

## Marcel Levi

# Niets lijkt eenvoudiger dan het tellen van de doden



VINCENT BOON

## Count the bodies

**T**ijdens mijn opleiding kregen we bezoek van de beroemde Engelse internist Tony Mitchell. In de discussies over de mogelijke effectiviteit van een behandeling benadrukte hij de voor de patiënt relevante uitkomsten. Om dat kracht bij te zetten riep hij herhaaldelijk 'count the bodies!' Inderdaad is overleving dikwijls een overtuigende methode om de kwaliteit van een behandeling aan te tonen. Voor het bepalen van de kwaliteit van een ziekenhuis ligt dat een stuk lastiger. Sinds enkele jaren publiceren ziekenhuizen hun sterftcijfers. Sommige ziekenhuizen adverteren zelfs enthousiast op de website dat hun sterftcijfer lager is dan dat van andere ziekenhuizen. Eveneens opgetogen kopten verschillende nieuwsrubrieken enkele weken geleden dat het sterftcijfer in ziekenhuizen de laatste jaren aanzienlijk was gedaald. Hoewel op het eerste gezicht niets eenvoudiger lijkt dan het tellen van de doden, bevatten deze statistieken talloze valkuilen. In de eerste plaats betreft de ziekenhuissterfte waar het CBS over rapporteert helemaal niet het 'echte' aantal overleden personen. Het gaat hier om een gestandaardiseerde index die weergeeft hoeveel overlijdensgevallen er in een ziekenhuis zijn ten opzichte van het landelijk gemiddelde, waarbij wordt gecorrigeerd voor geregistreerde nevediagnoses. Een gemiddelde daling van dat getal geeft dus alleen maar aan dat ziekenhuizen het beter doen ten opzichte van een landelijk sterftcijfer en niet direct dat er in totaal minder overlijdensgevallen zouden zijn. De daling van de gestandaardiseerde sterfte in ziekenhuizen klopt dan ook helemaal niet met het aantal echte doden, hoewel circa een derde van de mensen in het ziekenhuis overlijdt. Het lijkt eerder dat veranderingen in het ontslagbeleid van terminale patiënten en registratie van nevediagnoses bedoeld of onbedoeld de gestandaardiseerde ziekenhuissterfte laten dalen. Uit angst voor een 'slecht' sterftcijfer en de gevolgen die dat

zou kunnen hebben bij patiënten of toezichthouders, maken sommige ziekenhuizen merkwuurige capriolen in een poging dit cijfer te beïnvloeden. Zo werden bij enkele ziekenhuizen de afgelopen jaren speciale afdelingen ingericht die dan zogenaamd niet binnen de ziekenhuisorganisatie vallen en waar terminale patiënten kunnen worden opgenomen. Een overlijdensgeval op zo'n afdeling, die ik niet anders kan noemen dan *succumbarium*, telt dan niet mee voor de ziekenhuissterfte. Niet verrassend blijkt in het algemeen dat een laag sterftcijfer van een ziekenhuis gepaard gaat met een verhoogd sterftcijfer in de dertig dagen na ontslag uit het ziekenhuis.

Een andere manier om de ziekenhuissterfte positief te beïnvloeden is het veel fanatieker registreren van nevediagnoses. Uit verschillende Nederlandse onderzoeken bleek immers dat die in sommige ziekenhuizen heel slecht worden bijgehouden in de landelijke medische registratie en hoe meer geregistreerde nevediagnoses, hoe lager de gestandaardiseerde ziekenhuissterfte. In ons ziekenhuis leidde een sterke verbetering in de codering van nevediagnoses tot een dramatische verbetering van de gestandaardiseerde sterfte, terwijl er echt ongeveer net zoveel mensen overleden als tevoren. En zo werden op veel plaatsen terstond extra medische codeurs aangesteld om maar een fraaier gestandaardiseerd sterftcijfer te krijgen, terwijl dat geld misschien wel beter was besteed aan het aanstellen van extra verpleegkundigen voor palliatieve zorg.

De gestandaardiseerde ziekenhuissterfte is dus wederom een goedbedoelde maar in de praktijk hoogst ongelukkige methode om de kwaliteit van zorg in een ziekenhuis vast te stellen. Gelukkig gaat er de laatste jaren steeds meer aandacht naar voor de patiënt relevante uitkomsten van zorg. Maar wie denkt dat ziekenhuissterfte daarbij helpt, schaart zich in een rij van onwetende en naïeve regelgevers in de gezondheidszorg. ■