

Ziekenhuissterfte bij oudere patiënten voorspellen

Een kwart van de sterfgevallen onder ouderen vindt plaats in het ziekenhuis. Een huisarts gebruikt zijn ervaring om in te schatten hoe groot dit risico is, als basis om met de patiënt te overleggen of opname wel zinvol is. Maar het ontbreekt de huisarts vaak aan toetsbare argumenten. Vandaar dat nu in een door ZonMw gefinancierd retrospectief cohortonderzoek een predictiemodel wordt ontwikkeld om ziekenhuissterfte bij oudere patiënten te voorspellen. Als basis voor gezamenlijke besluitvorming, en mogelijk ook voor *advance care planning*.

TEKST: FRANK VAN WIJCK BEELD: RADBOUDUMC

Huisartsen krijgen in hun praktijkvoering te maken met de situatie waarin ze een inschatting moeten maken van het risico op ziekenhuissterfte wanneer ze overwegen een oudere patiënt te verwijzen voor opname. “Naar de vraag hoe goed huisartsen hiertoe in staat zijn is nauwelijks onderzoek gedaan”, zegt Erik Bischoff. “Het is vooral *gut feeling* en niet meer dan dat. Het is niet gebaseerd op getallen en feiten. Als huisartsen proberen we *evidence based medicine* te leveren en juist dat is de reden waarom we die risico-inschatting beter willen onderbouwen.”

Vandaar het ZonMw project de PRIORITY retrospective cohort study: Predicting In-hospital mORTaliTY ofwel het voorspellen van ziekenhuissterfte bij oudere patiënten. Bischoff – huisarts Universitair Gezondheidscentrum Heyendaal, werkt als programmaleider onderzoek naar chronische aandoeningen en multimortaliteit in de eerste lijn in het Radboudumc en is verantwoordelijk voor dit onderzoek.

Twee redenen

“Er zijn twee belangrijke redenen waarom we dit onderzoek starten”, vertelt Bischoff. “De eerste is dat in het kader van de Nationale Onderzoekagenda Huisarts-geneeskunde van het Nederlands Huisartsen Genootschap in 2018 de vraag aan het veld werd gesteld wat we vanuit de huisartsencontext belangrijk vinden om te onderzoeken. De vraag of ziekenhuissterfte beter kan worden voorspeld was daar één van de aangegeven onderwerpen. Een kwart van de ouderen die we als huisartsen naar het ziekenhuis verwijzen overlijdt daar. Het is een onderwerp waarnaar weinig onderzoek is gedaan. Tenminste, wel naar de vraag door welke factoren ze overlijden als ze al in het ziekenhuis liggen. Maar gek genoeg dus niet naar de vraag welke factoren vooraf al bekend zijn in onze huisartsendossiers als voorspellers voor ziekenhuissterfte, als basis voor het gesprek met de

patiënt of hij de ziekenhuisopname nog wel wenst als dat risico groot is.”

En de tweede reden? “Dat was een ZonMw subsidieronde voor onderzoek in de huisartspraktijk”, zegt Bischoff, “waarbij een duidelijke voorkeur werd aangegeven voor een onderwerp dat aansloot op de NHG onderzoek-agenda. Het onderzoek naar het voorspellen van ziekenhuissterfte bij oudere patiënten sloot daar goed bij aan. Ook past het onderwerp bij onze eigen onderzoekslijn in het Radboudumc naar zorg voor kwetsbare mensen met chronische aandoeningen.”

“Het model geeft de huisarts extra onderbouwing voor wat hij als de beste keuze ziet.”

Basis voor het gesprek

Doel van het onderzoek is de huisarts een beter beeld te geven van de vraag of een verwijzing wel de beste optie is voor de patiënt, als het risico dat de oudere in het ziekenhuis overlijdt heel groot is. “Dit beeld kan ook een basis vormen voor een *advance care planning* gesprek met de patiënt”, zegt Bischoff, “zeker gecombineerd met de gegevens van de patiënt die je als huisarts al hebt. Het beeld is dus niet alleen toepasbaar in de acute situatie, maar ook al daaraan voorafgaand. Bijvoorbeeld om in gesprek met



een kwetsbare oudere de vraag te stellen of die bij een heupbreuk nog wel wil worden geopereerd.”

Aansluiting bij actuele discussies

Het is een aanpak die goed aansluit op de discussie die wordt gevoerd over de grenzen van het medisch handelen en in de discussie over de juiste zorg op de juiste plek, vindt hij. “Je wil iemand niet onnodig verwijzen”, zegt hij. “Je kunt iemand ook thuis op een volwaardige manier begeleiden naar het overlijden, of in een andere setting zoals een hospice. Dat sluit ook aan bij wat mensen

willen, want veel mensen willen liefst in hun eigen huis sterven. Als je het gesprek hierover op tijd voert, op basis van de juiste informatie, kun je ook op tijd de zaken regelen die daarbij komen kijken.”

Een kanttekening hierbij is wel dat de huisarts op de huisartsenpost niet per se over dezelfde informatie beschikt als de eigen huisarts van de patiënt. Dit kan betekenen dat een patiënt in de acute situatie in de ANW-uren toch kan worden opgenomen. “Dat valt buiten de scope van het onderzoek”, zegt Bischoff, “maar het is wel iets om over na te denken als het over de continuïteit van zorg gaat. Dit zal na ons onderzoek zeker een discussiepunt worden.”

De onderzoeksopzet

Voor het onderzoek is anderhalf jaar uitgetrokken. “Als eerste verzamelen we alle data van CBS, Nivel, Dutch Hospital Data en onszelf en koppelen we die”, vertelt Bischoff. “Daarvoor hebben we het eerste half jaar uitgetrokken. Parallel hieraan interviewen we huisartsen en patiënten over factoren die zij zien als van invloed op de ziekenhuissterfte. Het is natuurlijk heel belangrijk ook het patiëntenperspectief hierbij te betrekken. Dat doen we via Patiëntenfederatie Nederland. Na dit half jaar gaan we met behulp van kunstmatige intelligentie alle data analyseren die met ziekenhuissterfte te maken hebben, als basis voor een predictiemodel.”

Een vervolgstap kan dan zijn dat predictiemodel te integreren in het HIS. Dat is de meest praktische manier voor huisartsen om het toe te passen. “Maar dat is niet te realiseren binnen de anderhalf jaar van dit project”, zegt Bischoff. “We hopen hiervoor vervolgsubsidie te kunnen krijgen. En dat zal dan ook weer tot vervolgvragen leiden, of de huisarts het model gaat gebruiken en of dat dan ook leidt tot minder ziekenhuissterfte van oudere patiënten.”

Basis voor gezamenlijke besluitvorming

Het mooie van het project is dat het echt voortkomt uit een behoefte die in het veld wordt gevoeld, zegt Bischoff afsluitend. Kan het model de huisarts een extra argument geven om weerwoord te bieden tegen patiënten of naasten die – ook als de huisarts het afraadt – toch aandringen op ziekenhuisopname van een oudere? “Ja dat kan”, zegt hij. “Het model geeft de huisarts extra onderbouwing voor wat hij als de beste keuze ziet. Maar het model mag nooit leidend zijn. Het model moet altijd onderbouwend zijn aan gezamenlijke besluitvorming.”