



Zorgprogramma

Astma

Kenmerk RCH18.086-2.0
Datum April 2019
Status Definitief

Inhoudsopgave

	Inleiding	3
1	Zorgprogramma astma	5
2	Diagnostische fase en Voorbereiding	6
2.1	Stroomschema diagnostische fase	6
2.2	Screening / dossieronderzoek	10
2.3	Registratie	11
3	Nieuwe astma patient / Instabiele Fase	12
3.1.	Stroomschema instabiele fase	12
3.2.	Consult huisarts (scharnierconsult)	13
3.3.	Consult POH	14
4	Stabiele fase	17
4.1.	Stroomschema stabiele fase	17
4.2.	Consult HA en POH	18
5	Exacerbatie	20
5.1.	Stroomdiagram exacerbaties	20
5.2.	(vervolg) beleid exacerbaties	21
6	Stoppen met roken	22
6.1	Stoppen met roken	22
7		24
7.1	Verwijs- en terugverwijsafspraken met de longarts	24
7.2	overige zorgverleners	25

Inleiding

De Zorggroep wil komen tot gestructureerde astma-zorg in de regio. Het uiteindelijke doel van dit zorgprogramma is het bevorderen van een optimale behandeling van patiënten met astma die inhalatiesteroiden gebruiken of geïndiceerd zijn conform de NHG-standaard (astma stap 2 en 3) en/of patiënten met astma die roken (actueel).

In het zorgprogramma staat de inhoud van de behandeling van deze patiënten, welke opgebouwd kan zijn uit diverse fasen. Met de fasen wordt het zorgprogramma samengesteld, waardoor er een op evidentie gebaseerde behandelaanpak beschikbaar komt voor deze groep patiënten.

Een zorgprogramma wordt gedefinieerd als een weergave van een systematische aanpak van de behandeling en de zorg voor een specifieke patiëntengroep met als doel het leren omgaan met ziekte, voorkoming of uitstel van complicaties en/of van verergering van ziekte met behoud van optimale kwaliteit van leven.

Het zorgprogramma Astma is bedoeld voor alle deelnemende huisartsenpraktijken van de Zorggroep RCH Midden-Brabant aan het zorgprogramma Astma. De keuzes ten aanzien van de diagnostiek en behandeling sluiten aan bij de NHG-standaard Astma (2012) en de nieuw ontwikkelde Zorgstandaard Astma 2015. Dit zorgprogramma voldoet aan de laatste richtlijnen.

Het zorgprogramma is gebaseerd op de landelijke richtlijnen, zorgstandaarden en regionale afspraken:

- [NHG standaard astma, 2015](#)
- [Zorgstandaard astma LAN, oktober 2012](#)
- Protocollaire astma/COPD-zorg (boek, editie 2015)

Definitie

Bij astma is er sprake van een chronische ontstekingsreactie van de luchtwegen die samengaat met de neiging van het luchtwegsysteem sneller en heftiger te reageren op luchtweg vernauwende prikkels. Er is sprake van toegenomen luchtweggevoeligheid (bronchiale hyperreactiviteit). Dit resulteert bij patiënten in wisselend ernstige klachten, zoals kortademigheid, benauwdheid, piepende ademhaling en (nachtelijk) hoesten. De luchtwegvernauwing is variabel en veelal reversibel, hetzij spontaan, hetzij onder invloed van medicatie (1).

Prevalentie

De prevalentie van de astmapatiënten binnen het DBC is landelijk gemiddeld 3% (30:1000).

Uit ervaring van zorggroepen leert dat uiteindelijk 1,5-2,0% van de populatie in dit zorgprogramma is geïncludeerd.

Voorwaarde voor deelname DBC astma

- Bereidheid om gemiddeld 20 uur te investeren in de voorbereiding (dossieronderzoek), waarbij er begeleiding wordt geboden door een consultant van de RCH en dit dossieronderzoek zal voor de start worden afgerond.
- Er is deelname aan DBC COPD waarbij de geïncludeerde COPD-patiënten volgens de richtlijnen van het zorgprogramma COPD worden gezien. Hierbij zal voor de (proces) indicatoren CCQ en MRC-scorelijst, Rookstatus en beweegstatus >80% moeten worden behaald.
- Deelname DM en (mogelijk) CVRM zijn op orde en worden volgens DBC-normen gezien.
- Er is geen ander zorgprogramma gestart in het afgelopen jaar.
- Praktijk werkt met VIPLive van Calculus.
- Beschikbaarheid 1,65 uur POH/PVK uur en voor huisarts 0,6 uur per week per normpraktijk voor uitvoering zorgprogramma Astma
- Deelname aan startersbijeenkomst/scholing astma.

Hoofdstuk 1

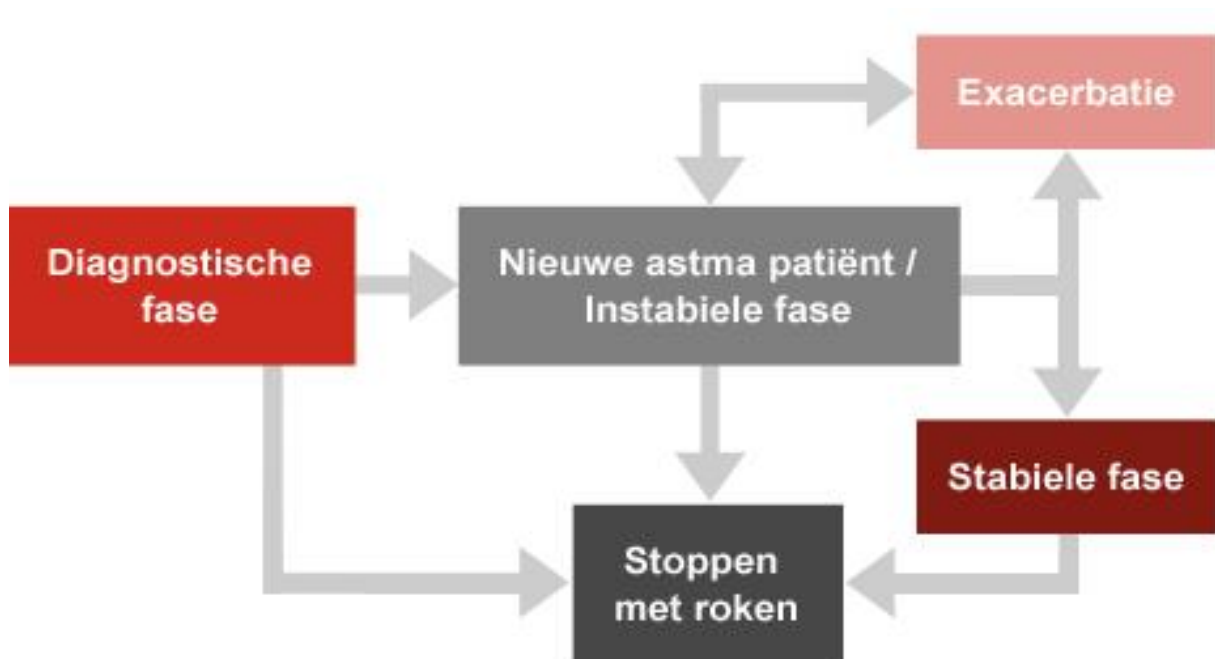
Zorgprogramma Astma

Het doel van het zorgprogramma astma is het streven naar goede astmacontrole bij de patiënt. Om dit te bereiken bestaat het zorgprogramma uit verschillende fasen/modules:

- Hoofdstuk 2; Diagnostische fase/voorbereiding
- Hoofdstuk 3; Nieuwe patiënt/instabile fase
- Hoofdstuk 4: Stabiele fase
- Hoofdstuk 5: Exacerbatie
- Hoofdstuk 6: Stoppen met roken

Vanaf hoofdstuk 2 wordt de inhoud van het astma spreekuur beschreven aan de hand van een stroomschema, met daarin een uiteenzetting van taken, frequentie en tijdsinvestering. Deze indeling volgt de route van de patiënt door het zorgproces in de huisartsenpraktijk, zoals volgens de DBC-normen is afgesproken. Iedere fase van het zorgprogramma wordt beschreven.

Hieronder vindt u het volledig stroomschema met hoofdfasen van het zorgprogramma dat vervolgens in hoofdstukken zal worden uitgewerkt.

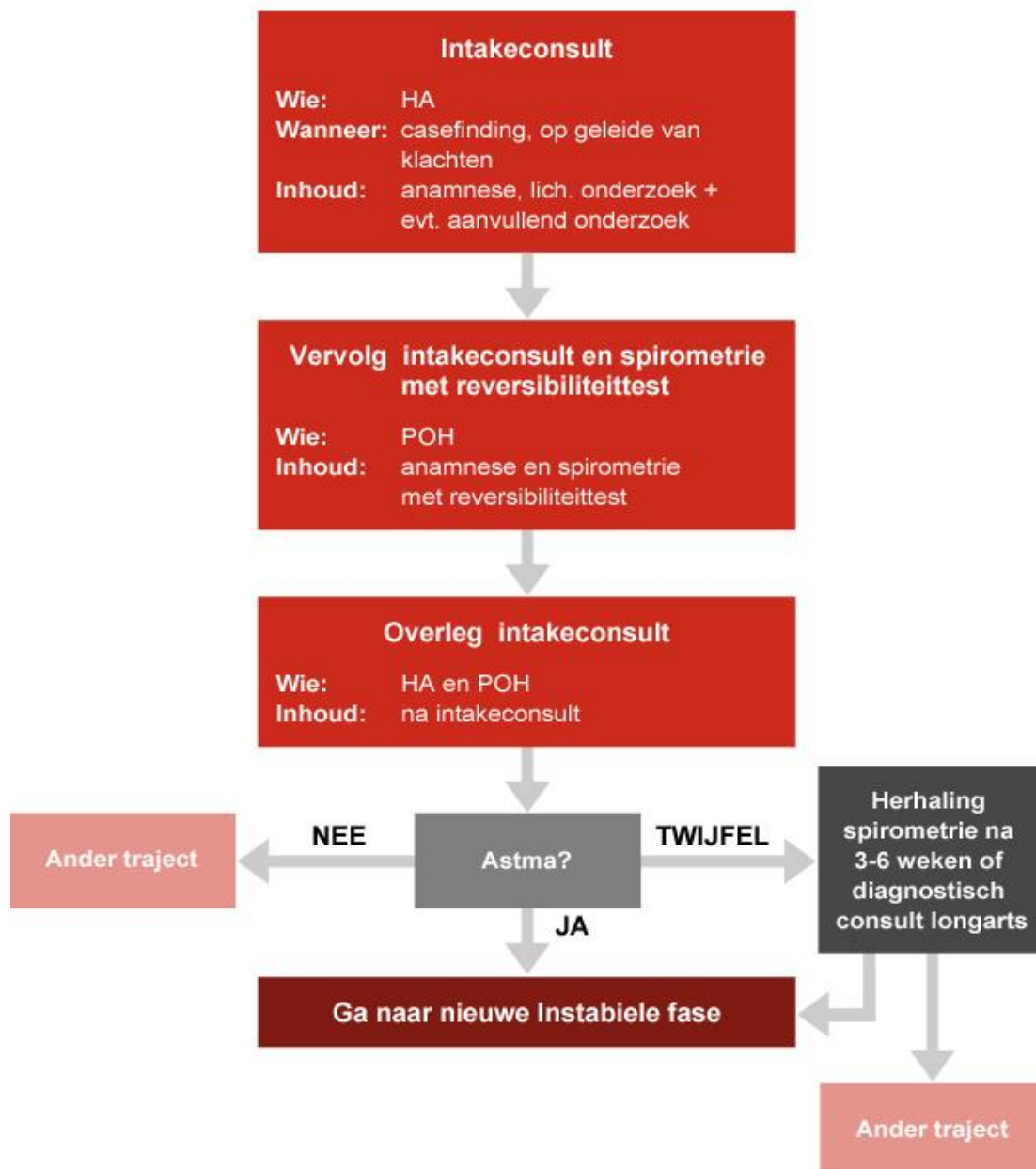


Hoofdstuk 2

Diagnostische fase en Voorbereiding

2.1. Diagnostische fase (Niet in DBC: declaratie via consulten)

Voordat bepaald kan worden of een patiënt zorgprogramma astma aangeboden moet worden dient eerst zekerheid te bestaan over de diagnose "astma". Bij volwassenen dient daarvoor het volgend diagnostisch proces doorlopen te worden.



Intake consult

Anamnese (huisarts)

Denk aan astma bij dyspnoe, een piepende ademhaling of langer dan 3 weken bestaande hoestklachten.

Besteed onder andere aandacht aan:

- Aard en ernst van de luchtwegklachten;
- Voorgeschiedenis
- Familie
- Aanwijzingen voor allergische prikkels (vergeet de bovenste luchtwegen niet)
- Aanwijzingen voor niet allergische prikkels
- Roken

Uitgebreide informatie over de anamnese vindt u terug op www.nhg.org (Astma bij volwassen M27). Tevens kan men gebruik maken van de [anamnese-vragenlijst astma/COPD](#)

Lichamelijk onderzoek

Let op de mate van dyspnoe, het gebruik van hulpademhalingspierspieren en de inspiratiestand.

Ausculteer de longen; let op verlengd expirium en expiratoir piepen en bepaal bij ernstige dyspnoe de ademhalings- en hartfrequentie. Ander lichamelijk onderzoek wordt verricht als de anamnese daartoe aanleiding geeft.

Aanvullend onderzoek

I. Spirometrie, zie ook *vervolg intake*.

- Voorafgaand aan test: 8 uur geen *kortwerkende* en 12-24 uur geen *langwerkende* bronchusverwijder.
- Doe altijd een reversibiliteitstest ongeacht de uitslagen van de pre-waarden.
- Bij licht verlaagde waarden na bronchusverwijding of twijfel tussen astma en COPD: herhaal spirometrie na 6 - 12 weken.

Uitgebreidere informatie over de uitvoering en interpretatie van spirometrie vindt u terug op www.nhg.org (Astma bij volwassen M27), [protocol spirometrie](#) en www.cahag.nl.

Bij patiënten die al inhalatiecorticosteroïden gebruiken, maar waarbij twijfel over de diagnose astma bestaat is het raadzaam om een diagnostische spirometrie te verrichten 3-6 weken ná het staken van deze medicatie. Informeer deze patiënten dat zij mogelijk meer klachten kunnen krijgen en instrueer ze zo nodig gebruik te maken van rescue-medicatie (kortwerkende luchtwegverwijders).

II. Screeningstest op inhalatieallergenen

Bij alle patiënten met aanwijzingen voor astma wordt een allergologisch onderzoek aanbevolen met behulp van een screeningstest op inhalatieallergenen in het bloed. Aanwezigheid van allergeen specifieke IgE-antilichamen komt bij 50-70% van de volwassenen met astma voor. De uitslagen kunnen behulpzaam zijn bij besluit tot prikkelreductie.

Vervolg intakeconsult en spirometrie met reversibiliteitstest

De huisarts vermoedt astma op basis van anamnese en heeft de patiënt verwezen naar de POH voor diagnostiek.

In deze fase worden de volgende taken/onderzoeken uitgevoerd:

- Anamnese-vragenlijst astma/COPD
- Gestructureerde vragenlijst ACQ
- Spirometrie met reversibiliteitstest

Gegevens verzamelen

Verzamel de gegevens door middel van de anamneselijst intake astma/COPD en laat de patiënt de gestandaardiseerde vragenlijst ACQ tijdens het consult invullen.

- Aard en ernst van de klachten (hoest, piepende ademhaling, dyspnoe).
- Mate van hinder klachten (frequentie klachten, beperkingen).
- Roken (heden, verleden, pakjaren).
- Arbeidssituatie (beroep, ziekteverzuim).
- Ongewenst gewichtsverlies.
- Psychosociale factoren (angst dyspnoe, klachten depressie, sociale situatie).
- Allergieonderzoek is alleen nodig als er aanwijzingen zijn dat allergische prikkels een rol spelen in de klachten (mengbeeld astma en COPD).

Uitvoering en Interpretatie spirometrie

Uitvoering spirometrie volgens protocol. In de diagnostische fase zal er altijd een reversibiliteitstest worden afgenomen.

Bij de beoordeling van spirometrie d.m.v. **beoordelingsformulier ROER** zal door de huisarts worden uitgevoerd.

Enkele kanttekeningen hierbij zijn:

- Bij een discrepantie tussen de klachten en de longfunctieafwijkingen wordt een X-Thorax aanbevolen
- Bij vermoeden van hartfalen voert de huisarts verdere diagnostiek uit
- Herhaling spirometrie na 3-6 weken bij twijfel over diagnose

Overleg intakeconsult HA/POH

Astma = Ja

De diagnose astma wordt gesteld bij patiënten die periodiek klachten hebben van dyspneu en expiratoir piepen al dan niet met hoesten. Reversibiliteit na bronchusverwijding bij spirometrie ondersteunt de diagnose en is obligaat voor de diagnose bij patiënten met periodiek hoesten zonder dyspneu of expiratoir piepen. Astmaklachten die optreden tijdens of na inspanning ('inspanningsastma') zijn meestal een uiting van slechte astmacontrole. Inspanningsastma dient te worden onderscheiden van kortademigheid door bewegingsarmoede of bij overgewicht of obesitas.

Astma én COPD = Ja

Astma náást COPD is aannemelijk bij patiënten > 40 jaar met een relevante rookgeschiedenis of een andere risicofactor voor COPD én anamnestic vermoeden van astma gecombineerd met een herhaalde FEV1/FVC ratio < 0,7, waarbij reversibiliteit (toename van FEV1 > 12% en meer dan 200 ml) na bronchusverwijding de diagnose astma ondersteunt.

Bij patiënten met de dubbeldiagnose astma/COPD wordt een keuze gemaakt in welk zorgprogramma zij geïnccludeerd worden. Criteria hierbij zijn:

- Bij een relevante rookhistorie (> 20 jaar roken of > 15 pakjaren) wordt gekozen voor ICPC- code R95 (COPD)
- Bij het ontbreken daarvan en de aanwezigheid van een Astmavoorgeschiedenis (of allergie) voor ICPC-code R96 (Astma).

Het is niet mogelijk om de patiënt voor beide DBC te includeren.

Astma = Twijfel

Maak een afspraak voor de patiënt voor herhaling spirometrie na 3-6 weken.

Bij blijvende onzekerheid over de diagnose astma kan een histamine- of metacholine provocatietest, veelal in de tweede lijn, overwogen worden en/of een diagnostische consultatie van de longarts, zoals

- Discrepancie tussen klachten (anamnese, ACQ) en objectieve bevindingen bij onderzoek en spirometrie
- Aanwijzingen voor restrictieve longaandoeningen of longcarcinoom
- Verdenking "beroepsastma", waardoor werk of beroepsplanning gevaar lopen

2.2. Screening/dossieronderzoek

Dit gebeurt op basis van:

- Leeftijd 16 jaar en ouder
én
- ATC-codes relevant aan Astma/COPD
- ICPC R96 en R96 én R95
- Mogelijke ruiters of andere episodes die door praktijk zelf zijn aangemaakt
- Rookhistorie indien bekend of ICPC P17

Van deze personen wordt vastgesteld op basis van hun dossiergegevens of de diagnose astma bevestigd kan worden. Bij twijfel over de juistheid van de diagnose is aanvullende diagnostiek nodig (zie hoofdstuk 2 diagnostiek). Indien de diagnose in het verleden door de longarts gesteld is mag deze als valide beschouwd worden.

Vervolgens wordt bij de patiënten met diagnose astma bekeken of zij in aanmerking komen voor inclusie in het ketenzorgprogramma op basis van de volgende criteria:

Inclusie ketenzorgprogramma:

- Patiënt met Astma (ICPC R96) en
- Leeftijd 16 jaar en ouder
- Patiënt stemt in met deelname ketenzorg
- Patiënt met astma gebruikt inhalatiesteroïden of is geïndiceerd inhalaticorticosteroïden te gebruiken conform de NHG-standaard (astma stap 2 en 3).

Exclusie ketenzorgprogramma:

- Patiënt met astma is onder behandeling van een longarts.
- Patiënt had volledige controle over zijn astma zonder gebruik van inhalatiesteroïden gedurende minimaal de afgelopen 12 maanden (astma stap 1).
- Ernstige co morbiditeit waardoor ketenzorg niet zinvol is

De volgende stap is deze patiënten op te roepen voor het spreekuur om de inclusiecriteria te verifiëren en opname in ketenzorg te bespreken. Bij instemming wordt de patiënt opgenomen in het ketenzorgprogramma.

Dubbeldiagnose:

Bij patiënten met de dubbeldiagnose astma/COPD wordt een keuze gemaakt in welk zorgprogramma zij geïnccludeerd worden. Criteria hierbij zijn:

- Bij een relevante rookhistorie (> 20 jaar roken of > 15 pakjaren) wordt gekozen voor zorgprogramma COPD
- Bij het ontbreken daarvan en de aanwezigheid van een Astmavoorgeschiedenis (of allergie) voor zorgprogramma Astma

2.2. Registratie

Tijdens de screening van de praktijkpopulatie is het van belang de patiënten die in aanmerking komen voor de ketenzorg astma goed te registreren.

Hiervoor is nodig:

- Alle patiënten coderen met ICPC-code **R96, hoofdbehandelaar astma = Huisarts én deelname Ketenzorg astma = Ja** in het HIS.
In geval van mengbeeld: gefixeerde obstructie door langbestaand onderbehandeld Astma - dan R95 aanmaken, maar alles blijven registreren onder R96.
- Aanmaken van het Astma-protocol in het HIS of gebruik het standaard RCH protocol dat in het HIS is ingevoerd.
- Het is een voorwaarde om bij de patiënten die bekend zijn bij de longarts dit duidelijk te registreren (hoofdbehandelaar astma = specialist + deelname ketenzorg astma = nee) in het HIS, gekoppeld aan de episode en ICPC-code R96. Hiermee wordt inzichtelijk hoeveel personen in de tweede lijn onder behandeling zijn en hoe substitutie vorm krijgt in de nabije toekomst.

Als een patiënt in de keten (in de DBC) opgenomen moet worden, dienen de volgende instellingen naast bovengenoemde punten a en b, in het HIS worden gedaan:

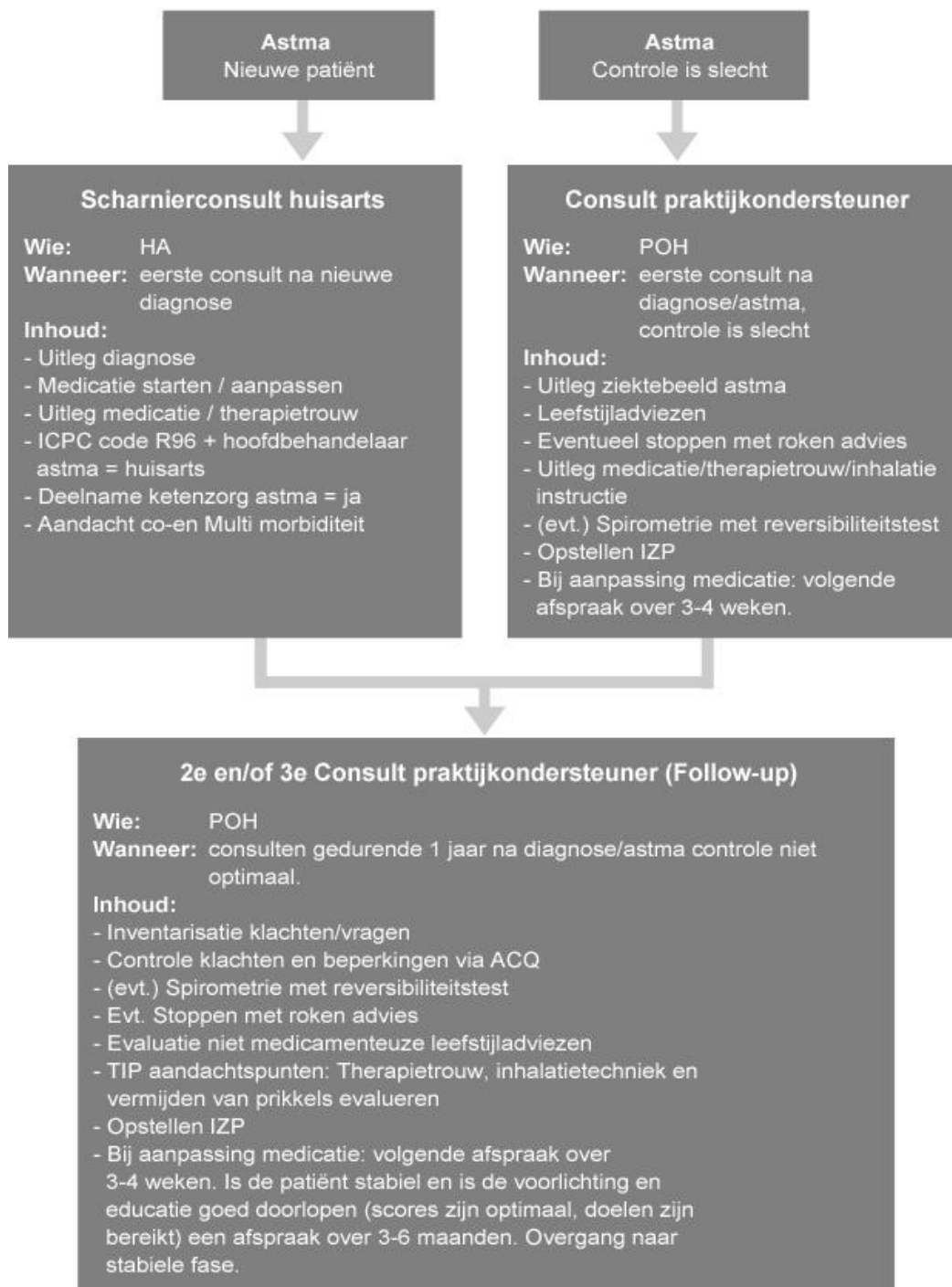
- Stamgegevens in het HIS, inclusief BSN moeten volledig zijn ingevuld.
- Bij patiënten met de dubbeldiagnose astma/COPD wordt een keuze gemaakt in welk zorgprogramma zij geïncorporeerd worden en zal men onderstaande metingen moeten aanmaken voor de inclusie in het juiste DBC:
 - **DBC COPD:** bij een relevante rookhistorie (> 20 jaar roken of > 15 pakjaren)
Registratie:
Hoofdbehandelaar COPD en Astma = huisarts
ICPC R95 en ICPC R96
Deelname ketenzorg COPD = ja
Deelname ketenzorg Astma = nee
 - **DBC Astma:** bij het ontbreken van relevante rookhistorie en de aanwezigheid van een Astma voorgeschiedenis en gebruik structureel ICS-medicatie
Registratie:
Hoofdbehandelaar COPD en Astma = huisarts
ICPC R95 en ICPC R96
Deelname ketenzorg astma = ja
Deelname ketenzorg COPD = nee

Tevens is het van belang bij het uitvoeren van een zorgprogramma te registreren door middel van kwaliteitsindicatoren om transparantie over de uitgevoerde zorg te bieden. De kwaliteitsindicatoren genoemd in de Zorgstandaard (LAN) maken hier onderdeel van uit en er is tevens een set landelijke (verplichte) indicatoren. [Zie overzicht registratie chronische zorg.](#)

Hoofdstuk 3

Nieuwe astma patiënt / Instabiele fase

3.1. Stroomschema Instabiele fase (declaratie via DBC)



Kenmerken patiënten:

- Nieuwe diagnose astma
- Astma-controle is slecht (i.t.t. matige of goede controle)

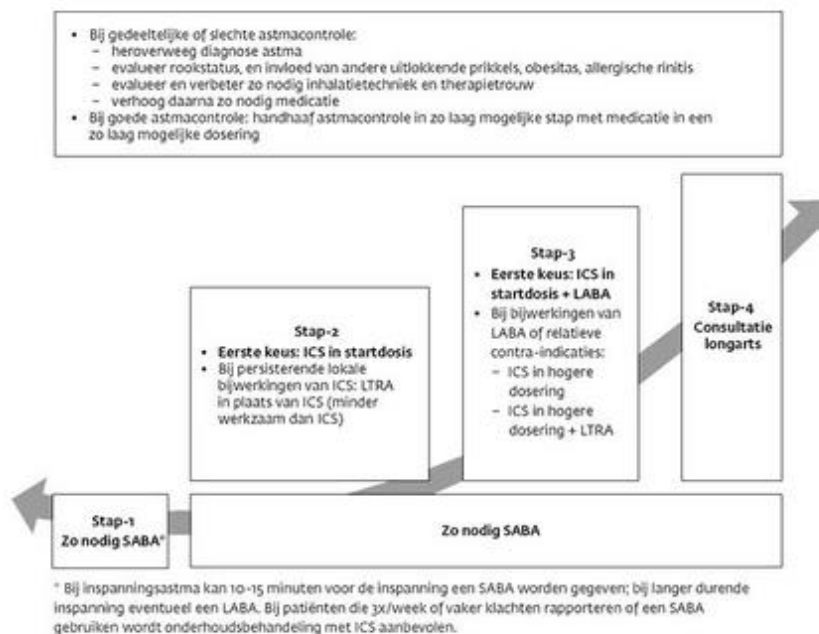
Gemiddeld zal hiervoor 1 consult bij de huisarts (zgn. “scharnierconsult”, 20 minuten) en 3 consulten bij de praktijkondersteuner nodig zijn gedurende één jaar.

3.2. Consult huisarts (scharnierconsult)

In het scharnierconsult, dat binnen 2 weken na spirometrie zal plaatsvinden, zet de huisarts de lijnen uit voor de begeleiding van een patiënt met Astma. De huisarts bespreekt de diagnose, hoe de patiënt en de hulpverleners samenwerken en welke zorg nodig is. De huisarts zal de patiënt duidelijk maken welke rol de patiënt hierin zelf heeft.

De aandachtspunten voor het gesprek zijn:

- Uitleg aan patiënt wat betreft diagnose (aandacht voor chronische factor) en behandeling.
- ICPC-codering R96/ hoofdbehandelaar aanvinken + deelname ketenzorg astma = ja
- Griepvaccinatie bespreken en evt. griep ruitering/code (R44) toekennen.
- Check motivatie bij aanpassing leefstijl (bv. stop roken bij rokende astmapatiënt)
- Ketenzorgpartners introduceren zoals POH
- Aandacht co-en Multi morbiditeit (evt. uitslag X-thorax, pro-BNP)
- Uitleg werking medicatie en belang therapietrouw
- Medicamenteuze behandeling (conform NHG standaard 2012)



Figuur 1 Medicamenteuze behandeling astma bij volwassenen: stappenplan

Afsluiting en vervolgafspraken

- Bespreek de onderwerpen die uit het consult naar voren zijn gekomen en bespreek de persoonlijke streefdoelen en leg dit vast in het protocol Astma in het HIS.
- Maak een vervolgafspraak bij de praktijkondersteuner voor een vervolgconsult met de patiënt, afhankelijk van de termijn waarop een volgende evaluatie gewenst is. Bij medicatiewijzigingen zal er een afspraak over 3-4 weken bij huisarts of praktijkondersteuner plaatsvinden.

3.3. Consult POH

Gemiddeld zal in deze fase, 3 consulten nodig zijn bij de praktijkondersteuner gedurende één jaar.

Eerste consult POH: 2-6 weken na scharnierconsult

- Uitleg ziektebeeld astma (voorlichtingsmateriaal, bijv. thuisarts.nl of Longfonds)
- Uitleg uitlokkende factoren bij astma: bijv. roken, allergische prikkels, stress
- Herhaal eventueel bij onvoldoende of matige controle longfunctieonderzoek (met eigen medicatie)
- Leefstijladviezen:
 - Check motivatie stoppen met roken
 - Start met eenvoudige saneringsadviezen (evt. saneringshuisbezoek longverpleegkundige in de regio afspreken)
 - Aandacht voor bewegen en sport
 - Aandacht voor voeding/over-ondergewicht, bepaal BMI
- Bespreek evt. psychosociale factoren: bv. angst voor dyspnoe
- Medicatie:
 - Medicatie uitleg:**
 - Werking, volgorde van inname, tijd tussen twee inhalaties, bijwerkingen, belang therapietrouw, onderhoudsplan bespreken
 - Inhalatie instructie: (TIP-aandachtspunt)**
 - Techniek, aandacht voor de juiste vorm, onderhoud, meegeven
 - Instructiemateriaal conform uniforme inhalatieprotocollen LAN (www.inhalatorgebruik.nl)
- Actieplan:
 - Bepaal ziektelast
 - Bespreek met de patiënt wat hij moet doen bij toename van klachten.
 - Leg dit vast in een individueel zorgplan.
 - Zorg dat de patiënt over rescue-medicatie beschikt.

Afsluiting en vervolgafspraken na ieder consult

- Bespreek de onderwerpen die uit elk consult naar voren zijn gekomen en bespreek de persoonlijke streefdoelen en leg dit vast in een individueel zorgplan.
- Overleg bij medicatiewijzigingen met de huisarts over het gewenste termijn
- Maak een afspraak voor een vervolgconsult met de patiënt, afhankelijk van de termijn waarop een volgende evaluatie gewenst is.
- Gegevens noteren in HIS.

Follow-up

Vervolgconsult (en) POH vanaf 4-6 weken na het eerste consult of na een exacerbatietraject (zie hoofdstuk 5).

- Inventarisatie van klachten en vragen patiënt
- Controle klachten en beperkingen via [ACQ](#)
- TIP-aandachtspunten: Evalueren van Therapietrouw, inhalatietechniek en het vermijden van prikkels
- Leefstijladviezen:
 - Check motivatie stoppen met roken (module 6: stoppen met roken)
 - Aandacht voor bewegen en sport (evt. beweegadviezen of fysiotherapie).
 - Aandacht voor voeding/over-ondergewicht, bepaal BMI
- Medicatie:
 - **Medicatie uitleg:**
 - Werking, volgorde van inname, tijd tussen twee inhalaties, bijwerkingen, belang therapietrouw, onderhoudsplan bespreken
 - **Inhalatie instructie:**
 - Techniek, aandacht voor de juiste vorm, onderhoud, meegeven
 - Instructiemateriaal conform uniforme inhalatieprotocollen LAN (www.inhalatorgebruik.nl)
- Herhaal bij onvoldoende of matige controle longfunctieonderzoek (met eigen medicatie)
- Bespreek evt. psychosociale factoren: bv. angst voor dyspnoe
- Aandacht voor school/beroepsverzuim
- Actieplan:
 - Bepaal ziektelast.
 - Bespreek met de patiënt wat hij moet doen bij toename van klachten.
 - Mogelijke individuele doelen en afspraken worden vastgelegd in een Individueel Zorg Plan (IZP). Een individueel zorgplan helpt de patiënt inzicht te krijgen in het ziekteproces, de zelfzorg te versterken en het stimuleert tot het vervullen van een sleutelrol in het monitoren van het verloop van het eigen ziekteproces.
 - Zorg dat de patiënt over rescue-medicatie beschikt.
 - Bespreek met de patiënt wat hij moet doen bij toename van klachten.
 - Bij aanpassing medicatie: volgende afspraak over 3-4 weken. Is de patiënt stabiel en is de voorlichting en educatie goed doorlopen (scores zijn optimaal, doelen zijn bereikt) een afspraak over 3-6 maanden.

- Is de patiënt stabiel en is de voorlichting en educatie goed doorlopen (scores zijn optimaal, doelen zijn bereikt), informeer de patiënt dat hij minder vaak op controle uitgenodigd zal worden als de doelen bereikt zijn en astmacontrole voldoende is (overgang naar stabiele fase).

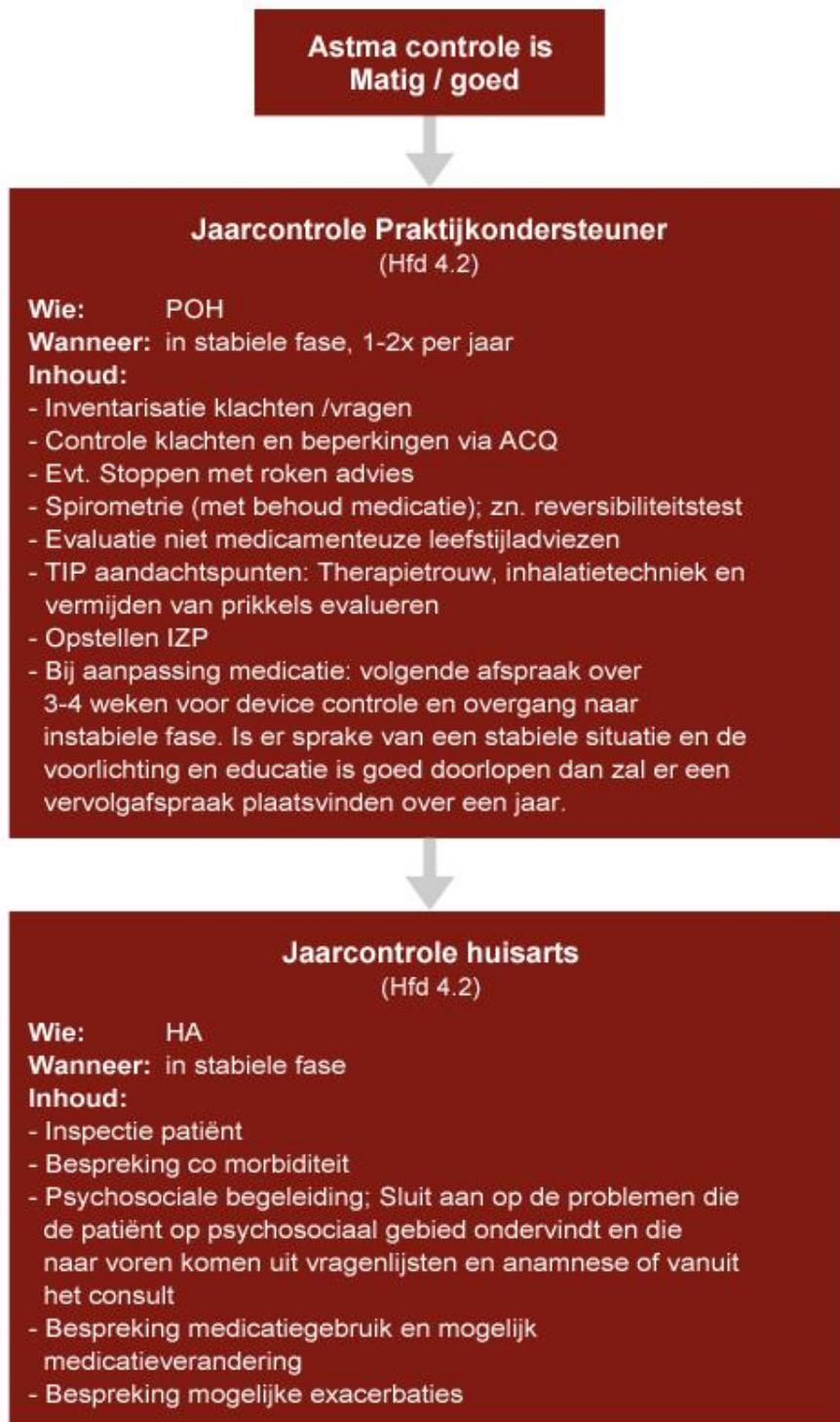
Afsluiting en vervolgafspraken na ieder consult

- Bespreek de onderwerpen die uit elk consult naar voren zijn gekomen en bespreek de persoonlijke streefdoelen en leg dit vast in een individueel zorgplan.
- Overleg bij medicatiewijzigingen met de huisarts over het gewenste termijn
- Maak een afspraak voor een vervolgconsult met de patiënt, afhankelijk van de termijn waarop een volgende evaluatie gewenst is.
- Gegevens noteren in HIS.

Hoofdstuk 4

Stabiele fase

4.1. Stroomschema Stabiele fase (declaratie via DBC)



Kenmerken patiënten:

- Patiënt is langer dan een jaar bekend met diagnose astma
- Astma-controle is matig of goed

4.2. Consult HA en POH

De patiënten binnen het DBC zullen minimaal 1x per jaar komen voor controle.

De jaarcontrole zal, zoals hieronder beschreven, eruitzien en zullen alle procesindicatoren aanbod komen, conform de afspraken binnen het DBC.

Jaarcontrole POH ± 1-2 x per jaar

- Inventarisatie van klachten en vragen patiënt
- Controle klachten en beperkingen via ACQ (bijlage 4)
- TIP-aandachtspunten: Evalueren van Therapietrouw, inhalatietechniek en het vermijden van prikkels
- Leefstijladviezen:
 - Check motivatie stoppen met roken (module 6: stoppen met roken)
 - Aandacht voor bewegen en sport (evt. beweegadviezen of fysiotherapie).
 - Aandacht voor voeding/over-ondergewicht, bepaal BMI

- Medicatie:

Medicatie uitleg:

- Werking, volgorde van inname, tijd tussen twee inhalaties, bijwerkingen, belang therapietrouw, onderhoudsplan bespreken
- Bij goede astma controle gedurende minimaal 3 maanden: bespreek mogelijk stepdown medicatie

Inhalatie instructie:

- Techniek, aandacht voor de juiste vorm, onderhoud, meegeven
- Instructiemateriaal conform uniforme inhalatieprotocollen LAN (www.inhalatorgebruik.nl)
- Longfunctieonderzoek (met behoud medicatie); zn. reversibiliteitstest (jaarlijks bij stap 3 medicatie, alleen eerste drie jaar bij stap 2 medicatie (bijlage 3))
- Bespreek evt. psychosociale factoren: bv. angst voor dyspnoe
- Aandacht voor school/beroepsverzuim

- Actieplan:

- Bepaal ziektelast.
- Bespreek met de patiënt wat hij moet doen bij toename van klachten.
- Mogelijke individuele doelen en afspraken worden vastgelegd in een Individueel Zorg Plan (IZP). Een individueel zorgplan helpt de patiënt inzicht te krijgen in het ziekteproces, de zelfzorg te versterken en het stimuleert tot het vervullen van een sleutelrol in het monitoren van het verloop van het eigen ziekteproces.
- Zorg dat de patiënt over rescue-medicatie beschikt.
- Bespreek met de patiënt wat hij moet doen bij toename van klachten.
- Bij aanpassing medicatie: vervolgspraak over 3-4 weken.

Overgang naar instabiele fase

Bij aanpassing medicatie en/of de astma controle is slecht is de overgang nodig naar de instabiele fase en volg het beleid bij deze fase.

Afsluiting en vervolgspraken na ieder consult

- Bespreek de onderwerpen die uit het consult naar voren zijn gekomen en bespreek de persoonlijke streefdoelen en leg dit vast in een individueel zorgplan.
- Overleg bij medicatiewijzigingen met de huisarts over het gewenste termijn
- Maak een afspraak voor een vervolgconsult met de patiënt, afhankelijk van de termijn waarop een volgende evaluatie gewenst is.
- Gegevens noteren in HIS.

Jaarcontrole huisarts 1x per jaar

- Inspectie patiënt
- Bespreking co-morbiditeit
- Psychosociale begeleiding;
- Sluit aan op de problemen die de patiënt op psychosociaal gebied ondervindt en die naar voren komen uit vragenlijsten en anamnese of vanuit het consult
- Bespreking medicatiegebruik en mogelijk medicatieverandering.
- Bespreking mogelijke exacerbaties.

Overgang naar instabiele fase

Bij aanpassing medicatie en/of de astma controle is slecht is de overgang nodig naar de instabiele fase en volg het beleid bij deze fase.

Afsluiting en vervolgspraken

- Bespreek de onderwerpen die uit het consult naar voren zijn gekomen en bespreek de persoonlijke streefdoelen en leg dit vast in het protocol Astma in het HIS.
- Maak een vervolgspraak voor een vervolgconsult met de patiënt, afhankelijk van de termijn waarop een volgende evaluatie gewenst is. Bij medicatiewijzigingen zal er een afspraak over 3-4 weken bij huisarts of praktijkondersteuner plaatsvinden.

Hoofdstuk 5

Exacerbaties

5.1. Stroomschema exacerbaties

(declaratie via DBC)



Kenmerken patiënten;

- Patiënt met toename van astmaklachten, niet reagerend op “rescue” therapie
- Exacerbatie: een aanhoudende verslechtering van de conditie van de patiënt (24 uur) ten opzichte van de stabiele situatie en buiten de normale fluctuatie, met een acuut begin en de noodzaak tot aanpassing van de medicatie bij patiënten met Astma.

5.2. (vervolg) beleid exacerbaties

Consult spreekuur huisarts

Bij het vermoeden van een exacerbatie wordt de patiënt altijd door de HA gezien:

- Anamnese en lichamelijk onderzoek
- Ga de oorzaak van de exacerbatie na
- Stel de exacerbatie vast

Behandeling van een **matige exacerbaties**;

Voor de behandeling van niet-ernstige exacerbaties kan veelal worden volstaan met het starten met een kortwerkend beta-2-sympathomimeticum of het ophogen van de dosis daarvan, zo nodig tot de maximale dagdosis (zie tabel 5, NHG M27). Een kortwerkend beta-2-sympathomimeticum kan ook (tijdelijk) naast een LWBM worden gebruikt. Bij een klein aantal patiënten kan een exacerbatie binnen korte tijd leiden tot (een toename van de) dyspneu in rust of zelfs tot respiratoir falen. De behandeling en de frequentie van de controles worden medebepaald door de ernst van het klinische beeld en het effect van de ingestelde behandeling bij eerdere exacerbaties.

Vervolgafspraak 1-2 weken om effect behandeling te controleren

Vervolgconsult spreekuur huisarts

1-2 weken na start behandeling exacerbatie

- Controleren effect behandeling
- Lichamelijk onderzoek
- Bij onvoldoende effect, aanpassing behandeling en vervolgconsult 1-2 weken bij HA
- Verwijzing naar POH voor vervolgconsult

Consult spreekuur praktijkondersteuner (Follow-up)

1-2 weken na exacerbatie

Follow-up na exacerbatie bij POH

- Ga na of er aanwijsbare factoren zijn die de exacerbatie hebben uitgelokt.
- TIP-aandachtspunten: Evalueer Therapietrouw, inhalatietechniek en vermijden van prikkels.
- Zelfmanagement bespreken
- Na exacerbatie kan de toestand van de patiënt verslechterd zijn. Laat de POH de onderdelen in de instabiele fase opnieuw bekijken om te proberen de patiënt op zijn oude niveau terug te brengen en of een volgende exacerbatie eventueel te voorkomen.

Hoofdstuk 6

Stoppen met roken

6.1. Stoppen met roken (declaratie via DBC)

Kenmerken patiënten:

- Patiënt met actueel rookgedrag

Voor mensen met Astma in elke fase van de aandoening, is stoppen met roken veruit het meest effectieve behandeloptie om een (versnelde) achteruitgang van de longfunctie en progressie van de ziekte te voorkomen.

Tevens is het effect van inhalatie steroïden op de ontstekingsreactie in de luchtwegen minder bij rokende astmapatiënten dan bij niet-rokende-astma-patiënten. Daarom is het van belang dat een astmapatiënt zo spoedig mogelijk het roken stopt.

Dit vraagt om gerichte voorlichting, advisering en begeleiding, zo nodig ondersteund met medicatie of nicotinevervangers.

Ga na of de patiënt (nog) rookt. Zo ja, bespreek het rookgedrag, geef uitleg hierover.

Belangrijk hierbij is het stoppen met roken-advies, er wordt gewezen op het feit dat roken een belangrijke rol speelt bij het ontstaan en de prognose van de klachten en dat stoppen met roken een onmisbaar onderdeel is van de behandeling.

Daarnaast wordt er gekeken naar de motivatie van de patiënt om te stoppen met roken.

Patiënten die voldoende gemotiveerd zijn om te stoppen met roken krijgen begeleiding met het stoppen met roken.

Deze begeleiding bestaat gemiddeld uit 4 consulten en 3 telefonische consulten door de praktijkondersteuner (afstemming met de huisarts.)

De huisarts:

- Geeft stopadvies (tijdens scharnierconsult)
- Peilt motivatie, nodigt zo mogelijk uit tot nieuw gesprek
- Verwijst voor begeleiding naar praktijkondersteuner
- Schrijft zo nodig medicatie uit

De praktijkondersteuner:

- Neemt rookprofiel af
- Verhoogt motivatie
- Inventariseert en bespreekt belemmeringen
- Maakt stopafpraak met patiënt
- Bespreekt hulpmiddelen
- Overlegt met huisarts
- Biedt nazorg (in de vorm van telefonische en spreekuurcontacten)

De huisarts en praktijkondersteuner maken hierbij gebruik van het een stappenplan in het stoppen met roken begeleiding, zoals erkend door het kwaliteitsregister Stoppen met roken en de richtlijnen van de NHG-standaard Stoppen met Roken.

Hoofdstuk 7

Ketenzorgafspraken

7.1. Verwijs- en terugverwijsafspraken met de longarts

De behandeling van astma gebeurt meestal in de huisartsenpraktijk met ondersteunend personeel. Uitgangspunt daarbij is streven naar optimale astmacontrole.

Dat houdt in:

- Geen klachten overdag en 's nachts
- Geen beperkingen a.g.v. de ziekte
- Normale spirometrie al dan niet met medicatie (in een zo laag mogelijke dosering)
- Behandeldoelen van de patiënt gehaald

Bij onvoldoende controle vindt een verwijzing naar de longarts plaats. Met de maatschap longartsen zijn op basis van de LTA-afspraken gemaakt over criteria voor verwijzing. Onvoldoende controle met medicatie zal vaak de reden voor verwijzing zijn, maar ook diagnostische problemen kunnen een rol spelen.

De criteria voor verwijzing:

I Diagnostische problemen

- Discrepantie tussen klachten (anamnese, ACQ) en objectieve bevindingen bij onderzoek en spirometrie
- Aanwijzingen voor restrictieve longaandoeningen of longcarcinoom
- Verdenking “beroepsastma”, waardoor werk of beroepsplanning gevaar lopen

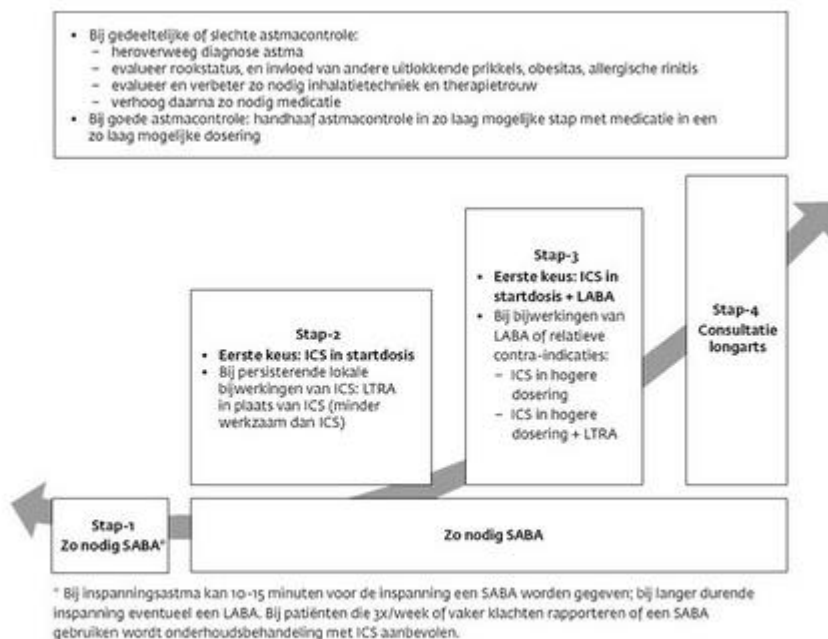
II Niet bereiken van de behandeldoelen

- Het niet bereiken van de streefdoelen na het 3 maanden gebruiken van een matige dosering inhalatiecorticosteroiden (stap 2), waarbij tevens twijfel bestaat aan de diagnose astma of waarbij zich blijvende problemen met het optimaliseren van de therapie
- Het niet bereiken van de streefdoelen na het 3 maanden volgen van de stap 3-behandeling
- Twee of meer exacerbaties per jaar waarvoor een orale corticosteroidkuur of een ziekenhuisopname nodig was

III Uitdrukkelijke wens van de patiënt

Vervolgstappen die nog ter discussie worden genomen:

- Criteria voor terugverwijzen vastleggen (waarschijnlijk spiegelen van de verwijsafspraken)
- Afspraken over korte trajecten in de 2e lijn en overname van de behandeling
- Consultatietaken van de longarts (digitaal met hulp van KIS, gezamenlijke spreekuren)
- Exacerbatie management
- Afspraken met de allergologen



Figuur 1 Medicamenteuze behandeling astma bij volwassenen: stappenplan

7.2. Overige zorgverleners

Bij het uitvoeren van het zorgprogramma is het van belang om overige zorgverleners in de ketenzorg in beeld te hebben en afspraken te maken binnen uw regio. Bijvoorbeeld:

Fysiotherapie

Alle mensen met astma krijgen een beweegadvies op maat. Uitgangspunt is dat astmapatiënten kunnen meedoen aan reguliere sportactiviteiten en geen beperking in hun beweeg activiteiten ondervinden.

Indien er ondanks adequate behandeling hardnekkige inspanning gebonden beperkingen optreden is een verwijzing naar een gespecialiseerde fysiotherapeut geïndiceerd. Deze kan een beweegprogramma op maat aanbieden ter verbetering van het inspanningsvermogen.

Er zijn geen contractuele afspraken binnen het DBC gemaakt met de fysiotherapeuten.

Diëtisten

De mate waarin een patiënt zijn astma onder controle heeft of kan krijgen wordt medebepaald door zijn voedingstoestand en de BMI. Met name obesitas is geassocieerd met een slechtere astmacontrole, verminderde reactie op corticosteroïden en een verminderde luchtwegdiameter.

Soms is verwijzing naar een diëtist voor een individueel samengesteld dieet dat leidt tot verbetering van eetgedrag en verhogen van de lichamelijke activiteit zinvol.

Astma als een manifestatie van voedselallergie komt bij volwassenen niet vaak voor.

Er zijn geen contractuele afspraken binnen het DBC gemaakt met de diëtisten.

Apothekers

Het is van belang om te weten wie er verantwoordelijk is voor de eerste instructie bij uitgifte van inhalatiemedicatie. Tevens zullen er afspraken gemaakt kunnen worden over de controle van inhalatietechniek bij een volgend consult of bij een volgende uitgifte. Maak hiervoor duidelijke afspraken met de apotheker in uw regio.

Er zijn geen contractuele afspraken binnen het DBC gemaakt met de apotheken

Longverpleegkundigen

Bij het signaleren van de aanwezigheid van prikkels, het geven van adviezen ter eliminatie en het begeleiden van de maatregelen die nodig zijn is het van belang dat de zorgverlener ter zake kundig is. In sommige gevallen is hiervoor een saneringsdeskundige (verpleegkundige van de thuiszorg) aangewezen. Maak hiervoor duidelijke afspraken met de longverpleegkundige in uw regio

Er zijn geen contractuele afspraken binnen het DBC gemaakt met de longverpleegkundigen.