



Patiënten informatie map

Deze gids biedt waardevolle ondersteuning en inzichten voor mensen die leven met COPD. Ontdek praktische tips en medische informatie om u te helpen uw COPD-beheer te verbeteren en een vol en bevredigend leven te leiden.

Raadpleeg uw arts als u medische vragen hebt.

Inhoud

Wat is COPD?	3
Cijfers over COPD	4
Chronische bronchitis en emfyseem	4
Kortademigheid	6
Opstoten	7

Oorzaken van COPD en factoren die een rol spelen	8
Roken	9
Vervuilde omgeving	9
Erfelijke factoren	10
Voorgeschiedenis van astma, vroeggeboorte en infecties	10

Diagnose van COPD	11
--------------------------	-----------

COPD gaat verder dan de longen	13
---------------------------------------	-----------

Behandeling van COPD	15
Medicamenteuze behandeling van COPD	17
Medicatie	17
Inhalatie	19
Vaccinatie	21
Zuurstoftherapie	22
Niet-medicamenteuze behandeling van COPD	23
Rookstop	23
Lichaamsbeweging	25
Training	28
Aanpassingen in het dagelijkse leven	29
Gezonde voeding	31
Mentaal welzijn	33
Invasieve behandelingen	35
Palliatieve zorgen	36
Individuele aanpak	37

Sociale en fiscale voorzieningen	38
Inkomensvervangende tegemoetkomingen	39
Sociale voordelen	40
Patiëntenvereniging COPD vzw	41

Mijn COPD-dagboek	42
--------------------------	-----------

Mijn COPD-vragen	47
-------------------------	-----------

Deze brochure werd ontwikkeld voor patiënten met COPD, hun familie, omgeving en mantelzorgers.

De aandoening COPD en de behandeling ervan omvatten veel uiteenlopende aspecten, waarvan zowel patiënten als zorgverleners niet altijd op de hoogte zijn. Echter geldt niet elk advies of behandeling voor elke patiënt en is een individuele aanpak noodzakelijk. Vaak blijven er nog veel vragen na de diagnose of tijdens verdere opvolging ondanks herhaald contact met zorgverleners. Hierdoor zoeken patiënten en omgeving antwoorden op diverse kanalen en media, waarbij tegenstrijdige of onjuiste informatie net nog meer verwarring of vragen oproept.

We hopen hierop een antwoord te kunnen bieden met dit document, waarbij we op basis van de huidige wetenschappelijke kennis en internationale aanbevelingen de patiënt en zijn omgeving zo goed en volledig mogelijk willen informeren over COPD. Gezien deze aandoening en zijn diverse behandelingen erg omvattend zijn, kan er niet in detail op elk aspect ingegaan worden, maar vormt deze brochure wel een leidraad om met uw zorgverleners in gesprek te gaan en bijkomende informatie te vragen.

Wij hopen dat dit document u en uw omgeving goed kan informeren, en zo kan bijdragen aan een beter inzicht en controle van uw aandoening.

Deze brochure werd door een medisch team specifiek ontwikkeld voor patiënten. De inhoud is gebaseerd op internationale aanbevelingen en medische literatuur die voorhanden is anno 2024.

Hierbij werden volgende bronnen geconsulteerd:

1. Stolz D, Mkorombindo T, Schumann DM, Agusti A, Ash SY, Bafadhel M et al. Towards the elimination of chronic obstructive pulmonary disease: a Lancet Commission. Lancet. 2022 Sep 17;400(10356):921-972. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01273-9.
2. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease;2024;1-218 available at <https://goldcopd.org/2024-gold-report/> (laatst geraadpleegd oktober 2024)
3. COPD in the 21st Century. Edited by Jadwiga A. Wedzicha, James P. Allinson and Peter M.A. Calverley. Published in 2024. DOI: 10.1183/2312508X.erm10324. ISBN (electronic): 978-1-84984-176-4
4. Vlaams Instituut Gezond Leven beschikbaar op www.gezondleven.be (laatst geraadpleegd oktober 2024)
5. Hoge Gezondheidsraad België, beschikbaar op <https://www.hgr-css.be/> adviezen (laatst geraadpleegd oktober 2024)
6. Pulmonary Rehabilitation. Edited by Anne E. Holland, Simone Dal Corso and Martijn A. Spruit. Published in 2021. DOI: 10.1183/2312508X.erm9321. ISBN (electronic): 978-1-84984-140-5



Wat is COPD?

Wat is COPD?

COPD of chronisch obstructief longlijden is een chronische longaandoening die gekenmerkt wordt door luchtwegontsteking en afbraak van longweefsel, wat leidt tot luchtwegvernauwing. Personen die lijden aan COPD hebben last van kortademigheid. Dikwijls is er een hoest aanwezig waarbij slijmen kunnen worden opgegeven.

COPD is een aandoening die vaak met de tijd verder evolueert. De aandoening is grotendeels onomkeerbaar en daarom ongeneeslijk. Toch kan er heel wat gebeuren om de vooruitgang van de aandoening af te remmen en de klachten te beperken. Het is daarom belangrijk de aandoening tijdig op te sporen en de patiënten die eraan lijden op verschillende vlakken te ondersteunen.

Cijfers over COPD

In België wordt geschat dat ongeveer 600.000 personen lijden aan COPD. Daarvan hebben er velen nog geen diagnose gekregen, ze hebben dus COPD zonder dat zij dit zelf weten. COPD is niet alleen veelvoorkomend, het is wereldwijd de derde doodsoorzaak en heeft dus een erg belangrijke sociale en economische impact.

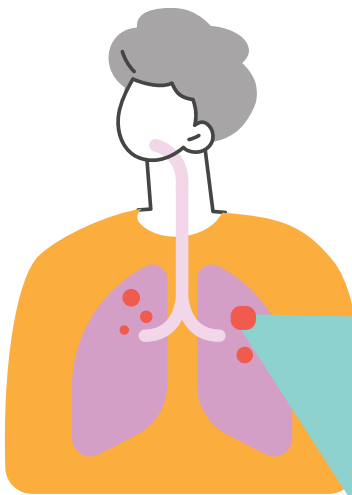
Chronische bronchitis en emfyseem

COPD komt meestal voor in een mengvorm van 2 ziektebeelden: chronische bronchitis en emfyseem.

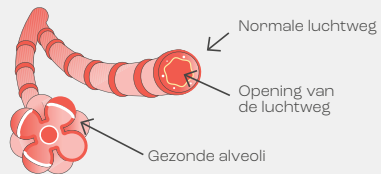
Longen bestaan uit luchtwegen die herhaaldelijk vertakken en daardoor steeds kleiner worden. Via deze luchtwegen stroomt de lucht in en uit de longen. Aan het einde van de luchtwegen bevinden zich de longblaasjes, ook alveolen genoemd. Deze zien eruit als kleine zakjes die gevuld zijn met lucht. Door de wanden van deze longblaasjes wordt de ingeademde zuurstof opgenomen in het bloed en gaat koolzuurgas van het bloed naar de longen, waarna het wordt uitgeademd.

Bij chronische bronchitis ontsteken de luchtwegen, tot de kleinste takjes, waardoor ze vernauwen en meer slijm kunnen produceren. Dat heeft als gevolg dat patiënten kortademig worden en sommigen hoesten om de slijmen uit het lichaam te verwijderen.

Emfyseem betekent vernieling van de longblaasjes. Wanneer er minder goede longblaasjes zijn, kan er minder zuurstof worden opgenomen in het bloed. Daarnaast zorgt emfyseem voor een verminderde elasticiteit van de longen. De lucht kan niet voldoende uit de longen geraken tijdens het uitademen, waardoor te veel lucht achterblijft in de longen. Men noemt dit hyperinflatie. Ook dit zorgt voor kortademigheid, want het is voor patiënten moeilijk om diep in te ademen bovenop de grote hoeveelheid lucht die zich na het uitademen nog in de longen bevindt. Daarenboven komen de ademhalingspijpen onder druk. Ademhalingspijpen zijn spieren die de longen open trekken en laten leeglopen. Ze zorgen ervoor dat de longen hun taak kunnen vervullen. Bij patiënten met ernstig COPD moeten deze spieren harder werken. Ook dit veroorzaakt kortademigheid.

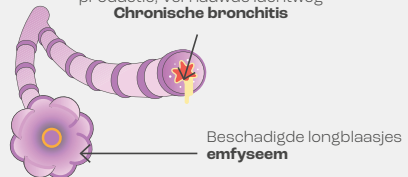


Gezonde luchtwegen



COPD

Ontsteking en een teveel aan mucus (slijm)
productie, vernauwde luchtweg
Chronische bronchitis



Kortademigheid

Voor veel mensen met COPD is kortademigheid het belangrijkste en meest invaliderende symptoom van hun aandoening. We spreken van kortademigheid als patiënten de indruk hebben weinig lucht te krijgen of moeite hebben om te ademen. In het beginstadium van de aandoening zullen patiënten voornamelijk kortademigheid ervaren tijdens zware inspanningen zoals over meerdere verdiepingen de trap opgaan, bergop wandelen of bij het dragen van lasten. Naarmate de aandoening evolueert, zullen patiënten ook kortademig worden bij dagelijkse activiteiten, zoals zich wassen en aankleden.



De kortademigheid tijdens het uitvoeren van activiteiten wordt door patiënten als zeer hinderlijk ervaren. Het is echter toch belangrijk om in de mate van het mogelijke actief te blijven. Als patiënten minder bewegen, zal hun conditie verder achteruitgaan en zal de kortademigheid nog toenemen.

Opstoten

Toegenomen kortademigheid



Meer hoesten



Meer of gekleurd slijm



Patiënten met COPD kunnen opstoten krijgen. Een opstoot, ook wel een longaanval of een exacerbatie genoemd, is een plotse en tijdelijke verergering van de symptomen. Deze opstoten gaan gepaard met een toename van kortademigheid, al dan niet meer hoesten en/of opgeven van meer en/of gekleurde slijmen. Er kan ook koorts, piepende ademhaling, snellere hartslag of beklemmend gevoel op de borst aanwezig zijn.

Een opstoot kan veroorzaakt worden door een virale of bacteriële infectie of door andere prikkels zoals luchtvervuiling, maar vaak is de oorzaak niet duidelijk. Opstoten kunnen leiden tot een snellere achteruitgang van de ziekte. Tijdig ingrijpen en contact opnemen met de huisarts is dus essentieel voor een goed herstel.

Afhankelijk van de oorzaak en de bevindingen van de arts, wordt er een behandeling gestart met corticosteroiden, al dan niet aangevuld met antibiotica en een hogere dosis inhalatietherapie. In sommige gevallen zijn de klachten zo ernstig dat een opname in het ziekenhuis noodzakelijk is.

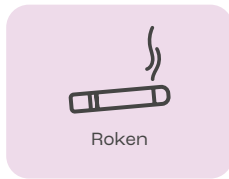
Sommige patiënten hebben meerdere opstoten per jaar; anderen zullen bijna nooit een opstoot krijgen. Het is belangrijk om dit met uw arts te bespreken omdat dit uw onderhoudsbehandeling en verdere opvolging mee bepaalt.



Oorzaken van COPD en factoren die een rol spelen

Oorzaken van COPD en factoren die een rol spelen

Roken



COPD kan meerdere oorzaken hebben. In de westerse wereld is roken de meest voorkomende oorzaak.

In sigaretten zitten schadelijke stoffen die een ontsteking van de luchtwegen in gang zetten.

Die ontsteking zal op lange termijn schade

en vernauwing van de luchtwegen geven naast afbraak van longblaasjes. Hoe meer mensen roken, hoe groter het risico dat ze COPD zullen ontwikkelen.

Passief roken (mee-roken via de omgeving) verhoogt ook het risico op COPD. Daarnaast kan ook het roken van cannabis en ander druggebruik COPD veroorzaken. Het is dus erg belangrijk om te stoppen met roken, omdat dit de beste manier is om het verlies van longfunctie te vertragen bij COPD. Of het gebruik van e-sigaretten of vaperen het risico op COPD verhoogt, wordt volop onderzocht gezien deze vloeistoffen chemische producten bevatten waarvan het effect op de longen op lange termijn ook schadelijk kan zijn.

Vervuilde omgeving



Een langdurige blootstelling aan giftige stoffen of kleine stofdeeltjes kan ook een oorzaak van COPD zijn. Deze blootstelling kan zowel tijdens het werk als thuis plaatsvinden. Het kan gaan om verschillende soorten stoffen, bijvoorbeeld dampen die vrijkomen bij verbranding van hout of andere producten, uitlaatgassen, chemische stoffen enz.

Erfelijke factoren



Familie
voorgeschiedenis

Niet alle rokers hebben COPD. Ongeveer 3 op de 10 rokers krijgen de diagnose COPD. Rokers sterven vaak vroegtijdig, maar ook overerfbare factoren spelen een rol. Om die reden komt COPD in sommige families vaker voor. In sommige gevallen kan men een duidelijke erfelijke oorzaak aanduiden, zoals bij patiënten met alfa-1 antitrypsine tekort. Het eiwit alfa-1 antitrypsine wordt bij hen niet correct aangemaakt door een fout in het genetisch materiaal. Dit eiwit is nodig om de longen te beschermen tegen allerlei schadelijke factoren. Alfa-1 antitrypsine tekort is een genetische aandoening en is daarom overdraagbaar naar volgende generaties.

Voorgeschiedenis van astma, vroeggeboorte en infecties



Voorgeschiedenis
van respiratoire
infecties

Slecht behandeld of ernstig astma verhoogt het risico op COPD, net als het hebben van veel longontstekingen, tuberculose of hiv. Vroeggeboorte gaat dikwijls gepaard met onvoldoende groei van de longen; bij deze lagere reserve zal bij een verlies van longfunctie eerder COPD worden vastgesteld.



Diagnose van COPD

Diagnose van COPD

COPD wordt gediagnosticeerd door middel van longfunctietesten. Deze testen hebben als doel om na te gaan hoe de longen werken en in welke mate ze beschadigd zijn. Een spirometrie is het longfunctieonderzoek dat het meest wordt uitgevoerd. Het is een eenvoudige test waarbij men in een spirometer diep dient in te ademen om vervolgens krachtig en lang uit te ademen. Tijdens een spirometrie wordt de éénsecondewaarde (afgekort ESW of FEV₁) en de geforceerde vitale capaciteit (afgekort FVC) gemeten. De ESW is de hoeveelheid lucht die men kan uitblazen op één seconde tijd. De FVC is de totale hoeveelheid lucht die men geforceerd kan uitademen na een volledige inademing.

Bij een vermoeden van COPD wordt de diagnose bevestigd door de bovenstaande waarden te gaan vergelijken met elkaar en met waarden van gezonde personen met hetzelfde geslacht, leeftijd en lengte. Bij aanwezigheid van verminderde luchtstroom tijdens geforceerd uitademen (= luchtwegvernauwing of obstructie), in combinatie met het klinisch beeld wordt de diagnose bevestigd. COPD wordt in stadia ingedeeld. Een eerste indeling gebeurt op basis van de ernst van luchtwegvernauwing (ESW of FEV₁) en bepaalt of de patiënt zich in een zogenaamd stadium 1, 2, 3 of 4 bevindt.

In een tweede indeling voegt men aan het cijfer 1, 2, 3 of 4 een letter toe, namelijk A, B of E. Deze letter wordt bepaald door de klachten van de patiënt en de ernst en het aantal opstoten dat doorgemaakt werd. Een correcte indeling in deze internationale classificatie is belangrijk, aangezien het een leidraad is voor de verdere behandeling. Bijkomende onderzoeken, zoals aanvullende longfunctietesten (volumes en gasuitwisselingscapaciteit), een scan van de longen of een bloedname, kunnen ook gepland worden bij de diagnostiek.



COPD komt
nooit alleen

COPD gaat verder dan de longen

COPD gaat verder dan de longen



Patiënten met COPD hebben vaak nog andere aandoeningen, wat comorbiditeiten worden genoemd.

Deze aandoeningen komen vaker voor bij COPD omdat ze dezelfde risicofactoren kennen, maar ook omdat de ontsteking in de longen ook andere organen kan beïnvloeden. COPD kan

dus andere aandoeningen mee veroorzaken of verergeren. Deze aandoeningen bepalen in belangrijke mate mee het ziekteverloop en liggen dikwijls mee aan de basis van de klachten en beperkingen. Om die reden worden ze best actief opgespoord en voorkomen waar mogelijk. De meest voorkomende aandoeningen zijn hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 (suikerziekte), spierzwakte, osteoporose, longkanker en depressie.

Om deze aandoeningen te voorkomen of beter te controleren, is het belangrijk een gezonde levensstijl te hanteren, bestaande uit niet roken, voldoende lichaamsbeweging, gezonde voeding en correct innemen van medicatie. Ter preventie van hart- en vaatziekten is het overigens belangrijk om uw bloeddruk, suiker- en cholesterolwaarden goed te controleren. Indien comorbiditeiten aanwezig zijn, dienen ze ook goed behandeld te worden.

Naast het voorkomen van andere ziektes weten we dat veel patiënten te kampen hebben met ongecontroleerd verlies van urine. Door verhoogde drukken bij hoesten en hyperinflatie en algemene spierverswakking, kunnen ook de bekkenbodemspieren verzwakt zijn. Aarzel niet om met uw arts over deze klachten te spreken zodat hij/zij u kan doorverwijzen naar een bekkenbodembiotherapeut.

Behandeling van COPD

Behandeling van COPD



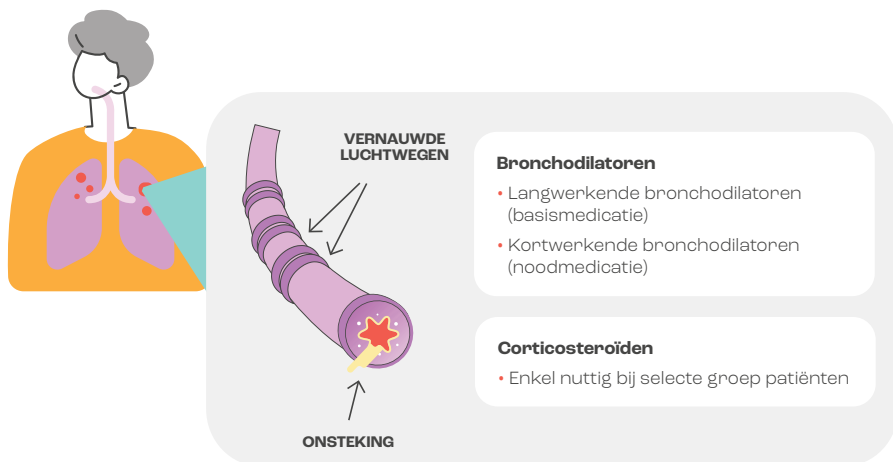
COPD is een ongeneeslijke maar behandelbare aandoening. Het doel van de behandeling is verdere beschadiging van de longen te beperken en patiënten zo kwaliteitsvol mogelijk te laten leven met de resterende longfunctie.

Een goede behandeling van COPD bestaat uit verschillende componenten en kent naast medicatie ook een aantal belangrijke adviezen naar levensstijl toe.

Volledige rookstop, voldoende lichaamsbeweging en gezonde voeding zijn daarbij de belangrijkste maatregelen. Een goede en tijdige behandeling van opstoten en comorbiditeiten is daarnaast essentieel.

Medicamenteuze behandeling van COPD

Medicatie



De belangrijkste geneesmiddelen bij de behandeling van COPD zijn bronchodilatoren of luchtwegverwijders. Er bestaan langwerkende en kortwerkende bronchodilatoren. Ze worden meestal toegediend via inademing of inhalatie, door patiënten vaak 'puffers' genoemd.

De langwerkende bronchodilatoren worden beschouwd als de basistherapie voor patiënten met COPD. Patiënten dienen deze dagelijks te gebruiken; de frequentie hangt af van het specifieke voorschrift. Er bestaan twee soorten langwerkende bronchodilatoren, die op een verschillende manier de spanning van de spiercellen rond de luchtwegen gaan verminderen. Het gevolg daarvan is een verbetering van de vernauwing van de luchtwegen die ontstaan is als gevolg van de aandoening.

Kortwerkende bronchodilatoren kunnen beschouwd worden als noodmedicatie. Het doel van deze medicatie is om een snelle verbetering te bekomen bij forse kortademigheid.

Het is echter belangrijk om te onthouden dat deze kortwerkende geneesmiddelen de basistherapie met langwerkende middelen niet kunnen vervangen.

Naast bronchodilatoren bestaan er inhalatiecorticosteroïden. Deze verminderen de ontsteking die zich in de luchtwegen voordoet. Inhalatiecorticosteroïden worden niet standaard voorgeschreven. Ze zijn vooral nuttig voor patiënten die frequente longopstoten hebben of bij wie bepaalde ontstekingscellen aanwezig zijn, die we ook vaak terugvinden bij mensen met astma.

Bronchodilatoren en inhalatiecorticosteroïden worden vaak gecombineerd in 1 inhalatietoestel; zo hebben patiënten geen 2 of 3 verschillende toestelletjes nodig om toch de nodige medicatie toe te dienen. Er zijn heel wat verschillende merken en toestellen beschikbaar, zie verder onder het hoofdstuk inhalatie.

De aard en de hoeveelheid inhalatiemedicatie die wordt voorgeschreven, hangt af van de ernst van de aandoening, klachten en opstoten. Op basis van de onderzoeken en een persoonlijk gesprek met uw arts, zal hij/zij een individueel aangepaste behandeling opstellen. Het doel van de inhalatietherapie is het verbeteren van de longfunctie, symptomen, levenskwaliteit en het verminderen van het aantal opstoten. Het kan COPD echter niet genezen. Echter is het erg belangrijk ze stipt en trouw in te nemen, ook op dagen dat u weinig klachten ervaart.

Op het moment dat er zich een opstoot voordoet, kan uw arts beslissen om voor bepaalde tijd een bijkomende behandeling op te starten. Type en dosis van inhalatietherapie kan dan aangepast worden, alsook kunnen er corticosteroïden in tabletten of zelfs via infuus gestart worden. Het is belangrijk om deze medicatie op korte termijn terug af te bouwen omdat langdurige inname ernstige bijwerkingen kan veroorzaken. De arts zal ook oordelen of het nodig is om antibiotica toe te voegen aan de behandeling. Voor patiënten met frequente opstoten kunnen nog andere behandelingen door de longarts voorgeschreven worden met als doel het aantal opstoten verder te verminderen.

Dit kan bijvoorbeeld gaan om tabletten die de ontstekingsreactie proberen onderdrukken of zeer gerichte behandelingen dewelke meestal via injectie worden toegediend en aan strikte terugbetalingscriteria onderworpen zijn (de zogenaamde biologicals). Veel nieuwe behandelingen voor COPD zijn nog in onderzoeksfase of nog niet beschikbaar op de Belgische markt.

Inhalatie

Bronchodilatoren en inhalatiecorticosteroïden worden meestal toegediend onder de vorm van inhalatoren, ook wel “puffers” genoemd. Door het inademen van medicatie komen de stoffen rechtstreeks in de luchtwegen terecht en kunnen de geneesmiddelen daar meteen inwerken, wat helpt om de systemische opname in het bloed en de bijwerkingen te beperken.

Er bestaan twee soorten inhalatietoestellen: dosisaerosols en droogpoederinhalatoren. De werking en de wijze van toediening verschilt bij beide toestellen.

Bij **een dosisaerosol** zal de medicatie door middel van drijfgas het toestelletje verlaten en in de luchtwegen terechtkomen. Het is hierbij belangrijk om langzaam en diep in te ademen na een volledige uitademing. Het voordeel is dat deze toestelletjes compact zijn en er weinig inspanning nodig is om de medicatie naar binnen te trekken. Het nadeel is dat er een goede coördinatie dient te zijn tussen het duwen op het toestel om de medicatie vrij te geven en het inademen ervan.

De aflevering is daarom sterk afhankelijk van de techniek waarmee het uitgevoerd wordt. Het gebruik van een voorzetkamer kan hier een oplossing bieden. Een voorzetkamer is een tussenstuk dat op het inhalatietoestel geplaatst wordt. De medicatie wordt in deze voorzetkamer vrijgegeven en kan vervolgens rustig ingeademd worden. Belangrijk is hier om deze voorzetkamer goed te onderhouden.

Een **droogpoederinhalator** werkt zonder drijfgas. De patiënt dient snel en diep in te ademen na een volledige uitademing en trekt op die manier zelf de medicatie uit het toestel. Het voordeel is dat het starten van de inhalatie niet moet samenvallen met het activeren van het toestel. Het nadeel is dat de aflevering dus ook hier sterk afhankelijk is van de juiste techniek.

Vroeger werd er vaak gebruik gemaakt van grotere **aerosoltoestellen of vernevelaars** om medicatie te inhaleren. Het uitvoeren van deze therapie nam behoorlijk wat tijd in beslag. Daarnaast zijn er heel wat nadelen aan verbonden. Uitzonderingen buiten beschouwing gelaten, is het gebruik van de compacte inhalatoren te verkiezen boven het gebruik van een vernevelaar.

Het is belangrijk om medicatie correct en trouw in te nemen. Uit onderzoek weten we dat mensen vaak niet de juiste techniek kennen of gemakkelijk hun behandeling vergeten. Het gevolg is dat de medicatie bij heel wat patiënten slechts beperkt in de longen terechtkomt en dus onvoldoende soelaas biedt. Het juiste gebruik van een inhalator vergt wat uitleg en oefening. Aarzel niet om bij twijfel uw (long)arts, verpleegkundige of apotheker om advies te vragen.



Bij de behandeling van COPD is het van groot belang om uw medicatie strikt te nemen zoals voorgeschreven door uw arts. Aarzel niet om uw arts aan te spreken, zo u problemen of moeilijkheden ervaart met het opvolgen van het voorschrift.



**Neem zeker een kijkje op deze site.
U vindt er instructievideo's van verschillende
soorten inhalatoren met de juiste werkwijze.**

www.belgianrespiratorysociety.be/nl/inhalation-video

Vaccinaties

Gezien opstoten vaak veroorzaakt worden door infecties, wordt vaccinatie strikt aanbevolen bij patiënten met COPD. Momenteel wordt in nationale en internationale aanbevelingen vaccinatie tegen griep, coronavirus (COVID-19), pneumokokken (=bepaalde longontsteking), kinkhoest, RSV en Herpes Zoster aangeraden. Het herhalingsschema en de terugbetaling is afhankelijk van de individuele patiënt en het type vaccin. Uw arts kan dit voor uw persoonlijke situatie met u bespreken. De aanbevelingen voor vaccinatie worden regelmatig aangepast op basis van nieuwe wetenschappelijke informatie. Bespreek dus jaarlijks met uw huisarts of uw longarts welke vaccinaties voor u aangewezen zijn.

Zuurstoftherapie

Bij de meeste patiënten met COPD is er geen zuurstoftekort in rust. Ze zijn kortademig bij inspanningen en dit kan soms wel gepaard gaan met een lichte daling van de hoeveelheid zuurstof in het bloed, desaturatie genoemd. Deze desaturatie herstelt snel en spontaan na de inspanning, tijdens de rustpauze, en is niet gevaarlijk.

Zuurstoftekort tijdens inspanning heeft géén belangrijke impact op de levensverwachting. Het gebruiken van een zuurstofsupplement heeft bij deze patiënten dus meestal geen meerwaarde. Wanneer patiënten bij inspanningen een ernstig zuurstoftekort ontwikkelen, kan de arts wel overwegen om draagbare zuurstof in te schakelen bij inspanningen (niet in rust) bv. voor activiteiten buitenshuis of bij kinesitherapie. Dit heeft geen effect op het verdere verloop van de aandoening, maar kan er wel voor zorgen dat de patiënt iets meer kan doen.

Bij ernstig COPD kan er ook een zuurstoftekort ontstaan in rust, zonder dat er inspanning wordt gedaan. In dat geval kan een arts zuurstoftherapie voorschrijven. Patiënten krijgen hiervoor een vaste zuurstofconcentrator die ze in huis gebruiken en een draagbare concentrator die ze buitenshuis kunnen meenemen.

Na een ernstige opstoot en/of hospitalisatie kan er soms ook tijdelijk, voor een kortere periode, zuurstof voorgeschreven worden om te gebruiken tijdens het verdere herstel thuis.

Niet-medicamenteuze behandeling van COPD

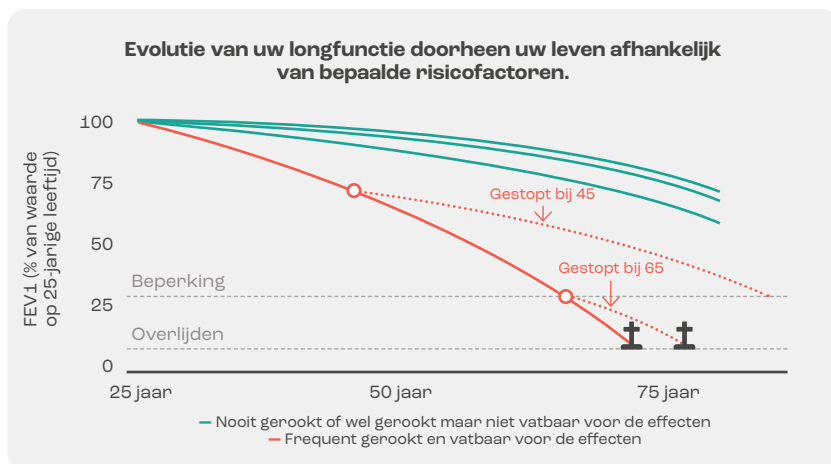
Rookstop

Rookstop is niet alleen belangrijk om COPD te voorkomen, maar het is ook cruciaal eens de diagnose gesteld is. Dit is de belangrijkste stap om verder verlies van longfunctie tegen te gaan. Daarenboven hebben patiënten die blijven roken meer opstoten dan patiënten die gestopt zijn met roken. Rookstop is dus ook essentieel om het aantal opstoten te beperken.

Ook de longfunctie van gezonde mensen zal dalen naarmate ze ouder worden. Dat is een normaal verschijnsel en levert meestal geen probleem, aangezien onze longen heel wat reserve hebben. Het verlies in longfunctie omwille van de ouderdom wordt opgevangen door deze reserve.

Door het roken kan deze reserve versneld verdwijnen. Een lichte daling in longfunctie geeft geen symptomen, maar zodra de reserve volledig verdwenen is, ontstaan de klachten van kortademigheid. Soms ontwikkelen mensen pas op latere leeftijd COPD, wanneer ze al jaren gestopt zijn met roken. Hun reserve is deels opgebruikt ten gevolge van het roken. Verder verlies van longfunctie op basis van hun ouderdom veroorzaakt dan klachten. Hoe sneller mensen stoppen met roken, hoe minder reserve ze opgebruiken en hoe kleiner de kans dat ze klachten zullen ontwikkelen of dat bestaande klachten zullen verergeren.

Er zijn verschillende manieren om te stoppen met roken. Een tabacoloog is iemand die zich gespecialiseerd heeft in het begeleiden van mensen die van hun rookverslaving willen afgeraken. De combinatie van de adviezen van een tabacoloog met medicatie of nicotine vervangende producten is bewezen effectief. Zowel een tabacoloog als nicotinevervangende producten worden ten dele terugbetaald. Vraag uw arts om advies over hoe u dit kan aanpakken.



100% is uw maximale longfunctie die doorgaans bereikt wordt op de leeftijd van 25 jaar. Doorheen uw leven zal deze van nature afnemen met de jaren. Deze afname zal verschillend zijn bij de ene of andere persoon (groene lijnen). Wanneer u rookt, kan het zijn dat deze longfunctie een pak sterker zal afnemen dan bij niet-rokers. Wanneer u tijdig stopt met roken zal dit de afname van uw longfunctie afremmen (stippellijn). Elke patiënt heeft een bepaald punt waarbij zijn/haar longfunctie zodanig gereduceerd is, dat er een beperking ervaren zal worden. Wanneer de longfunctie te drastisch is afgenomen, is dit ook één van de redenen dat COPD-patiënten komen te sterven.

Aangepast van Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. Br Med J 1977; 1: 1645–1648.¹

Ook online vindt u info over rookstopbegeleiding en adressen in uw buurt waar u geholpen kan worden. Laat u zeker niet ontmoedigen als het niet van de eerste keer lukt om te stoppen met roken. Uit elke poging zijn lessen te trekken voor een volgende keer en is de kans dat het dan wel lukt groter.



www.tabakstop.be

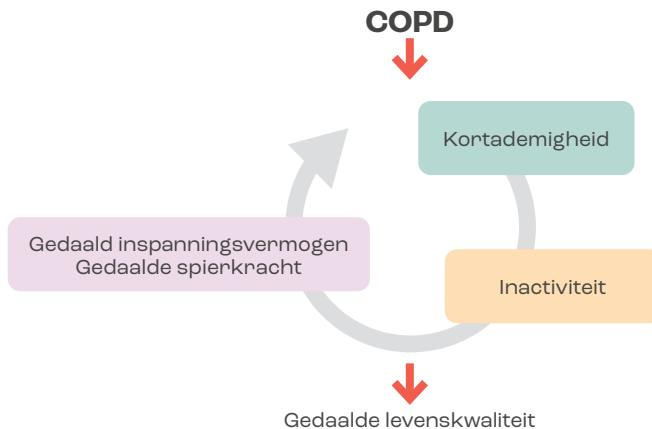
Vind informatie over rookstopbegeleiding en adressen van een tabacoloog in uw buurt via deze sites.



<https://www.respiratoinegezondheid.be/thema/rookstop>

Lichaamsbeweging

Patiënten met COPD ervaren kortademigheid bij het uitvoeren van inspanningen. Om deze klachten te vermijden, gaan ze vaak minder bewegen. Hierdoor zullen hun spierkracht en conditie echter dalen. Een slechtere conditie en zwakke spieren vergen net nog meer van onze longen, waardoor de klachten van kortademigheid nog toenemen voor eenzelfde inspanning. Het gevolg daarvan is vaak dat patiënten nog minder zullen bewegen en dat hun spierkracht en conditie nog meer achteruitgaan. Ze ervaren dus nog meer kortademigheid en komen zo in een vicieuze cirkel terecht.



Ondanks de kortademigheid die kan optreden bij het uitvoeren van inspanningen is het dus erg belangrijk voldoende te blijven bewegen. Bewegen zorgt ervoor dat een verlies van spierkracht en conditie vermeden wordt, en dat de klachten van kortademigheid beter onder controle blijven. Daarenboven heeft lichaamsbeweging nog andere belangrijke gezondheidsvoordelen. Bewegen verlaagt het risico op chronische aandoeningen en klachten, zorgt voor een betere botsterkte, verlaagt het risico op angst en depressie, zorgt voor een betere levenskwaliteit en verlaagt het risico op vallen.



Het gebruik van een stappenteller is een goede hulp om mensen te begeleiden naar meer beweging.

Een eerste belangrijk doel voor patiënten met COPD is om meer dan 5.000 stappen per dag te zetten. 5.000 stappen per dag noemt men de 'sedentaire drempel'. Meer actief zijn dan deze drempel is een eerste belangrijke stap naar gezondheidswinst.

Daarnaast wordt er aangeraden om de hoeveelheid beweging die men uitvoert gestaag op te bouwen tot een verhoging van gemiddeld 1.000 stappen per dag. 1.000 stappen komt overeen met 10 minuten extra bewegen. Zodra patiënten daarin slagen, daalt het risico op ziekenhuisopnames en opstoten.

Enkele vuistregels om meer te bewegen

- Kies een haalbaar stappendoel. Start bijvoorbeeld met het gemiddelde aantal stappen van de afgelopen week.
- Verhoog je stappendoel met sprongen van 500 stappen/dag.
- Volg het aantal stappen/dag op via de stappenteller of smartphone. Houd hiervan een overzicht bij.
- Bouw rustig op, stap per stap. Het is helemaal niet erg om eens een week niet te verhogen of een minder actieve week te hebben. Belangrijk is de winst te bekijken over meerdere weken en niet op te geven na een periode met minder stappen.

Tips om meer te bewegen

- Spreek af met lotgenoten om samen een activiteit te doen om uw motivatie te verhogen.
- Kies activiteiten die u leuk vindt om het bewegen vol te kunnen houden.
- Bedenk op voorhand een plan voor slecht weer. Fiets bijvoorbeeld op een hometrainer of ga wandelen in een shoppingcenter.
- Tracht regelmatig te bewegen doorheen de dag: neem regelmatig de trap, probeer korte afstanden te voet of met de fiets te doen, parkeer de auto bewust wat verder, doorbreek langdurig zitten door eens rond te wandelen in huis of tuin. Alle kleine beetjes helpen!

Training

Als gevolg van kortademigheid bij inspanningen is het niet altijd gemakkelijk om in beweging te blijven. Heel wat patiënten merken op een bepaald moment dat ze nog maar weinig activiteiten (kunnen) uitvoeren. Soms versnellen opstoten en/of ziekenhuisopnames dit proces.

Eens er een belangrijke verslechtering van conditie en spierkracht is ontstaan, slagen patiënten er meestal niet in om deze zelfstandig terug op te bouwen. Het verbeteren ervan vraagt een trainingsprogramma op maat van de (individuele) patiënt. Een kinesitherapeut die gespecialiseerd is in het trainen van patiënten met een longaandoening, is het best geplaatst om een effectief én haalbaar oefenprogramma te maken en patiënten te begeleiden in het opbouwen en boeken van vooruitgang. De training van spieren en conditie kan de schade aan de longen niet herstellen en beïnvloedt ook niet de longfunctiewaarden, maar zorgt ervoor dat patiënten weer meer activiteiten in het dagelijkse leven aankunnen en minder kortademigheid ervaren bij het uitvoeren ervan.

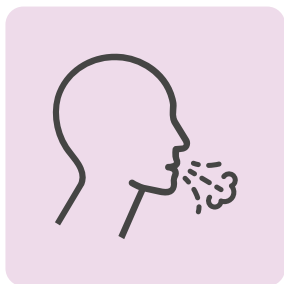
Deze fysieke training onder begeleiding van een kinesitherapeut kan zowel in een ziekenhuis als in een eerstelijnspraktijk voor kinesitherapie gevolgd worden.

De longarts of de huisarts kunnen u verder informeren en, rekening houdend met uw dossier enerzijds en de lokale mogelijkheden anderzijds, de verschillende opties bespreken. Uw (long)arts kan u ook documenten bezorgen voor verhoogde terugbetaling door het ziekenfonds indien u therapie start in een eerstelijnspraktijk en aan bepaalde voorwaarden voldoet.

Aanpassingen in het dagelijkse leven

Voor patiënten met COPD zijn vaak aanpassingen nodig om bepaalde activiteiten van het dagelijkse leven te kunnen blijven uitvoeren. Het kan helpen om activiteiten op een rustiger tempo te leren uitvoeren of om korte pauzes te nemen. Ook hulpmiddelen kunnen een grote meerwaarde zijn. Bijvoorbeeld een stoel plaatsen in de tuin om even te kunnen rusten tijdens tuinwerk of een wasmand op een stoel plaatsen om het ophangen van de was te vergemakkelijken. Een elektrische fiets kan er ook voor zorgen dat heel wat patiënten in beweging blijven.

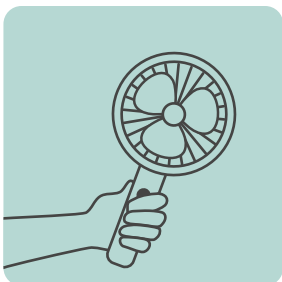
Verder bestaan er enkele technieken die kortademigheid kunnen verlichten en het mogelijk maken om gemakkelijker te bewegen.



Een eerste techniek is uitademen met getuite lippen. De luchtwegen zullen hierdoor minder vernauwen tijdens het uitademen, waardoor er meer lucht de longen kan verlaten. Patiënten voelen zich hierdoor minder kortademig. Ze kunnen dit uitvoeren door tijdens het uitademen de lippen te tuiten, zoals wanneer men een kaars uitblaast, en vervolgens lang uit te blazen. Deze techniek kan gebruikt worden tijdens en na het uitvoeren van inspanningen.



Daarnaast helpt het om steun te zoeken met de handen. Wanneer men ergens op leunt, worden de hulpademhalingsspieren geactiveerd. Deze spieren ondersteunen de ademhaling en dat leidt tot minder kortademigheid. Ook deze techniek kan zowel gebruikt worden tijdens het uitvoeren van activiteiten als tijdens de recuperatie ervan. Het gebruik van een rollator is gebaseerd op dit principe. Door het steunen van de handen op de rollator tijdens het stappen, kunnen de hulpademhalingsspieren de ademhaling ondersteunen waardoor patiënten langere afstanden kunnen afleggen en minder kortademigheid ervaren.



Het gebruik van een (hand)ventilator kan ook verlichting brengen. Het voelen van een luchtstroom op het gezicht kan zorgen voor een daling in kortademigheid tijdens inspanningen of een sneller herstel na de inspanning. Bij voorkeur wordt hiervoor een klein handventilatorje gebruikt dat op handbreedte van het gezicht heen en weer bewogen wordt ter hoogte van de neus en de mond.

Gezonde voeding

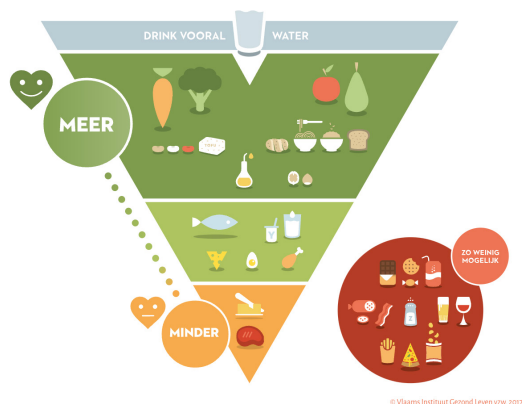
Patiënten met COPD lijden vaak aan over- óf ondergewicht. Beiden zijn nadelig voor de ziekte en de klachten die deze met zich meebrengt.

Ondergewicht is meestal het gevolg van een verhoogd energieverbruik (bijvoorbeeld doordat de ademhaling meer energie vergt) en/of een verminderde energie-inname (bijvoorbeeld door verminderde eetlust). Dit gewichtsverlies heeft een negatieve impact op het verdere verloop van de ziekte. Naast een gezonde, calorierijke voeding is bijvoeding bij deze patiënten soms noodzakelijk.

Ook belangrijk overgewicht kan aanwezig zijn en veroorzaakt extra kortademigheid. Bij deze patiënten is een gezonde, caloriearme voeding aangewezen omdat hun klachten fors kunnen verminderen wanneer ze vermageren. Voor beide situaties is goed advies door een diëtist aangewezen.

Wanneer patiënten een intensief trainingsprogramma volgen, zijn er eveneens aandachtspunten voor de voeding. Bij hen zal het bijvoorbeeld belangrijk zijn om voldoende eiwitten in te nemen, omdat dit de bouwstenen zijn voor de opbouw van spieren.

Naast aangepast advies bij mensen met over- of ondergewicht en bij training, is het voor patiënten met COPD, net zoals voor alle andere mensen, belangrijk om gezond te eten. We baseren ons hiervoor best op de voedingsdriehoek. Deze heeft 3 belangrijke uitgangspunten.



Eet meer plantaardige dan dierlijke voeding

Gemiddeld eten we te veel vlees en te weinig voeding van plantaardige oorsprong.

In de donkergroene zone van de voedingsdriehoek vinden we groenten en fruit terug, peulvruchten (bonen, kikkererwten, linzen), volle granen (volkoren brood, bruine rijst, haver-mout) en noten. Deze producten eten we best meer omdat dit de gezondheid ten goede komt. Vlees bevindt zich in de oranje zone. Hiervan eten we best minder.

Eet en drink zo weinig mogelijk lege calorieën

Lege calorieën zijn terug te vinden in de rode bol van de figuur. Het zijn frisdranken, koeken, chips, alcoholische dranken enz. Ze leveren energie maar bevatten nauwelijks of geen voedingsstoffen. Het is niet nodig om deze producten volledig te schrappen, maar eet deze producten best niet te vaak en slechts in kleine porties.



Hoe gezond eten aanpakken? Vind een berg informatie, tips en recepten op deze site.

<https://www.gezondleven.be/themas/voeding>

Mentaal welzijn



COPD kan allerlei reacties en gevoelens uitlokken, die voor het ontstaan van de ziekte niet aanwezig waren. Het gevoel geen lucht meer te krijgen, kan bijvoorbeeld heel wat angst en zelfs paniek opwekken.

Sommige patiënten maken zich zorgen over de toekomst; anderen verliezen sociale contacten omdat ze activiteiten op een trager tempo uitvoeren en lijden hieronder.

Deze zorgen en ervaringen kunnen aanleiding geven tot angstige en depressieve gevoelens. Die gevoelens kunnen op hun beurt COPD beïnvloeden, omdat het dan weer moeilijker wordt om de voorgeschreven richtlijnen (correcte medicatie-inname, rookstop, voldoende lichaamsbeweging ...) goed te blijven opvolgen. Het is daarom belangrijk om met die neerslachtige gevoelens aan de slag te gaan.

Naast de voedingsdriehoek, die besproken werd in vorige paragraaf, bestaat er de geluksdriehoek. Deze driehoek is opgebouwd met wetenschappelijke kennis over gelukkig zijn en zich goed voelen. U gelukkig voelen kan u voor een stuk zelf beïnvloeden. Daar wil die geluksdriehoek op inzetten. Het is belangrijk om te beseffen dat het onmogelijk is om altijd leuke en positieve gevoelens te ervaren. Het is wel haalbaar om te leren aan geluk te werken; aan het leren beheersen van het ongelukkig zijn.

Tips om zelf mee aan de slag te gaan

- Denk na over de vraag 'wat doet me (op)leven?' en tracht dit in uw leven te brengen. Misschien door creatief bezig te zijn? Sociale contacten? Anders naar uzelf te kijken? Een goed boek te lezen?
- Schrijf elke dag 3 (kleine) dingen op die u meemaakte en waarvoor u dankbaar bent. Het helpt u om de positieve elementen in het leven te kunnen zien, ook op momenten dat het minder gemakkelijk gaat.
- Stress levert spanningen in het lichaam op, maar heel wat mensen voelen dit niet aan. Maak af en toe ruimte en tijd om naar uzelf te kijken en naar spanningen in uw lichaam te luisteren.
- Durf neen te zeggen. Bescherm uzelf en stel grenzen waar nodig.
- Zoek verbondenheid op met anderen. Geef al eens een compliment aan anderen. Wees oprecht begaan met anderen en vraag naar wat hen bezighoudt. Zoek contact met mensen die u al even niet meer hoorde, bijvoorbeeld via een mailtje of telefoontje.

Bij sommige patiënten weegt de ziekte op een bepaald moment in hun leven zo zwaar door, dat het voor hen niet mogelijk is om zelfstandig uit deze neerslachtige periode te geraken. Het is dan erg belangrijk om hulp in te roepen. Bespreek deze gevoelens met uw huisarts of longarts. Eventueel kan u verwezen worden naar een psycholoog.



**Tips, oefeningen, filmpjes en verhalen van anderen:
meer informatie over de geluksdriehoek vindt u op deze site.**

<https://geluksdriehoek.be/>

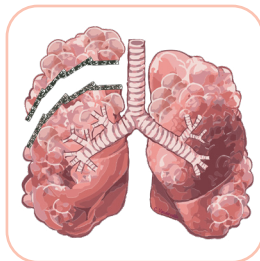
Invasieve behandelingen

Een beperkt aantal patiënten met ernstig COPD komt in aanmerking voor aanvullende behandelingen zoals longvolumereductie of longtransplantatie. Deze ingrijpende behandelingen kunnen enkel uitgevoerd worden wanneer u aan strikte voorwaarden voldoet en uw artsen denken hiermee een betere levenskwaliteit en levensverwachting te kunnen bereiken.

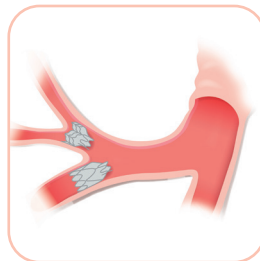
Als gevolg van vernauwde luchtwegen en verminderde elasticiteit van de longen bij COPD, blijft er een teveel aan lucht achter in de longen na het uitademen. Dit zorgt voor kortademigheid, want het is voor patiënten moeilijk om in te ademen bovenop deze grote hoeveelheid lucht die zich na het uitademen nog in de longen bevindt.

Bij een longvolumereductie-ingreep worden de delen met ernstig emfyseem, waar veel lucht gevangen zit zonder bijdrage aan de zuurstofuitwisseling, uitgeschakeld of weggehaald. Dit kan men op 2 manieren verwezenlijken: door eenrichtingsventieltjes (klepjes) in de longen te plaatsen of door de meest beschadigde delen van de long te verwijderen tijdens een operatie. Het doel van beide ingrepen is om de gezondere delen van de longen en de ademhalingsspieren meer ruimte te geven, zodat de longfunctie verbetert en patiënten minder kortademig worden tijdens inspanningen.

Longtransplantatie is de laatste behandeloptie in het eindstadium van de ziekte. Hierbij worden de beide longen van de patiënt weggenomen en vervangen door longen die worden afgestaan door een persoon die komt te overlijden (donor). Gezien het risico dat deze ingreep met zich meebrengt, en de nood aan levenslange inname van bepaalde medicatie, moet u aan strikte voorwaarden voldoen om hiervoor in aanmerking te komen.



©UZ Leuven



©UZ Leuven

Palliatieve zorgen



Het is erg moeilijk om voorspellingen te doen over de levensverwachting van patiënten met COPD. Normaal gezien zijn ze, ondanks hun diagnose, in staat om nog heel wat jaren een kwaliteitsvol leven te leiden. Naarmate de ziekte evolueert, kan bij sommige patiënten de levenskwaliteit op een gegeven moment sterk dalen, bijvoorbeeld door herhaalde ziekenhuisopnames of aanhoudende kortademigheid.

Het is hierbij belangrijk dat de patiënt beseft dat hij dit kan aankaarten bij zijn behandeld arts. Wanneer ziekenhuisopnames en behandelingen te belastend worden, kan er vooral gewerkt worden aan zo goed mogelijke symptoomcontrole en zoveel mogelijk comfort voor de patiënt. Het spreken hierover, en samen met naasten en zorgverleners beslissingen nemen rond de wensen en verwachtingen in de laatste levensfase, kan veel rust brengen bij de patiënt en diens omgeving. De resterende tijd kan hierdoor vaak nog erg zinvol ingevuld worden, en dit zowel voor de patiënt als voor zijn naasten.



Ontdek meer over een negatieve wilsverklaring

<https://leif.be/voorafgaande-zorgplanning/negatieve-wilsverklaring/>

Individuele aanpak

De standaard behandeling van een patiënt met COPD bestaat niet. Zowel wat medicamenteuze therapie als niet-medicamenteuze therapie betreft, dient er per individuele patiënt een behandelplan opgemaakt te worden op basis van zijn/haar specifieke noden, en dit op elk moment in zijn/haar behandeltraject. De huisarts vormt de hoeksteen bij het uitzetten van de therapie, eventueel aangevuld met een longarts.

Zij zullen het eerste aanspreekpunt zijn bij vragen en problemen, maar zij kunnen u ook doorverwijzen naar andere zorgverleners zoals een tabacoloog, diëtist en kinesitherapeut. In sommige ziekenhuizen wordt er multidisciplinair gewerkt. Dat wil zeggen dat er meerdere gezondheidsverstrekkers therapie kunnen geven binnen een revalidatieprogramma.

Het is niet altijd gemakkelijk om te leven met een chronische aandoening zoals COPD. Mits de juiste therapie ervaren heel wat patiënten echter een erg kwaliteitsvol leven en dit gedurende heel wat jaren. Blijf bij vragen of problemen dus zeker niet bij de pakken zitten. Zoek verdere informatie via de links in deze brochure of vraag raad aan uw huisarts, longarts of een andere zorgverstrekker.



Sociale en fiscale voorzieningen

Sociale en fiscale voorzieningen

Een chronische ziekte brengt helaas niet alleen aanpassingen in levensstijl met zich mee; het gaat vaak gepaard met extra kosten en logistieke problemen. Vanuit de overheid bestaan er tegemoetkomingen om financieel en/of logistiek te ondersteunen zoals een vervangingsinkomen en sociale voordelen.

Inkomensvervangende tegemoetkomingen

Zo lang mogelijk aan het werk kunnen blijven, is vaak belangrijk voor het zelfwaardegevoel en de sociale contacten. Toch kan het dat patiënten met COPD op een bepaald moment (tijdelijk) niet meer kunnen werken door hun aandoening. Zij hebben recht op een ziekte-uitkering van het ziekenfonds. Deze uitkering is afhankelijk van de duur dat u mogelijks arbeidsongeschikt zou zijn en het statuut waarin u voordien werkte. Bij het herstarten van het werk, kan bekeken worden of aangepast werk mogelijk is en/of er progressief herstart kan worden. In dit geval kan u herstarten met minder uren dan voorheen en heeft u naast uw loon ook nog recht op een gedeelte van een ziekte-uitkering.

Naast de uitkering van het ziekenfonds, kunnen patiënten met ernstige beperkingen in hun functioneren in aanmerking komen voor een inkomensvervangende tegemoetkoming en/of een integratietegemoetkoming van de FOD Sociale Zekerheid.

Sociale voordelen

Er bestaan heel wat sociaal financiële voordelen, verminderingen en vrijstellingen waarvan mensen met een aandoening kunnen genieten. We denken hierbij bijvoorbeeld aan: een parkeerkaart, zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, verhoogde tegemoetkoming voor medische prestaties, vermindering personenbelasting en onroerende voorheffing, maximumfactuur medische prestaties, tussenkomsten aanpassing woning, gemeentelijke mantelzorgpremie en nog heel wat andere mogelijkheden. Voor deze sociale voorzieningen gelden telkens verschillende voorwaarden om ze te kunnen aanvragen en te bekomen.

Meer informatie en hulp bij het doorlopen van de aanvraag-procedures voor zowel inkomensvervangende tegemoetkomingen als voor de sociale voordelen, kan u krijgen bij de sociale dienst van uw ziekenfonds, van uw gemeentebestuur of uw ziekenhuis tijdens opname.

Patiëntenvereniging COPD vzw



De patiëntenvereniging COPD vzw organiseert regelmatig activiteiten, brengt nieuwsbrieven uit en voorziet extra informatie voor de leden. Word lid door contact op te nemen via de website en vindt extra informatie.

Beste medepatiënten met COPD,

Wist je dat je niet alleen hoeft te zijn in je uitdagingen met COPD?

Er is een fantastische bron van steun en informatie speciaal voor COPD-patiënten: COPD vzw.

Deze COPD-patiëntenvereniging is er om jou te helpen en te ondersteunen in je dagelijkse leven met COPD.

Bij COPD vzw kun je in contact komen met andere patiënten die begrijpen wat je doormaakt. Je kunt ervaringen delen, tips uitwisselen en elkaar ondersteunen. Bovendien organiseert de patiëntenvereniging COPD vzw regelmatig activiteiten, brengt nieuwsbrieven uit en voorziet extra informatie voor de leden.

We nodigen je van harte uit om lid te worden van COPD vzw en deel uit te maken van onze gemeenschap. Samen kunnen we sterker staan in onze strijd tegen COPD. Word lid door contact op te nemen via de website waar je evenzeer extra informatie kan vinden.

Met vriendelijke groeten,

COPD vzw



www.copdvzw.be



Mijn COPD-dagboek

Mijn COPD-
dagboek

Mijn COPD-dagboek

Het regelmatig bijhouden van uw lichamelijke klachten, opstoten en behandelingen is erg belangrijk om u goed voor te bereiden op een aankomend doktersbezoek.

Gebruik het volgende dagboek.

U kunt het formulier “Mijn COPD-vragen” gebruiken om extra vragen toe te voegen.



Mijn COPD-vragen

Raadpleeg uw arts als u medische vragen hebt.

47

Mijn COPD-vragen

Elke doktersafspraken is een gelegenheid om vragen te stellen over uw behandeling en zorgen.

Denk van tevoren na over wat u tijdens uw volgende bezoek wilt bespreken.

De volgende vragen en invulbladen kunnen u helpen bij het voorbereiden van de vragen en het noteren van de antwoorden die u krijgt.

Voorbeelden van mogelijke onderwerpen die u met uw arts zou willen bespreken:



Levensstijl:
Sport,
alcoholgebruik,
roken, dieet



Van dag tot dag:
Sociaal leven,
seksualiteit



Toekomstige projecten:
Professioneel project,
familieproject,
reizen

Arts

Datum

Bezondheden:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vragen die ik hienoven wil stellen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informatie/antwoord die ik kreeg:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Arts

Datum

Bezondheden:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vragen die ik hienoven wil stellen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informatie/antwoord die ik kreeg:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Arts

Datum

Bezondheden:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vragen die ik hienover wil stellen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informatie/antwoord die ik kreeg:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Arts

Datum

Bezondheden:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vragen die ik hienover wil stellen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informatie/antwoord die ik kreeg:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Arts

Datum

Bezorgdheden:

Vragen die ik hierover wil stellen:

Informatie/antwoord die ik kreeg:

Arts

Datum

Bezorgdheden:

Vragen die ik hierover wil stellen:

Informatie/antwoord die ik kreeg:

Arts

Datum

Bezondheden:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vragen die ik hienover wil stellen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informatie/antwoord die ik kreeg:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Arts

Datum

Bezondheden:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vragen die ik hienover wil stellen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informatie/antwoord die ik kreeg:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

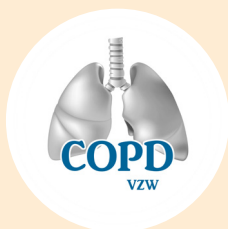
.....

De inhoud van deze brochure werd samengesteld door mevrouw Iris Coosemans, kinesitherapeut respiratoire revalidatie UZ Leuven, onder begeleiding van Prof. Dr. Stephanie Everaerts en in samenwerking met COPD vzw.

De auteurs van deze brochure bedanken hierbij graag:

- De collega's van het team 'Respiratoire revalidatie' van UZ Leuven voor hun aandeel in deze brochure.
- De BeRS COPD werkgroep voor het nalezen van deze brochure.
- Alle pneumologen, verpleegkundigen en andere zorgverstrekkers voor het nalezen van deze brochure.

Deze brochure kwam tot stand met de steun van GSK.



NP-BE-CPU-BROC-260001 - Maart 2026

RE: GlaxoSmithKline Pharmaceuticals s.a./n.v. Avenue Fleming 20, 1300 Wavre Belgium