

## Definitie Astma

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.

## Doelen en gewenste uitkomsten

Een belangrijk uitgangspunt in het zorgprogramma Astma is de eigen inbreng van de patiënt. Het streven is om de kwaliteit van leven van de patiënt te verbeteren. De behandeldoelen worden daarom zo concreet mogelijk geformuleerd in termen van activiteiten en gedrag, gekoppeld aan wat voor de patiënt geldt als kwaliteit van leven, binnen de beperkingen die de ziekte met zich mee brengt. Dit wordt vastgelegd in het individueel zorgplan (zie hoofdstuk 3 “zelfregie”).

In de zorgverlening wordt gewerkt aan de volgende doelen:

- Goede astmacontrole en voorkomen / verminderen van klachten en beperkingen;
- Vergroten van mogelijkheden individueel en in sociaal opzicht;
- Verbeteren van het welbevinden en het totale functioneren.

De patiënt wordt bij het bereiken van die doelen optimaal begeleid door middel van vervolgspraken met ketenpartners, die betrokken zijn bij het behandelplan, zoals longartsen, fysiotherapeuten en diëtisten. Daarbij worden klachten, beperkingen, problemen, mogelijkheden en wensen besproken, wordt zo nodig onderzoek verricht en wordt aanvullende voorlichting en instructie gegeven.

Gezamenlijk zorgen huisartsen, longartsen, fysiotherapeuten en diëtisten voor een optimale afstemming van de zorg, door uitwisseling van de benodigde informatie en regelmatig overleg. Belangrijk uitgangspunt voor OCE Nijmegen hierbij is, dat OCE Nijmegen de bestaande samenwerkingsrelaties wil verstevigen. Waarbij aantoonbare kwaliteit op het gebied van Astma essentieel is.

## Doelgroep en dubbeldiagnose

De doelgroep is astmapatiënten, waarvan de huisarts de hoofdbehandelaar is. Hieronder vallen ook patiënten met een dubbeldiagnose Astma/COPD.

Bij patiënten met de dubbeldiagnose astma/COPD wordt een keuze gemaakt in welk zorgprogramma zij geïncorporeerd worden. Criteria hierbij zijn: het rookgedrag van de patiënt als oorzaak van de niet-reversibele obstructie (COPD) en de noodzaak tot gebruik van inhalatiesteroïden voor controle bij een typische anamnese (Astma).

## Screening

Screening vindt plaats op basis van:

- ATC codes medicatie (zie bijlage 1)
- Al bestaande ICPC-code R96 (Astma)
- Mogelijke ruiters of andere episodes die door de praktijk zelf bedacht zijn

Van deze patiënten 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 5.1 '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- en exclusiecriteria

### Inclusie ketenzorgprogramma

- diagnose astma R 96 of allergisch astma R 96.02, en geen actieve episode R95
- Leeftijd 16 jaar en ouder
- deelname ketenzorg ja, blijft 15 maanden geregistreerd
- Huisarts is hoofdbehandelaar
- Patiënt is geen zorgweigeraar
- Persistierend astma (met ATC-codes R03AK06, R03AK07, R03AK08, R03AK09, R03AK10, R03AK11, R03AK12, R03AK13, R03BA01, R03BA02, R03BA05, R03BA08.
- OF
- Intermitterend astma en Roken 'ja'. Hierbij wordt gekeken naar de laatste registratie ooit (waarbij ooit is 5 jaar, want extractie bevat 5 jaar aan gegevens).

### Exclusie ketenzorgprogramma:

- Patiënt is onder behandeling van een longarts
- Patiënt had volledige controle over zijn astma zonder gebruik van inhalatiesteroiden gedurende minimaal de afgelopen 12 maanden
- Ernstige co-morbiditeit waardoor ketenzorg niet zinvol is
- Patiënt heeft een mengbeeld astma en COPD en is al opgenomen in DBC COPD
- Patiënten met de diagnose astma die volledig stabiel zijn en voldoen aan de volgende criteria:
  - < 2x per week gebruik van luchtwegverwijding en geen inhalatiecorticosteroiden
  - Patiënten bij wie uitsluitend bronchiale hyperreactiviteit is vastgesteld R 29.02
  - Patiënten bij wie intermitterend astma is vastgesteld (met volledige controle volgens GINA richtlijn) en die niet roken

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. De patiënt wordt in het zorgprogramma opgenomen nadat hij/zij op het spreekuur is geweest.

## **Co-morbiditeit**

Astma en obesitas zijn chronische multifactoriële aandoeningen geassocieerd met zowel genetische aanleg als immunologische factoren. Er zijn aanwijzingen dat obesitas het risico op astma vergroot en astmacontrole bemoeilijkt.

Er bestaat een relatie tussen allergische rinitis en astma. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat 15 tot 40% van de patiënten met allergische rinitis astma heeft. Omgekeerd heeft een groot deel van de patiënten met astma ook allergische rinitis. Men denkt dat er bij prikkeling van de bovenste luchtwegen ook een reactie in de onderste luchtwegen kan ontstaan (NHG standaard astma).

Gastro-oesofageale reflux (GER) gaat regelmatig samen met astma. Door astma kan de GER toenemen, maar GER kan ook prikkeling in de luchtwegen geven met toename van klachten als gevolg.