). Ze wil niet zeuren, ook al is het zwaar. |
| 5. Bepalen patiëntprofiel | Vanwege de milde/matige symptoomlast en onvoldoende fysieke capaciteit past patiëntprofiel 4 het best. |
| 6. Start initiële behandeling | Doelen t.a.v. fysieke capaciteit worden opgesteld m.b.t. de PSG. Inspanningstraining a.d.h.v. FITT-criteria. |



Therapeutische fase

Interventies gericht op het bevorderen van fysieke capaciteit

- Duurtraining versus intervaltraining

| | |
|--------------------------|--|
| Frequentie ¹ | <ul style="list-style-type: none">• gedurende initiële behandelperiode 3-4 dagen per week ter bevordering van fysieke capaciteit• daarna 1-2 dagen per week ter behoud van fysieke capaciteit |
| Intensiteit ² | <ul style="list-style-type: none">• duurtraining: 60-80% van de maximale belasting• intervaltraining: 85-100% van de maximale belasting• opbouw intensiteit mede op geleide van symptomen (Borgscore 4-6 op een schaal van 0-10 punten) |
| Type | <ul style="list-style-type: none">• afhankelijk van doelstelling van de patiënt, maar bij voorkeur loopband of stationaire fiets |
| Tijdsduur | <ul style="list-style-type: none">• duurtraining: ten minste 10 minuten aaneengesloten inspanningsblok• intervaltraining: 30-60 seconden met 1-2 minuten pauze tussen de inspanningsblokjes• totale duur van de trainingssessie: 20-60 minuten |

1 Het gaat hierbij om de frequentie van trainen, zowel begeleid als niet begeleid.

2 De maximale belasting is vastgesteld middels een maximale inspanningstest (CPET). Zie B.3.2 'Maximale inspanningstest'.



Casus B

Mevrouw Dullens, 69 jaar.
COPD (GOLD 3)

POB tijdens inspanning

Hartritmestoornissen
ICD geplaatst (li subclaviculair)



Therapeutische fase

Bij subgroepen - Comorbiditeit

FOKKE & SUKKE MAKEN ZICH GEEN ZORGEN

DE ZORGPREMIE
GAAT OMHOOG...

...ACH, ALS
JE MAAR
GEZOND
BENT...



RGvT

www.foksuk.nl

Casus B

Mevrouw Dullens, 69 jaar.
COPD (GOLD 3)

Longaanval zonder ziekenhuisopname
Antibioticakuur, momenteel dag 2



Therapeutische fase

Bij subgroepen - Longaanval

FOKKE & SUKKE MAKEN ZICH GEEN ZORGEN

DE ZORGPREMIE
GAAT OMHOOG...

...ACH, ALS
JE MAAR
GEZOND
BENT...



RGvT

www.foksuk.nl

Therapeutische fase

Interventies gericht op het bevorderen van fysieke capaciteit

- Perifere spierkracht training

| | |
|-------------------------|---|
| Frequentie ¹ | <ul style="list-style-type: none">• 2-3 dagen per week, zowel ter bevordering als behoud van de spierkracht |
| Intensiteit | <ul style="list-style-type: none">• 60-80% van 1RM |
| Type | <ul style="list-style-type: none">• afhankelijk van de doelstelling van de patiënt, maar bij voorkeur grote spiergroepen van zowel onderste als bovenste extremiteit• oefeningen met apparatuur en/of functionele oefeningen |
| Tijdsduur | <ul style="list-style-type: none">• per oefening 2-5 sets van 8-15 herhalingen met ten minste 2 minuten rust na elke set |

1 Het gaat hierbij om de frequentie van trainen, zowel begeleid als onbegeleid.
RM = repetition maximum.

Therapeutische fase

Interventies gericht op het bevorderen van fysieke capaciteit

- NMES



Inhoud lezing



Richtlijn
ontwikkeling

Intro COPD

Belangrijkste
aan-
bevelingen

Casuïstiek

Inter-
disciplinaire
samen-
werking

Casus C



Meneer Rutjens, 71 jaar.
25 jaar COPD (GOLD 3)
Rookt nog af en toe
Medische zuurstof

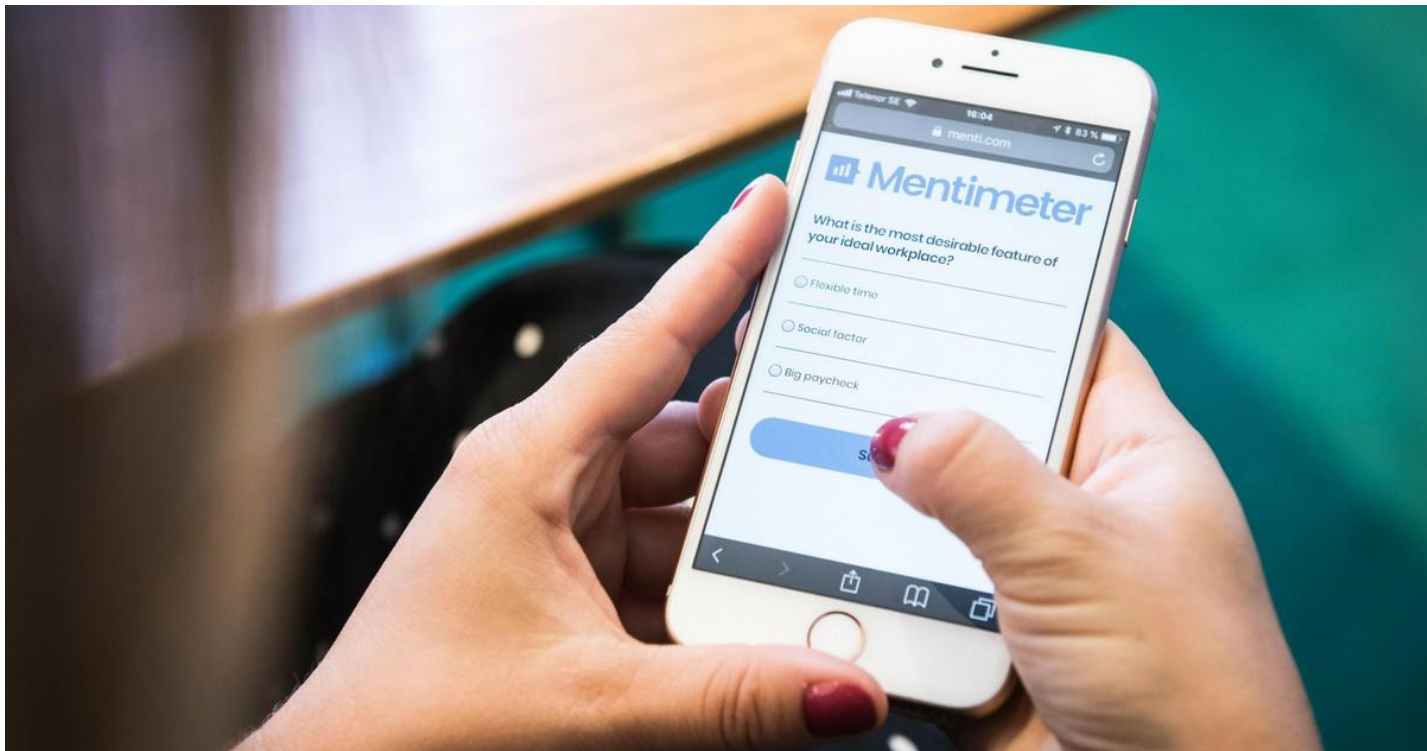
Gepensioneerd (bij belastingdienst gewerkt)
Partner met ernstige knie artrose
Doet huishouden
Vermijdt lopen en fietsen het liefst

1 longaanvallen afgelopen jaar (ziekenhuis
opname, longrevalidatie net afgerond)
Krijgt sputum niet of nauwelijks opgehoest

Verwijzing longarts: verbeteren dagelijks fysiek
functioneren na longrevalidatie middels
fysiotherapie in 1^e lijn.



Casus

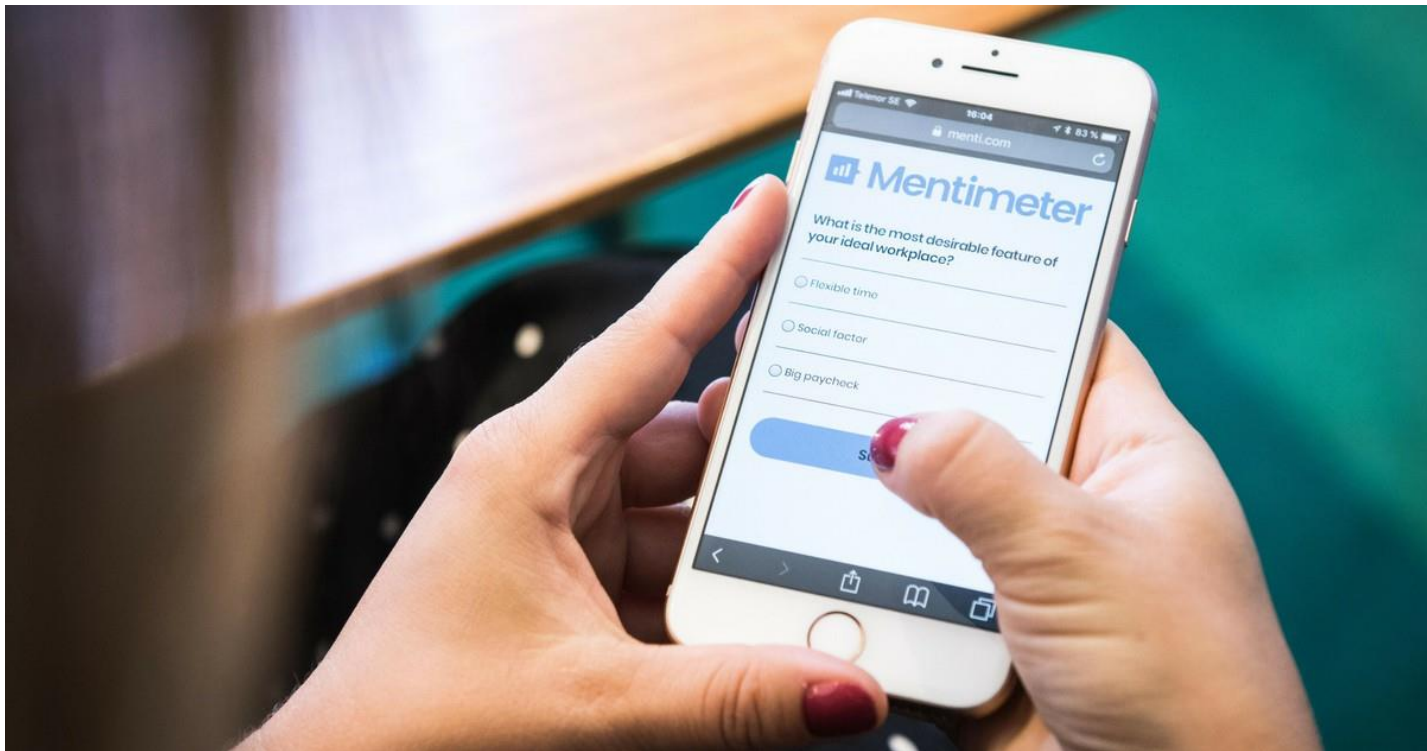


Casus C

| | |
|-------------------------------|--|
| 1. Bepalen ziektestabiliteit | Dhr. Rutjens heeft 1 longaanvallen gehad in het afgelopen jaar, met ziekenhuisopname. Verwezen na longrevalidatie. |
| 2. Bepalen symptoomlast | Dhr. scoort 1,8 punten op de CCQ. Dit geeft een milde tot matige symptoomlast aan. Krijgt sputum niet goed opgehoest. |
| 3. Bepalen fysieke capaciteit | Uit het basisonderzoek blijkt dat Dhr. 556 meter loopt op de 6MWT, dit is 84% van zijn voorspelde waarde. De fysieke capaciteit is hiermee voldoende (> 70% v.v.). |
| 4. Bepalen fysieke activiteit | Dhr. krijgt voor 7 dagen een activiteitenmeter mee. Zijn gemiddeld aantal lijkt 3779 stappen per dag te zijn. De fysieke activiteit lijkt hiermee voldoende (> 5.000 st/d). |
| 5. Bepalen patiëntprofiel | Vanwege de milde/matige symptoomlast in combinatie met onvoldoende fysieke activiteit lijkt voor Dhr. patiëntprofiel 3 het best passende profiel. |
| 6. Start initiële behandeling | Fysiotherapie wordt gestart met doelen op verhoging van de fysieke activiteit en mucusklaring. Er wordt gericht op gedragsverandering. |
| 7. Start onderhoudsfase | Wanneer Dhr. Rutjens voldoende fysieke activiteit in ADL weer zelfstandig op peil kan houden, wordt hij nog gewezen op sport- en beweegactiviteiten in de buurt ter ondersteuning. Er wordt na 4 tot 6 maanden een evaluatie gepland. Als er sprake is van een klinisch relevante terugval in status longaanval, symptoomlast, fysieke activiteit en/of fysieke capaciteit, kan overwogen worden om op basis van de profielindeling opnieuw de behandeling te starten. |



Casus



Therapeutische fase

Interventies gericht op het optimaliseren van fysieke activiteit



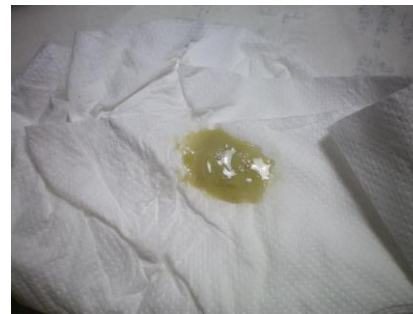
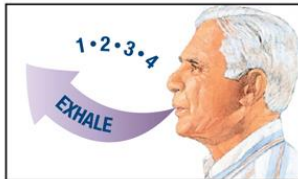
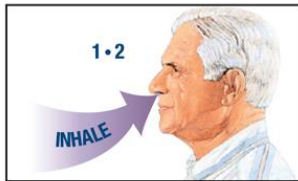
“What fits your busy schedule better, exercising one hour a day or being dead 24 hours a day?”

| Fases | Activiteiten |
|---------------------------------|--|
| gedrags- verandering | |
| Weten | Informeer patiënten Controleer begrip |
| Willen | Stel samen doelen |
| Ervaren/ Kunnen | Oefen gezamenlijk |
| Doen | Maak afspraken voor thuis |
| Blijven doen | Evalueer de afspraken |

(Prochaska 1992; Poelgeest 2010)

Therapeutische fase

Interventies gericht op optimalisatie van het adembewegingsapparaat



Casus C

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. Bepalen ziektestabiliteit | Dhr. Rutjens heeft 2 longaanvallen gehad in het afgelopen jaar, maar geen ziekenhuisopname. |
| 2. Bepalen symptoomlast | Dhr. scoort 1,8 punten op de CCQ. Dit geeft een milde tot matige symptoomlast aan. |
| 3. Bepalen fysieke capaciteit | Uit het basisonderzoek blijkt dat Dhr. 556 meter loopt op de 6MWT, dit is 84% van zijn voorspelde waarde. De fysieke capaciteit is hiermee voldoende (> 70% v.v.). |
| 4. Bepalen fysieke activiteit | Dhr. krijgt voor 7 dagen een activiteitenmeter mee. Zijn gemiddeld aantal lijkt 3779 stappen per dag te zijn. De fysieke activiteit lijkt hiermee voldoende (> 5.000 st/d). |
| 5. Bepalen patiëntprofiel | Vanwege de milde/matige symptoomlast in combinatie met onvoldoende fysieke activiteit lijkt voor Dhr. patiëntprofiel 3 het best passende profiel. |
| 6. Start initiële behandeling | Fysiotherapie wordt gestart met doelen op verhoging van de fysieke activiteit. Er wordt gericht op gedragsverandering. |
| 7. Start onderhoudsfase | Wanneer Dhr. Rutjens voldoende fysieke activiteit in ADL weer zelfstandig op peil kan houden, wordt hij nog gewezen op sport- en beweegactiviteiten in de buurt ter ondersteuning. Er wordt na 4 tot 6 maanden een evaluatie gepland. Als er sprake is van een klinisch relevante terugval in status longaanval, symptoomlast, fysieke activiteit en/of fysieke capaciteit, kan overwogen worden om op basis van de profielindeling opnieuw de behandeling te starten. |



Casus C

Meneer Rutjens, 71 jaar.

- chronische zuurstoftherapie thuis en/of;
- non-invasieve beademing en/of;
- comorbiditeit die een sterk beperkt fysiek functioneren tot gevolg heeft (6WMD <350 meter) en/of;
- beperkte gezondheidsvaardigheden (niveau 1 of 2**) en/of;
- op de wachtlijst voor longtransplantatie en/of;
- patiënten in de palliatieve fase.



Therapeutische fase

Behandelaantallen, duur en frequentie

- Streef in de intensieve behandelfase naar het *bereiken* van het behandeldoel. Streef in de afbouwfase naar *behoud* van het behandeldoel en de *overgang* naar reguliere sport en beweegactiviteiten in de onderhoudsfase.
- Stem de duur en frequentie van supervisie af op de behandeldoelen van de patiënt, maar overweeg hierbij maximaal de volgende behandelaantallen aan te houden.

Aanbevolen maximaal aantal per profiel:

Profiel 1 -> 0 behandelingen (geen indicatie fysio-/oefentherapie C/M)

Profiel 2 -> max. 6 behandelingen

Profiel 3 -> max. 42 behandelingen

Profiel 4 -> max. 62 behandelingen

Profiel 5 -> max. 70 behandelingen

Profiel 6 -> n.v.t. (tweede- of derdelijns longrevalidatie)

Inhoud lezing



Richtlijn
ontwikkeling

Intro COPD

Belangrijkste
aan-
bevelingen

Casuïstiek

Inter-
disciplinaire
samen-
werking

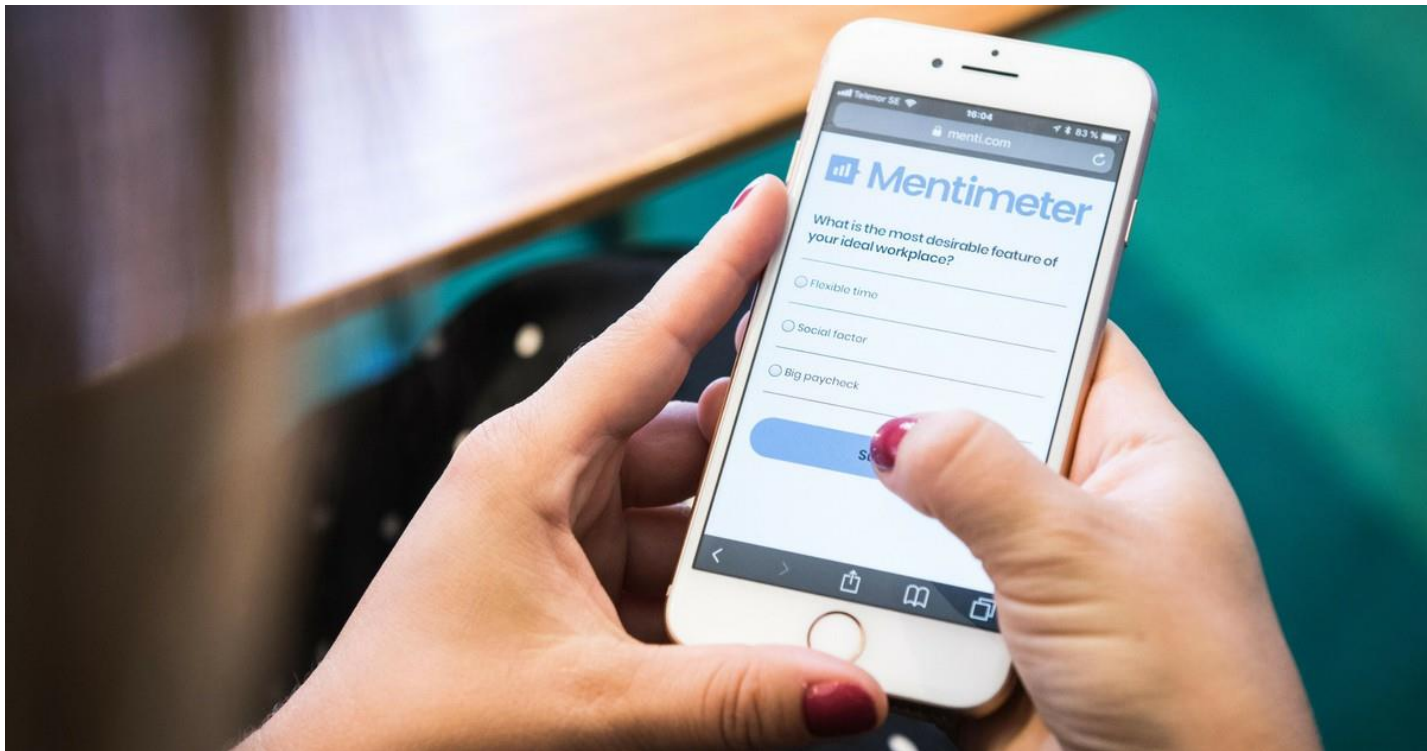
Interdisciplinaire samenwerking



**WAAROM
MOEILIK DOEN
ALS
HET SAMEN KAN**

Loesje

Casus



Terug- of doorverwijzen

SpO2 <90%

SpO2 <85%

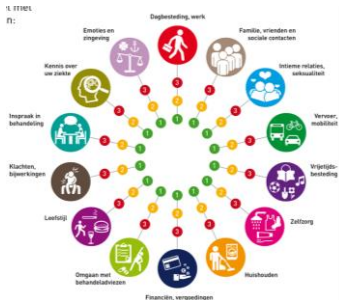


- Terugverwijzen naar huisarts en/of longarts:
 - Twijfel
 - Longaanval
 - Niet pluis (rode vlaggen)
 - Wens patiënt



≥2 vallen p/j
1 val i.c.m. fractuurrisico/
wegraking / mobiliteitsprobleem
(TUG >21 seconden)

- Contact met arts voor doorverwijzen:
 - Onbekwaam = onbevoegd
 - Buiten domein
 - Specifieke aanleiding



MUST ≥ 1
SARC-F ≥ 3



HADS ≥ 10 punten

Inhoud lezing



Richtlijn
ontwikkeling

Intro COPD

Belangrijkste
aan-
bevelingen

Casuïstiek

Inter-
disciplinaire
samen-
werking

LEERDOELEN CHECK

de doelgroep van de
nieuwe richtlijn
benoemen

de 3
aangrijpingspunten
met achterliggende
relevantie duiden

de kenmerken van de
diagnostische fase
benoemen

patiënten met COPD
indelen in 6
patiëntprofielen

de redenen voor
terug- of
doorverwijzen naar
arts of ander
specialisme
benoemen

de verschillende
interventies in de
therapeutische fase
benoemen met de
bijbehorende criteria

het diagnostische en
therapeutische proces
in theorie toepassen
op casussen

het therapeutisch
handelen bij
subgroepen
beschrijven

Hand-out en evaluatieformulier

Je ontvangt na de lezing de hand-out en een evaluatieformulier.

Graag ontvangen wij middels het evaluatieformulier je feedback. Deze feedback helpt ons de kwaliteit van onze lezingen hoog te houden en zo goed mogelijk aan te sluiten bij jullie wensen. Het kost slechts 3 minuten.

Op www.kngf.nl -> scholing vind je alle actuele scholingen en iedere week ontvang je een “UITNODIGING KNGF-scholing en bijeenkomsten” per mail.

Overige implementatie (producten)



- E-learning COPD <https://www.kngf-elearning.nl/e-learningmodules>
- Publicaties
Fysiopraxis (themanummer COPD Juli/Aug 2020)
Physios
Huisarts en Wetenschap (Sept 2019)
Sports Medicine (24 April 2020)
- Patiëntinformatie www.defysiotherapeut.com
inclusief een folder
- Specialisten <https://vhvl.kngf.nl/>
Vereniging voor Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie
- Richtlijn COPD <https://www.kngf.nl/kennisplatform/themas/copd>
via Kennisplatform: snel vinden wat je nodig hebt,
ook als PDF te downloaden

Bedankt voor je aandacht!

- Kijk voor het totale scholingsaanbod van het KNGF op www.kngf.nl en kies vervolgens **Scholing**