



Zorgprotocol

Ketenzorg Astma

ZIO
Versie 2023

Inleiding

Sinds 1 oktober 2008 heeft ZIO een contract voor de ketenzorg COPD. Op dat moment ontvingen 3900 mensen met COPD zorg via deze eerstelijns keten. Vanuit het veld werd vanaf de start van de ketenzorg COPD de behoefte geuit om ook mensen met astma te includeren. Deze astmazorg werd door de meeste huisartsenpraktijken al uitgevoerd maar niet via de ketenzorg gefinancierd. Dit veroorzaakte een kunstmatige indeling tussen de astma en de COPD zorg. Daarnaast heeft de Longalliantie Nederland (LAN) de zorgstandaard astma voor volwassenen ontwikkeld. Voor de contractering van de ketenzorg 2013 heeft zorgverzekeraar VGZ de opdracht gegeven om ook de ketenzorg voor astma verder uit te werken. Voor de inhoudelijke uitwerking van de ketenzorg is de [NHG standaard Astma voor Volwassenen](#)¹ en de [Zorgstandaard Astma bij volwassenen van de Longalliantie Nederland](#)² als uitgangspunt genomen. In 2022 heeft een inhoudelijke evaluatie van de keten Astma plaatsgevonden tussen kaderartsen, Ineen en zorgverzekeraars. De regio Maastricht en Heuvelland is inhoudelijk akkoord met de wijzigingen, vastgesteld in de werkgroep Astma/COPD en de kaderarts Astma/COPD.

In dit protocol wordt het zorgproces binnen de ketenzorg astma weergegeven. Een meer algemene toelichting op de ontwikkeling, opzet en implementatie van ketenzorg treft u in het document Algemene inleiding ketenzorg dat gepubliceerd wordt op de [ZIO website](#).

¹ Bottema JW, Bouma M, Broekhuizen L, Chavannes NH, Frankemölle LAM, Hallensleben C, De Jong J, Muris JWM, Van Nederveen-Bendien SA, Van Vugt SF. NHG-Werkgroep. NHG-Standaard Astma bij volwassenen, Versie 5.0. Cited from <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/astma-bij-volwassenen>

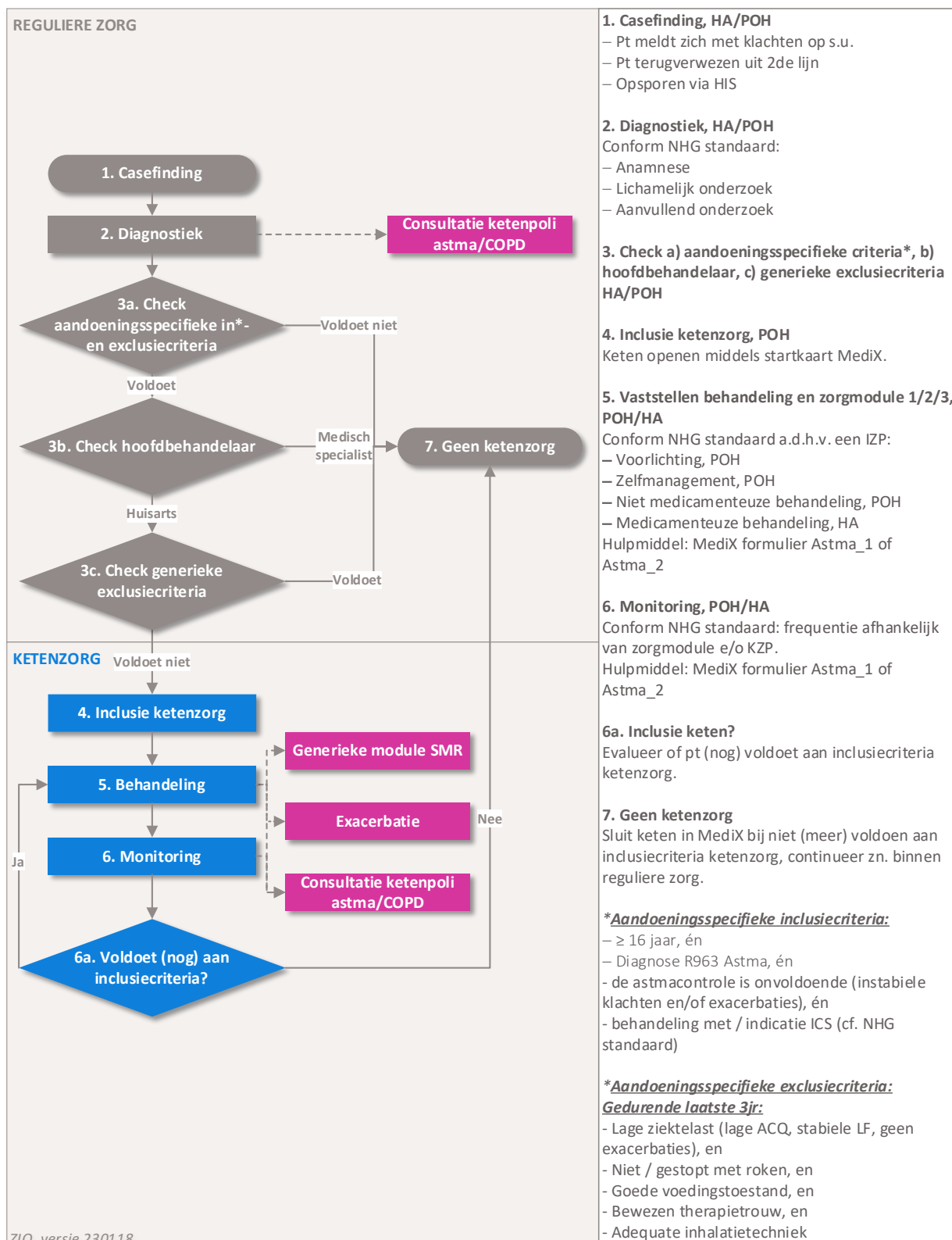
² LAN. Zorgstandaard Astma Volwassenen (2012). Long Alliantie Nederland. http://www.longalliantie.nl/files/4113/7335/4473/Zorgstandaard_Astma_Volwassenen.pdf.

1 Inhoud

1	Stroomschema.....	3
2	Casefinding.....	4
3	Diagnostiek.....	5
4	In- en exclusie ketenzorg.....	6
5	Behandeling en monitoring.....	7
5.1	Indeling zorgmodules.....	7
5.2	Controrefrequentie.....	7
5.3	Voorlichting, zelfmanagement en niet-medicamenteuze behandeling.....	8
5.4	Medicamenteuze behandeling.....	8
6	Modules binnen ketenzorg astma.....	9
6.1	Behandeling exacerbaties.....	9
6.2	Generieke modules.....	9
6.2.1	Generieke module Stoppen met Roken.....	9
7	Consultatie specialist(isch verpleegkundige).....	10
7.1	Indicatie voor fysieke consultatie van de patiënt op de ketenpoli astma-COPD.....	10
7.2	Werkwijze fysieke consultatie van de patiënt op de ketenpoli astma/COPD.....	10
8	Behandeling buiten ketenzorgprogramma.....	12
9	Voorwaarden en deskundigheidseisen.....	13
9.1	Algemene taakomschrijving.....	13
9.2	Deskundigheidseisen & Coaching.....	13
9.2.1	Aanvullende voorwaarden.....	13
9.2.2	Coaching on the job.....	14
10	Indicatoren interne audit ketenzorg & variabele beloning.....	15
11	Bijlage 1 Betrokkenen ontwikkeling protocol.....	16
12	Bijlage 2 Indicatie histamineprovocatietest bij diagnose astma.....	17

1 Stroomschema

In onderstaand figuur worden de stappen van diagnose tot monitoring binnen de ketenzorg Astma gepresenteerd.



Figuur 1 Stroomschema ketenzorg Astma.

2 Casefinding

Patiënten met wisselende luchtwegproblemen, zoals kortademigheid, piepen op de borst, hoesten en recidiverende infecties van de luchtwegen dienen actief op de diagnose astma te worden onderzocht. Ook bij niet klassieke klachten, zoals vermoeidheid, conditievermindering en nachtelijke onrust, kan diagnostiek voor astma geïndiceerd zijn. In verband met de mogelijkheid van beroepsastma is het tevens van belang te informeren naar de relatie tussen werk en de klachten.

Via het HIS kunnen patiënten met astma worden opgespoord, hiervoor kunnen de onderstaande selectiecriteria worden gebruikt:

- ICPC code R96 (astma)
- ATC code longmedicatie (1 jaar terug):
 - R03BA = inhalatiecorticosteroiden (ICS)
 - R03AC02/03 = KWB2
 - R03AC1 = LWB2
 - R03AK06/07 = combinatie ICS en LWB2
 - R03BB04/01 tiotropium sen atrovent (anticholinergica)
- Via de ruiter LO

3 Diagnostiek

Diagnostiek verloopt conform [NHG standaard Astma voor Volwassenen](#), en bestaat uit anamnese, lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek. Het diagnosticeren van Astma valt buiten de (financiering van) ketenzorg. Bij het diagnostisch gesprek bepaalt de huisarts op basis van de inclusiecriteria (zie volgend hoofdstuk), de wens van de patiënt en de zelfmanagementvaardigheden van de patiënt of deze deel gaat nemen aan ketenzorg. Indien de patiënt deel gaat nemen aan de ketenzorg, wordt een Individueel Zorgplan (IZP) opgesteld met de patiënt. Het daadwerkelijk opstellen van een IZP behoort tot de inzet van de huisarts en poh in het eerste jaar van inclusie van de patiënt.

Naast de typische klachten moet er sprake zijn van afwijkende spirometrie en/of afwijkende histamine-provocatietest (zie NHG standaard). Spirometrie kan uitgevoerd worden binnen de huisartsenpraktijk, indien de huisarts en POH over voldoende expertise beschikken (zie aanvullende scholingsvoorwaarden in hoofdstuk 9). Bij het vermoeden van astma als spirometrisch onderzoek in eigen beheer niet mogelijk is en/of de zorgverlener onvoldoende deskundig is of niet in staat is de uitslagen te interpreteren, is het mogelijk dit in de 2e lijn bij het Diagnostisch Centrum aan te vragen.

Overweeg bij blijvende onzekerheid over de diagnose astma (klachten zonder aangetoonde reversibele of variabele luchtwegobstructie) een histamine- of metacholineprovocatietest (zie [bijlage 2](#)). Een normale histamine- of metacholineprovocatietest sluit astma vrijwel uit. Instructies voor het gebruik van de spirometer treft u op de website <https://www.zio.nl/nieuws/protocollen-en-documenten/> in het document 'Gebruik van de spirometer'.

Bij een kleine groep patiënten is er sprake van een mengbeeld astma en COPD. Het bestaan van COPD naast astma (astma met persisterende obstructie) is aannemelijk bij patiënten ouder dan veertig jaar met:

- een anamnestic vermoeden van astma (aard van het klachtenpatroon, astma in de voorgeschiedenis, atopische aandoening bij de patiënt zelf of bij eerstegraadsfamilieleden) én
- een anamnestic vermoeden van COPD (relevante rookgeschiedenis of een andere risicofactor voor COPD) én
- herhaaldelijk vastgestelde reversibiliteit in combinatie met een persisterend afwijkende FEV1/FVC-ratio na gestandaardiseerde bronchusverwijding

Bij deze groep patiënten dient gekozen te worden of voor de ketenzorg astma of voor de ketenzorg COPD. Hieronder staat weergegeven in welke ketenzorgprogramma de patiënt wordt geïncludeerd:

1. bij de dubbeldiagnose COPD en astma wordt gekozen voor de ICPC code die het meest recht doet aan het pathofysiologisch profiel. Op deze manier dient ook de keuze gemaakt te worden voor de keten.
2. bij een astmavoorgeschiedenis of allergie wordt gekozen voor de ICPC-code R96 (astma) (het is astma als het altijd astma is geweest).
3. bij het ontbreken van een astmavoorgeschiedenis of allergie maar een relevante rookhistorie (> 20 jaar roken of > 15 pakjaren) wordt gekozen voor de ICPC-code R95 (COPD) (het is COPD als het nooit astma is geweest).

4 In- en exclusie ketenzorg

De aandoeningsspecifieke in- en exclusiecriteria voor de ketenzorg astma worden onderstaand weergegeven.

Tabel 1 Aandoeningsspecifieke criteria ketenzorg Astma.

Inclusiecriteria ketenzorg astma	Exclusiecriteria ketenzorg astma
≥ 16 jaar, én Diagnose R963 Astma, én De astmacontrole is onvoldoende (instabiele klachten en/of exacerbaties), én Behandeling met / indicatie ICS (cf. NHG standaard)	– Inclusie in ketenzorg COPD – Gedurende laatste 3jr: <ul style="list-style-type: none"> ○ Lage ziektelast (lage ACQ, stabiele LF, geen exacerbaties), en ○ Niet / gestopt met roken, en ○ Goede voedingstoestand, en ○ Bewezen therapietrouw, en ○ Adequate inhalatietechniek

ICS = *inhalatiecorticosteroïden*

Exclusie ketenzorg:

Wanneer de ketenzorg tot goede astmacontrole heeft geleid en tot voldoende zelfmanagement om tijdig hulp in te roepen bij toename van klachten en /of ziektelast, is ketenzorg niet langer nodig.

Voor astma geldt dat patiënten niet langer ketenzorg nodig hebben als aan alle volgende voorwaarden gedurende de laatste 3 jaar is voldaan:

- Lage ziektelast (lage ACQ-ACT/MRC-score), stabiele LF, geen exacerbaties) en
- Niet-roken/gestopt met roken
- Bewezen therapietrouw
- Adequate inhalatietechniek

Jaarlijks wordt beoordeeld of de patiënt aan bovenstaande voorwaarden voldoet en zelf instemt met stoppen van de keten. Indien de patiënt niet meer voldoet aan de inclusiecriteria van de ketenzorg, kan besloten worden de patiënt over te zetten naar de monitoringsstand in MediX.

5 Behandeling en monitoring

Het doel van de behandeling van volwassenen met astma is, conform de [NHG standaard Astma voor Volwassenen](#),

- goede astmacontrole: het minimaliseren van klachten, het risico op longaanvallen, beperking in functioneren, persisterende luchtwegobstructie, mortaliteit en bijwerkingen van medicatie
- het bereiken van goede astmacontrole, afgestemd op de persoonlijke behandeldoelen en zelfmanagementvaardigheden van de patiënt .

5.1 Indeling zorgmodules

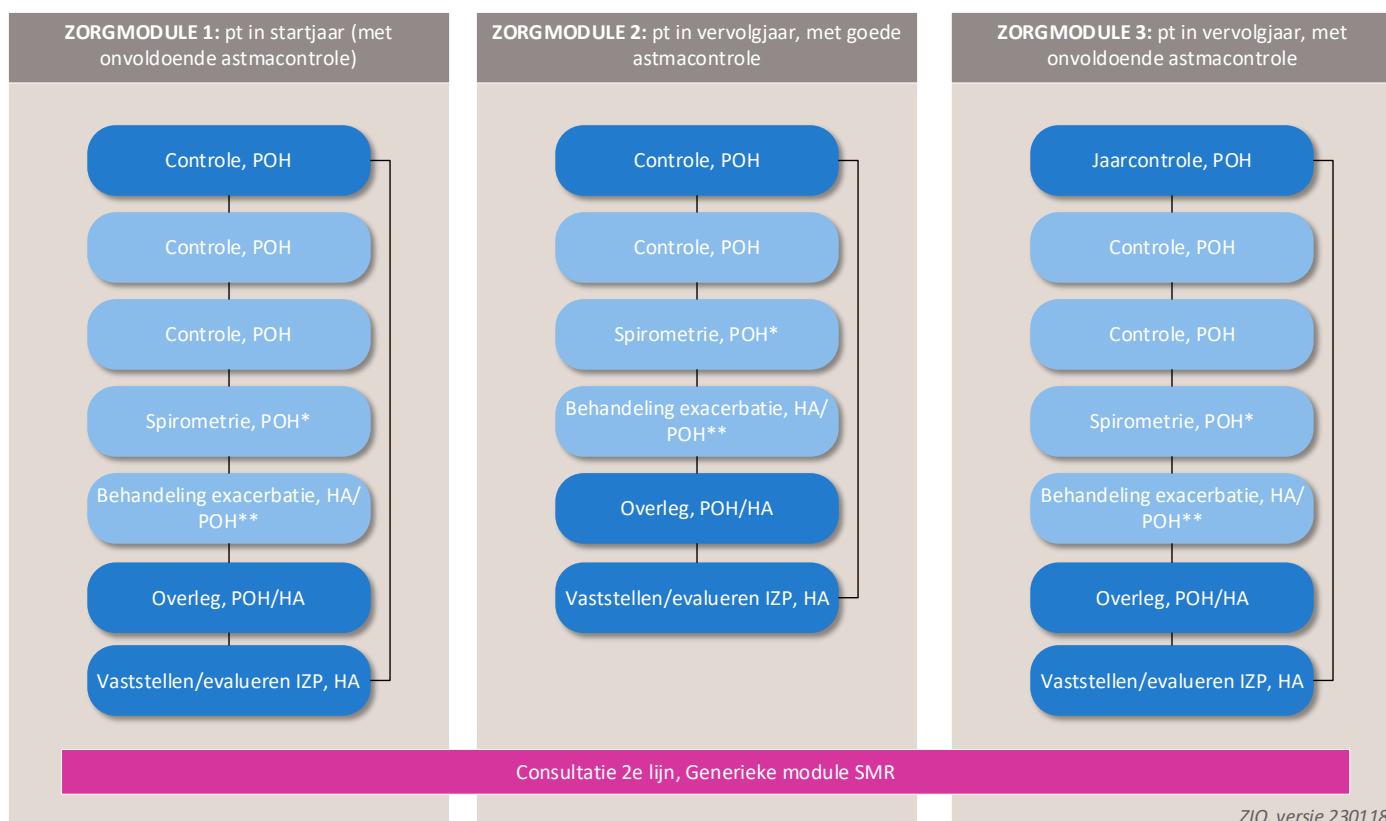
In de restyle van de ketenzorg astma in 2022 wordt een module indeling o.b.v. start versus vervolgjaar en mate van astmacontrole geadviseerd. De indeling van patiënten over de drie modules is als volgt:

- Module 1: patiënt in startjaar (met onvoldoende astmacontrole)
- Module 2: patiënt in vervolgjaar, met goede astmacontrole
- Module 3: patiënt in vervolgjaar, met onvoldoende astmacontrole

5.2 Controlefrequentie

In het 1^e jaar na inclusie, waarbij astma waarschijnlijk niet goed onder controle is, wordt de patiënt gemiddeld 3x/jaar gezien (module 1). Zaken als begrip ziektebeeld, controle effect behandeling, therapietrouw, herkennen van exacerbaties, uitleg actieplan, stoppen met roken, etc worden besproken. Na het eerste jaar zal bij het bereiken van goede controle de monitoring gemiddeld 1-2x per jaar geschieden (module 2). Een deel van de patiënten zal echter nog geen goede controle bereikt hebben en/of wegens nieuwe klachten een extra beroep op de huisarts of POH doen. Naar verwachting zal de monitoring bij deze categorie patiënten gemiddeld 2-3x per jaar geschieden (module 3).

In figuur 2 wordt schematisch gepresenteerd welke zorg jaarlijks dient plaats te vinden binnen de verschillende zorgmodules. De onderdelen weergegeven in **donkerblauw** vinden bij iedere patient binnen de betreffende module **jaarlijks** plaats; de onderdelen weergegeven in **lichtblauw** vinden enkel plaats bij een deel van de patienten. Namelijk enkel bij de patienten waarbij uitvoering van het betreffende onderdeel **geïndiceerd** is.



Figuur 2 Gecontracteerde zorg binnen de zorgmodules 1, 2 en 3 van de ketenzorg Astma.

*Spirometrie

De frequentie, procedure en interpretatie van spirometrie vindt plaats conform de adviezen in de [NHG standaard Astma voor Volwassenen](#).

De frequentie waarin spirometrie wordt uitgevoerd is als volgt:

- Bij onvoldoende astmacontrole: iedere 6 – 12 weken
- Bij rokers, het jaar na een exacerbatie, vanaf stap 3-medicatie (lage dosis ICS/LABA): jaarlijks
- Bij stap 1 medicatie (SABA of ICS-formoterol zo nodig) en stap 2 (ICS) medicatie: gedurende eerste 3 jaar jaarlijks

**Exacerbatie

De behandeling van een astma-aanval vindt altijd plaats volgens het stappenplan in de [NHG standaard Astma voor Volwassenen](#), in de standaard worden ook adviezen gegeven over nazorg en voorlichting.

De behandeling van exacerbaties is onderdeel van de ketenzorg astma, en kan dus niet regulier gedeclareerd worden bij patiënten geïncorporeerd in de keten.

5.3 Voorlichting, zelfmanagement en niet-medicamenteuze behandeling

Monitoring vindt plaats volgens de [Zorgstandaard Astma bij volwassenen van de Longalliantie Nederland](#). De belangrijkste aandachtspunten staan in de [NHG standaard Astma voor Volwassenen](#) opgesomd.

5.4 Medicamenteuze behandeling

Voor de medicamenteuze behandeling wordt het stappenplan uit de [NHG standaard Astma voor Volwassenen](#) gevolgd. Het regionaal longformulier (zie informatie over achtergrond en inhoud van het formulier op de website, [Regionaal Longformulier - ZIO](#)) ondersteunt in de keuze van een geschikt geneesmiddel.

6 Modules binnen ketenzorg astma

6.1 Behandeling exacerbaties

Bij alle patiënten met astma kunnen zich perioden voordoen waarin de klachten van kortademigheid, al dan niet gepaard gaand met piepen, hoesten en slijm opgeven, verergeren. Dergelijke astma-aanvallen of exacerbaties kunnen optreden onder invloed van verschillende provocerende factoren, waarbij virale bovenste luchtweginfecties en blootstelling aan allergische en niet-allergische prikkels het meest frequent voorkomen. De behandeling van een astma-aanval vindt altijd plaats volgens het stappenplan in de [NHG standaard Astma voor Volwassenen](#), in de standaard worden ook adviezen gegeven over nazorg en voorlichting.

De behandeling van exacerbaties is onderdeel van de ketenzorg astma, en kan dus niet regulier gedeclareerd worden bij patiënten geïncorporeerd in de keten.

6.2 Generieke modules

Binnen de ketenzorg astma is de generieke module Stoppen met Roken gecontracteerd.

6.2.1 Generieke module Stoppen met Roken

Zie voor een verdere toelichting op de generieke module SMR (Stoppen met Roken) het protocol op de website van ZIO, [Protocollen en documenten - ZIO](#).

7 Consultatie specialist(isch verpleegkundige)

Binnen de ketenzorg bestaat de mogelijkheid tot consultatie van de specialist en/of specialistisch verpleegkundige. Gedurende de consultatie blijft de patiënt binnen de eerstelijns ketenzorg onder behandeling en blijft de huisarts de hoofdbehandelaar en medisch eindverantwoordelijk voor de behandeling.

De consultatie kan op verschillende manieren plaatsvinden namelijk:

- 1) Via de berichtfunctie in MediX, of
- 2) Telefonisch, of
- 3) De patiënt wordt gezien op de ketenpoli.

Zie voor een verdere toelichting het Generiek protocol ketenzorg op de ZIO website, [Protocollen en documenten - ZIO](#).

7.1 Indicatie voor fysieke consultatie van de patiënt op de ketenpoli astma-COPD

Een nadere analyse van de longarts wordt geadviseerd onder de volgende omstandigheden:

Diagnostische problemen

- Als er sprake is van een discrepantie tussen de klachten en de longfunctieafwijkingen (ernstige klachten bij betrekkelijk geringe longfunctieafwijkingen) nadat een X-thorax is aangevraagd en deze geen bevredigende verklaring heeft opgeleverd.
- Indien de anamnese wijst in de richting van astma en de spirometrie bij herhaling ongestoord is of wanneer geen omkeerbaarheid wordt aangetoond, kan via een eenmalige verwijzing op de ketenpoli provocatieonderzoek met histamine of metacholine worden aangevraagd.
- Indien de verwijzing uitsluitend gericht is op het bevestigen of uitsluiten van de diagnose astma kan, bij afwezigheid van andere factoren die specialistische consultatie noodzakelijk maken, de integrale beoordeling plaatsvinden.
- Wanneer iemand niet of niet adequaat in de spirometer kan blazen (bijv. een persoon met een verstandelijke beperking).
- Bij het vermoeden van een door lichamelijke inspanning geïnduceerde luchtwegvernauwing én onvoldoende reactie op medicatie of 'beroepsastma' (waarbij arbeidsfactoren een zodanige rol lijken te spelen dat het werk of de loopbaanplanning in gevaar komt).

Niet of onvoldoende bereiken behandeldoelen ondanks adequate therapie

- Wanneer de behandeldoelen niet binnen drie maanden bereikt kunnen worden en sprake is van een matige of hoge onderhoudsmedicatie.
- Bij het optreden van twee of meer astma-aanvallen per jaar waarvoor behandeling met een stootkuur orale corticosteroïden noodzakelijk is.
- Indien er ondanks optimale zorg aanzienlijke beperkingen blijven bestaan bij het uitvoeren van (dagelijkse) activiteiten of deelname aan het maatschappelijk leven.
- Indien er aanwijzingen zijn dat er externe omstandigheden of persoonlijke factoren bestaan die er aan bijdragen dat iemand zijn astma niet of onvoldoende onder controle kan krijgen.

Niet of onvoldoende kunnen beantwoorden van de zorgvraag van de patiënt

Ook de patiënt kan nog aanvullende zorgvragen hebben. In overleg met de zorgverlener kan in dat geval besloten worden tot een gespecialiseerde integrale beoordeling.

7.2 Werkwijze fysieke consultatie van de patiënt op de ketenpoli astma/COPD

- De huisarts/POH plant voor de patiënt een afspraak in op de ketenpoli astma/COPD via de agendafunctie 'ketenpoli astma/COPD' in MediX.
- De huisarts/POH noteert de afspraak op de informatiebrief en geeft de patiënt de informatiebrief (gepubliceerd op de ZIO website) over ketenpoli astma/COPD op de brugpoli van het MUMC+ mee.
- De huisarts/ POH maakt een digitale verwijsbrief in het HIS en plakt deze brief in het journaal van MediX.

- Het consult op de ketenpoli door de longverpleegkundige en longarts duurt ongeveer 2 uur (inclusief diagnostiek zoals x-thorax en/of longfunctie-onderzoek).
- De longarts en longverpleegkundige registreren hun bevindingen in de behandelkaart 'ketenpoli astma/COPD' en in het journaal in MediX.
- De huisarts/POH bekijken samen met de patiënt het behandeladvies en bespreken het verdere behandelbeleid

8 Behandeling buiten ketenzorgprogramma

Onvoldoende astmacontrole én gebruik van of een indicatie voor ICS zijn ten tijde van het verschijnen van dit protocol een criteria voor inclusie in de astma keten. Patiënten die niet (meer) aan deze criteria voldoen dient u dus regulier te behandelen.

In de NHG standaard wordt echter ook jaarlijkse monitoring van patiënten met goede controle en stap 1 medicatie geadviseerd. Deze patiënten vallen buiten de ketenzorg financiering. Het advies geldt om deze patiënten wel in beeld te houden en jaarlijks te monitoren (desgewenst telefonisch of per e-mail). In Medix kan deze patiënt eventueel in de monitoringsstand gezet worden.

9 Voorwaarden en deskundigheidseisen

9.1 Algemene taakomschrijving

In onderstaande tabel worden de disciplines en een algemene taakomschrijving beschreven.

Discipline	Taakomschrijving
Huisarts	De huisarts verleent zorg volgens protocol aan alle patiënten binnen de ketenzorg en is medisch eindverantwoordelijk voor de ketenzorg. De huisarts handelt conform de NHG standaard en wijkt daarvan af indien het belang van de patiënt daartoe aanleiding geeft. De huisarts superviseert de praktijkondersteuner en bespreekt de patiënten na. Ook is de huisarts eindverantwoordelijk bij het wijzigen van beleid en instellen op medicatie. De huisarts is alert op complicaties en consulteert zo nodig de longarts of stuurt patiënten door naar ketenpoli COPD/astma. De huisarts registreert de zorg in MediX.
Praktijkondersteuner (POH)	De POH verleent gedelegeerde medisch inhoudelijke huisartsgeneeskundige zorg aan patiënten binnen de ketenzorg. De praktijkondersteuner houdt contact met andere eerstelijns zorgverleners die betrokken zijn in het zorgproces en ziet erop toe dat iedereen de afspraken nakomt. In overleg met huisarts en patiënt wordt een individueel zorgplan opgesteld. Op basis van dit zorgplan wordt zorg op maat verder gestalte gegeven. De POH registreert de verleende zorg in MediX en overlegt haar besluitvorming met de huisarts.
Doktersassistente (DA)	De DA heeft een ondersteunende rol ten aanzien van het spreekuur van de huisarts en praktijkondersteuner. Tot het takenpakket van de DA behoren de administratie van recepten, het maken en/of wijzigen van afspraken en verrichtingen zoals venapunctie en bloeddrukmeting.
Specialist	De specialist is het eerste aanspreekpunt voor de huisarts bij problemen of complicaties. De specialist is beschikbaar voor telefonische consultaties en, indien noodzakelijk kan de patiënt naar de ketenpoli voor consultatie worden verwezen. De huisarts, die onveranderd hoofdbehandelaar blijft, ontvangt een behandeladvies vanuit de ketenpoli via MediX. Indien verwijzing naar de 2 ^{de} lijn geïndiceerd is zal de specialist dit met de huisarts bespreken. Tevens verwijst de specialist patiënten die onder zijn behandeling zijn terug wanneer het gewenste behandelresultaat is bereikt en de huisarts de behandeling kan voortzetten binnen de ketenzorg.
Longverpleegkundige (LVK)	Het takenpakket van de LVK omvat directe patiëntenzorg, deskundigheidsbevordering en consulentschap. Naast kennis op het gebied van astma, dient de LVK ook op de hoogte te zijn van vaak optredende co-morbiditeit. Voor de patiënten die door de huisarts of POH worden behandeld vervult de LVK een consultatieve functie. De LVK bezoekt de huisartsenpraktijken voor casuïstiekbespreking of kan via de consultatie knop in MediX worden geconsulteerd. De LVK verzorgt samen met de longarts de ketenpoli. Zij voert samen met de longarts anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullende diagnostiek uit en adviseert de huisarts.

9.2 Deskundigheidseisen & Coaching

Zie voor de algemene contractvoorwaarden ketenzorg het Generiek protocol ketenzorg op de website [Protocollen en documenten - ZIO](#).

9.2.1 Aanvullende voorwaarden

Voor een aantal onderdelen van de ketenzorgprogramma's gelden aanvullende voorwaarden.

Voor de ketenzorg astma-COPD geldt een aanvullende scholingsvoorwaarde o.h.g.v. spirometrie voor zowel huisartsen (en vaste waarnemers) als praktijkondersteuners. Zie voor meer informatie het scholingskader ketenzorg op de website [Protocollen en documenten - ZIO](#).

9.2.2 Coaching on the job

Op verzoek kan binnen de keten Astma-COPD een coach gecontacteerd/ingeschakeld worden. De contactgegevens van de coach treft u in onderstaande tabel:

Ketenzorg	Coaching t.a.v.	Naam coach
Astma-COPD	Algemeen: zorg en astma en COPD patiënten, opzetten ketenzorg astma e/o COPD, etc	M. Nieman

10 Indicatoren interne audit ketenzorg & variabele beloning

De (landelijke) indicatoren ketenzorg worden gepresenteerd op de website van InEen, zie [Benchmark ketenzorg - InEen](#).

11 Bijlage 1 Betrokkenen ontwikkeling protocol

Bij de ontwikkeling van onderhavig document waren betrokken:

- Mw. H. Bastiaens, longverpleegkundige, MUMC+
- Mw. W. Engering, praktijkondersteuner Somatiek
- Mw. I. Heijnen - op den Camp, 1^e lijns diëtist, namens Die'net
- Mw. M. Nieman, longverpleegkundige, MUMC+
- Mw. M. Schnitzeler, praktijkondersteuner Somatiek
- Dhr. G. Wesseling, longarts, MUMC+
- Dhr. R. Willemsen, kaderhuisarts astma en COPD
- Vacature fysiotherapeut, namens Fy'Net
- Mw. L. Hager, coördinator chronische zorg, ZIO
- Mw. M. van Hoof, medewerker chronische zorg, ZIO

Zie voor een overzicht van de actuele samenstelling van de werkgroep de website van ZIO.

12 Bijlage 2 Indicatie histamineprovocatietest bij diagnose astma

Anders dan bij COPD laat de spirometrie ons soms in de steek bij het stellen van de diagnose astma. Immers, een patiënt met een anamnese verdacht voor astma bestaande uit: als kind al klachten, aanvalsgewijze kortademigheid, vaak gepaard gaand met expiratoir piepen, (nachtelijk) hoesten, een gekende inhalatieallergie, een positieve familieanamnese etc. kan bij herhaling een normale spirometrie hebben zonder dat de diagnose daarmee al verworpen dient te worden.

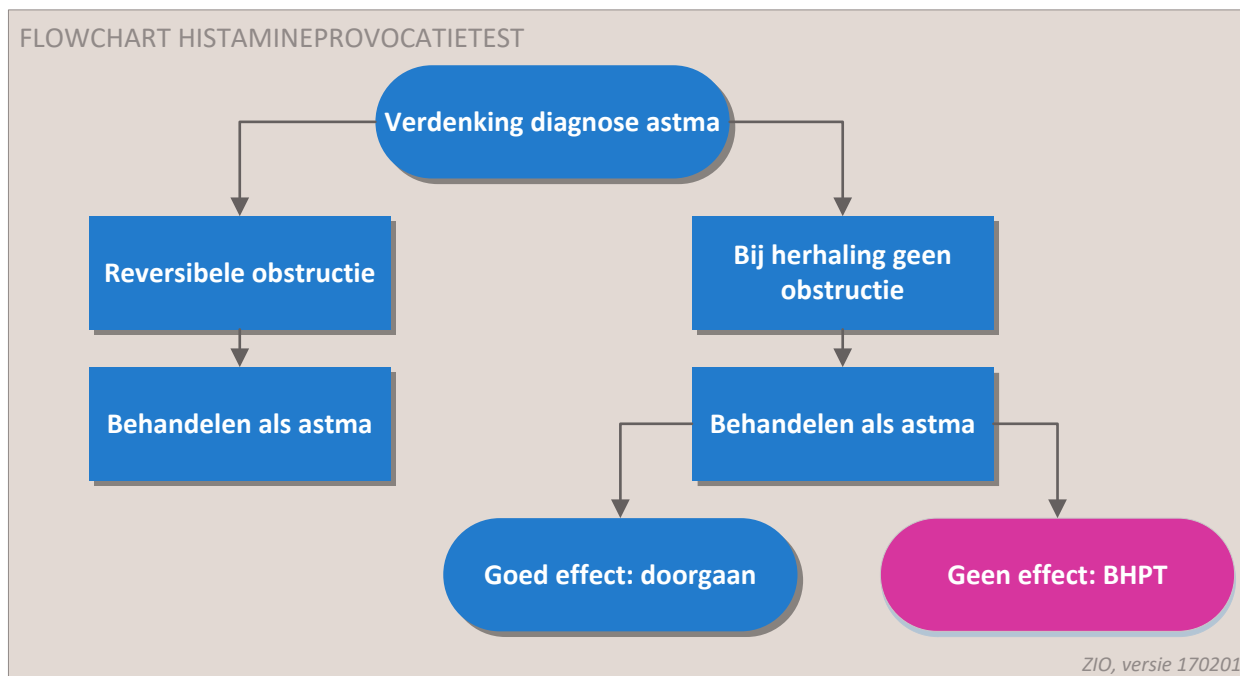
Bij sterke verdenking kan de huisarts in dat geval starten met inhalatietherapie bestaande uit een kortwerkend β_2 mimeticum en/of inhalatiesteroiden en het effect afwachten. Een goede reactie op de ingestelde therapie biedt steun aan de diagnose astma. In de meeste gevallen van astma is ofwel de longfunctie obstructief gestoord met voldoende reversibiliteit voor het stellen van de diagnose astma, ofwel sprake van een bevredigend effect van de ingestelde therapie.

Bij onvoldoende effect en bij blijvende twijfel aan de diagnose astma kan een bronchiale histamine provocatietest (BHPT) uitkomst bieden. Een normale prikkel drempel sluit de diagnose astma vrijwel uit. Een verlaagde prikkel drempel wijst op hyperreactiviteit en daarmee in geval van karakteristieke klachten op astma.

Bij het uitbreiden van de ketenpoli met de indicatie astma kan in voorkomende gevallen het verrichten van een BHPT geïndiceerd zijn. Logistiek kan die evenwel niet op dezelfde dag van het consult ingepland worden. Daarvoor dient voorafgaand aan het consult op de ketenpoli contact met de longverpleegkundige worden opgenomen. Zij gaat na of er een indicatie is voor BHPT en zo ja wordt een BHPT ingepland. Hierdoor zijn alle gegevens beschikbaar tijdens het consult op de ketenpoli om een goed advies aan de huisartsenpraktijk te geven over de verdere behandeling.

Indicatie voor de BHPT:

Blijvende twijfel aan de diagnose astma, d.w.z. karakteristieke klachten met een normale longfunctie en/of uitblijven van een effect van behandeling met inhalatiemedicatie.



Figuur 3 Flowchart histamineprovocatietest astma