

**"Van beleid naar praktijk: navigeren door de uitdagingen  
bij het behandelbeleid voor COPD"**

## Samenvatting

De Wereldgezondheidsorganisatie beschouwt chronisch obstructief longlijden (COPD) als de derde grootste doodsoorzaak wereldwijd. In België lijden naar schatting meer dan 800.000 mensen aan deze ziekte. In wezen zijn de medische en economische negatieve gevolgen van COPD voor mensen en de maatschappij in het algemeen aanzienlijk. Ondanks aanvankelijke inspanningen door Belgische beleidsmakers om deze kwestie aan te pakken, bestaat er een dringende behoefte aan een meer uitvoerige en effectieve behandeling van de ziekte. Een cruciale stap betreft het opzetten van een raamwerk waarin alle gezondheidswerkers die bij de preventie, diagnose en behandeling van COPD betrokken zijn, duidelijk gedefinieerde verantwoordelijkheden hebben. Deze aanpak heeft als doel een naadloze samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg mogelijk te maken, waarbij een efficiëntere reactie op deze algemeen verspreide ziekte wordt bevorderd.

Aangezien COPD bij de algemene bevolking weinig bekend is, is het noodzakelijk om continu meer inspanningen te leveren om de kennis over deze ziekte bij hen te vergroten. De volgende aanbeveling wordt voorgesteld:

- 1. Start gerichte voorlichtingscampagnes op, afgestemd op diverse demografische groepen, waaronder leerlingen van middelbare scholen, studenten in het hoger onderwijs, universiteitsstudenten, volwassen rokers en andere relevante groepen.**

Ten tweede is er voor een effectief vroeg opsporingsmechanisme voor COPD-gevallen een goed doordachte methode nodig waarbij elke gezondheidswerker een deel van de verantwoordelijkheid draagt. Uiterst belangrijk is een nauwkeurig en tijdig gebruik van spirometrietests om COPD al in een vroeg stadium te kunnen vaststellen. De volgende aanbevelingen worden verstrekt:

- 2. Neem uitgebreide training in spirometrietests op in het opleidingsprogramma voor gezondheidswerkers, waaronder verpleegkundigen en huisartsen.**
- 3. Geef gespecialiseerde training en wijs financiële middelen toe om huisartsen te ondersteunen die al apparatuur voor spirometrietests in hun praktijk bezitten.**
- 4. Stel een uitgebreide lijst van in het hele land toegankelijke spirometrie centra op om huisartsen te helpen die geen eigen middelen en/of ervaring met spirometrie hebben.**
- 5. Breid de recente New Deal (een nieuw model voor de financiering en ondersteuning van de huisartsenpraktijken) uit om de last voor huisartsen als gevolg van het invoeren van spirometrietests te verlichten.**

Ten derde is een cruciale strategie om de prevalentie van COPD terug te dringen, meer nadruk leggen op preventie. Omdat wetenschappelijk is vastgesteld dat roken de belangrijkste oorzaak is van het ontstaan van de ziekte, moeten de inspanningen om stoppen met roken te bevorderen op intensievere wijze worden voortgezet. Daarom worden de volgende aanbevelingen voorgesteld:

- 6. Formuleer, implementeer en versterk strenge reglementering voor tabaksproducten, waaronder het beperken van de verkrijgbaarheid tot gespecialiseerde winkels en het opleggen van belastingen. Deze acties zijn essentiële maatregelen om adolescenten ervan te overtuigen om niet te beginnen met vaperen, wat de kans op roken in de toekomst verkleint.**

- 7. Stel gezondheidswerkers op alle niveaus, waaronder apothekers, huisartsen, specialisten en paramedici, in staat om de uitwisseling van informatie over rookgedrag en andere aan COPD gerelateerde symptomen te verbeteren. Dit kan worden bereikt door de mogelijkheid deze bevindingen te rapporteren en op te nemen in het bestaande COZO-platform.**

Tot slot kan de behandeling van COPD na de diagnose ook worden verbeterd door een efficiëntere verdeling van taken over de betrokken gezondheidswerkers. Hieronder volgen onze aanbevelingen:

- 8. Stimuleer interdisciplinaire samenwerking en investeer in informatie-uitwisselende platforms, zoals COZO, om de zorg voor COPD-patiënten te verbeteren en een naadloze communicatie tussen alle gezondheidswerkers te vergemakkelijken.**
- 9. Ontwikkel en implementeer standaardtraining en bijscholingsprogramma's voor gezondheidswerkers om ervoor te zorgen dat ze over de noodzakelijke kennis en vaardigheden beschikken. Dit is vooral cruciaal op gebieden zoals inhalatietechnieken, waardoor ze COPD-patiënten kunnen voorlichten over het correct gebruik van inhalatoren en het belang van therapietrouw.**
- 10. Stel voorlichtingsprogramma's voor patiënten op om hen bij te brengen welke taken gezondheidswerkers bij de behandeling van COPD vervullen. Benadruk bij patiënten dat het belangrijk is dat ze zich aan de voorgeschreven behandelingen houden en licht hen voor over hoe ze actief kunnen deelnemen aan hun eigen zorg.**
- 11. Wijs financiële middelen toe voor voorlichting over, implementatie en bevordering van de nieuwe GGG/BUM-dienst.**

## Inhoudstafel

<b>0. Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>1. Meer bewustzijn creëren</b>	<b>7</b>
1.1. COPD als prioriteit voor de volksgezondheid	7
Aanbeveling	8
<b>2. Vroeg opsporen van gevallen</b>	<b>9</b>
2.1. Mobiliseren van gezondheidswerkers	9
2.2. Optimaliseren van vroege opsporing van COPD met spirometrietests in België	10
2.3. Medische zorgteams uitrusten voor vroege opsporing van COPD	10
Aanbevelingen	11
<b>3. Preventie</b>	<b>12</b>
3.1. Niet roken is de beste preventie	12
3.2. Afbakenen van de taken van verschillende gezondheidswerkers	13
3.3. Stimuleren van een datagestuurd gezondheidsnetwerk	13
Aanbevelingen	14
<b>4. Behandeling en follow-up</b>	<b>14</b>
4.1. Aanpakken van de informatiehiaten	15
4.2. Stimuleren van therapietrouw en samenwerking in de gezondheidszorg	16
Aanbevelingen	16

## 0. Inleiding

In België lijden naar schatting meer dan 800.000 mensen aan chronisch obstructief longlijden (COPD). De helft van hen weet niet eens dat ze de ziekte hebben.<sup>1,2</sup> In 2050 zal de prevalentie van COPD in België naar schatting 13,7% van de volwassen bevolking bedragen.<sup>3</sup> Uit de meest recente gegevens van Eurostat (2020) is gebleken dat COPD verantwoordelijk is voor 3,1% van de sterfgevallen in België als directe oorzaak. Hoewel de ziekte volgens de cijfers de vierde grootste doodsoorzaak is (na hart- en vaatziekten, kanker en COVID-19), is het percentage in werkelijkheid veel hoger.<sup>4</sup> Sterfgevallen door hart- en vaatziekten en longkanker bij COPD-patiënten zijn niet meegeteld.<sup>5</sup> Door de COVID-19-pandemie is de kwetsbaarheid van de luchtweggezondheid (szorg) op meedogenloze wijze aan het licht gekomen, wat de cruciale rol van onderzoek, preventie en behandeling voor het verbeteren van de omstandigheden voor patiënten met longziekten onderstreept. Alles bij elkaar laten de cijfers zien dat COPD moet worden beschouwd als een ernstige bedreiging voor de volksgezondheid in België, nu en in de toekomst. Omdat COPD de vierde grootste doodsoorzaak is, is meer politieke aandacht voor de kwestie van essentieel belang. Vooral in het licht van de belofte van België aan de Sustainable Development Goals (SDG's), zouden inspanningen om COPD uit te roeien ook gunstig zijn om de SDG 3.4 te behalen, die ernaar streeft om vroegtijdige mortaliteit door niet-overdraagbare ziekten zoals COPD tegen 2030 te doen afnemen.<sup>6</sup>

Naast de impact op iedere persoon afzonderlijk, oefent de ziekte ook een aanzienlijke invloed uit op de maatschappij in haar geheel. Factoren zoals dure behandelingsprocedures (meestal door gebruik van ongeplande gezondheidszorg en suboptimale eerstelijnsbehandelingen) hebben geleid tot een **geschatte economische kost van 5,9 miljard euro voor COPD in België in 2019**.<sup>7</sup> De economische last van COPD voor de maatschappij blijkt vijf keer groter te zijn dan die van astma en bijna vergelijkbaar met de economische impact van longkanker.<sup>8</sup> Het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames voor astma en COPD lag in 2021 ruim boven het Europese gemiddelde. Hoewel er sinds 2019 sprake is van een afname, kan dit worden verklaard binnen de context van de verstoring die door COVID-19 werd veroorzaakt, die van invloed was op niet-COVID-19-gerelateerde ziekenhuisactiviteiten en het zorgzoekgedrag heeft veranderd.<sup>9</sup> In het licht van een continu verouderende bevolking en een tekort aan gezondheidswerkers, is het essentieel om de vraag naar (COPD-) zorg te verminderen en de samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidswerkers zo efficiënt mogelijk te organiseren.

---

<sup>1</sup> <https://international-respiratory-coalition.org/countries/belgium/>

<sup>2</sup> <https://copdvzw.be/wat-is-copd/>

<sup>3</sup> [https://erj.ersjournals.com/content/58/suppl\\_65/OA2866](https://erj.ersjournals.com/content/58/suppl_65/OA2866)

<sup>4</sup> [https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023\\_chp\\_be\\_dutch.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_be_dutch.pdf)

<sup>5</sup> <https://www.uzleuven.be/nl/media/7f0ae037-5b65-4ebe-a977-63c26cfa5f50/copd-uz-magazine-september-2018.pdf>

<sup>6</sup>

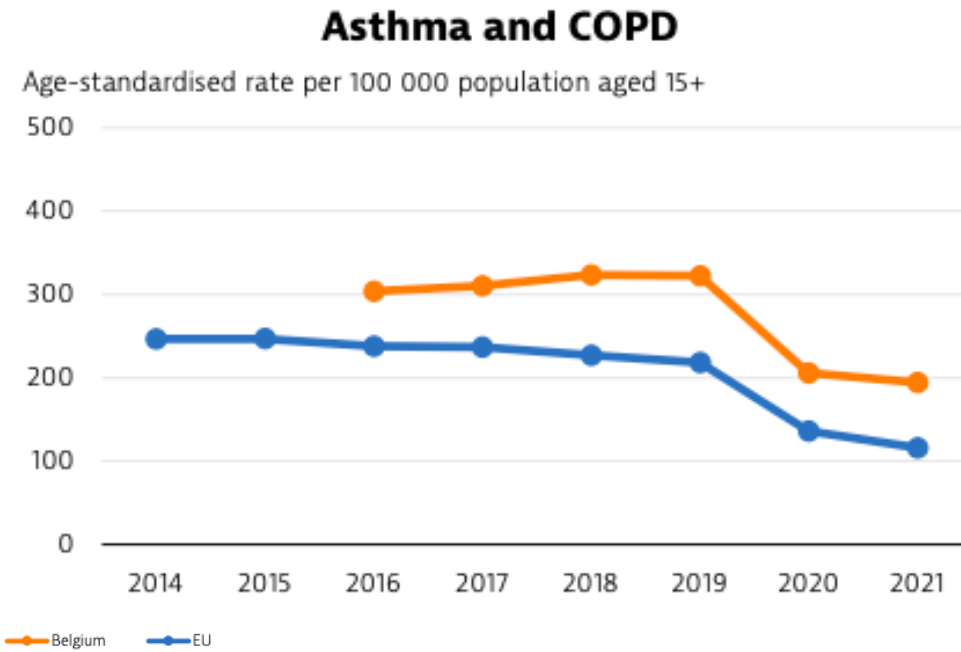
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/sdg-target-3.4-noncommunicable-diseases-and-mental-health>

<sup>7</sup> <https://international-respiratory-coalition.org/wp-content/uploads/2023/10/Belgium-IRC-One-Pager-290623.pdf>

<sup>8</sup> <https://international-respiratory-coalition.org/wp-content/uploads/2023/10/Belgium-IRC-One-Pager-290623.pdf>

<sup>9</sup> [https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023\\_chp\\_be\\_dutch.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_be_dutch.pdf)

Figuur 1: Mogelijk vermijdbare ziekenhuisopnames voor chronische aandoeningen zoals astma en COPD



Note: Admission rates are not adjusted for differences in disease prevalence across countries.

Source: OECD Health Statistics 2023.

Bron: Europese Commissie; 'State of Health in the EU: Belgium, Country Health Profile 2023' (p. 14)

#### Wat is COPD?

COPD is een heterogene longaandoening die wordt gekenmerkt door chronische ademhalingsymptomen (dyspneu, hoesten, expectoratie, exacerbaties) als gevolg van afwijkingen van de luchtwegen (bronchitis, bronchiolitis) en/of alveoli (emfyseem), die een aanhoudende, vaak progressieve luchtwegobstructie veroorzaken.<sup>10</sup> De progressieve aard van de ziekte zorgt voor een zware belasting in iemands leven, omdat het vermogen om te werken en deel te nemen aan de maatschappij afneemt, wat uiteindelijk tot sociale isolatie leidt. Met name roken valt op als de belangrijkste oorzaak van COPD.<sup>11</sup> Het is van cruciaal belang om te erkennen dat COPD niet te genezen valt, maar dat een goede behandeling wel de symptomen kan helpen verlichten, het risico op exacerbaties en mortaliteit kan verminderen, en de levenskwaliteit van de getroffen personen kan verbeteren.

<sup>10</sup>

<https://www.thoracic.org/about/newsroom/press-releases/journal/gold-23-report.php#:~:text=The%20GOLD%202023%20report%20defines,of ten%20progressive%2C%20airflow%20obstruction.%E2%80%9D>

<sup>11</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5045011/>

In België worden verscheidene maatregelen genomen om een meer uitgebreide en effectieve behandeling van COPD te bereiken. De meest recente consensusbijeenkomst van het RIZIV<sup>12</sup> en de recente resolutie van het federale parlement met betrekking tot COPD<sup>13</sup> laten de juiste manier zien: namelijk **beter verdelen van de verantwoordelijkheden voor COPD-zorg over ziekenhuizen, huisartsen, apothekers en paramedici (waaronder kinesisten)**. Vooral de afspraken die werden gemaakt over de taak en de positie van gezondheidswerkers die betrokken zijn bij de diagnostiek en het behandelingsproces, zijn van cruciaal belang om te slagen.

Hoewel de inspanningen van beleidsmakers een eerste noodzakelijk raamwerk hebben opgezet, blijft de vertaling naar de praktijk nog steeds moeilijk. Vooral op het gebied van samenwerking tussen de verschillende zorglijnen is er nog aanzienlijk veel ruimte voor verbetering. Daarom hebben de [Belgian Respiratory Society](#) (BeRS) en haar partners - huisartsen (Domus Medica en SSMG), specialisten, apothekersverenigingen (VAN & ABP) en patiëntenorganisaties (COPD VZW) - **op 4 oktober 2023 een rondetafelgesprek** georganiseerd om duidelijke aanbevelingen op te stellen over hoe een dergelijk raamwerk in de praktijk moet worden ingevoerd.

Het gesprek richtte zich specifiek op **het definiëren van duidelijke verantwoordelijkheden voor alle gezondheidswerkers** die betrokken zijn bij de preventie, diagnose en behandeling van COPD. Het idee was om uitdagingen en kansen te identificeren om de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnsgezondheidswerkers die betrokken zijn bij de aanpak van COPD, te verbeteren. **Op basis van de input van de rondetafeldeelnemers werden er beleidsaanbevelingen geformuleerd over (1) 'Bewustzijn', (2) 'Vroege opsporing van gevallen', (3) 'Preventie' en (4) 'Behandeling en follow-up'.**

## 1. Meer bewustzijn creëren

### 1.1. COPD als prioriteit voor de volksgezondheid

Hoewel preventie, opsporing en behandeling van cruciaal belang zijn, begint alles met het vergroten van de kennis over COPD. Resultaten van een onderzoek door Ipsos MORI, die werden gepresenteerd in de context van de Wereld-COPD-dag in 2022, laten zien dat **slechts 37 procent van de beleidsmakers ten minste 'een redelijke basiskennis' over COPD heeft, terwijl 45 procent van de bevolking niet weet dat COPD een longaandoening is.**<sup>14</sup> Naast het gebrek aan kennis bij beleidsmakers en de bevolking wordt COPD ook vaak gestigmatiseerd als 'een rokersziekte'. Natuurlijk is het wetenschappelijke bewijs duidelijk. Roken is de hoofdoorzaak van COPD. Er wordt echter steeds meer bewijs gevonden voor de rol van milieu- en genetische oorzaken.<sup>15</sup>

**Het gebrek aan kennis is fundamenteel voor veel problemen waar de COPD-zorg in België mee te maken heeft.** Ten eerste draagt het bij aan onderdiagnosticering van patiënten. Mensen met symptomen die gewoonlijk te maken hebben met COPD, herkennen deze mogelijk niet onmiddellijk als aanwijzing voor de ziekte, wat leidt tot terughoudendheid bij het maken van een afspraak bij de huisarts. Tegelijkertijd voeren huisartsen niet meteen COPD-tests uit wanneer er een patiënt komt die

<sup>12</sup> RIZIV/INAMI. *Doelmatige behandelingen van COPD*. Link:

[https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus\\_lange\\_tekst\\_20111124.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_lange_tekst_20111124.pdf)

<sup>13</sup> <https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/2259/55K2259007.pdf>

<sup>14</sup> <https://www.politico.eu/sponsored-content/it-is-time-to-make-copd-a-public-health-priority/>

<sup>15</sup> <https://www.thelancet.com/commissions/COPD>

kenmerkende symptomen en risicofactoren voor de aandoening vertoont. Cijfers tonen aan dat bijna de helft van de naar schatting 800.000 COPD-patiënten in België zich onbewust van de aandoening blijft.<sup>16,17</sup> In bepaalde gevallen **hebben patiënten al een 50% verminderde longfunctie tegen de tijd dat ze hun eerste diagnose krijgen.**<sup>18</sup> We zullen de onderdiagnosticering uitgebreider bespreken in de hoofdstukken over het opsporen van gevallen en preventie.

Een ander belangrijk probleem dat voortvloeit uit het gebrek aan kennis is de onderherkenning van de belasting van COPD op het leven van de patiënten. Omdat de ziekte invloed heeft op de mobiliteitsmogelijkheden, het vermogen om te werken en deelname aan het sociale leven, kan er ook **socialpsychologische schade** ontstaan. Vanwege het gebrek aan inzicht onder de bevolking en de gevolgen voor de gezondheid door COPD, bevinden patiënten zich vaak in een sociaal isolement en zijn ze eerder terughoudend bij het uiten van hun zorgen.<sup>19</sup> Daardoor wordt COPD op politiek niveau vaak over het hoofd gezien. Het leidt tot onderprioritering van de ziekte, waardoor COPD in vergelijking met soortgelijke niet-overdraagbare ziekten ondergefinancierd en onderbehandeld blijft. **Daarom moeten we eerst het bewustzijn rond COPD vergroten en het verhaal herformuleren om COPD te benaderen als een prioriteit voor de volksgezondheid, wat uiteindelijk zal bijdragen aan de preventie, detectie en behandeling van de ziekte.**

### Aanbeveling

**1. Voer voorlichtingscampagnes uit afgestemd op diverse demografische groepen,** waaronder leerlingen van middelbare scholen, studenten hoger onderwijs, universiteitsstudenten, volwassen rokers en andere relevante groepen. Dergelijke campagnes moeten twee hoofddoelen dienen: (1) voorkomen dat mensen beginnen met roken, en (2) rokers aanmoedigen om te stoppen. Bijvoorbeeld, verplicht informatieve cursussen over roken en COPD voor middelbare scholieren als integraal onderdeel van het onderwijscurriculum. In dit opzicht adviseren we om samen te werken met pedagogische experts om de effectiefste communicatiemethoden te bepalen. Naast het creëren van bewustzijn over mogelijke gezondheidsimplicaties voor leerlingen, zouden middelbare scholen ook prioriteit moeten geven aan het aanpakken van de zorgen van de ouders en grootouders van de leerlingen. Aangezien de meeste politieke partijen hebben verklaard “inspanningen voor ziektepreventie te vergroten” als hoofdprioriteit in hun partijprogramma’s voor de verkiezingen, roepen we de nieuwe regionale overheden op om dat ook daadwerkelijk te doen. Het ondersteunen of opstarten van voorlichtingscampagnes met maatschappelijke organisaties zou een goed voorbeeld zijn om te bewijzen dat deze belofte wordt nagekomen. De overheid zou voor een effectieve implementatie kunnen samenwerken met organisaties zoals Generatie Rookvrij. We zouden ons kunnen laten inspireren door de stad Leiden in Nederland, waar longspecialisten een gratis voorlichtingspakket ontwikkeld hebben om studenten voor te lichten over de risico’s van vaperen en roken.<sup>20</sup>

## 2. Vroeg opsporen van gevallen

<sup>16</sup> COPD vzw. *Cijfers over COPD*. Link: <https://copdvzw.be/wat-is-copd/>

<sup>17</sup> International Respiratory Coalition. *Data from Belgium by disease*. Link: <https://international-respiratory-coalition.org/countries/belgium/>

<sup>18</sup> National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information. *Exacerbations in the pre- and post-COPD diagnosis period*. Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5045011/>

<sup>19</sup> Taylor & Francis Online. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Description in Daily and Social Activities for Individuals with COPD*. Link: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15412555.2020.1798373>

<sup>20</sup> <https://fd.nl/samenleving/1494595/alternatief-voor-roken-zorgt-voor-nieuwe-generatie-verslaafden>



Zoals al eerder vermeld, is het de moeite waard om op te merken dat bijna de helft van de geschatte 800.000 COPD-patiënten in België niet op de hoogte is van hun aandoening.<sup>21,22</sup> Dit leidt ertoe dat een **belangrijk percentage van de mensen de diagnose COPD pas krijgt nadat de ziekte al aanzienlijke, onomkeerbare schade heeft aangericht**. In sommige gevallen hebben patiënten al een **afname van 50% in de longfunctie** tegen de tijd dat ze hun diagnose krijgen.<sup>23</sup> Aangezien een vroege diagnose de kans aanzienlijk vergroot dat patiënten een effectieve behandeling krijgen en de financiële last op ons gezondheidszorgsysteem vermindert, is het belang van vroeg opsporen evident. De vraag is hoe de methode van vroege opsporing efficiënt kan worden uitgebreid.

## 2.1. Mobiliseren van gezondheidswerkers

**Vroeg opsporen van COPD-gevallen moet zowel door de eerste- als tweedelijnszorg plaatsvinden.** Huisartsen spelen een cruciale rol bij de initiële vaststelling, diagnose en behandeling. Tegelijkertijd komen specialisten, met name longartsen, tussen bij ernstige of speciale gevallen of wanneer er onzekerheid over de diagnose bestaat. Apothekers dragen ook bij aan het identificeren van risicopatiënten en verwijzen hen door naar de huisarts. Daarnaast moeten paramedici, zoals thuisverpleegkundigen en kinesisten, rokers of mensen met mogelijke symptomen van COPD, zoals aanhoudend hoesten of een piepende ademhaling, veel slijm of sputum, kortademigheid, recidiverende luchtweginfecties en moeite met diep ademen, doorverwijzen.

Zowel huisartsen als specialisten dienen alert te zijn, symptomen te herkennen en indien nodig longfunctietests aan te bevelen, vooral spirometrie. Alleen met deze tests kan de diagnose van COPD worden bevestigd. **Het gezamenlijke doel van gezondheidswerkers is volwassenen die risico lopen (of degenen met symptomen) proactief te adviseren om zich te laten screenen voor een vroege diagnose van COPD.** Vooral (ex-)rokers en mannen ouder dan 40 jaar worden beschouwd als de belangrijkste risicoprofielen.<sup>24</sup>

Gezondheidswerkers moeten rookgewoonten bij mensen die nog roken proactief aanpakken en hun rookgewoonten bespreken. Daarom moet er een motiverende regeling worden ingevoerd om hen **aan te moedigen gesprekken over stoppen met roken aan te gaan en de doorverwijzing naar tabakologen te vergemakkelijken**. Daarnaast moeten gezondheidswerkers worden voorgelicht over hoe ze COPD-patiënten kunnen helpen bij het stoppen met roken. Alle gezondheidswerkers, zowel in de eerste- als in de tweedelijnszorg, moeten duidelijk gedefinieerde verantwoordelijkheden hebben om een uitgebreide aanpak te verzekeren.

## 2.2. Optimaliseren van vroege opsporing van COPD met spirometrietests in België

Het voornaamste instrument voor vroege opsporing van COPD is **spirometrie**, waarbij de totale luchtstroomcapaciteit van iemands longen wordt gemeten, een onderzoek dat uiterst effectief is voor dit

---

<sup>21</sup> COPD vzw. *Cijfers over COPD*. Link: <https://copdvzw.be/wat-is-copd/>

<sup>22</sup> International Respiratory Coalition. *Data from Belgium by disease*. Link: <https://international-respiratory-coalition.org/countries/belgium/>

<sup>23</sup> National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information. *Exacerbations in the pre- and post-COPD diagnosis period*.

Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5045011/>

<sup>24</sup> <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>

doel. Met name in Vlaanderen zijn er voldoende spirometrietests beschikbaar<sup>25</sup>, wat erop wijst dat het probleem van een vertraagde diagnose niet wordt veroorzaakt doordat er geen effectieve apparatuur aanwezig is. In plaats daarvan ligt het probleem in de **eigenlijk onvoldoende coördinatie tussen de eerste- en tweedelijnszorg, wat leidt tot vertraging in het stellen van een vroege diagnose**. In 2011 heeft het RIZIV een actieplan opgestart met als doel de verantwoordelijkheid voor een vroege COPD-opsporing van ziekenhuizen te verschuiven naar huisartsen.<sup>26</sup>

De werkelijkheid is echter dat de uitvoeringscijfers opvallend laag blijven als gevolg van financiële middelen, tijdsdruk, **onvoldoende training voor gezondheidswerkers, en beperkte toegang tot spirometrietests op eerstelijnsniveau**. Vooral het feit dat het **hele proces van uitvoeren en interpreteren van de spirometrietest tijdrovend is**, vormt een echte hinderpaal op het niveau van de huisarts. Ook al kunnen huisartsen gemakkelijk doorverwijzen naar longfunctielabo's van ziekenhuizen (zonder tussenkomst van een specialist) en het resultaat van de test ontvangen, toch zijn er nog verbeteringen nodig. Om de screenings minder tijdrovend te maken, zouden deze eerst kunnen worden uitgevoerd met pre-bronchodilatoren om voor een vlottere diagnose te zorgen.

**Spirometrietests kunnen ook een essentiële rol spelen bij longkankerscreening**. Volgens de laatste GOLD-studie kan de onderdiagnose van COPD bij longkanker tot wel 90% oplopen.<sup>27</sup> Optimalisering van vroege opsporing van COPD door middel van spirometrie is wat dit betreft daarom te vaak een gemiste kans. Door gebruik te maken van incidentele longafwijkingen kunnen mensen met een verhoogd risico door opsporing van emfyseem en andere afwijkingen worden geïdentificeerd.

Deze whitepaper adviseert het **bepalen van duidelijke taakverdelingen tussen de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg om vroege opsporing van gevallen in België te verbeteren**. We omarmen met enthousiasme een resolutie betreffende COPD die is aangenomen door het federale parlement, omdat deze het idee benadrukt dat huisartsen en andere gezondheidswerkers uit de eerste lijn de capaciteit en de verantwoordelijkheid hebben om een meer aanzienlijke taak op zich te nemen bij inspanningen op het gebied van vroege opsporing.<sup>28</sup> De implementatie van deze visie behelst echter verscheidene uitdagingen die moeten worden aangepakt.

### 2.3. Medische zorgteams uitrusten voor vroege opsporing van COPD

Wat de eerstelijnsgezondheidszorg betreft, heeft een aanzienlijk aantal huisartsen te maken met problemen met betrekking tot spirometrieapparatuur. Ten eerste hebben veel huisartsen **te weinig vaardigheid en vertrouwen in het correcte gebruik ervan**. Ten tweede kopen niet alle huisartsen spirometrietests, ook al zijn er voldoende beschikbaar op de markt. Dit kan verschillende oorzaken hebben, zoals het gebrek aan vertrouwen om ze te gebruiken. Daarnaast worden huisartsen vaak **beperkt door een gebrek aan tijd**, wat een beperkende impact heeft op hun capaciteit om spirometrietests uit te voeren. Deze situatie benadrukt het belang van een betere toewijzing van middelen en een beter timemanagement. Gezien de tijd die nodig is om een spirometrietest uit te

<sup>25</sup> [https://www.domusmedica.be/sites/default/files/images/stories/huisartsnuarchief/h38\\_7\\_08\\_spirometrie-web.pdf](https://www.domusmedica.be/sites/default/files/images/stories/huisartsnuarchief/h38_7_08_spirometrie-web.pdf)

<sup>26</sup> [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus\\_lange\\_tekst\\_20111124.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/consensus_lange_tekst_20111124.pdf)

<sup>27</sup> <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>

<sup>28</sup> Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers / Chambre des représentants de Belgique. *Resolutie betreffende een doeltreffende en integrale aanpak van chronic obstructive pulmonary disease. Résolution relative à une approche efficace et intégrale de lutte contre la broncho-pneumopathie chronique obstructive*. Link: <https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/2259/55K2259007.pdf>

voeren, zijn huisartsen misschien niet het meest geschikt om zelf spirometrietests uit te voeren. Het **trainen van ondersteunend medisch personeel om deze tests uit te voeren en te interpreteren** zou een efficiëntere aanpak zijn. Deze aanpak zou de werkdruk van huisartsen in het algemeen verlichten, het aantal uitgevoerde tests mogelijk verhogen en uiteindelijk vroege opsporing van gevallen verbeteren.

Binnen de tweedelijnsgezondheidszorg zouden **specialisten** een cruciale rol bij deze uitdagingen moeten spelen door het aannemen van een **toezichthoudende rol bij de opleiding van medisch personeel**, waaronder verpleegkundigen, huisartsen en huisartsen in opleiding (HAIO/MGF), in de juiste uitvoering van spirometrietests. Daarnaast zouden ze ook essentiële **informatie** kunnen verstrekken **over toegankelijke locaties voor het uitvoeren van spirometrietests**.

De **recente 'New Deal'** die is voorgesteld door minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke<sup>29</sup> zou best worden uitgebreid om huisartsen in staat te stellen ondersteunend personeel in dienst te nemen dat spirometrietests kan uitvoeren. Dit is een essentiële stap, aangezien huisartsen vaak moeite hebben om de benodigde tijd te vinden om deze tests uit te voeren, en zo ervoor te zorgen dat vroege diagnose een topprioriteit blijft. Tot slot kan het bevorderen van een betere samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg een vroege opsporing van COPD aanzienlijk verbeteren.

## Aanbevelingen

2. **Neem uitgebreide training in spirometrietests op in het opleidingsprogramma voor gezondheidswerkers, waaronder verpleegkundigen en huisartsen.** Deze opleidingsupgrade zorgt ervoor dat alle gezondheidswerkers beschikken over de nodige kennis en vaardigheden om nauwkeurig en vol vertrouwen spirometrietests uit te voeren en te interpreteren. Huisartsen moeten voldoende getraind zijn om de indicatoren te herkennen om een spirometrietest uit te voeren en om te weten wat ze met de testresultaten moeten doen. Standaardisering van training in spirometrie in de medische opleiding verbreedt de betrokkenheid van gezondheidswerkers bij vroege opsporing van COPD, wat mogelijk de kosten voor de gezondheidszorg verlaagt en de interesse om in de verpleegkunde te werken nieuw leven inblaast. Het verlenen van meer autonomie en specialisatie aan verpleegkundigen versterkt het verpleegkundigenveld, bevordert professionele groei, en zorgt voor werkplezier en kansen voor gekwalificeerde verpleegkundigen om taken met minder fysieke belasting op zich te nemen.
3. **Geef gespecialiseerde training en wijs financiële middelen toe om huisartsen te ondersteunen die al apparatuur voor spirometrietests in hun praktijk bezitten.** Dit initiatief helpt niet alleen bij de verbetering van de vaardigheden en het vertrouwen van verpleegkundigen in huisartsenpraktijken bij het gebruik van spirometrietests, maar zorgt er ook voor dat de apparatuur onderhouden en effectief gebruikt wordt. De budgettoewijzing kan huisartsen ook ondersteunen bij het in dienst nemen van speciale spirometrie-verpleegkundigen om de tests uit te voeren, wat de tijdsdruk verlicht.
4. **Voer een studie uit over hoe opkomende AI-applicaties de interpretatie van spirometrietestresultaten kunnen ondersteunen.** Het is in het belang van alle betrokken actoren om nieuwe technologieën te omarmen die het proces van vroege opsporing kunnen vergemakkelijken.
5. **Stel een uitgebreide lijst op met de spirometriefaciliteiten die in het hele land beschikbaar zijn om**

<sup>29</sup> <https://vandenbroucke.belgium.be/nl/medicomut-keurt-new-deal-voor-de-huisartspraktijk-goed>

**huisartsen te helpen die geen eigen middelen en/of ervaring met spirometrie hebben.** Deze lijst dient als naslaglijst, om huisartsen in staat te stellen patiënten correct door te verwijzen voor spirometrietests. Doordat deze informatie gemakkelijk toegankelijk is, kunnen gezondheidswerkers het doorverwijzingsproces stroomlijnen, waardoor patiënten tijdig en nauwkeurig worden beoordeeld, zelfs al hebben hun eerstelijnsgezondheidswerkers geen middelen en/of vaardigheden om een spirometrietest uit te voeren.

6. **Breid de recente New Deal uit** om de druk voor huisartsen met betrekking tot het uitvoeren van spirometrietesten te verminderen. Deze uitbreiding kan verschillende aspecten omvatten, zoals een verhoogde financiële aanmoediging, toegewijd ondersteunend personeel voor de uitvoering van spirometrietesten, en een verbeterde toegankelijkheid tot spirometrieapparatuur.

### 3. Preventie

#### 3.1. Niet roken is de beste preventie

De experts die bij de ronde tafel aanwezig waren, waren eensgezind: roken is de hoofdoorzaak van COPD. Gezien het feit dat **90% van de COPD-patiënten voormalige rokers waren**<sup>30</sup>, ligt er nog een belangrijke taak voor ons. Toch dragen er ook nog andere factoren bij aan een verhoogd risico op COPD. Onderzoek wijst erop dat elementen zoals milieuvervuiling, leeftijd, genetische aanleg aanvullende oorzakelijke factoren zijn<sup>31</sup>.

Om de prevalentie van COPD te verminderen, is het voorkomen van ontstaan ervan het allerbelangrijkste. In dit opzicht is er een duidelijke wetenschappelijke consensus die verklaart dat **roken de voornaamste veroorzakende factor achter het ontstaan van de chronische ziekte is**. Daarnaast zijn longschade op kinderleeftijd en blootstelling aan luchtvervuiling aanvullende risicofactoren om in een later stadium COPD te ontwikkelen. Gegevens van de European Lung Foundation geven aan dat ongeveer **90% van de sterfgevallen als gevolg van COPD kan worden teruggevoerd naar roken**,<sup>32,33,34</sup> waarbij één op de vier rokers risico loopt.<sup>35</sup> Rekening houdend met 15% rokende volwassenen in België, **wordt verwacht dat het aantal COPD-gevallen tegen 2050 13,7% zal bereiken**.<sup>36</sup> En daardoor zullen ook de gezondheidszorgkosten voor COPD in de toekomst stijgen. Om deze verwachtingen af te wenden, dienen beleidsmakers prioriteit te geven aan het voorkomen van en stoppen met roken bij de bevolking (vooral voor degenen bij wie COPD al werd vastgesteld).<sup>37</sup>

Een degelijke gezondheidsstrategie moet de voorrang verlenen aan preventie. Dit omvat het voorkomen van het beginnen met roken en vaperen door middel van **inspanningen om volledig te stoppen, het**

<sup>30</sup> <https://www.uzleuven.be/nl/media/7f0ae037-5b65-4ebe-a977-63c26cfa5f50/copd-uz-magazine-september-2018.pdf>

<sup>31</sup> <https://www.thelancet.com/commissions/COPD>

<sup>32</sup> International Respiratory Coalition. *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*. Link:

<https://international-respiratory-coalition.org/diseases/copd/>

<sup>33</sup> COPD vzw. *Oorzaken*. Link: <https://copdvzw.be/wat-is-copd/>

<sup>34</sup> Interfederale strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie. Link:

[https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2022\\_12\\_14\\_interfederale\\_strategie\\_tabak\\_en\\_bijlage\\_final\\_nl.pdf](https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2022_12_14_interfederale_strategie_tabak_en_bijlage_final_nl.pdf)

<sup>35</sup> <https://www.tabakstop.be/waarom-stoppen/effecten-op-het-lichaam/chronisch-obstructief-longlijden-copd>

<sup>36</sup> Sciensano. *Gebruik van Tabak – Gezondheidsenquête 2018. Consommation de tabac. Enquête de santé 2018*. Link:

[https://www.sciensano.be/sites/default/files/ta\\_rapport2\\_his2018\\_nl\\_v3.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/ta_rapport2_his2018_nl_v3.pdf)

[https://www.sciensano.be/sites/default/files/ta\\_report\\_2018\\_fr\\_v3.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/ta_report_2018_fr_v3.pdf)

<sup>37</sup> [https://erj.ersjournals.com/content/58/suppl\\_65/OA2866](https://erj.ersjournals.com/content/58/suppl_65/OA2866)

creëren van rookvrije generaties en het aanpakken van het vaperen door de jeugd.<sup>38</sup> Daarnaast moeten er maatregelen worden genomen om de algehele luchtvervuiling te verminderen, aangezien wetenschappelijk is erkend dat dit bijdraagt aan de ontwikkeling en acute verergering van COPD.<sup>39</sup>

### 3.2. Afbakenen van de taken van verschillende gezondheidswerkers

Momenteel voeren alle betrokken gezondheidswerkers hun taken in maximale mate uit. Beleidsmakers zouden echter een meer beknopt raamwerk moeten bieden dat de beschrijving van de taken op het gebied van COPD-preventie verduidelijkt. Hieronder worden richtlijnen gegeven om een dergelijk raamwerk op te stellen om gezondheidswerkers hiertoe nog beter in staat te stellen:

- **Huisartsen:** Ondanks hun beperkte tijd moeten huisartsen **proactief bezig zijn met rokers (vooral degenen die al COPD hebben)**, waarbij stoppen met roken als topprioriteit wordt benadrukt. Dit omvat het doorverwijzen naar te weinig gebruikte en minder bekende bronnen, zoals specialisten in stoppen met roken, VRGT, FARES of Tabakstop.<sup>40</sup>
- **Specialisten:** Specialisten moeten de inspanningen van huisartsen weerspiegelen door bij hun patiënten **het belang van stoppen met roken te benadrukken** en hen actief door te verwijzen naar bronnen die hen hulp kunnen bieden.
- **Apothekers:** Apothekers moeten alert blijven bij het **identificeren van rokers**, de voornaamste risicogroep voor COPD. Herhaalde aankopen van hoestsiroop bijvoorbeeld, moeten de aanzet geven tot doorverwijzing naar hun respectieve huisarts of specialist.
- **Paramedici:** Paramedici zouden hun patiënten ook **wakker moeten schudden over het belang van stoppen met roken** en hen doorverwijzen naar beschikbare bronnen die kunnen helpen om te stoppen met roken.

### 3.3. Stimuleren van een datagestuurde gezondheidsnetwerk

Naast de verantwoordelijkheden van alle betrokken gezondheidswerkers, is het cruciaal om de nadruk te leggen op het belang van het delen van systematische gegevens en informatie tussen de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Het verzamelen van details over de rookgewoonten van patiënten en andere indicatoren voor het ontstaan van COPD, is essentieel voor de verbetering van preventieve interventies. Om het de gezondheidswerkers gemakkelijker te maken bij hun proactieve aanpak, is het **van cruciaal belang om onmiddellijke toegang te hebben tot patiënteninformatie, waaronder het rookgedrag**. Momenteel is het primaire systeem voor het uitwisselen van informatie tussen gezondheidswerkers het **COZO-platform**. Hier kunnen echter geen gegevens over rookgedrag worden ingevoerd. Ondanks het feit dat het toevoegen van een dergelijke functie gemakkelijk is, blijft de overheid achter bij het aanpakken van deze kwestie. Daarom heeft de Algemene Pharmaceutische Bond (APB) in 2023 zijn eigen informatie-uitwisselingsstelsel gelanceerd, waardoor patiënten en gezondheidswerkers op uniforme wijze informatie kunnen uitwisselen. Dit initiatief dient als aansprekend voorbeeld voor hoe een verbetering van de communicatie tussen de eerste- en

<sup>38</sup> <https://fd.nl/samenleving/1494595/alternatief-voor-roken-zorgt-voor-nieuwe-generatie-verslaafden>

<sup>39</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4740163/#:~:text=Subjects%20with%20chronic%20respiratory%20diseases,the%20respirator%20morbidity%20and%20mortality>

<sup>40</sup> Knack. *Opiniestuk: Als zorgverleners zien we van op de eerste rij hoe moeilijk stoppen met roken werkelijk is*. Link: <https://www.knack.be/nieuws/gezondheid/als-zorgverleners-zien-we-van-op-de-eerste-rij-hoe-moeilijk-stoppen-met-roken-werkelijk-is/>

tweedelijnszorg de proactieve inspanningen op het gebied van preventie kan versterken, wat leidt tot positieve resultaten.

## Aanbevelingen

8. **Formuleer, implementeer en versterk strenge reglementering voor tabaksproducten**, waaronder het beperken van de verkrijgbaarheid tot gespecialiseerde winkels en het opleggen van accijnzen. Deze maatregelen zijn van essentieel belang om adolescenten te ontmoedigen om te beginnen met vaperen en dus later met roken. De huidige batterij van tien maatregelen die in het plan voor een rookvrije generatie van de minister van Volksgezondheid Vandenbroucke worden uiteengezet<sup>41</sup> laat ruimte voor verbetering. De nadruk moet worden verschoven naar het verminderen van de toegankelijkheid van rookgerelateerde producten in plaats van eenvoudigweg de reclame ervoor in te perken. Bovendien is het dringend noodzakelijk om influencer-campagnes op sociale media die vaperen aanmoedigen te beperken of te stoppen. We nodigen de minister uit om dit opportuun moment voor verbetering te kapitaliseren.
9. **Stel gezondheidswerkers op alle niveaus, zoals apothekers, huisartsen, specialisten en paramedici in staat om het uitwisselen van informatie** over rookgedrag en symptomen die met COPD te maken hebben, **te verbeteren**, door de mogelijkheid deze bevindingen te rapporteren en op te nemen in het bestaande COZO-platform. Deze verbeterde informatie-uitwisseling kan dienen als waardevol hulpmiddel bij inspanningen om tabaksgebruik te verminderen door de kennis bij rokers en niet-rokers te vergroten, preventie van en stoppen met roken te stimuleren, hoogrisicopopulaties voor gerichte interventies te identificeren, de communicatie te verbeteren, de samenwerking tussen gezondheidswerkers te stimuleren en de basis te leggen voor een preciezere, efficiëntere en beter gecoördineerde aanpak voor rookpreventie. We kunnen hiervoor inspiratie opdoen bij het [Deense systeem voor informatiedeling](#) als model voor deze onderneming.

## 4. Behandeling en follow-up

Volgens een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) **houdt slechts 50% van de patiënten met chronische ziekten zich aan hun voorgeschreven behandelingen<sup>42</sup>, van wie de meesten een suboptimale inhalatietechniek hebben.<sup>43</sup>** Dit is vooral belangrijk voor COPD-patiënten die hun behandelplannen zorgvuldig moeten volgen om exacerbaties te voorkomen, symptomen te verbeteren en het risico op overlijden te verminderen. Het bestaande raamwerk voor goed gebruik van geneesmiddelen (*GGG - begeleidingsgesprek voor goed gebruik van geneesmiddelen* en *BUM - entretien d'accompagnement de bon usage des médicaments*) voor huisartsen in België laat ruimte voor verbetering, omdat het in verschillende gezondheidszorgsectoren niet consequent in de praktijk wordt gebracht. Het is cruciaal om dit probleem aan te pakken, aangezien een goede therapietrouw een cruciale rol speelt bij het verminderen van symptomen en exacerbaties.

### Goed gebruik van geneesmiddelen/Bon usage des médicaments (GGG/BUM)

<sup>41</sup> <https://vandenbroucke.belgium.be/nl/naar-een-rookvrije-generatie-10-maatregelen-voor-een-gezonde-toekomst>

<sup>42</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6147925/>

<sup>43</sup> <https://respiratory-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12931-017-0710-y>

Het GGG/BUM voor COPD omvat verschillende elementen, waaronder (1) meer inzicht in COPD krijgen, (2) focussen op farmacologische behandeling met de nadruk op therapietrouw en een juiste inhalatietechniek, en (3) verkennen van niet-farmacologische methoden zoals stoppen met roken, opnemen van lichaamsbeweging in het dagelijks leven, en bezig zijn met aspecten op het gebied van voeding.<sup>44</sup> Deze dienst die aanvankelijk is opgezet voor de behandeling van astma<sup>45</sup>, is het afgelopen jaar uitgebreid naar COPD en wordt naar verwachting gelanceerd in 2024. Apothekers zijn verantwoordelijk voor het implementeren van en toezicht houden op de GGG/BUM-procedures.

De bijdragers aan deze whitepaper verwelkomen de lancering van GGG/BUM voor COPD in 2024. En om die reden is het cruciaal om **een raamwerk te implementeren dat de GGG/BUM-dienst nader toelicht**, met een duidelijke afbakening van de twee raadplegingen en de respectieve functies ervan. Dit zou de toepassing van deze richtlijnen stroomlijnen en verbeteren, wat uiteindelijk gunstig zal zijn voor COPD-patiënten en hun behandelingsresultaten. Daarnaast moet er ook aandacht besteed worden aan voldoende budget voor voorlichting over, implementatie en bevordering van de nieuwe GGG/BUM-dienst.

#### 4.1. Aanpakken van de informatiehiaten

Bij de behandeling van COPD is het cruciaal om de samenwerking en communicatie tussen gezondheidswerkers te verbeteren. Dit omvat een betere interactie tussen artsen, paramedici, kinesisten, apothekers en alle gezondheidswerkers om ervoor te zorgen dat patiënten de onmisbare begeleiding krijgen.

Effectief informatie uitwisselen is essentieel voor geïntegreerde zorgtrajecten en langdurige revalidatie, in de eerstelijnszorg of via een multidisciplinaire aanpak. Om hiaten in de communicatie na het voorschrijven tussen specialisten en interactie met thuisverpleegkundigen aan te pakken, is medisch-farmaceutische samenwerking van het grootste belang.

Ten slotte dient een uitgebreid inzicht in de medische voorgeschiedenis van een patiënt en begeleiding een gezamenlijk doel te zijn van alle gezondheidswerkers die bij de zorg voor COPD-patiënten betrokken zijn.

#### 4.2. Stimuleren van therapietrouw en samenwerking in de gezondheidszorg

Therapietrouw is een basisaspect van de GGG/BUM-dienst, en het is hierbij belangrijk dat **apothekers niet de enigen zijn die de therapietrouw van de patiënt stimuleren**. Specialisten zijn ook bevoegd om

<sup>44</sup> <https://www.zorgzaamleuven.be/ggg-copd>

<sup>45</sup> <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/apothekers/begeleidingsgesprek-chronische-astmapatienten#:~:text=discr etie%20gegarandeerd%20zijn,-,Welke%20vergoeding%20krijgt%20u%20voor%20de%20GGG%2Ddienstverlening%3F,het%20begeleidingsgespre k%20dus%20volledig%20gratis.>



GGG/BUM-procedures voor hun patiënten voor te schrijven. Om dit te vergemakkelijken, is de APB van plan om een **systematisch informatie-uitwisselingssysteem** op te zetten zodra er een GGG/BUM-procedure met specifieke patiënten van start gaat, zodat specialisten van de gesprekken op de hoogte zijn.

Bovendien weten weinig patiënten dat ze gebruik kunnen maken van GGG/BUM-procedures om meer bij hun behandeling betrokken te zijn. Een voorbeeld om lokale informatie-uitwisseling tussen apothekers, huisartsen en specialisten te verbeteren, is het bestaande medisch-farmaceutisch overleg. Patiënten moeten herhaaldelijk **gestructureerde instructies** krijgen **over correcte inhalatietechnieken en medicatie follow-up**. Dit proces vereist een betere organisatie, mogelijk met betrokkenheid van verschillende gezondheidszorgprofielen om training te geven in de ziekenhuisomgeving of als ondersteuning voor eerstelijnsartsen. **We hebben veelzijdige docenten nodig die huisartsen kunnen ondersteunen op gebieden zoals diabetes, COPD, stoppen met roken en nog veel meer, en de samenwerking tussen apotheken en andere gezondheidswerkers moet worden vergemakkelijkt. Ook moet de rol van longverpleegkundigen en gespecialiseerde kinesisten groter worden, omdat ze een cruciale rol spelen bij het uitleggen van de juiste inhalatietechnieken.**

## Aanbevelingen

10. **Stimuleer interdisciplinaire samenwerking en investeer in informatie-uitwisselende platforms, zoals COZO**, om de zorg voor COPD-patiënten te verbeteren en een naadloze communicatie tussen alle gezondheidswerkers gemakkelijker te maken. Zorg ervoor dat deze platforms voor alle betrokken gezondheidswerkers toegankelijk zijn. Breid tegelijkertijd bestaande initiatieven uit, zoals medisch-farmaceutisch overleg, om de communicatie tussen kinesisten, apothekers, eerstelijnsartsen en specialisten te verbeteren, ter stimulering van een omgeving met gedeelde kennis die cruciaal is voor de behandeling van COPD.
11. **Ontwikkel en implementeer gestandaardiseerde training en opfrisprogramma's voor gezondheidswerkers**, om ervoor te zorgen dat ze over de nodige kennis en vaardigheden beschikken, vooral op gebieden als inhalatietechnieken, om COPD-patiënten te informeren over het correcte gebruik van inhalatoren en de noodzaak om zich aan hun behandeling te houden.
12. **Ontwikkel voorlichtingsprogramma's voor patiënten**, om de kennis te vergroten over de rol van gezondheidswerkers bij de behandeling van COPD, het belang van therapietrouw en de manier waarop patiënten actief kunnen deelnemen aan hun eigen zorg. Het is hierbij belangrijk om de inhoud van de programma's af te stemmen op de deelnemers, en rekening te houden met factoren zoals sociaaleconomische achtergrond. Daarnaast moeten patiëntenverenigingen van dergelijke projecten op de hoogte worden gebracht.
13. **Zorg voor voldoende budget voor voorlichting over, implementatie en bevordering van de nieuwe GGG/BUM-dienst.**

**Deze whitepaper is het resultaat van een rondetafelgesprek met belanghebbenden op 4 oktober 2023. De volgende deelnemers hebben het gesprek bijgewoond en steunen de inhoud en aanbevelingen van deze paper:**



Prof. Dr. Guy Brusselle (UZ Gent – BeRs), Peggy Namêche (BeRs), Hendrik De Roker (APB), Michael Storme (APB), Dr. Stefan Teughels (Domus Medica), Hilde Deneyer (VAN), Prof. Dr. Thérèse Lapperre (UZA – BeRS COPD working group), Prof. Dr. Didier Cataldo (Université de Liège), Prof. Dr. Eric Marchand (CHU UCL Namur), Victor Nevelsteen (COPD vzw), afgevaardigden van AstraZeneca België en Chiesi België.