

JGZ-richtlijn

# Astma bij kinderen

Samenvatting



Nederlands  
Centrum  
Jeugdgezondheid

# **Astma bij kinderen**

**Samenvatting**

Een publicatie van het  
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)  
Churchillaan 11  
3527 GV Utrecht

### **Datum**

December 2011

### **Auteurs**

Dr. C.I. Lanting<sup>1</sup>  
Drs. N. Heerdink-Obenhuijsen<sup>2</sup>  
Drs. M.M. Wagenaar-Fischer<sup>3</sup>  
Drs. H.B.M. van Gameren-Oosterom<sup>4</sup>  
Dr. J.M. Breuning-Boers<sup>5</sup>  
Dr. D.B. Toll<sup>6</sup>  
Dr. A.D. Mohangoo<sup>7</sup>

Auteursrechten voorbehouden  
©Nederlands Centrum jeugdgezondheid, Utrecht, 2011

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen aanvaarden redactie, auteurs en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de of krachtens de in de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere wijze, zonder schriftelijke toestemming van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Alleen organisaties die jeugdgezondheidszorg uitvoeren in opdracht van de gemeente mogen deze uitgave ongewijzigd verspreiden onder hun eigen medewerkers, hetzij in geprinte vorm, hetzij digitaal.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijke verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht ([www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van gedeelten van deze uitgave in lezingen, readers en andere werken dient men zich tot het NCJ te wenden.

<sup>1</sup> Arts en epidemioloog. TNO, afdeling Child Health, Leiden.

<sup>2</sup> Arts M&G n.p., TNO, afdeling Child Health, Leiden.

<sup>3</sup> Arts M&G n.p.

<sup>4</sup> Arts en onderzoeker. TNO, afdeling Child Health, Leiden (vanaf 1 januari 2010).

<sup>5</sup> Kinderarts n.p. TNO, afdeling Child Health, Leiden.

<sup>6</sup> Epidemioloog. TNO, afdeling Child Health, Leiden (tot 1 januari 2009).

<sup>7</sup> Research scientist. TNO, afdeling Child Health, Leiden.

# INHOUDSOPGAVE

|   |    |
|---|----|
| <b>1. INLEIDING</b> .....   | 5  |
| <b>2. AARD EN OMVANG VAN HET PROBLEEM</b> .....                                 | 6  |
| 2.1 Wat is astma en wat is het beloop? .....                                    | 6  |
| 2.2 Hoe vaak komt het voor en wat is de ziektelast? .....                       | 6  |
| 2.3 Wat is de relatie met allergische rhinitis en constitutioneel eczeem? ..... | 7  |
| 2.4 Wat zijn de gevolgen voor het dagelijkse leven? .....                       | 7  |
| 2.5 Wat zijn mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling? .....               | 7  |
| <b>3. PRIMAIRE PREVENTIE</b> .....  | 8  |
| 3.1 Vaststellen van factoren die een rol spelen bij het ontstaan van astma ...  | 8  |
| 3.2 Preventie .....   | 9  |
| <b>4. SECUNDAIRE PREVENTIE</b> .....  | 11 |
| 4.1 Signalering .....   | 11 |
| 4.2 Registratie .....   | 13 |
| <b>5. TERTIAIRE PREVENTIE</b> .....   | 14 |
| 5.1 Preventie .....   | 14 |
| 5.2 Interventie op maat .....   | 15 |
| 5.3 Begeleiding bij opgroeien en opvoeden .....                                 | 17 |
| 5.4 Verwijzen .....   | 17 |
| 5.5 Registratie .....   | 17 |

# 1. INLEIDING

In deze samenvatting zijn de belangrijkste punten uit de richtlijn 'Astma bij kinderen (0-19 jaar)' voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) kort weergegeven. De onderwerpen worden uitgebreider beschreven in de volledige richtlijn. Ook de referenties zijn daar terug te vinden.

De richtlijn is primair ontwikkeld voor beroepsbeoefenaren in de JGZ; dit zijn artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten. Het JGZ-team wordt soms ondersteund door een astmaverpleegkundige. Bij verdenking op astma verwijst de JGZ naar de huisarts. De huisarts verwijst een deel van de kinderen door naar de kinderarts. Voor aanpalende beroepsbeoefenaren beoogt de richtlijn een aanvulling op de eigen richtlijnen en/of protocollen te zijn.

\* In deze richtlijn verstaan we onder astmaverpleegkundigen zowel jeugdverpleegkundigen met een specifieke opleiding over kinderen met astma als (kinder)longverpleegkundigen en astmaverpleegkundigen uit het ziekenhuis.

## 2. AARD EN OMVANG VAN HET PROBLEEM

### 2.1 Wat is astma en wat is het beloop?

*Astma* is een chronische ontsteking van de luchtwegen. De ontsteking veroorzaakt episoden van benauwdheid en piepend ademen. Tussen de aanvallen door is er een normale longfunctie.

Bij *kinderen van zes jaar* en ouder is astma vaak geassocieerd met allergie. Bij daarvoor gevoelige kinderen kan blootstelling aan bijvoorbeeld huisstofmijt, huisdieren of pollen tot klachten leiden. Vaak gaat de ontsteking eveneens gepaard met een toename in de luchtwegreactiviteit voor een veelheid aan (niet-allergische) prikkels, zoals sigarettenrook, parfum of mist.

Bij *kinderen tot zes jaar* is het ziektebeeld meer gevarieerd. Een deel van de kinderen tot zes jaar heeft allergisch astma zoals dat ook bij oudere kinderen voorkomt. Astma heeft bij hen de neiging te blijven bestaan gedurende de kinderleeftijd. Daarnaast is er een groep kinderen die de eerste vier tot zes jaren piepen en daarna klachtenvrij worden. De in aanleg relatief nauwe luchtwegen geven bij het jonge kind al gauw verschijnselen en zeker bij een virale infectie; allergie speelt in dit geval geen rol. Deze groep heeft dus vooral klachten als ze verkouden zijn. Maar ook bij kinderen met allergisch astma vormen verkoudheden vaak de uitlokkende factor. Op grond van verschijnselen is bij kinderen tot zes jaar dus niet goed te voorspellen of de klachten in het individuele geval zullen blijven bestaan of verdwijnen met de leeftijd.

Bij kinderen tot zes jaar is het stellen van de diagnose astma niet eenduidig. Vaak wordt volstaan met een symptoomdiagnose 'recidiverend piepen al dan niet met hoesten'. Het wel of niet stellen van de diagnose astma op deze leeftijd heeft geen invloed op de behandeling, maar wel op de beleving van ouders. In deze richtlijn hanteren we de term astma ook bij de jonge kinderen. Belangrijk is dat voor ouders duidelijk moet zijn dat de diagnose astma op jonge leeftijd niet betekent dat het kind ook altijd op latere leeftijd astma heeft.

### 2.2 Hoe vaak komt het voor en wat is de ziektelast?

Astma is de meest voorkomende chronische aandoening bij kinderen: vier tot zeven procent van de vier- tot achttienjarigen heeft verschijnselen van astma. Jaarlijks worden ongeveer drieduizend kinderen met astma in het ziekenhuis opgenomen. Per jaar overlijden vier kinderen aan een astma-aanval. De totale kosten per kind met astma worden geschat op 559 euro per jaar (prijsniveau 2004). Symptomen van astma zijn bovendien een belangrijke oorzaak van schoolverzuim: kinderen met astma missen twee tot vijftien schooldagen extra per jaar.

### **2.3 Wat is de relatie met allergische rhinitis en constitutioneel eczeem?**

Meer dan driekwart van de kinderen ouder dan vijf jaar met astma heeft ook een allergische rhinitis. Gegevens over het percentage kinderen met allergische rhinitis dat astma ontwikkelt werden niet gevonden. Een op de drie kinderen met constitutioneel eczeem ontwikkelt later in de jeugd astma.

### **2.4 Wat zijn de gevolgen voor het dagelijkse leven?**

Niet- of onderbehandelde symptomen van astma kunnen een grote invloed hebben op de (psychosociale) ontwikkeling van het kind, het dagelijks functioneren en het welbevinden van kinderen en hun ouders. Kinderen met astma kunnen zich moe en uitgeput voelen ten gevolge van aanvallen van benauwdheid en nachtelijk hoesten. Daardoor hebben deze kinderen minder fut en zijn ze beperkt in hun dagelijkse bezigheden (waaronder school/studie/werk, sport en spel). Voor ouders kan het hebben van een kind met astma leiden tot bezorgdheid, werkverzuim en minder tijd voor zichzelf. Bij adequate behandeling blijven de gevolgen voor het dagelijkse leven meestal beperkt.

### **2.5 Wat zijn mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling?**

Bij kinderen van zes jaar en ouder wordt de diagnose gesteld op basis van het klachtenpatroon, ondersteund door allergologisch onderzoek en longfunctietests. Bij kinderen tot zes jaar zijn de mogelijkheden voor aanvullende diagnostiek beperkt. De behandeling van astma bij kinderen in de eerste lijn (huisarts) of in de tweede lijn (kinderarts) bestaat uit voorlichting en begeleiding in combinatie met medicamenteuze therapie. Voor kinderen tot zes jaar wordt medicatie ook wel als proefbehandeling gegeven.

## 3. PRIMAIRE PREVENTIE

Primaire preventie van astma is gericht op het voorkomen van de ontwikkeling van astma.

Een positieve familieanamnese voor astma is een goede voorspeller voor het ontstaan van astma: kinderen met ten minste één ouder met astma hebben een twee- tot viermaal zo hoge kans op het ontwikkelen van astma, in vergelijking met kinderen die geen ouder met astma hebben. Als beide ouders astma hebben is de kans op het ontwikkelen van astma nog hoger (drie- tot twaalfmaal zo hoog). Het voorkomen van blootstelling aan tabaksrook en het geven van borstvoeding zijn bij zowel hoogrisicogezinnen als niet-hoogrisicogezinnen de enige zinvolle maatregelen.

### 3.1 Vaststellen van factoren die een rol spelen bij het ontstaan van astma

De JGZ stelt bij alle kinderen vast of er sprake is van erfelijke belasting voor astma, borstvoeding en roken:

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>Anamnese</b>              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Bij het eerste contactmoment (huisbezoek bij twee weken) wordt nagevraagd of astma bij de biologische ouders voorkomt. Alleen bij twijfel wordt gevraagd naar astma bij de biologische grootouders en broer(s) en zus(sen) van het kind.</li><li>• Bij elk regulier contactmoment dient de zorgverlener te weten of het kind uit een hoogrisicogezin* voor astma komt.</li></ul>  |
| <b>Terugkerende anamnese</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tijdens de reguliere contactmomenten tijdens de eerste zes levensmaanden wordt nagegaan of er sprake is van borstvoeding, kunstvoeding of gemengde voeding (borstvoeding en kunstvoeding).</li><li>• Tijdens de reguliere contactmomenten op 2, 4, 8 weken, 11 en 18 maanden en 5, 10 en 13 jaar wordt conform het uniforme deel van het Basistakenpakket gevraagd naar roken door ouders, verzorgers en anderen in huis of op andere plaatsen in bijzijn van het kind. Tijdens het contactmoment op 13 jaar wordt tevens gevraagd naar roken door het kind zelf.</li></ul> |

\* Kinderen maken deel uit van een hoogrisicogezin als de biologische vader en/of moeder met een redelijke mate van waarschijnlijkheid astma hebben of hebben gehad, waarbij het niet uitmaakt of ze andere atopische klachten zoals allergische rhinitis of eczeem hebben.



## 3.2 Preventie

**Stap 1:** Voor alle kinderen wordt geadviseerd:

- *Borstvoeding.* De eerste zes levensmaanden uitsluitend borstvoeding geven. Als het niet lukt om (uitsluitend) borstvoeding te geven wordt normale, dat wil zeggen standaardkunstvoeding aangeraden. Als ouders de voorkeur geven aan hypoallergene voeding, dan wordt uitgelegd dat de bijdrage van hypoallergene kunstvoeding aan het verminderen van het risico op astma beperkt is, maar dat er geen medische gronden zijn om gebruik af te raden. Informatie over borstvoeding, voor ouders en professionals, is te vinden op de website [www.borstvoeding.nl](http://www.borstvoeding.nl), van de Samenwerkende Borstvoeding Organisaties.
- *Niet (mee)roken.* Blootstelling aan tabaksrook is een belangrijke uitlokkende en onderhoudende factor bij astma. Dit betekent niet roken door ouder(s) en omgeving en het kind zelf. Het onderwerp kan volgens het rapport 'Activiteiten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar per Contactmoment (2008)' behandeld worden volgens de methode 'Rookvrij opgroeien' (voorheen: 'Roken? Niet waar de kleine bij is'). In het kort betreft de methode individuele voorlichting op maat volgens drie fases:
  - Rookprofiel: vaststellen of het kind wordt blootgesteld aan tabaksrook.
  - Gezondheidsrisico's: bespreken van gezondheidsrisico's van meeroken voor kinderen (verhogen van kennis).
  - Huisregels: peilen of ouders bereid zijn om meeroken te voorkomen en bespreken van haalbare huisregels en mogelijke barrières (veranderen attitude en verhogen eigen effectiviteit).

STIVORO ([www.stivoro.nl](http://www.stivoro.nl)) biedt foldermateriaal, handleidingen en trainingen om deze voorlichting zo adequaat mogelijk uit te voeren. Voor ouders is er de website [www.uwkindenroken.nl](http://www.uwkindenroken.nl) van STIVORO.

(Mee)roken dient herhaaldelijk aan de orde te worden gesteld. Herhaling voorkomt dat huisregels verslappen en geeft ouders die tot dan toe geen interesse hadden een nieuwe impuls. De contactmomenten bij 11 en 18 maanden zijn vooral belangrijk om terugval rond de leeftijd van één jaar te voorkomen. Het gaat om de volgende contactmomenten:

- 2 weken (huisbezoek). Aan de orde stellen rookprofiel, gezondheidsrisico's en, indien nodig, huisregels door verpleegkundige. Uitdelen folder.
- 4 weken. Aan de orde stellen gezondheidsrisico's door arts.
- 8 weken. Terugkomen op huisregels door verpleegkundige.
- 11 maanden. Aan de orde stellen rookprofiel, gezondheidsrisico's voor kinderen vanaf 1 jaar en, indien nodig, huisregels door verpleegkundige. Eventueel uitdelen folder.
- 18 maanden. Terugkomen op huisregels door verpleegkundige.
- 5 jaar. Aan de orde stellen rookprofiel, gezondheidsrisico's van meeroken voor kinderen en huisregels. Tevens voorbeeldgedrag van ouders aan de orde stellen.

- 10 jaar. Aan de orde stellen rookprofiel, gezondheidsrisico's van meeroken en huisregels. Tevens bespreken van de rol van de ouders in het voorkomen dat het kind gaat roken.
- 13 jaar. Bespreken met het kind zelf: rookprofiel, schadelijkheid van (mee)roken, huisregels en voorkomen dat het kind gaat roken. Indien het kind rookt: motiveren tot stoppen met roken.

Bij een hoogrisicogezin worden de adviezen over borstvoeding en niet (mee)roken met extra nadruk gegeven.

Indien het contactmoment naar inzicht van de JGZ aanleiding geeft tot uitgebreidere voorlichting, worden de volgende regels in acht genomen:

- Het gebruik van kunstvoeding op basis van soja met de bedoeling om astma en allergie te voorkomen is niet zinvol en dient te worden afgeraden.
- Er is onvoldoende bewijs dat een hypoallergeen dieet door de moeder tijdens zwangerschap en lactatie zinvol is bij de preventie van astma. Dit wordt daarom afgeraden.
- Introductie van vaste voeding bij borstvoeding vindt zoals gebruikelijk bij voorkeur plaats op de leeftijd van zes maanden, maar niet later. Introductie van vaste voeding bij kunstvoeding vindt plaats na vier tot zes levensmaanden.
- Het toepassen van allergeenwerende hoezen voor matras, kussen en dekbed en andere interventies uitsluitend gericht op het verminderen van blootstelling aan huisstofmijt wordt in de fase voorafgaand aan de ontwikkeling van allergieën en/of astma niet aanbevolen .
- Kinderdagverblijfbezoek wordt niet afgeraden, maar ook niet aangeraden als maatregel ter voorkoming van astma.
- Zowel kinderen uit hoogrisicogezinnen voor astma als kinderen uit niet-hoogrisicogezinnen voor astma dienen op de gebruikelijke momenten van het Rijksvaccinatieprogramma gevaccineerd te worden. Influenzavaccinatie bij kinderen met astma wordt aanbevolen, indien voorgeschreven door de behandelend huisarts of kinderarts.
- Het gebruik van probiotica als maatregel ter voorkoming van astma is niet zinvol en wordt afgeraden.

## Registratie

Gegevens worden vastgelegd in het (digitale) JGZ-dossier.

\* Afhankelijk van de allergiestatus kan dit bij de behandeling van kinderen met astma wel zinvol zijn (zie hoofdstuk 5: 'Tertiaire preventie').

## 4. SECUNDAIRE PREVENTIE

Bij secundaire preventie wordt een aandoening in een zo vroeg mogelijk stadium opgespoord, zodat vroege behandeling mogelijk is. Hieronder vallen signaleren en doorverwijzen van kinderen met symptomen van astma naar de huisarts.

In de praktijk bestaat wel eens verwarring over de terminologie rondom astma. Daarom volgt hier een korte beschrijving:

- Piepen/piepende ademhaling: een piepend of fluitend geluid bij uitademing (soms bij ernstige gevallen ook bij inademing).
- Benauwdheid/dyspnoe: sensatie dat het moeite kost om voldoende lucht krijgen, moeite met ademen, beklemd gevoel op de borst; een ander woord om hetzelfde te omschrijven is kortademigheid.
- Kortademigheid: snellere ademhaling, in ernstiger gevallen naar adem happen (ademsnood) en versnelde polsslag.
- Verlengd expirium: een expirium dat langer is dan het inspirium bij een normale, niet-geforceerde ademhaling.
- Rhonchi: bijgeruisen met een continu karakter; ze kunnen worden onderscheiden in hoogfrequente (piepende/fluitende) en laagfrequente (brommende) rhonchi.

### 4.1 Signalering

Signalering van astma in de JGZ gebeurt door anamnese en lichamelijk onderzoek. Het onderzoek naar astma wordt stapsgewijs uitgevoerd.

**Stap 2a:** Bij alle kinderen zonder astma of astmamedicatie let de JGZ bij alle contactmomenten op de twee hoofdsymptomen van astma:

- Piepen
- Benauwdheid

Als er geen sprake is van piepen of benauwdheid is verder geen extra aandacht voor astma nodig. Voor de evaluatie van de gegevens uit anamnese en lichamelijk onderzoek zijn klachten van piepen en benauwdheid essentieel. Nachtelijk hoesten zonder piepen en/of benauwdheid wijst niet op astma.

Indien een kind gediagnosticeerd is met astma, (proef)medicatie voor astma gebruikt en/of de huisarts of specialist bezoekt vanwege recidiverende luchtwegklachten, speelt signalering van astma geen rol en richt de zorgverleners zich op de begeleiding bij astma (zie stap 3 in hoofdstuk 5: 'Tertiaire preventie').

**Stap 2b:** Bij aanwezigheid van piepen en/of benauwdheid worden anamnese en lichamelijk onderzoek uitgebreid om de frequentie, ernst en patroon van de luchtwegklachten te achterhalen en om te bezien of er aanwijzingen zijn voor allergie en verhoogde gevoeligheid voor specifieke prikkels:

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Anamnese</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequentie, ernst en patroon van de klachten:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Van episoden met piepen en/of benauwdheid.</li> <li>– Van symptoomvrije perioden (d.w.z. zonder verschijnselen).</li> <li>– Van kortademig bij praten, spelen, tijdens de voeding (zuigeling).</li> </ul> </li> <li>• Uitlokkende factoren:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Allergische prikkels: dieren, huisstofmijt, enzovoort.</li> <li>– Niet-allergische prikkels: (tabaks)rook, virale infecties, inspanning, enzovoort.</li> </ul> </li> <li>• Invloed op het dagelijks functioneren thuis, op school, 's nachts tijdens het slapen, stemming.</li> </ul> |
| <b>Inspectie</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algemene indruk.</li> <li>• KNO: allergische rhinitis, belemmerde neuspassage.</li> <li>• Constitutioneel eczeem.</li> <li>• Tekenen van dyspnoe: verhoogde ademhalingsfrequentie, gebruik hulpademhalingspieren (jugulair, neusvleugelen). Bij het oudere kind: intercostaal intrekken, vorm van de thorax (tonthorax), pseudo-Harrisonse (intercostale) groeven. Symmetrie van de thorax.</li> </ul>  |
| <b>Auscultatie</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlengd expirium, rhonchi. Symmetrie.</li> </ul>   |
| <b>Biometrie</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lengte en gewicht: afbuigende groeicurve, overgewicht.</li> </ul>   |

De JGZ (onder)kent de verschijnselen waarbij astma meer waarschijnlijk wordt:

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>0 tot 6 jaar</b>    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Recidiverend 'piepen op de borst' (4 of meer keer in het afgelopen jaar), waarbij het niet uitmaakt of het samengaat met luchtweg-infecties en/of hoesten.</li><li>• Astma wordt direct meer waarschijnlijk bij<ul style="list-style-type: none"><li>– Aanwijzingen dat allergische prikkels luchtwegklachten uitlokken.</li><li>– Constitutioneel eczeem.</li><li>– Astma bij een of beide ouders.</li></ul></li></ul> |
| <b>6 jaar en ouder</b> | Periodieke benauwdheid (2 of meer keer in het afgelopen jaar) of expiratoir piepen (2 of meer keer in het afgelopen jaar), waarbij het niet uitmaakt of het optreedt na inspanning.   |

Bij verdenking op astma verwijst de jeugdarts naar de huisarts.

Vooraf jonge kinderen (van 0 tot 6 jaar) hebben vaak klachten van piepen en benauwdheid bij bovenste-luchtweginfecties. Op grond van de klinische presentatie is echter niet goed te voorspellen of de astmasymptomen in het individuele geval zullen blijven bestaan of verdwijnen met de leeftijd. Het beleid bij de kinderen tot zes jaar en bij kinderen van zes jaar en ouder is gelijk. Belangrijk is dat voor ouders duidelijk moet zijn dat de diagnose astma op jonge leeftijd niet betekent dat het kind ook altijd op latere leeftijd nog astma heeft.

## 4.2 Registratie

De effectiviteit van klachtenlijsten, checklists, scheurboekjes of ouderdagboekjes als instrument om astma te signaleren is niet aangetoond. Het gebruik ervan wordt afgeraden, temeer omdat het invullen ervan veel tijd kost. Gegevens worden vastgelegd in het (digitale) JGZ-dossier.

## 5. TERTIAIRE PREVENTIE

Tertiaire preventie is het voorkomen of beperken van de gevolgen van astma. Naast de huisarts of kinderarts die het kind of de jongere behandelt voor astma, kan de astmaverpleegkundige een belangrijke rol spelen bij de begeleiding van kinderen en jongeren met astma en hun ouders. De JGZ speelt eveneens een rol bij het ondersteunen van kinderen en jongeren met astma en hun ouders. Over de organisatie van het begeleidingstraject is geen landelijke afspraak. Hierover moeten op regionaal en lokaal niveau afspraken gemaakt worden.

Indien een kind (proef)medicatie voor astma gebruikt, dient de therapie geëvalueerd te worden. Als de therapie effectief is, richt de zorgverlener zich op de begeleiding bij astma, zie stap 3. De jeugdarts dient terug te verwijzen naar de behandelende huisarts of specialist indien er sprake is van:

- (Proef)medicatie terwijl er geen klachten van astma meer zijn.
- Onvoldoende effect van (proef)medicatie.

### 5.1 Preventie

**Stap 3:** Bij het kind met astma (met (proef)medicatie en onder behandeling van huisarts of kinderarts) signaleert de JGZ sociaal-medische problematiek (omgaan met astma, functioneren op school, enzovoort) en problemen bij de behandeling (effectiviteit, therapietrouw, enzovoort). Tijdens alle contactmomenten is er daarom aandacht voor:

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>Anamnese</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Klachten van piepen en/of benauwdheid in voorafgaande periode: overdag (aantal malen per week) en 's nachts. Optreden van astma-aanvallen.</li><li>• (Mee)roken: actief (door jongere zelf) en passief (in omgeving).</li><li>• Gebruik van medicatie en effect van behandeling, wijze waarop medicatie wordt gebruikt (vooral als het gaat om een inhalator met voorzetkamer), therapietrouw.</li><li>• Beperking activiteiten:<ul style="list-style-type: none"><li>– Welbevinden, vermoeidheid, slapen.</li><li>– Meekomen op school (concentratie, vermoeidheid, verschijnselen of aanvallen op school).</li><li>– Meedoen met vrienden.</li><li>– Gymnastiek, sport, andere activiteiten.</li></ul></li><li>• Schoolverzuim, bijkomende ziekten.</li><li>• Behoefte aan (meer) steun (begeleiding) en voorlichting bij astma.</li><li>• Omgaan met astma, door kind/jongere en ouders.</li></ul> |
| <b>Biometrie</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Lengte en gewicht: afbuigende groeicurve, overgewicht.</li></ul>  |

Het JGZ-team (onder)kent de reacties en gevoelens die kunnen optreden bij kinderen en jongeren met een chronische ziekte en hun ouders:

- Ontkenning (ouders denken: niet ernstig, gaat wel over).
- Angst (voor stikken, voor onzekerheid over de gevolgen van een aanval).
- Schuldgevoel (ongeduld over of boosheid op kind waardoor schuldgevoel, hebben we iets verkeerd gedaan, of: het kind heeft astma 'door onze genen').
- Overbezorgdheid, verwennen (kind wordt als zwak beschouwd, mag niets, niet ergens logeren of spelen, niet sporten, dikke jas, enzovoort). Overbezorgd gedrag van de ouder voedt angst en ontnemt het kind de zelfstandigheid.
- Boosheid (het kind voldoet niet aan de verwachting; de ziekte veroorzaakt overlast, bijv. door nachtelijke aanvallen, niet meer mogen roken).
- Schaamte van het kind, vooral op school, over de ziekte en de beperkingen, maar ook over gebruik van medicatie (inhaler).

Voor alle kinderen, maar speciaal voor kinderen met astma, wordt geadviseerd om blootstelling aan tabaksrook te vermijden. Zie hoofdstuk 3: 'Primaire preventie', voor de activiteiten die de JGZ tijdens reguliere contactmomenten uitvoert in het kader van de preventie van (mee)roken.

## 5.2 Interventie op maat

Bij sociaal-medische problematiek, problemen bij de behandeling of als er behoefte bestaat aan meer informatie of steun dient een interventie op maat te worden ingezet. Een breed pakket aan maatregelen op maat, gericht op de individuele situatie en allergie-status, verdient hierbij de voorkeur boven enkelvoudige interventies. Mogelijkheden voor preventie zijn dan:

- Het geven van voorlichting over astma.
- Advisering van kinderen en jongeren met astma en hun ouders over wat je kunt doen om verschijnselen te verminderen.
- Advisering op school of kinderopvang.
- Begeleiding van kinderen en jongeren met astma en hun ouders bij opgroeien en opvoeden.

### 5.2.1 Het geven van voorlichting over astma

Tijdens contactmomenten wordt zo nodig voorlichting gegeven over:

- Wat is astma en wat zijn de verschijnselen?\*
- Wat zijn de oorzaken van de klachten?
- Waarom is behandeling belangrijk?
- Waar kan je meer informatie vinden?
  - De website van het Astma Fonds ([www.astmafonds.nl](http://www.astmafonds.nl)).
  - Ouderpraatgroep, contactpersoon binnen de JGZ, enzovoort.
  - Cursussen of zelfmanagementprogramma's.

\* Zie voor informatie over astma ook hoofdstuk 2: 'Aard en omvang van het probleem'.

### 5.2.2 Advisering om verschijnselen te verminderen

Kinderen en jongeren met astma en hun ouders worden zo nodig geadviseerd over wat ze kunnen doen om verschijnselen van astma te verminderen:

- Voldoende lichaamsbeweging dient gestimuleerd te worden door deelname aan spel en sport, afgestemd op de behoefte en voorkeur van het kind.
- Gewichtsvermindering bij kinderen met overgewicht wordt aangeraden.
- Binnenmilieu/de woning:
  - Vermijd blootstelling aan tabaksrook.
  - De woning wordt goed verwarmd en geventileerd.
  - Ventilatioeroosters (of ramen) zijn altijd open (24 uur).
  - De woning wordt zo mogelijk dagelijks gelucht door ramen een uur tegen elkaar open te zetten, tenzij het regent of mistig is.
  - Mobiele luchtzuiveraars (ionisatoren) worden niet aangeraden of afgeraden.
  - Bij gevoeligheid voor huisdierallergenen wordt het in de woning houden van huisdieren afgeraden. Indien reeds een dier aanwezig is en het wegdoen ingrijpend is voor de gezinsleden, wordt geadviseerd om het huisdier in ieder geval niet in de slaapkamer(s) te laten.
  - Bij gevoeligheid voor huisstofmijtallergeen wordt geadviseerd om te zorgen voor gladde oppervlakten, om de slaapkamer van het kind zo stofvrij mogelijk te houden en om beddengoed minstens eenmaal per twee weken te wassen op 60 °C of allergeenwerende hoezen voor matras, kussen en dekbed te gebruiken. Voor de kosten voor het herinrichten van de woning zodat het kind of de jongere met astma daar zo weinig mogelijk aan prikkels wordt blootgesteld, kan soms een tegemoetkoming via de Wet maatschappelijke ondersteuning worden verkregen.
  - Verhuizen naar een 'gezonde' woning ter vermindering van klachten van astma wordt niet afgeraden en niet aangeraden.
- Buitenmilieu:
  - Verkeersgerelateerde luchtverontreiniging kan astmaklachten verergeren, onder meer door fijn stof. Bij de zogenaamde zomersmog kan buiteninspanning beter vermeden worden, vooral 's middags.
- Bij de beroepskeuze moet rekening gehouden worden met blootstelling aan astma uitlokkende allergenen en prikkelende stoffen. Tevens wordt geadviseerd om te streven naar een rookvrije werkomgeving.



### 5.2.3 Advisering op school of kinderopvang

De JGZ kan voorlichting en advies op school of op de kinderopvang geven:

- eleidsadvies op maat: o.a. goede ventilatie (zie ook de advisering van ouders en kinderen, binnenmilieu), rookvrije omgeving.
- Aandacht voor niet-rokencampagnes van STIVORO ([www.stivoro.nl](http://www.stivoro.nl)).

Op verzoek van ouders, kinderen of jongeren of de school kan de JGZ voorlichting geven aan onderwijzers, leraren en leidsters over wat astma is en wat je moet doen bij een astma-aanval. Er kan met ouders, kinderen en jongeren besproken worden om ook klasgenoten voor te lichten over astma en de beperkingen die de ziekte kan geven. Hiervoor ontwikkelde het Astma Fonds 'Ik heb 't!', een lespakket voor basisscholen.

### 5.3 Begeleiding bij opgroeien en opvoeden

Om het kind en zijn omgeving zo normaal mogelijk te laten functioneren is het van belang dat de ouders, broers en zussen en andere personen in de leefomgeving goed geïnformeerd zijn over de ziekte. Een luisterend oor en uitleg over achterliggende oorzaken van de reacties of van het gedrag van het kind kunnen verhelderend werken.

### 5.4 Verwijzen

De JGZ arts verwijst kinderen of jongeren met astma naar:

- De astmaverpleegkundige voor:
  - Begeleiding en advisering van ouders en kind over (preventieve) maatregelen.
  - Voorlichting en instructie met betrekking tot medicatie, leefstijl, vermijden van prikkels
  - Begeleiding bij sociale en emotionele problemen (problemen in gedrag en opvoeding).
  - Voorlichting op school (met medeweten en toestemming van de ouders).
- De huisarts of behandelend kinderarts:
  - Bij verdenking op andere aandoeningen die een rol kunnen spelen of bij bijkomende ziekten.
  - Als de behandeling onvoldoende lijkt aan te slaan.
- De diëtist bij overgewicht.

Samenwerking, afstemming, goed geïnformeerd zijn en eenduidige advisering zijn essentieel bij de behandeling van een kind met astma waarbij verschillende hulpverleners betrokken zijn.

### 5.5 Registratie

Gegevens worden vastgelegd in het (digitale) JGZ-dossier.



## Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Churchillaan 11  
3527 GV Utrecht

[www.ncj.nl](http://www.ncj.nl)

[basisdataset.ncj.nl](http://basisdataset.ncj.nl)

### Colofon

Deze Richtlijn is bestemd voor professionals en andere betrokkenen bij de organisatie en uitvoering van jeugdgezondheidszorg.

NCJ, december 2011



Nederlands  
Centrum  
Jeugdgezondheid