

Rik Poels

oud-neuroloog en externe
beoordelaar necrologiecommissie,
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis,
Nijmegen

Peter Gerrits

kinderarts, oud-voorzitter
medische staf
CWZ, Nijmegen

Carla Wauters

patholoog en voorzitter
necrologiecommissie
CWZ, Nijmegen

Jeroen Schouten

internist-intensivist en
adviseur kwaliteit
CWZ, Nijmegen

Terminale patiënten vertekenen ziekenhuissterfte

Onderzoek in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis wijst uit dat meer dan de helft van de patiënten binnen een week na opname (pre)terminaal is. Zij worden echter wel meegerekend bij de sterfte-indicator HSMR. Onterecht, stellen vier specialisten van dit ziekenhuis, want deze mensen komen om te sterven.

De zes Santeon-ziekenhuizen zijn in 2008 zogenaamde necrologiebesprekingen gestart. Dat betekent dat de dossiers van alle in het ziekenhuis overleden patiënten worden bestudeerd om vandaaruit te zoeken naar verbetermogelijkheden in de zorg. Deze samenwerkende opleidingsziekenhuizen hebben daartoe necrologiecommissies opgezet, waarin vertegenwoordigers van alle grote vakgroepen zitting hebben, plus een aantal externe deskundigen. Bij het doornemen van de patiëntendossiers van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) concludeerde de commissie dat over de afgelopen twee jaar 60 procent van het totaal aantal patiënten dat in het ziekenhuis overleed niet opgenomen werd voor curatieve behandeling, maar zich eigenlijk al in een terminale fase bevond. Zij kregen daarom onmiddellijk of binnen zeven dagen na opname terminale zorg.

Overlijdende patiënt centraal

Deze observatie laat zien dat een zeer aanzienlijk deel van de 'ziekenhuissterfte'

eigenlijk terminale zorg betreft die niet onder de HSMR (*Hospital Standardized Mortality Ratio*) zou moeten vallen: patiënten komen om te overlijden in een ziekenhuissetting. Waarom deze patiënten in een ziekenhuis komen en niet thuis sterven of in een hospice, weten we niet. Verschillende redenen zijn denkbaar: paniek, gebrek aan informatie bij bijvoorbeeld een waarnemend huisarts, maar misschien ook als een welbewuste keuze voor het ziekenhuis als 'veilige' plek ook om te sterven, of voor ondersteunende zorg die alleen beschikbaar is in het ziekenhuis. Als de HSMR gecorrigeerd wordt voor deze patiëntgroep, krijgt men een veel genuanceerder beeld van de sterfte in de ziekenhuiszorg. Het is denkbaar dat actief ziekenhuisbeleid om terminale patiënten niet op te nemen of goede regionale opvang met transmurale afspraken belangrijke verschillen kan veroorzaken tussen de HSMR-cijfers van ziekenhuizen.

Momenteel wordt in het CWZ onderzocht wat de redenen van opname daar zijn. Bij deze inventarisatie is het bestuur van de regionale huisartsenvereniging betrok-

ken, zodat het scharnierpunt tussen eerste en tweede lijn inzichtelijker wordt en verbeterd kan worden. Als bij opname al duidelijk is dat een patiënt zich in een terminale fase bevindt, zou het te overwegen zijn die op een aparte afdeling op te nemen. Een afdeling waarin de fysieke en psychische zorg van de overlijdende patiënt centraal staat, en waar ook extra ruimte en mogelijkheden zijn voor opvang van familie en het sociale netwerk, bijvoorbeeld, analoog aan de couveusesuites die het ziekenhuis al eerder instelde, einde-levensuites. Inmiddels zijn er gesprekken gestart met de raad van bestuur, specialisten en huisartsen uit de regio om te zien of en hoe een dergelijk palliatief/terminaal zorgpad vorm kan krijgen in een anderhalvelijnscentrum ■

contact

p.gerrits@cwz.nl
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Meer artikelen over de HSMR vindt u onder dit artikel via medischcontact.nl/artikelen.