

Samenvatting KNMP-richtlijn

Astma

In de KNMP-richtlijn Astma staan aanbevelingen voor het verlenen van zorg aan patiënten met astma in de eerstelijns ketenzorg. Farmaceutische zorg wordt ook verleend aan patiënten met astma die vanuit de tweede en derde lijn worden behandeld. Goede astmazorg vereist samenwerking van een lokaal multidisciplinair team. Deze samenwerking wordt regionaal georganiseerd en ingericht door regionale samenwerkingsverbanden. De richtlijn is opgesteld met goede farmaceutische zorg voor ogen en is onderdeel van de Professionele Standaard Farmaceutische Zorg. De richtlijn Astma is vastgesteld in december 2021 en geactualiseerd op 16 april 2025.

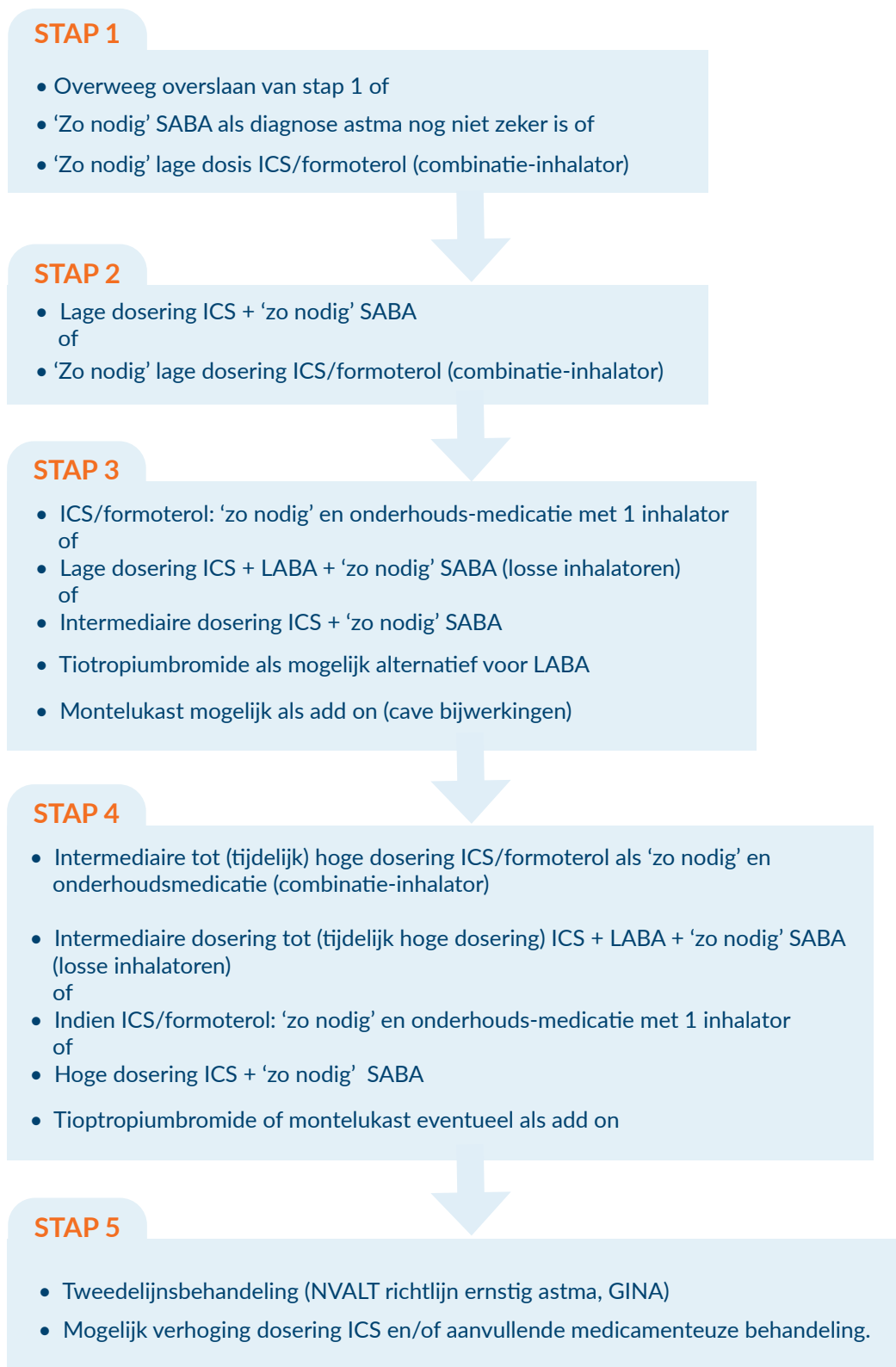
De doelgroepen voor deze richtlijn zijn zowel volwassenen als kinderen met astma of met een vermoeden van astma. Met een vermoeden van astma wordt bedoeld dat de behandelende arts astma vermoedt, maar de diagnose nog niet met zekerheid kan vaststellen. Daar is voornamelijk aan het begin van de behandeling sprake van.

Kernaanbevelingen

Aanbevelingen algemeen

- Maak over de farmaceutische zorg bij astma samenwerkingsafspraken met de lokale/regionale ketenpartners in de astmazorg, zoals onder andere apothekers, huisartsen, praktijkondersteuners, (kinder)longartsen, (kinder)longverpleegkundigen, diëtisten, (kinder)fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen.
- Volg voor de inrichting van de ketenzorg de zorgstandaarden van Long Alliantie Nederland (LAN), het LAN-rapport 'Goed gebruik inhalatiemedicatie bij astma en COPD' en het LAN 'Zorgpad Inhalatiemedicatie' (zie 1.1 en 4.2).
- Maak met de ketenpartners samenwerkingsafspraken over welke patiëntengegevens worden uitgewisseld en hoe deze worden uitgewisseld (zie 2.2 en 4.2).
- Bevorder in deze samenwerking de behandeling van astmapatiënten door de genees- en/of hulpmiddelen te beoordelen, te bewaken en de patiënt in het gebruik te begeleiden (zie hoofdstuk 2).
- Maak aan het begin van de farmacotherapeutische behandeling het zorgaanbod transparant aan de patiënt, door de patiënt uitleg te geven over het farmaceutisch zorgaanbod van de apotheek bij astma. Spreek de benodigde farmaceutische zorg met elkaar af (zie 2.2.1).
- Ondersteun het zelfmanagement van de astmapatiënt zodat de patiënt in staat is de eigen gezondheidstoestand te monitoren en hierop te reageren (zie hoofdstuk 2 en 3).
- Pas de farmaceutische zorg aan op de zorgvraag van de patiënt en houd hierbij rekening met de informatie -en kennisbehoefte, verwachtingen, wensen en zorgen van de patiënt (zie 2.2, 2.5 en hoofdstuk 3).

Abeelding 1: Behandeling astma bij volwassenen



Afbeelding 2: Medicamenteuze behandeling astma bij kinderen



* Keuze LABA afhankelijk van registratieleeftijd. Zie Informatorium Medicamentorum

Aanbevelingen farmaceutische zorg en farmacotherapie

- Ga bij een begeleidingsgesprek na of de patiënt wel of niet de diagnose astma heeft of dat er sprake is van een vermoeden van astma (zie 1.1, 1.2.2 en 2.5).
- Pas de farmaceutische zorg aan op comorbiditeiten en specifieke patiëntkenmerken zoals taalbarrières, kinderwens, zwangerschap en kwetsbaarheid (zie 2.4, 2.5 en hoofdstuk 3).
- Stem de farmaceutische zorg van de patiënt af op de diagnose astma of een vermoeden van astma (zie 1.1, 1.2.2 en 2.5)
- Streef bij de begeleiding van de astmapatiënt naar het bereiken en behouden van een goede astmacontrole, voor zover mogelijk haalbaar en rekening houdend met de zorgbehoefte van de patiënt (zie 2.1 en 2.5).
- Begeleid de astmapatiënt volgens het eerste begeleidingsgesprek bij astma (zie 2.5.1), het tweede begeleidingsgesprek bij astma (2.5.2) en het vervolgbegeleidingsgesprek astma (2.5.3).
- Ga bij het beoordelen van de farmacotherapie bij een terhandstelling na of de farmacotherapeutische behandeling in lijn is met het geneesmiddelenbeleid voor astma volgens vigerende richtlijnen en samenwerkingsafspraken en adviseer, indien van toepassing, de arts en patiënt over de keuze van astmamedicatie (zie 2.3 en module 1).
- Wees waakzaam op astmapatiënten die hun medicatie niet goed gebruiken en bespreek met de patiënt de mogelijkheden om te komen tot goed gebruik (zie 2.2, 2.4 en 2.5).
- Informeer de patiënt over de verschijnselen van een longaanval en bespreek met de patiënt hoe hij moet handelen bij een longaanval (zie 2.5.5 en module 1).
- Streef bij het gelijktijdig gebruik van verschillende inhalatiemiddelen naar uniformiteit in toedieningsvorm en -systeem (zie 2.5.4).
- Geef de patiënt inhalatie-instructie volgens de protocollen van de LAN en ga na of de inhalator (nog) geschikt is voor de patiënt (zie 2.5.4).
- Evalueer periodiek de inhalatietechniek bij astmapatiënten die inhalatiemedicatie gebruiken (zie 2.5.4).
- Leg de patiënt het belang van onderhoudsmedicatie uit en wat het verschil is tussen 'zo nodig' medicatie en onderhoudsmedicatie bij de farmacotherapeutische behandeling van astma (zie 2.3, 2.5.1, 2.5.2 en module 1).
- Wees waakzaam bij onbedoelde monotherapie met 'zo nodig' SABA. Bij de chronische behandeling van astma bij volwassenen en kinderen is in de regel altijd een ICS geïndiceerd (zie 2.4.1, 2.5 en module 1).
- Wees waakzaam op toenemend gebruik van 'zo nodig' medicatie (SABA of ICS/formoterol), dit kan een signaal zijn dat de astmacontrole verslechterd (2.4.1 en 2.5).
- Wees alert op ongewenst ondergebruik van inhalatiecorticosteroiden (zie 2.4.1, 2.5 en module 1).
- Wees bij het afbouwen van ICS waakzaam op een verhoogde kans op een longaanval en toename van astmasymptomen, en informeer de patiënt hoe hier goed mee om te gaan (zie 2.5.6 en module 1).
- Wees waakzaam bij patiënten met een predniso(lo)n stootkuur, dit kan een signaal zijn voor slechte astmacontrole (zie 2.4.1).

- Bespreek met de voorschrijver en de patiënt de mogelijkheid van osteoporoseprofylaxe met bisfosfonaten en/of preventieve maatregelen zoals voldoende beweging, voldoende calcium en vitamine D inname bij langdurig gebruik (> 3 maanden) van orale corticosteroïden ($\geq 7,5$ mg prednison (equivalent) (zie 2.4.2).
- Ontraad monotherapie met LABA (zie module 1).
- Ontraad het gebruik van niet cardioselectieve en hoog gedoseerde cardioselectieve bètablokkers (zie 2.4.7).
- Wees waakzaam op mogelijke bronchostrictie door salicylaatovergevoeligheid bij terhandstelling van NSAID's/salicylaten en informeer de patiënt hierover (zie 2.4.7).
- Volg bij de beoordeling van de behandeling van ACO (Astma COPD Overlap) het medicamenteuze beleid van astma en het niet- medicamenteuze beleid van COPD (zie 1.2.3).

Wijziging GINA

ICS zijn als onderhoudsmedicatie bij astma de hoeksteen van de behandeling. Luchtwegverwijding is daar secundair aan. In 2019 is de Global Initiative for Asthma (GINA) herzien. Monotherapie met een kortwerkende luchtwegverwijder (SABA) heeft een beperkte plek gekregen in de behandeling. Het werd voorheen als startbehandeling of bij weinig luchtwegklachten geadviseerd. Een combinatie-inhalator ICS/formoterol als 'zo nodig' medicatie of als 'zo nodig' én onderhoudsmedicatie heeft een prominentere plek in de behandeling gekregen (zie figuur 1). Bij de afweging om wel of niet met een ICS te starten of te starten met een combinatie-inhalator spelen de volgende factoren mee: het risico op SABA-overgebruik, therapieontrouw bij een ICS-behandeling en onnodige blootstelling aan ICS. Andere factoren zijn samenwerkingsafspraken (zoals over regionale formularia) en patiëntkenmerken en -voorkeuren. Denk bij het laatste bijvoorbeeld aan verwachtingen van therapietrouw of zorgen over bijwerkingen. Verder speelt de praktische toepassing een rol. Zo kan het zijn dat een combinatieinhalator in de instelfase niet praktisch is als de ICS-dosering moet worden ingesteld.

Overgebruik 'zo nodig' medicatie en ondergebruik inhalatiecorticosteroïden

Toenemend gebruik van 'zo nodig' medicatie ('zo nodig' SABA of 'zo nodig' ICS/formoterol) kan een signaal zijn dat de astmacontrole verslechtert en dat aanpassing van de behandeling nodig is. Oorzaken voor het overgebruik kunnen onder andere zijn:

- De patiënt ondervindt direct effect van de 'zo nodig' medicatie in tegenstelling tot zijn onderhoudsmedicatie en gebruikt de 'zo nodig' medicatie daarom vaker, al dan niet in plaats van de onderhoudsmedicatie met therapieontrouw van de onderhoudsmedicatie mogelijk als gevolg.
- De inhalatietechniek van de patiënt is incorrect, waardoor de patiënt mogelijk onvoldoende onderhoudsmedicatie binnenkrijgt met meer luchtwegklachten als gevolg. De patiënt heeft dan vaker de 'zo nodig' medicatie nodig.
- Suboptimale dosering onderhoudsmedicatie: de dosering van de onderhoudsdosering is niet optimaal om de klachten van de patiënt onder controle te krijgen, waardoor de patiënt vaak zijn 'zo nodig' medicatie nodig heeft.
- Sommige patiënten reageren minder goed op een normale dosering van een kortwerkende luchtwegverwijder en hebben voor een merkbaar effect een hogere dosering nodig.

Ondergebruik inhalatiecorticosteroïden

Er is sprake van ondergebruik van ICS wanneer de patiënt de ICS niet volgens het farmacotherapeutisch behandelplan gebruikt, bijvoorbeeld alleen in geval van klachten of helemaal niet. Mogelijke redenen voor ondergebruik:

- Ondergebruik van onderhoudsmedicatie kan gewenst zijn, zoals bij seizoensgebonden klachten of bij verbetering van klachten (bijvoorbeeld door prikkelreductie).
- De patiënt kan zorgen hebben over bijwerkingen. Dit kan een reden zijn om de medicatie niet (langer) te gebruiken.
- De patiënt ondervindt niet direct het effect van de onderhoudsmedicatie, dit in tegenstelling tot het direct optredende effect van de luchtwegverwijder.

NSAID-exacerbated respiratory disease (N-ERD)

5-20% van de astmapatiënten reageert overgevoelig op NSAID's/salicylaten. Dit is bekend als NSAID-exacerbated respiratory disease (N-ERD) of aspirin-exacerbated respiratory disease (AERD, voorheen bekend als aspirin-induced asthma). De reactie treedt meestal binnen enkele uren na inname op, maar kan zich ook pas na een aantal weken openbaren. Dit geldt zowel voor orale als oculaire NSAID's/salicylaten. Bespreek met de patiënt het mogelijke risico op salicylaatovergevoeligheid bij terhandstelling van NSAID's op recept of als zelfzorgmedicatie.

De patiëntenbegeleiding

Het eerste begeleidingsgesprek astma is op basis van de diagnose astma of het vermoeden van astma. De tweede terhandstelling van onderhoudsmedicatie bij astma vindt over het algemeen na een maand plaats op het moment van een tweede uitgifte, wanneer de medicatievoorraad van de patiënt (bijna) op is. Bij het tweede begeleidingsgesprek heeft de patiënt ervaring met het geneesmiddel en wordt de patiënt gevraagd deze ervaring in te brengen. Ga na of de diagnose astma is vastgesteld indien dit in het eerste begeleidingsgesprek nog niet bekend was. Maak in het tweede begeleidingsgesprek astma afspraken over de vervolgebegleidingsgesprekken. Immers, de meeste patiënten met astma zullen een lange tijd inhalatiemedicatie gebruiken.

Adviseer bij alle begeleidingsgesprekken over het gebruik van inhalatiemedicatie en inhalatietechniek, en begeleid in het gebruik van een passende voorzetkamer en eventuele masker bij een dosisaerosol. Ga na of de inhalator passend is voor de patiënt en of er knelpunten zijn omtrent het gebruik of de inhalator. Gebruik voor de begeleiding de landelijke uniforme protocollen van de LAN (www.inhalatorgebruik.nl). Het LAN Zorgpad inhalatiemedicatie geeft handvatten voor zorgverleners voor de begeleiding van de patiënt bij het gebruik van zijn inhalatiemedicatie.

Organisatie van ketenzorg: handvatten voor multidisciplinaire samenwerking

Maak samenwerkingsafspraken over:

- De controle van de inhalatietechniek en op welke momenten dit gebeurt.
- De communicatie naar de patiënt en over de contactmomenten.
- Het jaarlijkse inhalatiegesprek met de patiënt om de inhalatietechniek te controleren.
- Welke gegevens met betrekking tot de astmazorg worden geregistreerd en uitgewisseld, hoe dit in de keten wordt georganiseerd en hoe het individueel zorgplan hierbij wordt gebruikt.
- Het periodiek evalueren van de kwaliteit van de astmaketenzorg met meetinstrumenten.
- De patiëntenbegeleiding.
- De signalering en afhandeling van farmacotherapeutische problemen.

Bespreek daarnaast hoe om te gaan met prescriptieafspraken, het afbouwen van inhalatiecorticosteroiden en longaanvallen.

Implementatiebevorderende en -belemmerende factoren

Praktijktoets en impact analyse

Voor de KNMP-richtlijn Astma is een praktijktoets en een impact analyse uitgevoerd om inzicht te krijgen in de helderheid en haalbaarheid van de richtlijn. Dit heeft geresulteerd in een implementatieaddendum bij de richtlijn met implementatiebevorderende en -belemmerende factoren en de nodige randvoorwaarden voor implementatie van de KNMP-richtlijn Astma.

Randvoorwaarden

- Goede ketensamenwerking: de toepassing van de aanbevelingen is bedoeld voor de ketenzorg en niet als monodisciplinaire generieke zorg. Begeleiding vanuit regionale ketenzorgorganisatie (bijvoorbeeld zorgcoöperatie) is een belangrijke randvoorwaarde voor de implementatie van de ketenzorg astma.
- Goede gegevensuitwisseling: een zekere inzage in patiëntgegevens waaronder indicatie voor gebruik.
- Voldoende competenties van het apotheketeam ten aanzien van consultvoering.
- Voldoende algemene competenties van het apotheketeam.
- Passende (multidisciplinaire) bekostiging voor farmaceutische zorg als onderdeel van ketenzorg.

Gefaseerde implementatie

De implementatie van de aanbevelingen kent een fasering en een gelaagdheid. Zo kan in een apotheek pas aan ketenzorg worden gewerkt als de reguliere generieke zorg en de apotheekorganisatie op orde is. De regionale ketenzorgorganisaties stemmen af met de adherente zorggroepen. Deze afstemming bepaalt het (regionale) ketenzorgaanbod van de lokale apotheken. Dit aanbod zal een selectie zijn van de aanbevelingen van de richtlijn en zullen in de regel niet alle aanbevelingen zijn. Per regio zullen keuzes worden gemaakt welke aanbevelingen kunnen worden geïmplementeerd