

COPD & ASTMA BULLETIN HUISARTSGENEESKUNDE

Nr. 3. 2009

Angst en depressie bij patiënten met COPD

Frederik van Gemert, kaderhuisarts astma-COPD, Harlingen

Bij patiënten met COPD komen angst en depressie vaak en ook regelmatig samen voor.[1,7] Vaak hebben patiënten hun levensstijl aangepast en kwaliteit van leven ingeleverd voordat de diagnose COPD gesteld wordt. De impact van angst en depressie bij patiënten met COPD (en hun familieleden) is dan aanzienlijk: therapietrouw neemt af, functionele beperkingen nemen toe, inspanningsvermogen neemt af, slaapproblemen en vermoeidheid gaan een grotere rol spelen. De symptomen van angst of depressie én COPD lijken elkaar te overlappen. Op basis van studies wordt geschat dat depressie tussen de 15 % (licht tot matig COPD) en 25 % (ernstig-zeer ernstig COPD) voorkomt.[6] Ter vergelijking, in een controlegroep kwam dit 6 % voor.[7] Daarbij bestaat er een duidelijk verband tussen de kwaliteit van leven en de mate van angst en depressie. Bij een CCQ totaalscore van 3 of hoger (CCQ score loopt van 0-6, een hogere score duidt op meer klachten) neemt de kans op angst en depressie aanzienlijk toe.[2] Bij deze groep COPD-patiënten manifesteert zich de vermindering van kwaliteit van leven vooral in functionele beperkingen in het dagelijkse leven. Ook wordt angst en depressie meer gezien bij vrouwen, patiënten met een lage BMI, en bij jongere COPD-patiënten.[5] Uiteindelijk worden deze COPD-patiënten passiever, verliezen zij hun onafhankelijkheid en raken in een sociaal isolement en worden vaker opgenomen in het ziekenhuis.

Het is daarom essentieel dat een goede diagnose gesteld wordt, zodat behandeling op tijd kan beginnen. De NHG-Standaarden *angststoornissen en depressieve stoornis* geven hiervoor richtlijnen.[10] Weinig onderzoek is echter bekend over de medicamenteuze behandeling van angst en depressie bij COPD-patiënten in de eerste lijn. Een probleem is bijvoorbeeld dat de therapietrouw met medicatie bedroevend laag is in deze groep patiënten.[8] Cognitieve gedragstherapie lijkt een positieve uitwerking te hebben op kwaliteit van leven bij COPD-patiënten met matig tot ernstige angst en depressie.[9] Aangezien bij depressie is aangetoond dat bewegen een goed effect heeft op de klachten en ook bij COPD bewegen goed is kan bewegen en eventueel reactivering via een fysiotherapeut aanbevolen worden. Met name bij die groep die functioneel beperkt is, zoals in de praktijk te meten middels CCQ- of MRC-score. Vooral de groep patiënten in de eerste lijn met een hoge CCQ of MRC-score (3 of hoger) hebben hier baat bij (verbetering kwaliteit van leven, afname dyspnoe-klachten en toename inspanningsvermogen).[9, 11]

Conclusie voor de praktijk:

- Angst en depressie bij patiënten met COPD komt tot 15-25 % van de personen met COPD voor ook in de eerste lijn.
- Angst en depressie hebben een negatieve impact op de ziekte en zijn vaker ondergediagnosticeerd en onderbehandeld.
- Ga bij COPD-diagnostiek en controles altijd de kwaliteit van leven na. Denk bij een hogere CCQ score (bv. ≥ 3) altijd aan het voorkomen van angst en depressie.
- Bij de behandeling van de COPD-patiënt met depressieve klachten in de eerste lijn lijkt meer bewegen/reactivering van belang.

Literatuur: www.CAHAG.nl/Richtlijnen en Bulletin

Antibiotica bij de behandeling van COPD-exacerbaties: valt het tegen of valt het mee?

Dr. Alfred Sachs, huisarts, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde UMC Utrecht



Het enige juiste antwoord op deze vraag is: beiden zijn juist. Het valt tegen, omdat tot op heden geen "marker" aanwezig is, die bij een patiënt met een exacerbatie van COPD de noodzaak om

antibiotica voor te schrijven aangeeft. Het valt mee, omdat in alle tot op heden gepubliceerde 11 placebo gecontroleerde studies naar antibiotica bij exacerbaties van COPD, bij geen van de mensen sprake was van een SAE (serious adverse event). Is dit nu een pleidooi om dan bij alle exacerbaties antibiotica voor te schrijven? Allereerst stelt de NHG-Standaard dat Prednisolon samen met bronchusverwijding de hoeksteen vormt van de exacerbatiebehandeling. Bij aanwijzingen voor een ongunstig beloop van exacerbaties van COPD kan toevoeging van een antibioticum zinvol zijn. Een nauwkeurige omschrijving van kenmerken van een ongunstig beloop van de exacerbatie van COPD ontbreekt echter. De vraag is daarnaast of antimicrobiële interventie ten tijde van een exacerbatie van COPD dan misschien dient als profylaxe voor een volgende exacerbatie. In een recent retrospectief observationeel onderzoek van Roede et al.[1], werden 18928 patiënten met inhalatie-medicatie conform de COPD-richtlijnen geïnccludeerd. Binnen de groep die tijdens een COPD exacerbatie, zowel antibiotica als Prednisolon kreeg voorgeschreven, was het interval tussen de 1ste en 2de exacerbatie significant langer in vergelij-

king met de groep die enkel antibiotica kreeg (321 versus 418 dagen). Het verschil zette zich zelfs in sterkere mate voort in het interval tussen de 2de en 3de exacerbatie (127 versus 240 dagen). Helaas ontbrak in deze studie een vergelijk met de groep die alleen Prednisolon kreeg. Door deze 'confounding by indication' geeft deze studie wel een aanwijzing dat antibiotica beschermend kunnen werken voor een volgende exacerbatie, maar is deze informatie niet goed te generaliseren naar het beleid, zoals dat in de NHG-Standaard staat. Er is grote behoefte aan een prospectieve studie waarin naar prognostische factoren, boven de klinische blik van de arts (!), wordt gezocht om het geven van een antibioticum bij exacerbatie van COPD te kunnen onderbouwen. Tot die tijd, is de NHG-Standaard van 2007 een goede richtlijn voor de huisarts. Namelijk, primair het opheffen van de bronchusobstructie met luchtwegverwijders en/of Prednisolon, en na 1-2 dagen herbeoordelen en bij verslechterd klinisch beeld, een antibioticum toevoegen. Van belang is wel, dat voor bedlegerige patiënten, alsmede patiënten van 75 jaar en ouder onvoldoende onderzoeksgegevens bekend zijn waarin de toegevoegde waarde van antibiotica naast Prednisolon is onderzocht. Bij deze groep dient derhalve, naast Prednisolon, vooralsnog eerder te worden overwogen een antibioticum voor te schrijven. Met name de groep patiënten die naast β -2 mimetica ook inhalatiecorticosteroïden gebruikt, blijkt meer baat te hebben bij antibiotica dan patiënten die alleen anticholinergica gebruiken. Dit wekt de suggestie dat de soort onderhoudsmedicatie gerelateerd zou kunnen zijn aan een daarvoor karakteriserend pathofysiologisch proces welke de exacerbatie initieert dan wel onderhoudt.[2]

Conclusie voor de praktijk:

- Een eensluidend antwoord op de vraag of antibiotica bij exacerbaties van COPD dienen te worden voorgeschreven is nog steeds niet te geven.
- Leeftijd, medische voorgeschiedenis, algemene gezondheidstoestand en comorbiditeit dienen als prognostische variabelen te worden beschouwd bij de indicatiestelling voor antibiotica tijdens exacerbaties van COPD.
- Maak een onderscheid tussen ambulante en bedlegerige patiënten. Indien bij ambulante mensen met een COPD-exacerbatie geen verdenking is op een pneumonie (kliniek en lichamelijk onderzoek), kan primair worden volstaan met een stootkuur Prednisolon. In geval van bedlegerige patiënten met een exacerbatie van COPD, wordt daarnaast vooralsnog geadviseerd om een antibioticum voor te schrijven.
- Follow-up dient altijd na 24-72 uur plaats te vinden, waarin de mate van herstel (kliniek en lichamelijk onderzoek) wordt ingeschat. Bij onvoldoende herstel wordt een antibioticum overwogen, namelijk Amoxicilline (5 dagen) of Doxycycline (7-10 dagen) conform de SWAB-richtlijn. Indien deze niet worden verdragen kan eventueel worden uitgeweken naar Co-trimoxazol of een Macrolide.

Literatuur: www.CAHAG.nl/Richtlijnen en Bulletin

Ontwikkeling van de Zorgstandaard COPD: stand van zaken.

Philippe Salomé, huisarts, co-voorzitter werk-groep zorgstandaard COPD.



Het ei is gelegd; de werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van alle bij de zorg voor mensen met COPD betrokken partijen, heeft na een zeer

intensieve periode van overleg, hoor en wederhoor bij de achterban, de Zorgstandaard COPD aangeboden aan het LAN- (Long Alliantie Nederland) bestuur ter autorisatie. Deze Zorgstandaard zal door de LAN ter commentaar en autorisatie aan betrokkenen worden voorgelegd, waaronder de huisartsen (NHG/LHV/CAHAG) en praktijkondersteuners/-verpleegkundigen.

De inhoud van de zorg voor mensen met COPD, zoals functioneel beschreven in de Zorgstandaard COPD, is gebaseerd op de meest recente richtlijnen (een op systematische wijze ontwikkeld document dat een beschrijving van het "wat, wanneer en waarom" bevat. Dit document is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten (evidence-based) en gebundelde klinische ervaring (practice-based). Waaronder de CBO-richtlijn "Diagnostiek en behandeling van COPD", LTA's, LESA's en andere protocollen). Als wetenschappelijke inzichten veranderen worden eerst op het niveau van bijvoorbeeld een CBO-richtlijn wijzigingen doorgevoerd voordat dit tot wijziging in de Zorgstandaard kan leiden. De Zorgstandaard is een "levend" document. De Zorgstandaard beschrijft, zowel zorginhoudelijk als procesmatig vanuit patiënten-perspectief waar de zorg minimaal aan dient te voldoen. De Zorgstandaard gaat uit van de centrale positie van de patiënt met COPD (vraaggestuurde zorg), die daarbij een eigen verantwoordelijkheid heeft bij zijn behandeling en daarmee tevens medebehandelaar is, in tegenstelling tot aanbodgestuurde zorg.

Aangezien bij patiënten met COPD de ernst van de fysiologische stoornis slechts in beperkte mate gerelateerd is aan klachten, beperkingen en kwaliteit van leven, dient de diagnostiek zich te richten op zowel de fysiologische beperking als op de andere hoofddomeinen; stoornis, klachten, beperkingen en kwaliteit van leven → de integrale gezondheidstoestand. Hierom heeft de werkgroep de ernst van de ziekte last van de patiënt als uitgangspunt gekozen en niet de GOLD-stadiëring. Gesproken wordt van patiënten met COPD met een lichte, matige of ernstige ziekte last.

Eén van de belangrijkste componenten van de ervaren ziekte last, naast de prominente plaats van comorbiditeit, is de mate waarin de patiënt slaagt zich aan de stoornis aan te passen (adaptatie). Zelfmanagement bij de behandeling van de patiënt met COPD richt zich met name op gedragsver-

andering, waardoor hij bewust beslissingen neemt op alle gebieden van zijn dagelijks leven (acceptatie-therapietrouwself-efficacy-sociale contacten-emotionele status).

In de visie op zorg wordt uitgegaan van zorg op maat (integraal en dynamisch), het optimaliseren van het fysiologisch functioneren en de adaptatie aan de stoornis en daar waar nodig multidisciplinair.

Om de patiënt integraal zowel in de diagnostische- als monitoringsfase optimaal te begeleiden dient assessment (voorheen diagnostiek) op alle domeinen plaats te vinden. Een assessment start altijd met het stellen van de diagnose COPD, anamnestic en spirometrisch bevestigd. Daarna vindt een inventarisatie plaats op de andere hoofddomeinen, waar mogelijk in maat en getal. Basale parameters zijn naast de anamnese gericht op alle aspecten van de integrale gezondheidstoestand en de mate van adaptatie, CCQ of MON-RIQ, MRC, BMI (gewichtsverlies), FEV1 en FER. Op basis van deze gegevens wordt beoordeeld of nadere analyse plaats dient te vinden of dat in samenspraak met de patiënt een individueel zorgplan (met algemene NHG- en persoonlijke behandeldoelen) opgemaakt kan worden. Bij de nadere analyse, in de regel door de longarts, is beschreven onder welke omstandigheden deze wordt aanbevolen (verwijs- en terugverwijscriteria).

Overige hoofdstukken van de Zorgstandaard COPD zijn:

- Individueel zorgplan
- Behandeling met o.a. voorlichting, educatie, stoppen met roken, bewegen, voeding, management van dyspnoe, hoesten en sputum, medicamenteuze behandeling, zuurstoftherapie, longrevalidatie, management van exacerbaties, etc.
- Begeleiding, participatie en re-integratie, zoals psychosociale begeleiding/behandeling en maatschappelijke participatie
- Generieke modules
- Organisatiestructuur.

Op basis van deze Zorgstandaard moeten nu de prestatie-indicatoren (proces-, uitkomst- en structuurindicatoren) worden vastgelegd. In een volgend Bulletin het vervolg.

Conclusie voor de praktijk:

- Uitgangspunt is de juiste zorg, op de juiste plaats en op het juiste moment voor de individuele dynamische patiënt. De zorg die een individuele patiënt op een bepaald moment nodig heeft als uitgangspunt nemen (vraaggestuurde zorg) en niet de behandelaren als uitgangspunt (aanbodgestuurde zorg).
- De ernst van de ziektelast van de patiënt als uitgangspunt gekozen en niet de GOLD-stadiëring. Gesproken wordt van patiënten met COPD met een lichte, matige of ernstige ziektelast.

Het Astma Fonds zet zich in om COPD beter op de kaart te zetten. U kunt daarbij helpen.



Vier op de tien mensen weten nog steeds niet wat COPD is. Het Astma Fonds wil die bewustwording verder stimuleren.

Pocket 'COPD, adembenemend'

De gratis pocket 'COPD, adembenemend' is voor patiënten en risicogroepen. Het boekje is makkelijk leesbaar en daardoor toegankelijk voor iedereen. In het boekje staan naast praktische informatie over de behandeling, tips over voeding, sporten en stoppen met roken. Ook vertellen bekende en onbekende Nederlanders over hun ervaringen met COPD.

Scheurblok 'Samen zorgen voor de beste zorg'



Naast de pocket heeft het Astma Fonds samen met de CAHAG een scheurblok ontwikkeld. Patiënten die net de diagnose COPD krijgen (of een andere chronische longziekte) zitten vaak met veel vragen. Aan de hand van dit scheurblok kunt u deze vragen beantwoorden en de patiënt uitleggen hoe de longen werken en wat er gebeurt bij hun longziekte. Tevens kunt u de

patiënt attenderen op de patiëntenvereniging van het Astma Fonds voor meer informatie en het uitwisselen van ervaringen. De onzekerheid die mensen vaak voelen net na de diagnose kan hiermee voor een deel worden weggenomen.

Nieuw jasje

Vanaf november zien de voorlichtingsmaterialen van het Astma Fonds er anders uit. Het Astma Fonds heeft namelijk haar huisstijl en logo veranderd, in de opmaat naar een nieuwe naam: Longfonds. Voor alle mensen met een chronische longziekte.

Voor een totaaloverzicht van alle voorlichtingsmaterialen over chronische longziekten én om deze gratis te bestellen, kijkt u op www.astmafonds.nl/webwinkel.

CAHAG activiteiten: voor huisartsen, praktijkverpleegkundigen en -ondersteuners.

Standpunten rond medicatie bij COPD.

Recent zijn er studies verschenen over de medicamenteuze behandeling (langwerkende bronchusverwijders en steroïden) van COPD. De persberichten in de media suggereren dat de richtlijnen uit de NHG-Standaard COPD achterhaald zijn. NHG en CAHAG werken aan een standpunt over deze studies dat binnenkort gepubliceerd zal worden op de NHG en CAHAG websites en eventueel Huisarts en Wetenschap. De onderbouwde conclusies zal zijn dat er vooralsnog geen aanleiding is de NHG-richtlijn op dit punt aan te passen.

CASPIR, Praktische Spirometrie in de Eerstelijns

Onder de naam CASPIR is een cursus ontwikkeld door vertegenwoordigers van de huisartsen (CAHAG/NHG), longfunctielaboranten (NVLA), longartsen (NVALT) en V&VN praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners. De cd-rom "Spirometry Fundamentals" maakt integraal onderdeel uit van deze cursus. Deze cursus kan uitgezet worden in uw regio, als ongeveer 10 koppels (huisarts en praktijkondersteuner) uit één regio interesse hebben, data in overleg. Voor meer informatie zie www.CAHAG.nl/Scholing en CASPIR.

Adembenemend: 21 en 22 januari 2010

2 -Daagse nascholing voor koppel: huisarts en praktijkondersteuner. Aan bod komen bijna alle aspecten van de astma/COPD zorg. Geïnteresseerd? www.CAHAG.nl/Agenda's.

POH cursussen 2010

Op 25 maart in Amsterdam en op 22 april in Zwolle organiseert de CAHAG weer een eendaagse cursus astma/COPD voor praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners. www.CAHAG.nl/Scholing en CASPIR.

CAHAG Conferentie 2010: 11 november 2010, nadere informatie volgt.

Colofon

De CAHAG (COPD & Astma Huisartsen Advies Groep) is een onafhankelijke stichting gevormd door huisartsgeneeskundige experts op het gebied van COPD en astma, zie www.CAHAG.nl/Over de CAHAG. Het CAHAG Bulletin, verschijnt minimaal 2x per jaar en heeft als doel de verspreiding van onafhankelijke praktisch toepasbare kennis van belang voor de praktijkvoering in de huisartspraktijk op het gebied van astma en COPD.

De beschreven standpunten zijn de verantwoordelijkheid van de auteur en (tenzij anders vermeld) niet het officiële standpunt van de CAHAG.

Redactie:

dr. Bart Thoonen, dr. Ivo Smeele, mevr. Ilonka Godschalk, Thei Steenkamer, Gerrit van Roekel, allen (kader)huisarts, drs. Marjan Verschuur, gezondheidswetenschapper.

Redactie-adres:

mevr. Mirjam Sijp, p/a CAHAG secretariaat Domus Medica Postbus 3231, 3502 GE Utrecht

E-mail: cahagsecretariaat@nhg.org

Tel. 030 - 282 35 00 / Fax: 030 - 282 35 01

De uitgave van dit bulletin is mede mogelijk gemaakt door een unrestricted grant van:

AstraZeneca 
life inspiring ideas

 **Boehringer
Ingelheim**

 **gsk** GlaxoSmithKline