

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg II  
Hart, Vaat & Longen  
Willem Dudokhof 1  
1112 ZA Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
www.zorginstituutnederland.nl  
info@zinl.nl  
T +31 (0)20 797 85 55

**Contactpersoon**  
mw. L. Uijleman  
T +31 (0)6 200 249 16

**Datum**  
31 maart 2021

**Onze referentie**  
2021012752

# verslag

Bijeenkomst Zinnige Zorg Astma  
Bespreking resultaten van intern en extern onderzoek

---

Vergaderdatum	30 maart 2021, 16:00 uur
Vergaderplaats	Webex
Afgevaardigden aanwezig van:	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) Longfonds Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) Long Alliantie Nederland (LAN) Nederlandse Vereniging van Longfunctieanalisten (NVLA) Kenniscentra Complex Chronische Longziekten (KCCL) Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP, Special Interest Group Long) Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) Cochrane Netherlands PHARMO Instituut & INSZO Zorginstituut Nederland
Afwezig	Zorgverzekeraars Nederland

## 1 Welkom en introductie

- 5 De voorzitter heet alle aanwezigen welkom en vraagt de deelnemers zich voor te stellen. Niemand heeft bezwaar tegen het opnemen van deze bijeenkomst ten behoeve van de verslaglegging.

## 2 Doel van de bijeenkomst

- 10 Het doel van deze bijeenkomst is om de resultaten en inzichten van de verschillende onderzoeken met de deelnemers te delen en waar mogelijk voorlopige conclusies te trekken. Op basis van de conclusies gaan we bekijken waar in het zorgtraject voor astmapatiënten verbeteringen mogelijk zijn.

## 3 Aanleiding en methoden

- 15 Het projectteam heeft het zorgtraject en richtlijnen van astma nader onderzocht en tijdens de startbijeenkomst zijn signalen opgehaald waar de zorg voor mensen met astma mogelijk beter zou kunnen. Op basis hiervan zijn enkele onderzoekslijnen uitgezet:

- 20
- Analyse richtlijnen
  - Analyse declaratie data
  - Extern onderzoek NIVEL
  - Extern onderzoek PHARMO/INSZO
  - Systematic Review Cochrane
- 25

Vandaag presenteren we de resultaten en bespreken we mogelijke verbeterpunten op basis van de resultaten.

#### **4 Diagnostiek**

30 *De NHG-richtlijn van 2016 geeft aan dat aanvullend onderzoek, zoals spirometrie, de diagnose astma ondersteunt. In de NHG-richtlijn van 2020 staat dat spirometrisch aangetoonde reversibiliteit als obligaats wordt gezien voor de diagnose astma. Een vragenlijstonderzoek door PHARMO/INSZO onder 120 huisartsenpraktijken (96 ketenzorg, 24 geen ketenzorg) laat zien dat spirometrie*

35 *door huisartsen nog onvoldoende wordt overwogen bij het stellen van de diagnose. Toch verricht 80-90% van de huisartsen spirometrie in de eigen praktijk. Deze wordt beoordeeld door de HA, of de POH. Bij diagnostische twijfel, bijv. bij patiënten met een niet- of licht normaal afwijkende spirometrie, bepaalt 43% van de huisartsen verder beleid op basis van klachten en volgt er geen*

40 *herhaling/provocatie of verwijzing. De diagnose wordt dus vaak niet bevestigd.*

*Meerdere van onze onderzoeken (PHARMO, VEKTIS, NIVEL) laten zien dat spirometrie onvoldoende (17-33%) wordt ingezet bij de diagnosestelling in de eerste lijn. Reversibiliteit werd slechts bij 10% van de patiënten aangetoond, dus er bleek uiteindelijk weinig hard bewijs te zijn voor astma. In de tweede lijn vindt spirometrie en provocatie veel vaker plaats (resp. 81% en 33%). Ook de kwaliteit van de spirometrie in de eerste lijn kan op meerdere onderdelen verbeterd worden (o.a. ijken van de spirometer). Een allergietest wordt ook weinig ingezet in eerste lijn (13-21%) en 2-7% van de patiënten wordt verwezen naar de tweede*

45 *lijn. In de tweede lijn wordt bij 67% van de volwassenen een X-thorax gemaakt, en krijgt ongeveer 1/3 een allergietest.*

*Volgens de richtlijn van de NVK en de NHG is er geen plek voor FeNO tijdens de diagnostiek en behandeling. De richtlijnen NICE en SIGN benoemen echter wel een plek voor FeNO tijdens diagnostiek en behandeling. Cochrane voerde een systematische review uit naar het nut van FeNO tijdens het diagnosticeren van astma. Deze liet zien dat bij een hoge FeNO-waarde, de diagnose astma vrij zeker kan worden gesteld. Bij kinderen is de afkapwaarde 35-45 ppb. En bij*

55 *volwassenen is dat 50-60 ppb.*

60 *Toelichting n.a.v. vragen bij presentatie:*

*De vragenlijst werd in december 2020 en januari 2021 afgenomen, maar gevraagd werd deze in te vullen op basis van het beleid van vóór Corona. Bij de interpretatie van de resultaten hebben we de richtlijn van 2016 als referentie*

65 *genomen, aangezien deze toen actueel was. De herziene richtlijn beschrijft de nieuwe aanbevelingen op dit gebied.*

#### **Stellingen ZIN**

- 70
- Bij het stellen van de diagnose astma moet (veel) vaker een spirometrie (+provocatie) worden ingezet.
  - Reversibiliteit wordt onvoldoende aangetoond.

- Er worden veel X-thoraxen ingezet rondom de diagnose astma.
- Er worden opvallend weinig allergietesten ingezet.
- Hoge FeNO waarde bij kinderen en volwassenen toont astma aan.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg II  
Hart, Vaat & Longen

**Datum**  
31 maart 2021

**Onze referentie**  
2021012752

75

### **Discussie**

Tijdens de discussie wordt het belang van de Caspir cursus voor de kwaliteit van de spirometrie onderstreept. Vrijwel alle praktijken gaven aan deze cursus te hebben gevolgd (onderzoek PHARMO/INSZO). Er werd bij het vragenlijst

80

onderzoek ingezoomd op de randvoorwaarden voor het uitvoeren van een goede spirometrie zoals het ijken, schoonmaken van de apparatuur, uitvoering en beoordeling spirometrie, en opleiding. De NVK geeft aan dat de KASPIR-cursus (kinderen) echter veel minder vaak wordt gevolgd en dat er vaak te weinig jonge kinderen met astma in een praktijk zijn om voldoende ervaring op te doen terwijl

85

de uitvoering bij kinderen veel lastiger is. Regionale afspraken zijn dus nodig om de kwaliteit op dit gebied te verbeteren. Tevens worden vragen gesteld over de invloed van Corona, maar de data bestrijken de periode van vóór Corona. De meeste praktijken deden genoeg spirometrie onderzoeken om ervaring op te doen bleek uit ons onderzoek, maar zo'n 8% van de praktijken voert te weinig

90

spirometrie onderzoeken uit om ervaring op te bouwen.

Het belang om een goede diagnose te stellen met spirometrie wordt onderstreept en zou waarschijnlijk ook kosten-effectiever zijn dan starten met een langdurige behandeling. De kosten van onterecht voorgeschreven inhalatie medicatie kan al snel oplopen en een provocatie test is dan al snel voordeliger aldus de NVALT. Aan

95

de andere kant kan onderbehandeling tot verlies van longfunctie leiden op de langere termijn. Is men zich daar voldoende van bewust? De V&VN geeft aan dat er aarzeling is om allergietesten in te zetten omdat er vaak (bekende) hooikoorts of andere allergieën uit naar voren komen. De NHG geeft aan dat allergietesten in de nieuwe richtlijn alleen voor nog niet ontdekte allergieën gedaan moeten

100

worden en in ieder geval voor verwijzing van de patiënt naar de tweede lijn.

De NVALT herkent de hoge percentages X-thoraxen bij volwassenen. Deze worden vaak verricht om andere diagnoses uit te sluiten. De NVK geeft aan dat dat bij

105

kinderen over het algemeen niet echt nodig is. De NVALT geeft aan dat in de tweede lijn moeilijkere patiënten komen dan in de eerste lijn en dat een X-thorax bij deze groep dan ook gerechtvaardigd is om andere diagnoses uit te sluiten. De voorzitter geeft aan dat de cijfers gaan over nieuwe astmapatiënten in de tweede lijn en dat het percentage X-thoraxen over alle leeftijden een gelijk beeld geeft en niet alleen ouderen bijvoorbeeld. 6% van de reeds bekende astmapatiënten krijgt een X-thorax. De NHG geeft aan dat een X-thorax voor astma in de eerste lijn weinig wordt ingezet, wellicht alleen bij 60-plusser (ACOS/COPD).

110

Tevens wordt benoemd dat de diagnose in de eerste lijn vaak onterecht gesteld wordt. Er wordt aangegeven dat goede diagnostiek door middel van

115

spirometrie/provocatie dan ook belangrijk is, maar moet wel alleen bij verdenking op astma worden ingezet omdat het geen gouden standaard voor astma is. De aanwezigen beamen dat de gevonden percentages over inzet van spirometrie echt onvoldoende zijn.

120

De NVK geeft aan dat FeNO in de GINA-richtlijn als alternatief wordt genoemd om de diagnose astma te stellen. Bij kinderen gaat het vrijwel altijd om allergisch astma en kan het dus zinvol zijn. Dat wordt ook herkend uit de praktijk. Bij volwassenen is het wellicht anders en zitten er nog wat haken en ogen aan aldus de NVALT. Er worden praktische problemen benoemd bij inzet van FeNO, zoals de

125 kosten die nu niet vergoed worden door het ontbreken van een code/tarief.

### **Mogelijke verbeterpunten n.a.v. presentatie en discussie**

- Alle patiënten moeten een bevestigde reversibiliteit bij spirometrie hebben om de diagnose astma te stellen.
- Indicatie voor aanvullende diagnostiek zoals X-thorax en allergietest kan verbeterd worden.
- Nader bepalen van de plek van FeNO bij diagnostiek van astma bij kinderen en mogelijk ook volwassenen.
- Praktische problemen om FeNO in te zetten moeten opgelost worden (aanvraag code NZA).

## **5 Behandeling**

140 *Doel van de behandeling bij astma is het bereiken van een goede astmacontrole, aldus de richtlijn. Wanneer SABA meer dan 2x per week gebruikt wordt door een patiënt, is er geen sprake van een goede astmacontrole. Uit ons onderzoek blijkt dat 38.437 astmapatiënten enkel SABA gebruiken en dat daarvan 13.187 patiënten meer dan 100 DDD SABA per jaar gebruiken, wat wijst op onvoldoende astma controle bij een aanzienlijke groep. Bij patiënten die zowel SABA als ICS gebruiken, gebruiken 10.527 patiënten meer dan 100 DDD SABA en hebben dus ook waarschijnlijk geen goede astma controle. Daarnaast blijken 1.920 patiënten monotherapie LABA te krijgen, terwijl dit door de richtlijn wordt afgeraden. 31.271 astmapatiënten gebruiken per jaar gemiddeld meer dan 40 DDD (equivalent van ongeveer 2 stootkuren) orale corticosteroiden om hun astma weer onder controle te krijgen.*

150 *Toelichting n.a.v. vragen bij presentatie:*

155 *Patiënten van alle leeftijden zijn geïnccludeerd die een astma DBC of ketenzorg declaratie hadden. Ook zijn patiënten geïnccludeerd op basis van medicatievoorschriften (>120 DDD inhalatiemedicatie) en leeftijd (<50 jaar)(zie presentatie). Andere diagnoses, zoals bijvoorbeeld paniekstoornis, zijn niet geëxcludeerd maar hebben beperkte invloed op de data, gezien de aantallen astmapatiënten in relatie tot andere diagnoses.*

### **Stellingen ZIN**

- Veel patiënten gebruiken te veel SABA.
- Monotherapie LABA zou niet voorgeschreven moeten worden.
- OCS-gebruik is hoog bij relatief veel patiënten.

### **Discussie**

165 De NVALT heeft de indruk dat bij een grote groep (25%) van de mensen ademhalingsdisregulatie, zoals een paniekstoornis, een rol speelt. Ook is er een groep die standaard SABA gebruikt en niet alleen bij klachten. De KCCL geeft aan dat bij kinderen al snel met Ventolin wordt gestart, wellicht heeft dat ook invloed op de cijfers. Spiegelinformatie zoals deze wordt gewaardeerd, en 13.000 mensen die te veel SABA gebruiken wordt als veel gezien en niet volgens de richtlijn.

170 De NHG geeft aan dat de nieuwe richtlijn veel steviger het overgebruik van SABA als probleem benoemt. Dit zou beter gemonitord moeten worden. De voorzitter geeft aan dat dit ook de reden was om hiernaar te kijken. De KCCL geeft aan dat de cijfers over 2-3 jaar dan verbeterd zouden moeten zijn.

175 De NHG geeft aan dat huisartsen samen met apothekers op basis van de ICPC kunnen nagaan of medicatie juist wordt gebruikt. De voorzitter geeft aan dat de

180 controle op medicatie ook met de KNMP afgestemd kan worden. De NVALT geeft  
aan dat hetzelfde geldt voor de grote groep met 2 OCS-kuren. De 30.000 mensen  
met 2 OCS-kuren per jaar moeten absoluut beter gediagnosticeerd en  
doorgestuurd worden. Dat is een onderbehandelde groep en daar ligt ruimte voor  
verbetering. De NVK geeft aan dat de LAN hier een werkgroep voor heeft opgezet  
185 met als doel een bewustwordingscampagne. Het Longfonds licht toe dat zij met de  
LAN, VND en diverse beroepsorganisaties bezig zijn ernstig en ongecontroleerd  
astma beter te laten herkennen en patiënten te bewegen bij klachten eerder naar  
de zorgverlener te gaan. Hier zijn ook factsheets over gemaakt en op dit moment  
190 proberen ze de kennis van de patiënt te vergroten op dit gebied. Op 4 mei wordt  
deze campagne gelanceerd op de website van Longfonds en VND. De V&VN geeft  
aan dat er tevens een groep is die moeite heeft met de eigen bijdrage.

#### **Mogelijke verbeterpunten n.a.v. presentatie en discussie**

- 190
- Overgebruik SABA moet worden verminderd.
  - Overgebruik OCS moet worden teruggedrongen.

#### **6 Inhalatoren**

195 *De NHG-richtlijn geeft aan een inhalator voor te schrijven met een teller of  
indicator, omdat men dan weet wanneer de inhalator leeg is. Zo kan worden  
voorkomen dat een volle te snel wordt weggegooid of dat een lege gebruikt blijft  
worden. Tevens wordt aangegeven om bij een poederinhalator voor een multidosedose  
te kiezen in verband met gebruiksgemak. Daarnaast is het belangrijk om bij  
gebruik van meerdere middelen te letten op uniformiteit. Hoe meer verschillende  
200 inhalatoren worden gebruikt, hoe groter de kans dat de patiënt het middel  
verkeerd gebruikt. Uit ons onderzoek blijkt dat 160.000 patiënten een inhalator  
zonder teller of indicator (95% aerosol) gebruiken en meer dan 170.000 patiënten  
een singledosedose inhalator. Bijna 49.000 patiënten gebruiken twee inhalatoren met  
verschillende inhalatietechniek (dosis-aerosol + poederinhalator).*

205 *Uiteindelijk gebruiken slechts 111.000 patiënten inhalatoren die voldoen aan alle  
3 de genoemde criteria (95% daarvan zijn poederinhalatoren).  
Alle astmapatiënten samen gebruiken 66 miljoen DDD dosis-aerosolen. Dit komt  
overeen met 41 miljoen kilo CO<sub>2</sub>-uitstoot, wat evenveel is als de uitstoot van  
8.541 benzineauto's die 1 keer om de aarde zouden rijden (ter hoogte van de  
210 evenaar). In Nederland is 50% van de inhalatoren een aerosol en 50% een  
poeder, terwijl in de UK 70% en in Zweden 13% een aerosol is. Grote verschillen  
dus, terwijl alle drie de landen goede astmazorg leveren. De BTS, NICE en SIGN-  
richtlijnen raden aan om vanwege de milieubelasting bij voorkeur poeder  
inhalatoren voor te schrijven.*

215 *Toelichting n.a.v. vragen bij presentatie:  
Alle inhalatoren zijn meegenomen, ongeacht prijs.*

#### **Stellingen van ZIN**

- 220
- Inhalatoren zonder teller of singledosedose inhalatoren dienen zo veel mogelijk  
vermeden te worden
  - Minder patiënten moeten twee technieken door elkaar gebruiken.
  - Multidosedose poederinhalatoren zouden vaker voorgeschreven kunnen worden.
  - Het gebruik van aerosol inhalatoren bij astma kan beter worden verminderd
- 225 (vaak geen teller/hoog CO<sub>2</sub>).

## Discussie

Zorginstituut Nederland  
Zorg II  
Hart, Vaat & Longen

Datum  
31 maart 2021

Onze referentie  
2021012752

230 Het Longfonds geeft aan dat er nog meer criteria zijn die meegewogen moeten worden, zoals het wel of niet kunnen omgaan met een bepaalde techniek of niet krachtig genoeg kunnen in ademen. Ook het wisselen van devices brengt problemen met zich mee. De KCCL geeft aan dat het teller-probleem op te lossen is met aparte apparaatjes, maar deze worden niet vergoed. Het NHG nuanceert, dat de drie criteria geen aanbevelingen zijn maar dat het factoren zijn die

235 meewegen. Samen met andere partijen worden alle criteria waarover consensus bestaat op dit moment naast elkaar gelegd. Publicatie hierover zal na de zomer plaatsvinden.

240 De NVK geeft aan dat poederinhalatoren niet altijd de voorkeur hebben bij kinderen. Ook de KCCL pleit voor meer nuance, aangezien het voorschrijven een vorm van personalised medicine is waar zeker in de derde lijn veel aandacht naar uit gaat en waarbij kosten meevallen vergeleken met andere aandoeningen. Het preferentiebeleid van zorgverzekeraars staat hier haaks op. De NVALT onderschrijft dit ook en geeft aan dat de input van de zorgverzekeraars op dit

245 punt heel belangrijk is. De NHG geeft aan dat dit punt voor de eerste lijn mogelijk anders ligt. Heeft maatwerk in de eerste lijn wel meerwaarde? De LAN is met de zorgverzekeraars in gesprek over het preferentiebeleid, aangezien dit op dit moment tot ontevredenheid leidt. Kosten voor inhalatoren zijn volgens de LAN relatief wanneer je andere kosten zoals ziekenhuisopnames hiermee vergelijkt.

250 De LAN geeft aan dat de zorg 8% bijdraagt aan de CO<sub>2</sub>-uitstoot en dat hier meer aandacht en onderzoek naar moet worden gedaan. De KCCL geeft aan dat ziekenhuisopnames echter ook een CO<sub>2</sub> belasting opleveren en plastic poeder inhalatoren uiteraard ook. Dit zou je tegen elkaar af moeten zetten. Er wordt ook

255 onderzoek gedaan naar minder belastende drijfgassen. De voorzitter geeft aan dat de plastic belasting van inhalatoren niet in verhouding staat tot de krachtige drijfgassen die in aerosolen zitten.

## Mogelijke verbeterpunten n.a.v. presentatie en discussie

- 260
- Bij het kiezen van een inhalator moeten alle criteria (zoals teller, techniek, gebruiksgemak en wisselingen) beter afgewogen worden.
  - Bij het voorschrijven is de CO<sub>2</sub> belasting ook een factor om mee te wegen.

## 7 Monitoring

265 *Van de patiënten die voor astma op huisartsenpost belanden heeft 60% geen contact met huisarts gehad en heeft 46% geen voorschrift voor astmamedicatie gehad in de 4 maanden ervoor (Nivel). 62-72% van de patiënten met astma heeft de laatste 2 jaar geen contact gehad met de huisarts. 1 op de drie patiënten in een praktijk met astma ketenzorg wordt niet gemonitord (PHARMO/INSZO). In*

270 *praktijken zonder ketenzorg astma is dit maar liefst 50%. Spirometrie wordt in 1 op de drie patiënten tijdens monitoring ingezet in praktijken met ketenzorg en in 1 op de 4 patiënten in praktijken zonder ketenzorg. Deze data zijn niet afhankelijk van het medicatiegebruik bij astma. Uit vragenlijst onderzoek (PHARMO/INSZO) blijkt dat aspecten van monitoring zoals astmacontrole, medicatiecheck en*

275 *inhalatietechniek, bij 1 op de 3 tot 2 op de 3 patiënten worden meegenomen. Uit dataonderzoek (PHARMO) blijkt dat deze aspecten slechts in een minderheid van de patiënten worden vastgelegd. Rookstatus, BMI en bewegen worden ook in andere ketenzorg programma's vaak meegenomen en scores mogelijk daardoor wat hoger. Praktijken zonder ketenzorg scoren op alle aspecten beduidend lager*

280 dan praktijken met ketenzorg.

De FeNO test heeft nog geen declaratiecode, waardoor we niet konden nagaan in de data hoe vaak deze wordt ingezet. Richtlijnen, nationaal en internationaal, spreken elkaar tegen op het gebied van FeNO. De SR van Cochrane laat zien dat  
285 zowel kinderen als volwassenen mogelijk een 39% lagere kans op een exacerbatie hebben bij een FeNO gestuurde behandeling. Bij kinderen werd ook een 37% lagere kans op een exacerbatie met noodzaak tot behandeling met OCS gezien (NNT 12). Er werd geen effect gezien op het aantal ziekenhuisopnames bij beide groepen (tevens weinig events in de studies).

290

*Toelichting n.a.v. vragen bij presentatie:*

*Er was één studie die specifiek naar de eerste lijn keek, maar de andere studies keken hier niet specifiek naar. Bij monitoring van patiënten in de tweede lijn krijgt 6% een spirometrie per jaar.*

295

#### **Stellingen van ZIN**

- Patiënten moeten vaker gemonitord worden.
- Spirometrie onvoldoende ingezet bij monitoring.
- Praktijken met ketenzorg lijken patiënten vaker te monitoren.
- FeNO geleide behandeling kan de frequentie van exacerbaties verlagen.

300

#### **Discussie**

De NVALT geeft aan dat het doel van monitoring is om exacerbaties te voorkomen en dat spirometrie tijdens monitoring nodig is om longfunctieverlies op te sporen.  
305 Jaarlijkse spirometrie is mogelijk niet kosteneffectief? Het NHG geeft aan dat de inzet van monitoring van een aantal factoren afhangt, zoals medicatie en mate van astmacontrole. De voorzitter geeft aan dat spirometrie bij bijvoorbeeld patiënten die ICS gebruiken volgens de richtlijn jaarlijks zou moeten plaatsvinden. Inzet van FeNO in de eerste lijn lijkt vooralsnog geen duidelijke meerwaarde te hebben aldus het NHG. De NVALT ziet mogelijk een plek voor FeNO om  
310 exacerbaties te voorkomen. De NVK ziet ook een plek voor FeNO bij kinderen maar het is nog niet helemaal zwart/wit en voor diagnostiek mogelijk overtuigender dan voor monitoring. De KCCL geeft aan dat FeNO alleen voor type 2 astma echt interessant is. De voorzitter vraagt of de declaratiecode voor FeNO wordt gemist? De NVK geeft aan dat FeNO wordt uitgevoerd omdat het belangrijk is, maar dat wordt op eigen kosten gedaan. De NVALT benoemt dat het niet overal gedaan wordt. Toch starten duizenden patiënten met een biological per jaar. Is inzet van FeNO dan niet nodig? FeNO staat benoemd in de richtlijn ernstig astma.

320

#### **Mogelijke verbeterpunten n.a.v. presentatie en discussie**

- Monitoring moet op basis van richtlijn vaker ingezet worden.
- Nader bepalen van plek van FeNO bij monitoring van astma bij kinderen en volwassenen.

325

#### **8 Afronding en vervolg**

- Verslag en presentatie zullen worden toegezonden
- Vaststellen verbeterpunten en afspraken (SMART)
- Schrijven concept verbeteringsignalement en consultatie partijen
- Definitief verbeteringsignalement en vaststelling RvB en aanbieden Minister MZ.

330

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg II  
Hart, Vaat & Longen

**Datum**  
31 maart 2021

**Onze referentie**  
2021012752

De voorzitter bedankt alle aanwezigen voor hun aanwezigheid en bijdrage en sluit de vergadering.

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg II  
Hart, Vaat & Longen

**Datum**  
31 maart 2021

**Onze referentie**  
2021012752





Zorginstituut Nederland

| Van goede zorg verzekerd |



Zorginstituut Nederland

# Bijeenkomst Zinnige Zorg Astma

Bespreking resultaten van  
intern en extern onderzoek

30 maart 2021



<b>Organisatie</b>	<b>Deelnemers</b>
<b>KNGF</b>	Mitchell van Doormaal
<b>KNMP</b>	Sylvia Blind, Johan Kooistra
<b>Longfonds</b>	Marjo Poulissen
<b>NHG/CAHAG</b>	Jip de Jong, Jean Muris
<b>NVALT</b>	Julia Koopmans
<b>NVK</b>	Bart van Ewijk
<b>NVLA</b>	Antoinette Houtkooper
<b>Kenniscentra CCL</b>	Ingrid Augustin, Eline bij de Vaate, Frits Franssen, Martijn Spruit
<b>V&amp;VN</b>	Rita Dobbelaar
<b>LAN</b>	Emiel Rolink
<b>PHARMO Instituut</b>	Marianne Meulepas
<b>Cochrane Netherlands</b>	Pauline Heus, Anneke Damen, Lotty Hooft
<b>Zorginstituut Nederland</b>	Geert-Jan van Kemenade, Maaike Moen, Peter van Hal Pieter ten Have, Linda Uijleman, Ilse van Beusekom



## Agenda

---

16.00 – 16.10	Welkom en introductie
16.10 – 16.20	Aanleiding en methode onderzoek
16.20 – 16.50	Diagnostiek
16.50 – 17.00	Pauze
17.00 – 17.30	Behandeling
17.30 – 17.50	Monitoring
17.50 – 18.00	Afronding en vervolg

---



## Wat is het doel van deze bijeenkomst?

- ❖ Bespreken resultaten onderzoeken
  - ❖ Analyse richtlijnen
  - ❖ Analyse declaratie data
  - ❖ Extern onderzoek NIVEL
  - ❖ Extern onderzoek PHARMO
  - ❖ Systematic Review Cochrane
- ❖ Bespreken voorlopige conclusies en mogelijke verbeterpunten



Geen chat a.u.b.  
Bezwaar opname?





## Aanleiding en methoden

### **Na onderzoek en consultatie partijen werden mogelijke verbeteringen gezien:**

- Diagnosestelling astma eerste lijn, nadruk op spirometrie
- Behandeling, medicamenteus, niet-medicamenteus en inhalator gebruik
- Monitoring van de behandeling, met en zonder ketenzorg



- ❖ **Richtlijn analyse:** vergelijking nationale en internationale richtlijnen
- ❖ **Declaratie data Zorginstituut:** 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> lijns zorgdata (DIS, ZPD, GIP, DG)
- ❖ **Nivel Zorgregistraties Eerste lijn:** "Huisartsenzorg aan patiënten met astma: zorggebruik in de huisartsenpraktijk en op de huisartsenpost"
- ❖ **PHARMO Instituut en INSZO:** "Spirometrie en monitoring van astma in de 1ste lijn"
- ❖ **Cochrane Netherlands: SR** "Nut van FeNO bij de diagnostiek en behandeling van specifieke groepen astmapatiënten"



# Diagnostiek



## Spirometrie onvoldoende overwogen bij diagnose

### Vraag:

Wanneer gebruikt u spirometrie ten behoeve van het stellen van de diagnose astma?

Alleen bij sterke verdenking van astma  
**30%**

Bij iedereen met klachten van kortademigheid, hoesten  
**27%**

Alleen bij onvoldoende aanwijzingen uit anamnese en lichamelijk onderzoek  
**19%**

Anders  
**23%**

**NHG 2020:** spirometrisch aangetoonde reversibiliteit of variabiliteit is obligaat voor de diagnose

**NHG 2016:** Verricht aanvullend onderzoek zoals spirometrie en allergologisch onderzoek bij aanwijzingen voor astma

79-92 %  
spirometrie in eigen praktijk

**PHARMO/INSZO**  
Vragenlijst onderzoek 120 huisartspraktijken:  
- Ketenzorg 96  
- Geen Ketenzorg 24





## Diagnose vaak niet bevestigd

### Vraag:

Wat is uw eerste stap in het beleid bij diagnostische twijfel, bijvoorbeeld bij niet óf licht van normaal afwijkende eerste spirometrie?

Verder beleid op basis van klachten  
**43%**

Spirometrie herhalen  
**24%**

provocatietest in eerstelijns diagnostisch centrum/ziekenhuis  
**11%**

Verwijzing/telefonisch overleg longarts  
**9%**

Anders  
**13%**

Beoordeling spirometrie  
Huisarts 83-100%  
POH 33-60%

**PHARMO/INSZO**  
Vragenlijst onderzoek  
120 huisartspraktijken:  
- Ketenzorg 96  
- Geen Ketenzorg 24



## Spirometrie en provocatie onvoldoende toegepast, weinig hard bewijs voor astma

Bron	Spirometrie	Reversibiliteit	Provocatie	Onderzoekperiode
Pharmo	33%	+ 10% - 13% ? 9%	? (0%)	3 maanden na diagnose Geen astma < 6 maanden in dossier
Pharmo 6 -18 jaar	24%	+ 7% - 10% ? 7%	? (0%)	3 maanden na diagnose Geen astma < 6 maanden in dossier
Nivel ≥ 6 jaar	17%	-	-	6 maanden na diagnose In 2017 nieuwe diagnose astma
Vektis 1 <sup>e</sup> lijn	21%	-	-	1 <sup>e</sup> lijns zorgactiviteiten 6 maanden voor openen DBC
Vektis 2 <sup>e</sup> lijn	81%	-	33%	1 <sup>e</sup> en 2 <sup>e</sup> lijns zorgactiviteiten 6 maanden na openen DBC



## X-thorax wordt opvallend vaak ingezet, allergietest weinig ingezet

Bron	Allergietest	X-thorax	Verwijzingen
Pharmo	20% (6-11 jaar) 21% (12-17 jaar) 13% (≥18 jaar)		2% (6-11 jaar) 3% (12-17 jaar) 7% (≥18 jaar)
Nivel	<1% (≥6 jaar)		6% (≥6 jaar)
Vektis (1 <sup>e</sup> + 2 <sup>e</sup> lijns data)	14% (<6 jaar) 35% (6-11 jaar) 36% (12-17 jaar) 36% (≥18 jaar)	11% (<6 jaar) 10% (6-11 jaar) 29% (12-17 jaar) <b>67% (≥18 jaar)</b>	



## Mogelijke plek FeNO bij diagnostiek?

### **Richtlijnen:**

NVK en NHG geen plek FeNO

NICE en SIGN benoemen FeNO wél bij diagnostiek en behandeling

### **Systematic review Cochrane PICO 1 “Nut FeNO bij diagnosticeren van astma”**

Hoge FeNO waarde bij diagnostiek >>> vrij zeker astma

Kinderen: afkapwaarde 35-45

Volwassenen: afkapwaarde 50-60



## Diagnostiek - Discussie

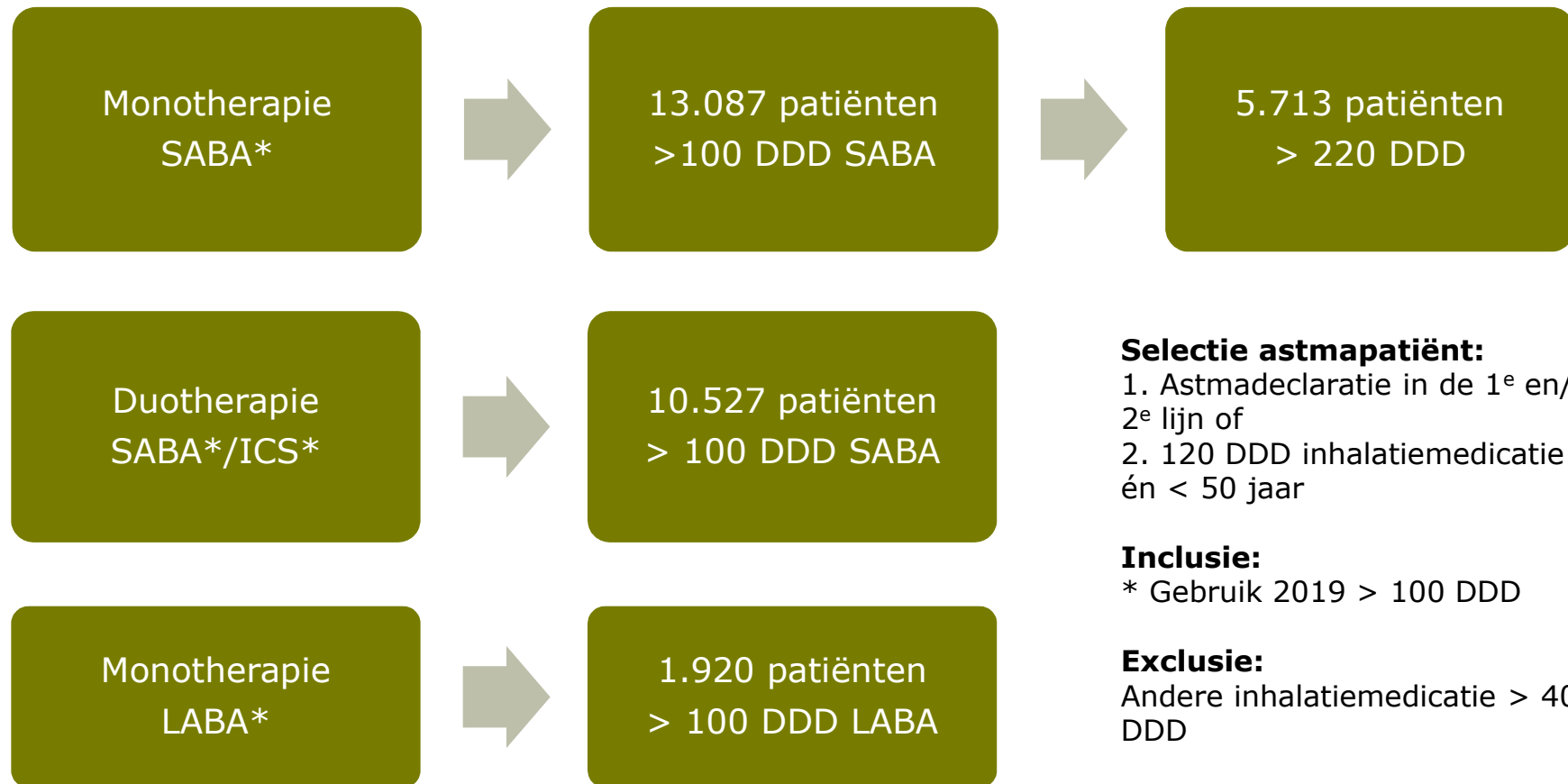
- ❖ Bij het stellen van de diagnose astma moet (veel) vaker een spirometrie (+ provocatie) worden ingezet.
- ❖ Reversibiliteit wordt onvoldoende aangetoond.
- ❖ Er worden veel X-thoraxen ingezet rondom de diagnose astma.
- ❖ Er worden opvallend weinig allergietesten ingezet.
- ❖ Hoge FeNO waarde bij kinderen en volwassenen toont astma aan.



# Behandeling



## SABA overgebruik > astma niet onder controle



### Selectie astmapatiënt:

1. Astmadeclaratie in de 1<sup>e</sup> en/of 2<sup>e</sup> lijn of
2. 120 DDD inhalatiemedicatie én < 50 jaar

### Inclusie:

\* Gebruik 2019 > 100 DDD

### Exclusie:

Andere inhalatiemedicatie > 40 DDD

Bron: Vektis



## Teveel OCS gebruik > astma niet onder controle

31.271 patiënten  
OCS\* > 40 DDD

~1.000 patiënten per  
jaar starten met een  
biological



15% switcht

### **Selectie astmapatiënt:**

1. Astmadeclaratie in de 1<sup>e</sup> en/of 2<sup>e</sup> lijn of
2. 120 DDD inhalatiemedicatie én < 50 jaar

### **Exclusie:**

Andere diagnoses waarvoor OCS gebruikt kan worden bijv. jicht, reuma, Crohn, etc.

Bron: Vektis





## Behandeling - Discussie

- ❖ Veel patiënten gebruiken te veel SABA.
- ❖ Monotherapie LABA zou niet voorgeschreven moeten worden.
- ❖ OCS gebruik hoog bij relatief veel patienten.



## Voorschrijven inhalatoren kan beter

### NHG richtlijn raadt aan

- ❖ **Dosisteller/indicator > geen lege inhalator**
  - ❖ 164.540 patiënten gebruiken een inhalator **zonder** teller (~95% dosisaerosol)
- ❖ **Multidose poederinhalator > gebruiksgemak**
  - ❖ 170.252 patiënten gebruikten een **singledose** poederinhalator
- ❖ **Uniformiteit toediening > minder fouten**
  - ❖ 48.949 patiënten gebruikten twee inhalatoren met een **verschillende inhalatietechniek**: dosisaerosol plus poederinhalator.



NL 50 % aerosol

### 111.460 patienten voldoen aan alle 3 de criteria (95% poeder)

#### Patiëntselectie:

1. Astmadeclaratie in de 1<sup>e</sup> en of 2<sup>e</sup> lijn of
2. 120 DDD inhalatiemedicatie én < 50 jaar

66 miljoen DDD dosisaerosolen  
voor astma

=

41 miljoen kilo CO<sub>2</sub>

=

8541 auto's wereld rond





## Inhalatoren - Discussie

- ❖ Inhalatoren zonder teller of singledose dienen zo veel mogelijk vermeden te worden
- ❖ Minder patiënten moeten twee technieken door elkaar gebruiken
- ❖ Multidose poederinhalatoren zouden vaker voorgeschreven kunnen worden
- ❖ Het gebruik van aerosol inhalatoren bij astma kan beter worden verminderd (vaak geen teller/hoog CO<sub>2</sub>)



# Monitoring



## Monitoring lijkt onvoldoende

### **Nivel:**

Bezoek Huisartsenpost in verband met astma:

- 60% had geen contact met HA laatste 4 mnd voor astma
- 46% had geen voorschrift voor astmamedicatie laatste 4 mnd

### **Nivel:**

62-72% van de patiënten die al langer bekend waren met astma hebben in de afgelopen twee jaar geen contact met de HA voor astma

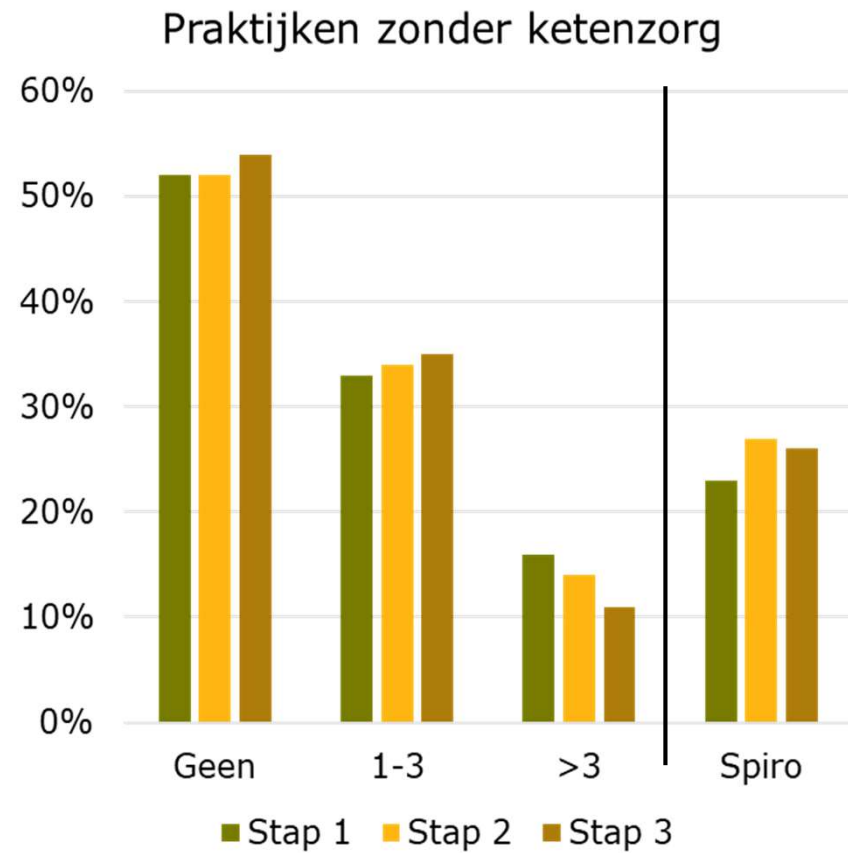
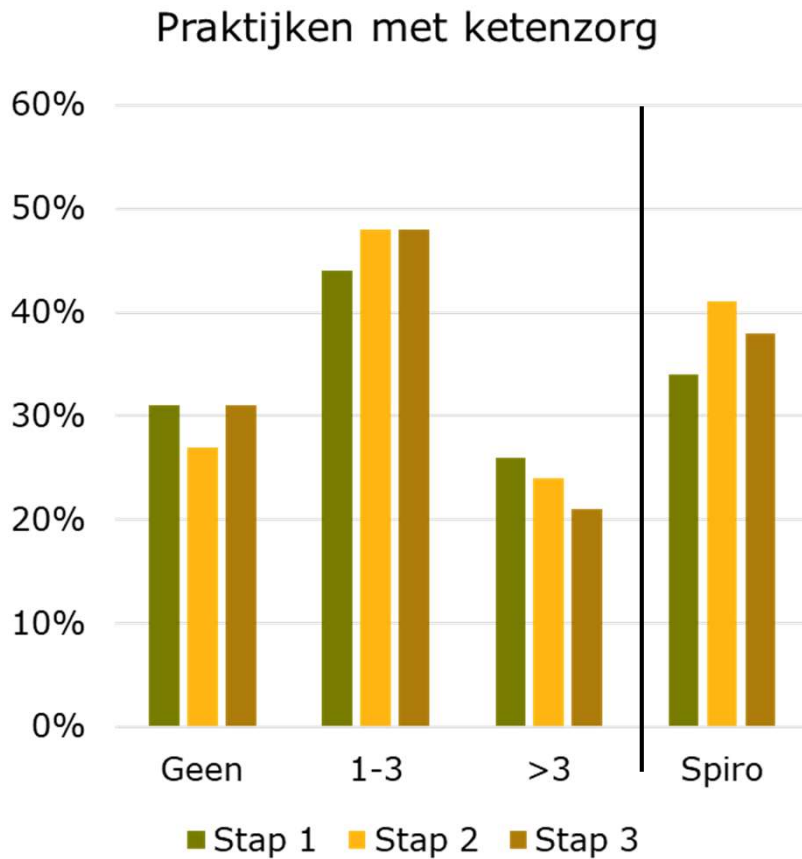
**Selectie astmapatiënt:**

ICPC astma



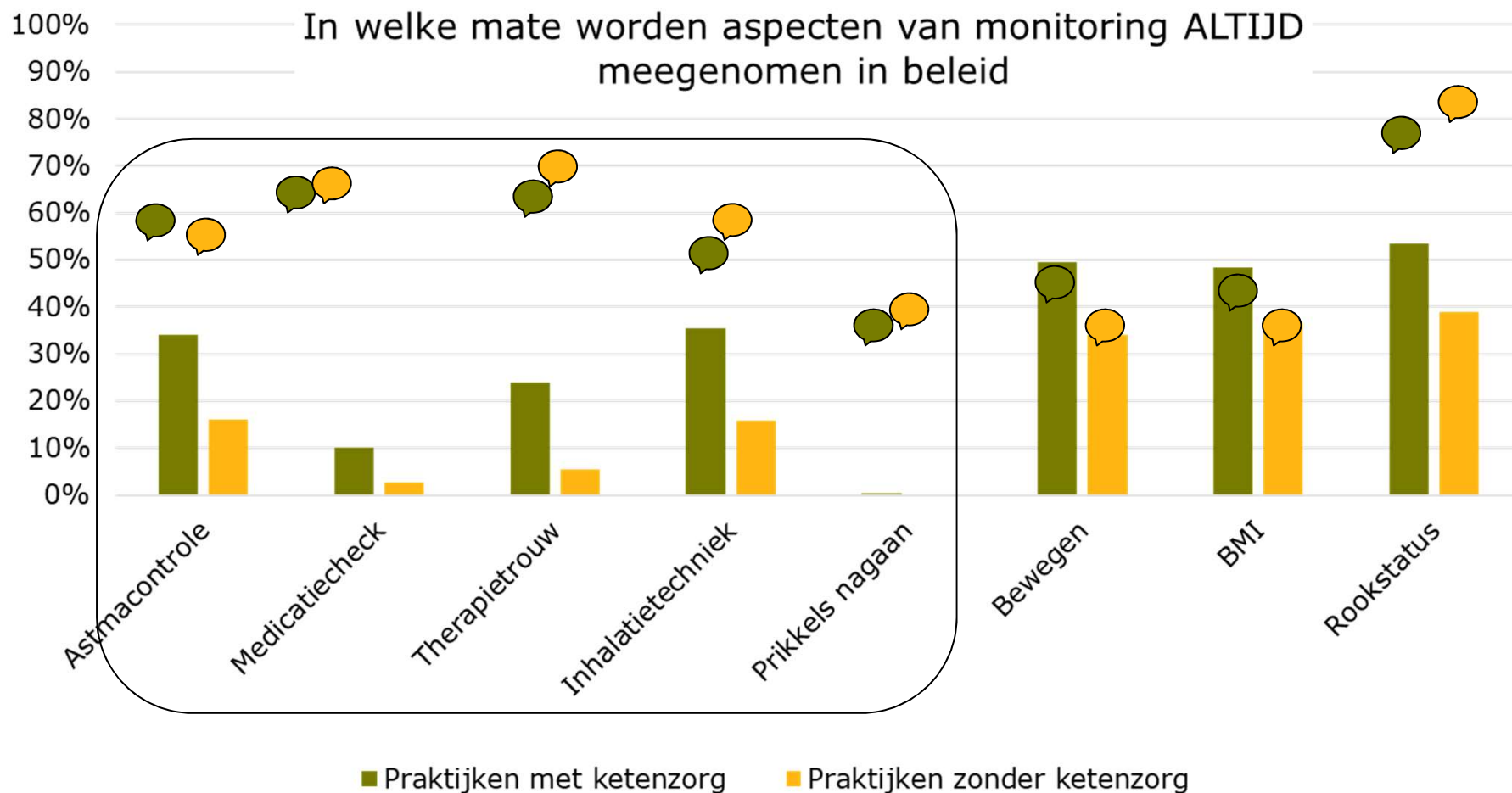
Jaarlijks spirometrie  
bij ICS en LABA gebruik  
25% vs 29%

## Onvoldoende monitoring





# Onvoldoende aandacht en uitvoering monitoring





## FeNO verlaagt kans op exacerbatie

- ❖ **FeNO test heeft (nog) geen declaratiecode > data onderzoek niet mogelijk**
- ❖ **Richtlijnen nationaal/internationaal niet eenduidig**
- ❖ **Nut FeNO geleide behandeling? > SR Cochrane**

### **Kinderen**

- 39% lagere odds op  $\geq 1$  exacerbatie (GRADE moderate), NNT= 10
- 0,44 minder exacerbaties per jaar (GRADE low)
- 37% lagere odds op een exacerbatie met noodzaak tot behandeling met OCS (GRADE low), NNT= 12

### **Volwassenen**

- 39% lagere odds op  $\geq 1$  exacerbatie (GRADE moderate)
- 33% lagere exacerbatie rate (GRADE moderate)

Geen effect op ziekenhuisopname (weinig events)





## Monitoring - Discussie

- ❖ Patienten moeten vaker gemonitord worden.
- ❖ Spirometrie onvoldoende ingezet bij monitoring.
- ❖ Praktijken met ketenzorg lijken patienten vaker te monitoren.
- ❖ FeNO geleide behandeling kan de frequentie van exacerbaties verlagen.



# Afronding en Vervolg



## Vervolg

---

<b>Periode</b>	<b>Activiteit/ product</b>
april	Verslag en presentatie
april-mei	Vaststellen verbeterpunten en afspraken (SMART)
mei	Concept verbetersignalement + consultatie partijen
juni	Definitief verbetersignalement RvB > Minister MZ

---



Dank voor uw aanwezigheid!

## Contact

Projectondersteuner:

*Linda Uijleman*

[ZinnigeZorg@zinl.nl](mailto:ZinnigeZorg@zinl.nl)

Projectleider:

*Geert-Jan van Kemenade*

[ZinnigeZorg@zinl.nl](mailto:ZinnigeZorg@zinl.nl)

