

Interview met Jettie Bont:

De risico-inschatting van lageluchtweg-infecties bij ouderen

Ans Stalenhoef



Jettie Bont praktiseert twee dagen per week als huisarts en besteedt eveneens twee dagen per week aan haar bestuurslidmaatschap van de LHV. De vijfde 'werkdag' gaat naar de zorg voor haar zoontje en pasgeboren dochtertje. Vorig jaar promoveerde Bont op het proefschrift *Lower respiratory tract infections in the elderly: Prognostic studies in primary*

care. Haar bevindingen kunnen van veel nut zijn in de spreekkamer van de huisarts. In een interview vertelt ze over het door haar ontwikkelde voorspellingmodel voor de risico-inschatting van lageluchtweginfectie bij ouderen.

Antibiotica en risico's

Vergeleken met de landen om ons heen schrijft de Nederlandse huisarts over het algemeen (veel) minder antibiotica voor. Dat geldt echter niet voor de antibioticavoorschriften bij lageluchtweginfecties: dan doet de Nederlandse huisarts het even 'slecht' als zijn buitenlandse collega's. 'Voor een deel is dat voorschrijfgedrag natuurlijk ook terecht', stelt Bont. 'Bij gewone bronchitis- en COPD-exacerbaties zijn in principe geen antibiotica nodig, maar bij ernstig zieke mensen wil je geen risico's nemen. Of antibiotica wel zinvol zijn bij hoogrisicopatiënten is onbekend. Het is niet verantwoord om hoogrisicopatiënten een placebo toe te dienen; daarom worden in trials vaak redelijk gezonde mensen geïnculdeerd. We zullen dus nooit kunnen bewijzen of bij ernstige bronchitis al dan niet antibiotica nodig zijn. Maar we weten dat wel van ongecompliceerde bronchitis. Het gaat dan dus om de bepaling van de grenzen van hoog en laag risico. En die risico-inschatting moet je al doen op het moment dat de patiënt ziek wordt; de complicaties treden immers pas later op. Ik wilde dus zoeken naar de factoren die ernstige complicaties kunnen voorspellen.'

Al eerder was onderzoek gedaan naar een voorspellingsmodel voor een gunstig of ongunstig beloop van lageluchtweginfecties, maar dat vond plaats in de setting van het ziekenhuis. 'Dat kun je dus niet vergelijken met de huisartsenpraktijk, omdat er gewerkt wordt met bijvoorbeeld bloedwaarden en röntgenfoto's en die informatie heeft de huisarts niet. Je wilt als huisarts je beslissingen kunnen nemen zonder dergelijke onderzoeksuitslagen.'

Grote deelname huisartsen

Bont richtte haar onderzoek op ouderen met lageluchtweginfec-

ties. 'Hier was nog weinig onderzoek naar gedaan en bij ouderen betreft het vaak mensen met een wat gecompliceerder beloop. Ik wilde graag onderzoek doen dat echt relevant was voor de dagelijkse praktijk, en dat was ook wat ik er gaandeweg zo leuk aan vond. Maar liefst tweehonderd huisartsen hebben voor mij gegevens verzameld, en dat heeft mijn onderzoek "gemaakt". De betrokkenheid van de Nederlandse huisarts bij de wetenschap is dus heel groot. Dat vond ik heel bijzonder om mee te maken.'

De deelnemende huisartsen meldden alle patiënten van 65 jaar en ouder met lageluchtweginfecties aan bij Bont, compleet met informatie als leeftijd, geslacht, eventueel hartfalen, diabetes et cetera. Bont ging vervolgens bij al deze patiënten na of ze 30 dagen later waren opgenomen in het ziekenhuis dan wel waren overleden. 'Als uitkomstmaat nam ik dus de combinatie van ziekenhuisopname en mortaliteit als maatstaf voor de ernst van de complicaties. Over die keuze valt natuurlijk te twisten; voor de patiënt is het wellicht even interessant of hij na 30 dagen nog klachten heeft.'

Voorspellen mortaliteit bij longontsteking

In Groot-Brittannië wordt als voorspellingsmodel voor de mortaliteit ten gevolge van longontsteking de 'CRB-65-score' (Confusion, high Respiratory rate, low Blood pressure) gebruikt. De richtlijn uit dit model was echter nog niet in een eerstelijns populatie gevalideerd. Opvolging ervan door de huisarts zou bijvoorbeeld impliceren dat alle 65-plussers met een longontsteking in het ziekenhuis zouden belanden. Dat is natuurlijk onwenselijk. Daarom valideerde Bont de CRB-65 in een onderzoek onder oudere patiënten bij wie de huisarts de diagnose longontsteking had gesteld. Ze concludeerde dat het model mortaliteit even goed in de eerste als in de tweede lijn voorspelt. Maar mortaliteit in de eerste lijn is zeldzaam. Daarom ging Bont op zoek naar een model dat ook minder ernstige eindpunten voorspelt. 'Patiënten die een lageluchtweginfectie niet goed doorstaan, hebben specifieke kenmerken en daar kun je ook een zwaarte aan toekennen. Als bijvoorbeeld hartfalen de kans op een ziekenhuisopname sterk vergroot, krijgt dat een zwaardere weging. Zo zijn er meerdere factoren die duidelijk invloed hebben op de ernst van het beloop.'

Optimalisering van voorspellingsmodellen

Bont ontwikkelde een 'predictieregel' met behulp van een retrospectieve studie. (Zie tabel 1.) De daarin opgenomen variabelen voorspellen de kans dat de patiënt binnen dertig dagen na het stellen van de diagnose in het ziekenhuis wordt opgenomen dan

wel komt te overlijden. Zij valideerde dit voorspellingsmodel onder het cohort van de Tweede Nationale Studie. 'Dat voorspellingsmodel werkte prima. De regel is eenvoudig en kan de huisarts goed helpen om onderscheid te maken tussen laag- en hoogrisicopatiënten. Maar dit voorspellingsmodel maakt geen gebruik van de nuttige gegevens uit anamnese en lichamelijk onderzoek. Daarom werd de regel verbeterd in een prospectief onderzoek. Eerst werd de retrospectieve regel gevalideerd in een prospectief cohort. Daarna is de regel geoptimaliseerd met gegevens uit de anamnese en lichamelijk onderzoek. Het bleek dat ziekenhuisopname of sterfte binnen 30 dagen beter kon worden voorspeld als bepaalde onderdelen uit de anamnese en lichamelijk onderzoek werden toegevoegd.' (Zie tabel 2.)

De voorspelling door huisartsen kan met deze regel dus nog correcter worden gedaan. Echter: 'Het door mij ontwikkelde model moet nog wel goed gevalideerd worden onder een andere onderzoekspopulatie. Geldt het ook voor andere patiënten? Is dat ook zo in de landen om ons heen? Wellicht kan de weging van de factoren nog wat preciezer. Misschien ook kunnen er nog factoren aan worden toegevoegd. Op dit moment is er een groot internationaal onderzoek gaande in andere Europese landen, waarin het voorspellingsmodel wordt getest. Zolang de resultaten daarvan niet bekend zijn, kan mijn voorspellingsmodel dus nog niet "veilig" worden toegepast. Maar zover ik weet zal het geen kwestie van jaren worden voordat die onderzoeksresultaten bekend zijn.'

Toch zelf inschatten?

Een opmerkelijke bevinding uit het onderzoek van Bont is dat huisartsen uitstekend de hoogrisicopatiënten kunnen herkennen zónder gebruik te maken van een voorspellingsmodel. 'Dat vind ik een belangrijke constatering, want dat betekent dat de huisarts de patiënten die echt moeten worden doorverwezen of zorgvuldig in de gaten moeten worden gehouden, er altijd wel uitpikt. Maar het is lastiger als het gaat om de patiënten met een middelmatig of laag risico. Een groot deel van hen werd door de huisartsen als hoogrisico bestempeld, met als gevolg dat er onnodig antibiotica worden voorgeschreven dan wel een scherpe controle of verwijzing volgt. Deze overbehandeling kun je wellicht voorkomen als je een voorspellingsmodel hanteert. Want zeker bij laagrisicopatiënten kun je de antibiotica veilig nog even in de kast laten liggen. Bovendien is het ook voor de patiënt prettig om te weten waar hij aan toe is. Mensen schrikken bijvoorbeeld vaak heel erg als bij hen de diagnose longontsteking wordt gesteld. Maar ook daarbij zijn er gradaties in ernst en dus ook gunstige prognoses. Het is fijn voor een patiënt om te horen dat hij "alles mee heeft" om goed te herstellen. En hoogrisicopa-



Tabel 1 Retrospectieve predictieregel voor het voorspellen van de kans op ziekenhuisopname binnen dertig dagen vanwege lageluchtweginfecties bij oudere patiënten

Risicofactor	Score
<i>Diagnose</i>	
- Exacerbatie COPD	2
- Pneumonie	4
<i>Leeftijd</i>	
- 80 jaar	2
<i>Medische voorgeschiedenis</i>	
- Hartfalen	1
- Diabetes mellitus	2
- Ziekenhuisopname eenmaal	2
- Ziekenhuisopnames > eenmaal	3
<i>Medicatie</i>	
- Prednison	3
- Antibiotica	2
Weging risicofactoren	
Laag risico: Score < 2	Middelhoog risico: Score 3-6
	Hoog risico: Score > 7

Laagrisicopatiënten kunnen thuis worden behandeld.
Bij middelhoog- maar vooral hoogrisicopatiënten is zorgvuldige monitoring nodig, thuis of in het ziekenhuis

tiënten kun je specifieke instructies meegeven om complicaties te voorkomen, bijvoorbeeld extra bewaking van zijn suiker, of het in de gaten houden van dikke enkels.'

Van onderzoek naar praktijk

De resultaten uit het onderzoek van Bont zullen deel gaan uitmaken van de betreffende NHG-Standaarden. 'In de standaard Acut hoesten zijn al enkele van de risicofactoren opgenomen. Hoe het verder gestalte gaat krijgen, weet ik niet, maar ik denk dat een vorm van het voorspellingsmodel zeker een plek zal krijgen in de standaard Acut hoesten. Het is immers goed om je te realiseren wanneer een patiënt een hoog risico op complicaties heeft. Zoals gezegd zul je bij hoogrisicopatiënten nooit kunnen aantonen of antibiotica wel of geen zin hebben, maar mogelijk is het bij hen hoe dan ook verstandig om antibiotica voor te schrijven. Onderzoek heeft bijvoorbeeld aangetoond dat patiënten op de Intensive Care er baat bij hebben om preventief antibiotica te krijgen. Misschien is dat ook het geval bij hoogrisicopatiënten met acute bronchitis.'

Getest en wel vermoedt Bont dat haar voorspellingsmodel zeer goed bruikbaar zal zijn. 'Alleen hoeft je het als huisarts echt niet te gebruiken als je zeker bent van een hoog risico op complicaties, want dat blijkt je uitstekend zelf te kunnen inschatten. Maar bij twijfel kan het model zeker veel nut hebben.'

Na het onderzoek

Nu de promotie is afgerond, is Bont de wereld van het wetenschappelijk onderzoek uitgestapt. 'Naast mijn werk als LHV-bestuurder en als huisarts, plus mijn "mamadag", is er simpelweg geen ruimte meer voor. Bovendien geef ik nog wat onderwijs en vertel ik wel eens iets over mijn onderzoek.'

Is het, gezien haar wetenschappelijke interesse, niet opmerkelijk dat ze juist voor het bestuurslidmaatschap van de LHV heeft gekozen, en niet voor een functie bij het NHG of bij een van de universiteiten? 'Nee, ik voel me bij de LHV prima op mijn plek. Dit

Tabel 2 Nog niet gevalideerde predictieregel met door Jettie Bont toegevoegde factoren uit anamnese en lichamelijk onderzoek

Risicofactor (uit de retrospectieve predictieregel)	Score	
<i>Diagnose</i>		
- Exacerbatie COPD	2	
- Pneumonie	4	
<i>Leeftijd</i>		
- 80 jaar	2	
<i>Medische voorgeschiedenis</i>		
- Hartfalen	1	
- Diabetes mellitus	2	
- Ziekenhuisopname eenmaal	2	
- Ziekenhuisopnames > eenmaal	3	
<i>Medicatie</i>		
- Prednison	3	
- Antibiotica	2	
Risicofactor (Door Bont toegevoegd)		
<i>Anamnese</i>		
- Algehele malaise	4	
- Geen tekenen bovenste luchtweginfectie	3	
- Geen toegenomen hoest	4	
<i>Lichamelijk onderzoek</i>		
- Verminderd bewustzijn	8	
- Temperatuur > 38 graden Celsius	2	
- Polsfrequentie > 100 per minuut	3	
Weging risicofactoren		
Laag risico: Score < 8	Middelhoog risico: Score 9-13	Hoog risico: Score > 14

Laagrisicopatiënten kunnen thuis worden behandeld.
Bij middelhoog- maar vooral hoogrisicopatiënten is zorgvuldige monitoring nodig, thuis of in het ziekenhuis.

bestuur wil ook de inhoud en kwaliteit sterk naar voren brengen en de LHV werkt daartoe intensief samen met het NHG. Overigens zal ik dat werk niet eeuwig blijven doen. Ik sluit de kans bepaald niet uit dat ik me wel weer eens zal gaan bezighouden met onderzoek, want ik heb het erg leuk gevonden om te doen. Dan zou ik me opnieuw richten op ouderen, want niet alleen is dat een grote groep patiënten, maar bovenal moet voor hen, zeker in de toekomst, veel gedaan worden.'

Als het gaat om de toekomst van het huisartsenvak, hoopt Bont dat er veel behouden mag blijven. 'En dan vooral de integrale aanpak van de huisarts. De patiënt moet mijns inziens naar de huisarts kunnen gaan met diverse klachten. Het is niet goed als je binnen de eerste lijn met de ene klacht naar de ene hulpverlener en met een andere klacht naar een andere hulpverlener moet. Natuurlijk kan de huisarts verwijzen of een praktijkondersteuner inschakelen, maar hij moet wel op de hoogte blijven van het hele ziektedossier van de patiënt. Ik ben tegen de versnippering van de zorg, want al is het moeilijk aan te tonen, in ben ervan overtuigd dat de integrale aanpak van de huisarts heel veel meerwaarde heeft. Ik hoop dat ook de politiek dat zal blijven inzien.'

Intermezzo

Pijnstillingverslaving

Wie lange tijd dagelijks pijnstillers tegen hoofdpijn slikt, kan hoofdpijn krijgen van die pijnstillers. Dan heb je twee hoofdpijnen door elkaar. Is dit nu een verslaving of mag je dat niet zo noemen? Dit is onderzocht. Maar de antwoorden zijn ingewikkeld. De neiging tot verslaving aan pijnstillers meet je met een slimme vragenlijst. Dan blijken mensen met reuma die dagelijks pijnstillers slikken weinig neiging tot verslaving te hebben. Bij chronische migraine, bijvoorbeeld twee keer per week een aanval, komt neiging tot verslaving vaak voor, helemaal als patiënten codeïne gebruiken of triptanen. Ze organiseren hun dag rond de pijnstillers. Ze denken er vaak aan. Ze kunnen zich geen dag zonder voorstellen. Verslaafden aan heroïne en alcohol scoren op deze vragenlijst voor verslavingsgeneigdheid even hoog als mensen met chronische dagelijkse hoofdpijn en dagelijks pijnstillerge-

bruik. Toch is pijnstillershoofdpijn geen echte verslaving. Het gaat hoofdpijn mensen om het effect, namelijk minder pijn. Met welke pijnstiller, dat maakt ze niet uit. Handoplegging is ook goed, als het maar helpt. Echte drugsverslaafden maakt het wel uit. Gebruikelijk hechten die aan die ene drug, dat ene speciale effect. Dagelijkse hoofdpijn mensen zijn verslaafd aan pijnvermindering. Dit is een gedragsrareit rond pijn, slikken en wanhopige overwegingen. Het is een verslaving aan het eigen gedrag, aan de denkkronkel 'als ik nu dit doe, dan kan ik zometeen...'. Het lijkt dus wel op echte verslaving. Het geslik maakt de narigheid – hoofdpijn – voor korte tijd minder, maar op de lange duur erger – meer hoofdpijn. Pijnstillingverslaving dus, geen pijnstillerverslaving.

Nico van Duijn