



**RICHTLIJN  
WONINGSANERING BIJ ASTMA  
IN HET KADER VAN DE WVG**

# Inhoudsopgave

VOORWOORD.....	2
1 ASTMA EN HUISSTOFMIJTALLERGIE.....	3
1.1 <i>Algemene inleiding</i> .....	3
1.1.1 COPD en astma.....	3
1.1.2 Allergieonderzoek.....	3
1.2 <i>Omgevingsfactoren</i> .....	4
1.2.1 Stof, vocht en tocht.....	4
1.2.2 Huisdieren.....	5
1.2.3 Pollen.....	5
1.2.4 Huisstofmijt.....	5
1.3 <i>Sanering gericht op reductie van expositie aan huisstofmijtallergenen</i> .....	5
2 ADVISERING WVG-INDICATIE WONINGSANERING.....	7
2.1 <i>Procedurele gang van zaken</i> .....	7
3 RICHTLIJNEN VOOR DE ADVISERING.....	8
4 SAMENVATTING INDICATIESTELLING.....	9
BIJLAGE 1. INDELING ASTMA.....	11
BIJLAGE 2 SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP PROTOCOLLERING.....	12
LITERATUUR.....	13

## VOORWOORD

Voor u ligt de Richtlijn Woningsanering bij Astma in het kader van de Wvg, vastgesteld door het bestuur van de Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen (VIA) in maart 2005. Deze richtlijn heeft betrekking op woningsanering in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (Wvg)<sup>1</sup> die is gericht op een vermindering van blootstelling aan huisstofmijten bij mensen met astmatische klachten.

Astma-patienten kunnen in het kader van de Wvg de gemeente om een tegemoetkoming in de kosten van woningsanering vragen. Het gaat hierbij om een forfaitaire bijdrage voor vloerbedekking per m<sup>2</sup> en eventueel voor raambedekking, of een financiële tegemoetkoming in de vervangingskosten door de gemeente zelf vast te stellen.

In het verleden is naar aanleiding van een rapport van de Gezondheidsraad uit 1992<sup>2</sup> de woningsanering onder de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten (RGSHG)<sup>3</sup> gebracht. De financiering gebeurde middels subsidie aan de gemeente die de vergoeding aan de belanghebbende verstrekke. De GMD<sup>4</sup> trad daarbij op als adviserende instantie. Met de komst van de Wvg is de vergoeding voor woningsanering bij astma daarin ondergebracht. Binnen de Wvg zijn woningaanpassingen in de regel gericht op het opheffen van belemmeringen in de 'kale' staat van de woning (niet zijnde inrichtingselementen) en niet voortkomend uit de aard van de gebruikte materialen. Woningsanering bij astma vormt daarop een specifieke uitzondering.

De gangbare opvatting is dat woningsanering een zinvolle bijdrage kan leveren in de reductie van de allergeendichtheid en daarmee de klachten die met de allergie gepaard gaan, maar alleen als dit plaats vindt in samenhang met andere maatregelen.

Dat reductie van expositie aan huisstofmijtallergenen alleen ook daadwerkelijk een gunstig klinisch effect heeft, is evenwel niet bewezen en nog steeds onderwerp van debat en speculaties. Er zijn wel veel onderzoeken verricht op dat gebied, maar de uitkomsten spreken elkaar tegen en meer dan eens bevat het onderzoek geen klinisch effectmaat<sup>5</sup>. In een Cochrane Review vonden Gotzsche e.a.<sup>6</sup> tussen de interventiegroep en de controlegroep geen verschil in het optreden van astmaklachten, het gebruik van medicatie en in FEV1 en PC20. Deze resultaten zijn opmerkelijk, omdat astmapatiënten immers heel vaak allergisch zijn voor huisstofmijt. Een mogelijke verklaring is dat atopische ziekten multifactorieel worden beïnvloed en dat allergische astmapatiënten vaak ook gevoelig zijn voor andere allergenen en (omgevings)factoren<sup>7</sup>. Dit kan verklaren waarom de eradicatie van één specifiek allergeen geen afname van de astmasymptomen tot gevolg heeft. De auteurs besluiten dat er onvoldoende evidentie is om profylactische specifieke maatregelen aan te bevelen. Goed onderzoek is nodig om uitsluitsel te geven over de vraag of saneringsmaatregelen wel of niet zinvol en van praktisch belang zijn.

Zolang gefundeerde studies naar het klinisch effect ontbreken zoeken wij aansluiting bij de bestaande praktijk en menen wij vooralsnog dat het raadzaam blijft om voor woningsanering een plek te handhaven. In die zin volgen wij de laatste NHG-standaard<sup>8</sup>.

Woningsanering dient echter gezien te worden als onderdeel binnen een bredere context van behandeling en andere maatregelen die evenzeer, en soms meer, van belang en nut zijn. In de regel brengt woningsanering niet alleen voor de gemeente, maar ook voor betrokkene kosten met zich mee. Een praktische, rationele en doelmatige (en eventueel gefaseerde) aanpak is daarom in ieders belang. Deze richtlijn beoogt daarvoor handvatten te bieden voor de medisch adviseur in het kader van de Wvg.

Werkgroep Protocollering VIA<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Zie bijlage 2 voor de samenstelling van de werkgroep

# 1 Astma en huisstofmijtallergie

## 1.1 Algemene inleiding

### 1.1.1 COPD en astma

Er wordt een onderscheid gemaakt worden tussen COPD en astma<sup>9</sup>.

De term COPD (chronic obstructive pulmonary disease) wordt gebruikt voor de chronische luchtwegobstructie die weliswaar wisselingen in intensiteit kent, maar waarvan de luchtwegvernauwing nauwelijks onderhevig is aan reversibiliteit. Dit in tegenstelling tot het astmatisch spectrum (benauwdheid, piepen, nachtelijk hoesten) waarbij sprake is van een (al dan niet gedeeltelijk) reversibele luchtwegobstructie, als gevolg van:

- *Niet-specifieke uitlokkende factoren.*

Bijvoorbeeld luchtverontreiniging (aspecifieke prikkels als tabaksrook, roet, smog, temperatuurovergang, bak- en braadlucht, etc., waar gezonden niet met bronchusobstructie op zouden reageren), infecties (m.n.viraal) of bepaalde farmaca (bètablokkers, ACE-remmers, cholinergica).

Ook inspanningsastma valt hieronder (de afkoeling en indroging van de luchtwegen door de toegenomen luchtstroom vormt daarbij de trigger; een astma-aanval bij hyperventilatie in rust werkt volgens een vergelijkbaar mechanisme).

- *Specifieke uitlokkende factoren.*

Met name allergenen zoals de uitwerpselen van de huisstofmijt (HSM), schimmels, huidschilfers van bepaalde huisdieren, pollen, etc.. In deze groep kan er van jongs af aan al een geschiedenis zijn van eczeem, hooikoorts, voedselallergie, etc. (atopische constitutie).

Ook beroepsgebonden astma wordt hieronder gerangschikt (een aantal stoffen waar een substantieel deel van de werkers door beroepsgebonden, langdurige expositie overgevoeligheid voor ontwikkelt), evenals overgevoeligheid voor bijvoorbeeld acetylsalicylzuur en NSAID's.

Na blootstelling aan een allergeen kan de bronchiale hyperreactiviteit toenemen. Allergie treedt vaker op als chronische prikkel met een toename van de niet specifieke hyperreactiviteit vergeleken met uitlokkende factoren bij acute aanvallen. Astma hoeft niet gepaard te gaan met allergie, hoewel ruim 50% van de mensen met astma een aantoonbare allergie heeft (bij kinderen is dat percentage nog hoger). Anderzijds hoeft een allergie niet gepaard te gaan met klinische verschijnselen van astma (ca. 30% van de bevolking heeft positieve huidtests voor één of meer allergenen, terwijl de prevalentie van astma in de Nederlandse bevolking naar schatting 25 per 1000 inwoners bedraagt<sup>10</sup>).

### 1.1.2 Allergieonderzoek

De allergie kan worden aangetoond door middel van bloedonderzoek naar totaal en specifiek IgE (immunochemische RAST-test naar antistoffen tegen mijten, pollen, huidschilfers, etcetera.). De Multi-Rast (zoals Phadiatop 7) test op een aantal allergenen tegelijkertijd, zodat bij een positieve uitslag voor verdere nuancering doortesten via Specifieke Rast noodzakelijk is.

Een andere mogelijkheid is een huidtest (ofwel prik- of krastest, ofwel intracutane test). De sensitiviteit is erg hoog, de specificiteit behoorlijk, maar minder. Vals negatieve uitslagen zijn derhalve zeer zeldzaam en vals positieve uitslagen niet uitgesloten. De anamnese blijft dus een belangrijke onderbouwing van de diagnose. Een inhalatieprovocatietest is een andere mogelijkheid, die echter alleen geschikt is in een klinische setting vanwege de kans op een anafylactische shock.

Bij jonge kinderen (onder de 4 jaar) wordt allergologisch onderzoek in het algemeen niet aanbevolen, omdat de allergie vaak nog niet aantoonbaar is<sup>11</sup>. De diagnose astma is vaak niet met zekerheid te stellen en er wordt daarom volstaan met een symptoomdiagnose.

Met het stijgen der jaren zal er een betere samenhang bestaan tussen anamnese en lichamelijk onderzoek enerzijds en de aanwezigheid van specifieke antilichamen bij allergisch onderzoek (aangetoonde sensibilisatie) anderzijds. Het meten van het totaal IgE kan iets zeggen over de aanwezigheid van een atopische constitutie (constitutioneel eczeem, allergische rhinitis), doch heeft geen duidelijke voorspellende waarde voor het ontstaan van allergisch astma. Respiratoire infecties vormen bij jonge kinderen een belangrijker oorzaak van luchtwegproblemen. Jonge kinderen met recidiverend hoesten en piepen (wat ongeveer bij 20% van de kinderen onder de 4 jaar voorkomt) worden na verloop van tijd weer klachtenvrij.

Het is daarentegen wel aannemelijk dat een specifiek IgE (sensibilisatie tegen voedselallergenen: kippeneiwit of koemelk op de leeftijd van rond 1 jaar: multi-RAST test) een rol kan spelen bij luchtwegklachten. Een deel van hen krijgt op den duur allergisch astma. Afhankelijk van de ernst van de luchtwegklachten in combinatie met een aangetoond verhoogd specifieke IgE niveau kan sanering van de leefomgeving van dit kind onder de 4 jaar, zonder tot dan aangetoonde HSM allergie, overwogen worden.

De uitslag van huidtest en RAST-test wordt gebruikelijk uitgedrukt in + of -, waarbij het aantal plusjes de ernst van de allergie aangeeft. Tussen de laboratoria onderling is hierin echter geen eenduidige uniformiteit, bovendien is het aantal plusjes onderhevig aan de tijd, in die zin dat bij voortdurende blootstelling aan het allergeen de allergie in ernst zal toenemen.

Er zijn verschillende indelingen om de ernst van de astma weer te geven (zie bijlage 1, pagina 11). De overeenkomst is dat ze een graduele toename van ernst weergeven. De noodzaak, doelmatigheid en gevoelde urgentie van behandeling is daaraan gerelateerd.

## 1.2 Omgevingsfactoren

### 1.2.1 Stof, vocht en tocht

Een wezenlijk onderdeel in de behandeling van astma vormt het reduceren van de prikkels die de klachten doen ontstaan of verergeren<sup>12</sup>. Belangrijke maatregelen die de patiënt thuis dient te nemen zijn het goed stofvrij houden van de ruimtes waarin hij of zij regelmatig verkeert (verwijderen stofnesten, zo veel mogelijk gladde oppervlakken) en deze adequaat reinigen (met name vochtig afnemen; stofzuigen is minder effectief). In huis mag niet worden gerookt. Verder dient men zorg te dragen voor een gelijkmatige, droge verwarming (bijvoorbeeld CV of heteluchtverwarming), een goede ventilatie (continue, kleine luchtstroom) en regelmatig luchten (dagelijks gedurende ca. 15 minuten ramen en/of deuren tegen elkaar open zetten) om vocht en schimmel met succes te bestrijden. Met name de slaapkamer dient goed geventileerd en gelucht te worden, om vochtige lucht adequaat af te voeren. Voorts dient er naar gestreefd te worden om de temperatuur gelijkmatig tussen de 15 °C en 20 °C te houden.

Was die te drogen hangt, brengt veel vocht in de lucht. Het drogen van de was kan daarom beter gebeuren in een afgesloten vertrek dat naar buiten toe te ventileren is, in de buitenlucht of eventueel door middel van een wasdroger.

Tocht en vocht (en daardoor schimmels) zijn soms een zaak van achterstallig onderhoud, waarbij de verantwoordelijkheid ligt bij de woningeigenaar (woningbouwvereniging, particuliere huiseigenaar, etc.). Ook het blijven hangen van bak- en braadlucht valt hieronder (afzuigkap). Een woning behoort vocht-, tocht- en schimmelvrij te zijn. In de praktijk kan dat bij oudere (of verouderde) woningen nog wel eens een probleem zijn. Wanneer hier sprake van is, valt te denken aan onderhoudswerkzaamheden (tocht- en vochtvrij maken), renovatie of zelfs verhuizing. Soms kan door de ligging van de woning een te hoge vochtigheidsgraad ook met onderhoudswerk niet verholpen worden (laaggelegen woningen in polders of voormalige

uiterwaarden, in voormalig drassige gebieden, stroomgeulen, achter dijken met kwelvorming etc. Let wel: dat kan ook bij relatief nieuwe woningen aan de orde zijn).

Op deze huisvestingsproblematiek wordt hier niet uitgebreider ingegaan. Voor een gedegen en volledig beeld en oordeel op dat vlak is specifieke expertise en deskundigheid nodig die buiten het deskundigheidsgebied van de arts valt. Het wordt hier wel genoemd omdat het in sommige gevallen het belang van de overige saneringsmaatregelen kan overvleugelen. Zonodig kan overwogen worden een bouwkundig onderzoek te adviseren.

### 1.2.2 Huisdieren

Huisdieren moeten het huis uit, indien daarvoor een allergie aanwezig is. Dit kan op grote bezwaren stuiten, en valt onder de verantwoordelijkheid van de ouders. In ieder geval dient er dan een verbod op aanwezigheid in de kinderslaapkamer te bestaan. Vaak is het effect hiervan overigens pas na maanden merkbaar omdat de huidschilfers van het huisdier nog tijdenlang onzichtbaar aanwezig blijven.

### 1.2.3 Pollen

Klachten in verband met allergie voor pollen zijn seizoensgebonden. Expositie is vaak lastig te vermijden, maar kan in bepaalde gevallen noodzaken tot een kritische beschouwing van bijvoorbeeld aanwezige bomen in de directe omgeving van de woning.

### 1.2.4 Huisstofmijt

Naast bovengenoemde specifieke allergenen van dieren en pollen zijn uitwerpselen van de huisstofmijt een bekend voorbeeld van specifieke allergenen die in verband gebracht worden met klachten van allergisch astma.

De huisstofmijt houdt van vocht en stof. De mijt gedijt het beste bij kamertemperatuur. Hij heeft een relatieve vochtigheid van minimaal 45% nodig om te overleven en 55% om zich te kunnen voortplanten.

De mijt nestelt zich graag in tapijt, stoffen bekleding en gordijnen, met name wanneer dit niet goed gereinigd wordt of kan worden en wanneer er goede ventilatie en verwarming ontbreekt. Stofzuigen alleen is onvoldoende. Als materialen gewassen kunnen worden, moet dat op minimaal 60 °C.

Vooraf in de slaapkamer worden veel huisstofmijten aangetroffen, met name op gestoffeerde vloeren en ook op meubels zoals (open) kasten. De huisstofmijt gedijt goed in matrassen en kussens (veel huidschilfers, vochtig en een geschikte temperatuur).

In de onderstaande paragraaf worden maatregelen besproken die gericht zijn op de reductie van expositie aan huisstofmijtallergenen.

## 1.3 Sanering gericht op reductie van expositie aan huisstofmijtallergenen

De gangbare opvatting is dat reductie van huisstofmijtallergenen de ernst van de astmaklachten doet afnemen. Diverse studies<sup>5,6,13,14,15</sup> zijn niet eensluidend over de reductie van allergenen en de klinische uitkomstmaat. Er is derhalve dringende behoefte aan adequaat gecontroleerde studies met betrekking tot de effecten van de verandering naar bijvoorbeeld gladde vloerbedekking en met betrekking tot het gebruik van matrashoezen. Vele studies en reviews hebben methodologische beperkingen, waardoor praktisch bruikbare conclusies van de onderzoeksuitkomsten ontbreken voor woningssanering, zeker wanneer er sprake is van meerdere allergenen en niet allergische prikkels. Enkele studies hebben voornamelijk betrekking op allergische rhinitis<sup>14,15</sup>.

Van belang is dat het vermijden van specifieke prikkels (leefstijlfactoren: niet roken, stofarme ruimtes, klimatologisch gunstige omstandigheden, etc.) klinisch al van waarde is.

Het meest doelmatig is een woning waarvan de bouwkundige staat een adequate temperatuur- en vochtregulatie toestaat (Zie paragraaf 1.2.1.) in combinatie met maatregelen die door betrokkene zelf worden genomen. Dit is recent aangetoond<sup>16</sup>.

In een goed geventileerde en droge ruimte is weinig huisstofmijt, ook niet in het tapijt. Vervanging van vloerbedekking in de vertrekken waar betrokkene een groot deel van de dag verblijft vormt daarop niet meer, maar ook niet minder dan een aanvullende maatregel waarvan de effectiviteit niet bewezen, maar wel breed aanvaard en rationeel geacht wordt. Van vervanging van gordijnen (en te meer vervanging van meubilair) is de effectiviteit dermate dubieus dat dit zelden medisch geïndiceerd zal zijn en in elk geval niet eerst nadat andere, meer rationele maatregelen getroffen zijn en het effect daarvan is geëvalueerd.

Wollen dekens en donzen dekbedden kunnen vervangen worden door synthetisch materiaal, of in ieder geval materiaal dat minimaal om de 6 weken op een temperatuur van 60 °C gewassen kan worden. De huisstofmijt wordt dan gedood en de uitwerpselen weggespoeld. Synthetische dekbedden voldoen uitstekend, mits geregeld gewassen, en hoeven dus niet voorzien te worden van een allergeendichte hoes.

Ten aanzien van afschermende hoezen voor matras en kussens bestaan er aanwijzingen dat gebruik van deze hoezen reductie van mijten oplevert. Er is echter geen duidelijke verbetering van de klinische uitkomstmaat met betrekking tot allergische rhinitis waargenomen.

Knuffels, die niet gewassen kunnen worden, zijn na een verblijf van minimaal vijf dagen in de diepvries (bij -20 °C.) ook huisstofmijtarm.

Een verblijfplaats van de huisstofmijt die nogal eens over het hoofd wordt gezien is het behaarde hoofd. Deze huisstofmijten kunnen tijdens het slapen met beddengoed in aanraking komen. Enige malen per week de haren wassen is hiervoor de remedie.

Via de huisarts, thuiszorg of kruisvereniging kan de astmapatiënt begeleiding en advisering krijgen. Waar mogelijk komt de gespecialiseerde longverpleegkundige thuis op huisbezoek en geeft adviezen ten aanzien van omgevingsfactoren. Er kan een saneringsplan worden opgesteld (zie onder andere NHG-praktijkrichtlijn).

#### N.B. 1:

Het effect van acaricide (= mijtendodende) middelen (Acarosan) is niet duidelijk aangetoond. Bovendien zijn het (dure) chemische middelen die om de paar maanden opnieuw gestrooid moeten worden.

#### N.B. 2:

In de folder 'Saneren', uitgegeven door het Astma Fonds, kan de patiënt lezen wat hij/ zij zelf kan doen om zo goed mogelijk vocht in huis te bestrijden, schoon te maken en de juiste materialen te kiezen.

## 2 Advisering Wvg-indicatie woningsanering

### 2.1 Procedurele gang van zaken

Belanghebbende kan ten aanzien van vervanging van met name vloerbedekking en eventueel gordijnen (woningsanering) bij de gemeente een financiële tegemoetkoming vragen in het kader van de Wvg. De gemeente vraagt een adviserend arts om een deskundig oordeel en advies.

Om tot een medisch advies te komen is kennis nodig van de ernst van de luchtwegklachten en de aanwezigheid van allergieën bij belanghebbende. Om een afgewogen oordeel over de medische en omgevingsfactoren te kunnen maken is daarnaast basale informatie over bewonersgedrag, huidige woning en gezinssamenstelling.

In de regel zal dan eerst schriftelijke informatie van de huisarts of specialist nodig zijn, waaruit de klachten en de aangetoonde allergie blijkt. Indien beschikbaar kan een saneringsplan van de longverpleegkundige waardevol zijn. De organisatorische invulling hiervan kan afhankelijk van de lokale omstandigheden variëren.

In evidente gevallen kan op basis van de schriftelijke informatie door de adviserende arts een positieve indicatie worden afgegeven.

Indien er twijfel bestaat over een positieve indicatie, dan is een spreekuur of huisbezoek nodig, waarbij nader wordt ingegaan op de relatie tussen de gezondheidsproblematiek en de woonsituatie.

Eventueel kan het noodzakelijk blijken om een verhuisadvies te geven (zie paragraaf 1.2.1). De arts brengt zo spoedig mogelijk een schriftelijk verslag met een beargumenteerd advies uit aan de gemeente. Zo nodig aangevuld met een advies van een ergonomisch adviseur of sociaal verpleegkundige (of andere deskundige) over de te vervangen materialen en de ouderdom daarvan. De gemeente toetst het advies aan de vigerende wet- en regelgeving en neemt een besluit. Daarbij kan eventueel de duur van het bestaan van de allergie worden betrokken. Immers, wanneer de allergie reeds vóór een verhuizing bekend was, konden bij de (her)inrichting van de woning reeds de nodige maatregelen worden genomen.

Afhankelijk van de gemeentelijke verordening kan de vergoedingsmogelijkheid binnen het kader van de Wvg beperkt zijn tot vloerbedekking. Sommige gemeenten staan echter een uitgebreidere sanering voor.

Tegemoetkoming in de kosten van nieuwe vloerbedekking (en evt. nieuwe gordijnen etc.) geschiedt meestal naar ouderdom van het te vervangen materiaal op basis van het afschrijvingsbeginsel, voor zover het te vergoeden bedrag een eventueel in de gemeentelijke verordening gesteld drempelbedrag overschrijdt. Voor goederen van 8 jaar en ouder wordt over het algemeen geen vergoeding meer gegeven. Een en ander ter beoordeling van de gemeente.

Soms kan via het Astmafonds en/of bijzondere bijstand financiële ondersteuning verkregen worden voor specifieke kosten die niet vanuit de Wvg worden vergoed.



### 3 Richtlijnen voor de advisering

Sanering kan in beeld komen eerst nadat er astmatische klachten en een aangetoonde allergie voor de (uitwerpselen van de) huisstofmijt is aangetoond.

Kinderen jonger dan 4 jaar vormen daarop een uitzondering, gezien de onbetrouwbaarheid van de allergietest bij lage leeftijd. Bij nul tot vierjarigen met recidiverend hoesten en piepen, moet onderscheid gemaakt worden tussen voorbijgaand hoesten en piepen in aansluiting aan een verkoudheid (zeker bij nul tot éénjarigen) en allergisch astma. Daarbij moet bedacht worden dat bij jonge kinderen allergie geen voornamelijk oorzaak is van astmatische klachten, tenzij er aanwijzingen zijn voor atopie of een belaste familieanamnese. Ook bijvoorbeeld de inhalatie- en algemene ademhalingstechniek kunnen vooral bij kinderen een belangrijke factor zijn<sup>17</sup>.

Een gefundeerd oordeel van huisarts of kinderarts is in deze groep te meer van waarde voor een juiste inschatting van de situatie.

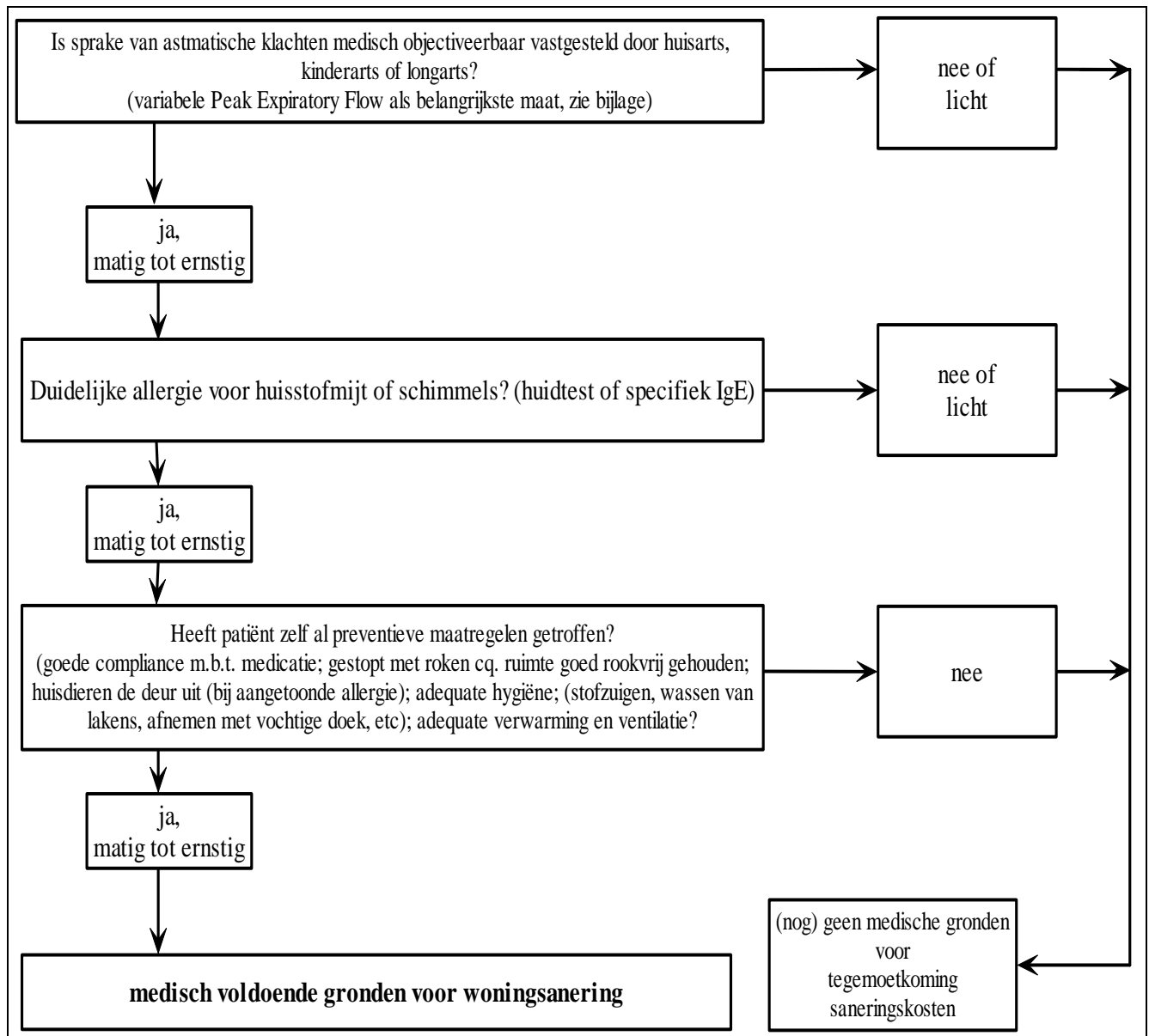
Naast de medische behandeling en klinische status zijn andere factoren van belang. Ook leefstijl, huidige staat van de woning en eigen verantwoordelijkheid van betrokkene en diens familie heeft invloed op het onderhouden dan wel reduceren van de klachten en kan worden meegewogen voor zover dit van invloed is op de aannemelijkheid van het effect van woningssanering. Het advies om een woning te saneren is voor de duidelijkheid niet gelijk aan het verbeteren van het klinisch beeld dan wel een vermindering van medicatie. In een meer integraal advies zijn vooral leefstijlfactoren als roken, allergeen bevorderende inrichting van de woning, onvoldoende ventileren en luchten en ongelijkmatige verwarming aandachtspunten waar betrokkene en familie hun verantwoordelijkheid kunnen nemen. Ook de ruwbouw van de woning en het buitenmilieu (vlakbij een drukke doorgaande (snel)weg, drukkerij, stomerij) kunnen van belang zijn. Als richtlijn kan gelden dat wonen binnen een straal van 50 meter van een snelweg altijd een toename van astmatische klachten zal geven. Verhuizen is dan te overwegen voor een verbetering van het klinisch resultaat. Voor de beoordeling van de aanvraag om tegemoetkoming in saneringskosten is het van belang op deze punten te letten om te voorkomen dat een sanering wordt doorgevoerd als op voorhand al in redelijk verwacht kan worden dat deze als geïsoleerde maatregel praktisch geen of nauwelijks zin heeft.

De sanering betreft in de regel alleen het hoofdverblijf van betrokkene, dat is de ruimte waarin hij/zij minimaal 7 uur per dag verblijft. In de praktijk zal het voornamelijk gaan om vervanging van vloerbedekking in de slaapkamer. Kleine kinderen tot 4 jaar die nog niet naar school gaan, zullen al snel ook veel uren per dag in woonkamer of ander verblijf doorbrengen. Werkeloosheid, langdurige ziekte of arbeidsongeschiktheid, etc. kunnen het noodzakelijk maken in de keuze van de te saneren verblijven ook de woonkamer te betrekken. Gordijnen blijken minder huisstofmijt te bevatten dan vroeger werd aangenomen, bovendien kunnen katoenen gordijnen gewassen worden.

Binnen het kader van de Wvg komt in principe een vergoeding voor zeil/vinyl (geen formaldehydhoudend laminaat!) voor de slaapkamer en eventueel ook de woonkamer in aanmerking. Sommige gemeenten staan een verdergaande sanering voor. In de regel zal daartegen zelden of nooit een medisch bezwaar zijn, maar daarbij moet wel bedacht worden dat de vergoeding een tegemoetkoming is in vervangingskosten en betrokkene in de regel dus zelf ook voor kosten geplaatst wordt. Dat kan reden te meer zijn om ook in die gevallen het raadzaam en nuttig te achten betrokkene te informeren over de doelmatigheid van de verschillende saneringsmaatregelen en te adviseren deze nog eens door te nemen met behandelaar of longverpleegkundige.

## 4 Samenvatting indicatiestelling

In het kader van de beoordeling van de noodzaak voor woningsanering bij astma, kan het onderstaande schema worden gehanteerd.\*



**\* Let op!**

Speciale aandacht is nodig bij jonge kinderen. Tot de leeftijd van circa 1 jaar is allergie niet de eerst voor de hand liggende verklaring voor recidiverend hoesten, piepen en/of vol zitten.

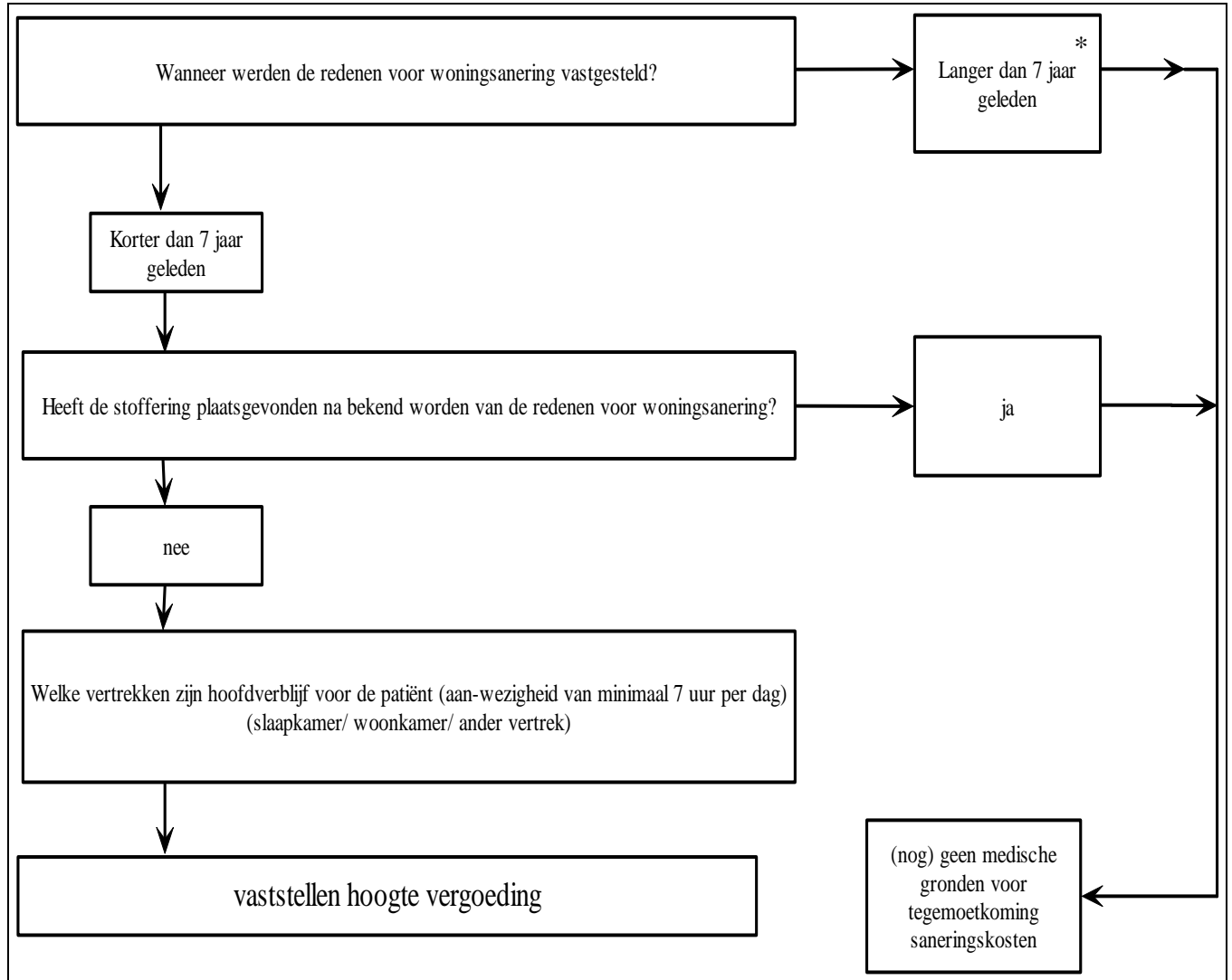
Tot de leeftijd van 4 jaar betekent een negatieve uitslag van een huisstofmijttest nog geenszins dat er geen allergie is (lage sensitiviteit) en dient sterk op het klinisch beeld en een zorgvuldige klinische evaluatie gevaren te worden (denk onder meer ook aan inhalatie- en algemene ademhalingstechniek).

In beide gevallen is het klinisch beeld maatgevend, waarbij in de regel een zwaar gewicht toegekend zal worden aan het oordeel van de behandelend (kinder)arts. Bovenstaand schema is dan niet toepasbaar

Vervolg:

Of medisch voldoende gegronde redenen voor woningssanering leiden tot een tegemoetkoming in de saneringskosten en wat de hoogte daarvan zal zijn, blijft als beleidsaspect ter vaststelling aan de gemeente.

Beoordeel, afhankelijk van de gemeentelijke beleidslinje en lokale afspraken, de volgende vragen om dat mede mogelijk te maken.



\* Deze periode van 7 jaar komt uit de oude GMD-richtlijnen. Afhankelijk van het gemeentelijk beleid kan een andere norm worden gehanteerd.

N.B.:

- Indien woningssanering gelet op de staat van onderhoud van de woning niet aan de orde is kan een verhuisadvies worden overwogen.

## Bijlage 1. Indeling Astma

Indeling astma (volwassenen en kinderen) conform het Farmacotherapeutisch kompas 2003:

gradatie	klachten	variabiliteit	FEV 1	medicatie
intermitterend astma ofwel: categorie <b>licht</b>	intermitterende klachten < 1 x per week, nachtelijke symptomen < 2x per maand	< 20%	> 80%	zonodig kortwerkende $\beta$ - sympaticomimetica < 1 inhalatie per week
licht persisterend astma ofwel categorie <b>licht tot matig</b>	klachten > 1x per week, maar < 1x per dag, nachtelijke symptomen < 2x per maand	tussen de 20 en 60%	> 80%	zonodig kortwerkende $\beta$ - sympaticomimetica < 3 tot 4 per dag, cromoglicinezuur, inhalatiecorticosteroiden
matig persisterend astma ofwel: categorie <b>matig tot ernstig</b>	exacerbaties beïnvloeden activiteiten en slaap, nachtelijke symptomen > 2x per maand	> 30%	tussen de 60 en 80%	langwerkende en zonodig kortwerkende $\beta$ -sympati- comimetica (3 tot 4x per dag), inhalatiecorticosteroiden ophogen
ernstig persisteren astma, ofwel categorie <b>ernstig</b>	frequente exacerbaties en nachtelijke symptomen	> 30%	< 60%	lang- en kortwerkende $\beta$ - sympaticomimetica, ipra- tropiumbromide, theofyline retard, corticosteroiden inhalatie of per os

## **Bijlage 2 Samenstelling van de Werkgroep Protocollering**

Geert van Hoof, sociaal geneeskundige M&G

Kaspar Van Landeghem, arts

Saskia van de Merwe, sociaal geneeskundige M&G

Hans Verwer, sociaal geneeskundige M&G

## Literatuur

---

- 1 Wet van 7 oktober 1993, houdende regels met betrekking tot de verlening van voorzieningen aan gehandicapten (Stb.1993, 545), laatstelijk gewijzigd bij Stb. 2001, 481.
- 2 Staatsen, B.A.M.,  
Allergie, CARA en allergenen in woningen,  
Gezondheidscommissie 'Allergie en CARA-inductie door allergene prikkels in het binnenmilieu'  
Publicatie nr. 1992/01, deel II  
Gezondheidsraad Den Haag, 1992
- 3 Heerema E, Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten, Directoraat Volkshuisvesting, uitgave GMD 1989
- 4 AAW- voorzieningen, uitgave GMD 1989, blz 9, 11, 17
- 5 Cloosterman SG, Hofland ID, Lukassen HG, Wieringa MH, et al.  
House dust mite avoidance measures improve peak flow and symptoms in patients with allergy but without asthma: a possible delay in the manifestation of clinical asthma?  
J. Allergy Clin. Immunology 1997;100:313-9.
- 6 Gotzsche PC, Johansen HK, Burr ML, Hammarquist C. House dust mite control measures for asthma (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
- 7 Vries, T.W. de, E.J. Duiverman en B.L. Rottier,  
Wanneer de behandeling van kinderen met astma faalt: eerst op zoek naar een verklaring alvorens meer medicatie voor te schrijven  
NTvG, 2005, 4, pagina 161-4
- 8 NHG-standaard: Astma bij volwassenen: behandeling,  
NHG, Utrecht, april 2001
- 9 Van Schayk CP,  
Het einde van de term CARA in zicht?  
NTvG 1994, 138, 1405 – 08
- 10 Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM 2004  
([www.rivm.nl/vtv/data/kompas/gezondheidstoestand/ziekte/cara/cara\\_omvang\\_har\\_astma.htm](http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/gezondheidstoestand/ziekte/cara/cara_omvang_har_astma.htm))
- 11 Brand, P.L.P. en M.O. Hoekstra  
Diagnostiek en behandeling van recidiverend hoesten en piepen bij kinderen jonger dan 4 jaar  
NTvG, 1997, 10, 464-7
- 12 Verhoef, A.P.,  
Home dampness, fungi and house dust mites, and respiratory symptoms in children.  
Thesis, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1994
- 13 Terreehorst I et al, Evaluation of impermeable covers for bedding in patients with allergic rhinitis, New England Journal of Medicine 349: 3 July 2003, page 237,
- 14 Woodcock A et al, Control of exposure to mite allergen and allergen-impermeable bed covers for adults with asthma, New England Journal of Medicine 349: 3 July 2003, page 225,
- 15 Thomas AE et al, Allergen avoidance in the treatment of asthma and rhinitis, New England Journal of Medicine 349: 3, July 2003, page 207,
- 16 Cindy Dieteren: Weerstand tegen vuil.  
Medisch Contact nr. 32/33 - 6 augustus 2004, pagina: 1246-1248
- 17 A.F.J. Brouwer, et al, Astmabehandeling bij kinderen: meer dan alleen puffen.  
NTvG, 2004, 18, pagina 865-8