

HSMR: WAT DOEN ZIEKENHUIZEN ERMEE?

VIJF STRATEGIEËN OM TE STUREN OP ZIEKENHUISSTERFTE

SINDS 2005 WORDT DE *HOSPITAL STANDARDISED MORTALITY RATIO* (HSMR, ZIE KADER OP PAG. 11) VOOR NEDERLANDSE ZIEKENHUIZEN BEREKEND. ALS HET AAN DE POLITIEK, DE PERS EN PATIËNTENGROEPEN LIGT WORDT DEZE GESTANDAARDISEERDE STERFTEMAAT NOG VANDAAG OPENBAAR. MAAR WAT DOEN ZIEKENHUIZEN NU ZÉLF MET DE HSMR? EÉN KEER PER JAAR OPVRAGEN EN MAAR HOPEN DAT-IE LAAG UITVALT? OF DE HSMR EN ONDERLIGGENDE SMR'S CONTINU MONITOREN EN ANALYSEREN OM ER WAT VAN TE LEREN? VOOR SOMMIGE ZIEKENHUIZEN IS DE HSMR AANLEIDING OM IN HUN MEDISCHE ADMINISTRATIE TE KIJKEN OF DEZE BETROUWBAAR IS EN ZONODIG VERBETERD KAN WORDEN. WEER ANDEREN GAAN GELIJK AAN DE SLAG OM HET AANTAL STERFGEVALLEN IN HET ZIEKENHUIS TERUG TE DRINGEN, ONGEACHT DE HOOGTE VAN HUN HSMR. WE DOEN VERSLAG VAN ENKELE 'PRACTICES' MET DE HSMR IN ENGELAND EN IN NEDERLAND.

TEKST ANDRÉ VAN DER VEEN EN ELS KEESMAN





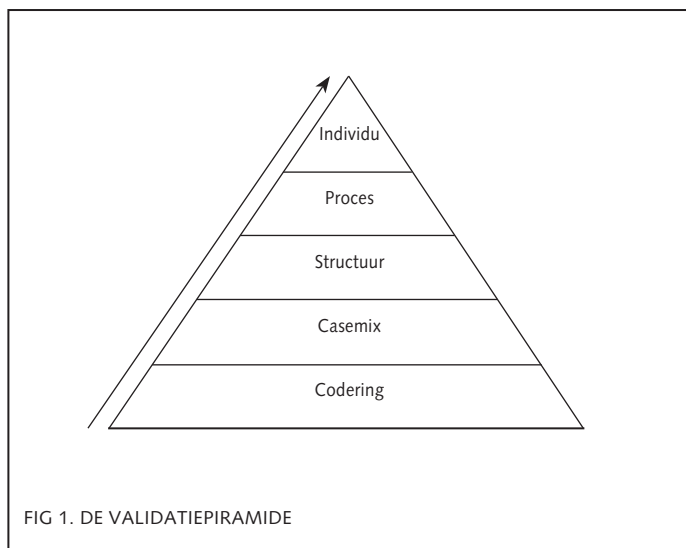
De Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) heeft een ‘geschiedenis’ die afwijkt van de meeste indicatoren voor veiligheid en kwaliteit. Sinds de introductie in 2005¹ hoeven de Nederlandse ziekenhuizen deze indicator niet openbaar te maken. Sindsdien is er veel discussie over de validiteit en betrouwbaarheid van de HSMR^{2,3,4,5,6}. Ruim twee jaar geleden werd het onderzoek van EMGO/Nivel naar onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen gepubliceerd⁷. Hieruit bleek dat 1.735 sterfgevallen in ziekenhuizen per jaar potentieel vermijdbaar zijn. Onder meer op basis van deze studie is in 2008 gestart met het landelijke programma ‘Voorkom schade, werk veilig’. Doel van dit programma is om de onbedoelde schade in ziekenhuizen binnen vijf jaar met 50 procent terug te dringen. Eén van de indicatoren die ziekenhuizen in het kader van dit programma wordt gevraagd, is of men ziekenhuissterfte en specifiek de HSMR als maat gebruikt in het veiligheidsmanagement en wat men daar vervolgens mee doet⁸. De belangstelling voor de HSMR en, vroeg of laat, de onvermijdelijke openbaarmaking daarvan, heeft ervoor gezorgd dat de meeste ziekenhuizen ook zelf met dit cijfer aan de slag gaan. Er zijn ziekenhuizen die alleen hun (ziekenhuisbrede) HSMR-cijfer opvragen. Enkelen hebben zelfs al uit eigen beweging de HSMR openbaar gemaakt.

Een stap verder gaat het sterfteprofiel: een rapport dat ziekenhuizen bij de Praktijk Index en Prismant kunnen opvragen en waarin niet alleen de HSMR, maar ook de 50 onderliggende SMR’s per diagnosegroep of patiëntengroep worden weergegeven. Ook bij een gemiddelde of lage HSMR kunnen er in onderliggende SMR’s uitschieters zitten. De afgelopen jaren hebben zeker 50 ziekenhuizen hun sterfteprofielen opgevraagd. Het sterfteprofiel is gebaseerd op gegevens van de Landelijke Medische Registratie (LMR) tot en met het laatste beschikbare kalenderjaar. Dit betekent dat deze cijfers relatief laat beschikbaar komen, een half jaar tot anderhalf jaar na dato. Nog een stap verder gaat daarom *Real Time Monitoring* (RTM), een webbased instrument waarmee ziekenhuizen hun actuele HSMR, onderliggende SMR’s en andere gestandaardiseerde uitkomstmaten zoals verpleegduur en heropnames van maand tot maand kunnen volgen. Met RTM kunnen ziekenhuizen de HSMR dan ook nog verder analyseren, zelfs tot op het niveau van individuele patiënten en hun sterfterisico. Zeventien Nederlandse ziekenhuizen gebruiken inmiddels dit systeem⁹.

DOEL

De HSMR is geen doel maar een ‘tool’. De HSMR is niets meer dan een maat voor ziekenhuissterfte en Real Time Monitoring is een instrument om onder andere de HSMR te meten en te analyseren. Uiteindelijk is het enige echte doel van de HSMR-methodologie dat het bijdraagt aan de verbetering van veiligheid en kwaliteit van de zorg. Wat dat betreft beoogt het gebruik van de HSMR hetzelfde als andere verbeterinitiatieven zoals het nationale veiligheidsprogramma en de introductie van diverse sets van prestatie-indicatoren.

De beoogde verbetering van de zorg kan men onder andere afmeten aan een reductie van de HSMR, dus potentieel vermijdbare sterfte in het ziekenhuis. In welke mate de HSMR bijdraagt aan de reductie van ziekenhuissterfte is moeilijk te toetsen. De HSMR heeft in landen als Engeland en Nederland in ieder geval al gezorgd voor de nodige bewustwording over ziekenhuissterfte als uitkomstmaat, en dat men daar gericht op kan gaan sturen. Maar die sturing zelf zal moeten komen van succesvolle verbeteringen en ‘best practices’ die ingrijpen op het zorgproces en de organisatie.



Daarom beperken wij ons in dit artikel tot de beschrijving van een aantal strategieën waarmee Nederlandse en Engelse ziekenhuizen omgaan met de HSMR. Daarbij laten we vertegenwoordigers van verschillende ziekenhuizen aan het woord om aan te geven wat die strategie tot nu toe heeft opgeleverd.

AANPAK EN PROCES

We onderscheiden globaal vijf strategieën die ziekenhuizen hantieren ten aanzien van de HSMR. De strategieën overlappen niet maar kunnen wel gezamenlijk worden toegepast.

Noemerstrategie: verbetering van de registratie

De HSMR wordt berekend op basis van data uit medische registraties en de bijbehorende gegevenslogistiek. Deze worden al decennia lang in ziekenhuizen gevoerd. Nu professionals en directeuren voor het eerst worden geconfronteerd met scores die worden gegenereerd uit die gegevens, zetten zij (terecht) vraagtekens bij de betrouwbaarheid daarvan, zeker in ziekenhuizen waar deze hoog blijken te zijn. Het controleren van de medische codering is dan een logische eerste stap in de validatiepiramide. Dit is een stapsgewijze aanpak die de Praktijk Index ziekenhuizen altijd adviseert om te gebruiken bij nader onderzoek van SMR's. Want ook voor de HSMR geldt: *'garbage in garbage out'*. Het doel van de validatiepiramide is dat alle betrokkenen in het ziekenhuis wordt geadviseerd om niet zomaar vergaande conclusies te trekken uit de SMR-scores. Wij bepleiten een kritische houding waarbij eerst verzekerd moet worden of de score niet het gevolg is van onvolledige en onbetrouwbare codering of casemixfactoren waar niet of onvoldoende voor gecorrigeerd wordt, alvorens oorzaken te zoeken in de structuur- of procesaspecten van de zorg.

Flink wat ziekenhuizen storten zich daarom op de kwaliteit en van hun medische codering. Wij noemen dit een 'noemerstrategie'. Verbetering van de codering heeft namelijk vooral invloed op de noemer van de (H)SMR. De verwachte sterfte hangt met name af van casemixfactoren zoals leeftijd, hoofddiagnose, urgentie en comorbiditeit (nevendiaagnoses). Als die in een ziekenhuis

structureel onvolledig en onjuist worden geadmistreerd, heeft de betrouwbaarheid van de HSMR daar onder te lijden. Prismant concludeerde uit een onderzoek in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat 30 van de 102 ziekenhuizen niet voldoen aan één of meer kwantitatieve normen voor een betrouwbare vergelijking van hun HSMR. Van sommige RTM ziekenhuizen weten we inmiddels dat codering van nevendiaagnoses onvolledig of onjuist is en in de meeste gevallen zien we dat dit leidt tot een hogere HSMR-score.

Een van de RTM-ziekenhuizen met een hoge HSMR over 2007 dook diep in de opnamegegevens. Hoewel dit ziekenhuis voldeed aan de kwantitatieve normen van het Prismant-onderzoek, kwamen er door gericht dossieronderzoek toch achter dat de codering van nevendiaagnoses structureel onvolledig was, vooral waar het ernstige ziekten betrof. Met terugwerkende kracht werden de opnames van 2008 gecheckt en de codering verbeterd als het dossier daar aanleiding toe gaf. De HSMR over de laatste maanden van 2008 ging daardoor met enkele tientallen punten naar beneden. Dit voorbeeld laat zien dat de HSMR gevoelig is voor medische codering. Het betekent tevens dat ziekenhuizen hun HSMR door onjuiste codering moedwillig kunnen manipuleren. Daarin verschilt de HSMR niet van andere prestatie-indicatoren. Echte en eerlijke verbetering van de registratie van nevendiaagnoses voegt daarentegen zeer nuttige informatie toe voor artsen die de tijd nemen om zo nu en dan naar hun uitkomstcijfers kijken, zeker als ze in RTM afdalen tot op patiëntniveau. Met het oog op veiligheidsmanagement is het waardevol om direct te zien welke nevendiaagnoses een patiënt had. Het is een belangrijke marker voor zorgzwaarte.

Door het dieper kijken naar HSMR's en SMR's komt er een dialoog op gang tussen artsen en codeurs. Artsen zien dan, vaak voor het eerst, hoe codeurs de informatie uit onder andere ontslagbrieven gebruiken om de diagnose- en verrichtingcodes vast te leggen. Als er essentiële diagnose-informatie in de ontslagbrief ontbreekt, wordt het voor de arts al snel duidelijk dat codeurs dan



HOSPITAL STANDARDIZED MORTALITY RATIO

De Hospital Standardized Mortality Ratio is een maat voor ziekenhuissterfte. In de HSMR wordt de sterfte binnen het ziekenhuis gestandaardiseerd voor de zorgzwaarte van de patiëntpopulatie. Factoren waar ondermeer voor wordt gestandaardiseerd zijn leeftijd, hoofddiagnose, comorbiditeit en urgentie van de opname, die in de LMR geregistreerd worden. De HSMR is een zogenaemde observed-expected ratio.

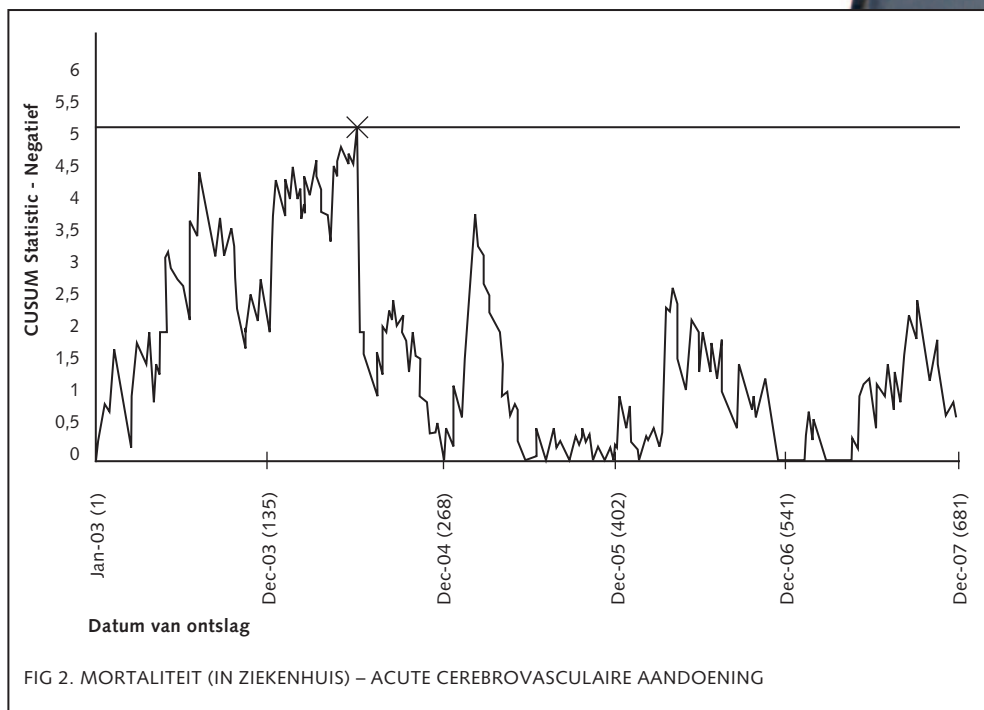
$$\text{HSMR} = \left(\frac{\text{Werkelijke sterfte}}{\text{Verwachte sterfte}} \right) \times 100$$

Het werkelijk waargenomen aantal sterfgevallen in het ziekenhuis staat in de teller. Het verwachte aantal sterfgevallen staat in de noemer. De teller is normaal gesproken goed te bepalen in ieder zichzelf respecterend ziekenhuis. Men telt eenvoudig het aantal overleden patiënten dat is geregistreerd. De noemer wordt berekend aan de hand van een standaardisatiemodel. Daarmee wordt een individuele sterftkans berekend voor iedere opgenomen patiënt, gebaseerd op de eerder genoemde casemixfactoren. Optelling van deze sterftkansen over een bepaalde periode of patiëntengroep levert het verwachte aantal sterfgevallen op basis van het landelijk gemiddelde. Is de werkelijke sterfte even groot als de verwachte sterfte dan levert de breuk het getal 1 op en wordt de HSMR geïndexeerd op 100. Is de werkelijke sterfte hoger dan de verwachte sterfte dan wordt de HSMR groter dan 100.

Ieder ziekenhuis wil een zo laag mogelijke HSMR-score hebben. De HSMR-score kan op twee manieren dalen. Ten eerste als de teller daalt, dus als de werkelijke sterfte terug wordt gebracht. Ten tweede kan de HSMR dalen als de noemer groter wordt, dat wil zeggen als de verwachte sterfte hoger wordt. Bij gelijkblijvende werkelijke sterfte kan de HSMR dus dalen als de zorgzwaarte van de patiëntpopulatie en dus de verwachte sterfte hoger wordt. Dit kan plaatsvinden doordat het ziekenhuis relatief meer ernstig zieke patiënten opneemt of omdat een ziekenhuis de medische codering verbetert als er sprake is van onderregistratie van bijvoorbeeld nevend diagnoses of urgentie.

Er zijn overigens steeds meer ziekenhuizen die zich niet zozeer richten op de ratio maar op het verschil tussen de werkelijke en verwachte sterfte. Stel dat het aantal werkelijke sterfgevallen in een ziekenhuis 30 hoger ligt dan het verwachte aantal, dan spreekt zo'n absoluut getal meer tot de verbeelding dan een ratio van, zeg, 110. Er zijn in dat geval potentieel ongeveer 30 levens te redden in het ziekenhuis. Uitsplitsing van dit aantal naar diagnose- of patiëntgroepen laat ook nog zien waar de winst vooral geboekt kan worden

DOOR HET DIEPER KIJKEN NAAR HSMR'S EN SMR'S KOMT ER EEN DIALOOG OP GANG TUSSEN ARTSEN EN CODEURS



ook moeilijk ICD9 codes kunnen invoeren. Omgekeerd kunnen artsen de codeurs wijzen op onjuiste interpretatie van hun ontslagbrieven. Deze dialoog levert in veel ziekenhuizen al wederzijdse afspraken op, zowel over het vastleggen van gegevens door de arts, als over de vertaling in de juiste code door de medische administratie. Het voordeel van RTM is dat de effecten van verbeteringen in de codering vervolgens snel zichtbaar worden, want iedere maand is er een update van de nieuwe of verbeterde opnamegegevens. De hernieuwde aandacht voor medische codering is sowieso geen overbodige luxe. In de nieuwe DBC-systematiek (DBC's op weg naar transparantie) zullen de zorgproducten worden afgeleid uit de combinatie van twee geregistreerde items: de ICD10 hoofddiagnose en de zorgactiviteiten. De diagnosecode wordt dus een onderdeel van de basisadministratie in ieder ziekenhuis en – niet onbelangrijk – er is een financiële prikkel om dit ook te doen.

Tellerstrategie: reductie van sterfte

Het onderzoeken van de codering hoeft geen beletsel te zijn om ondertussen te trachten het aantal werkelijke sterfgevallen te reduceren. Het werkelijk aantal sterfgevallen staat in de teller van de HSMR-

ratio. Vandaar dat we hier spreken over een tellerstrategie. Een lagere teller levert een lagere HSMR op. Ieder ziekenhuis, of het nu een hoge of lage HSMR heeft, kan hier werk van maken. Dit hebben onder andere de *North West London Hospitals* laten zien¹⁰. Ondanks een lage HSMR van 84 ging deze ziekenhuisorganisatie voor een nóg lagere HSMR. In RTM maakte het ziekenhuis een top 20 van de diagnosegroepen waarin het verschil tussen de werkelijke en verwachte ziekenhuissterfte het hoogste was. In navolging van de 'Sepsis and VAP carebundles' van IHI¹¹ ontwikkelde het ziekenhuis zelf een aantal nieuwe carebundles voor de diagnosegroepen waarin de meeste levens gered zouden kunnen worden. Men streefde naar een reductie van 110 sterfgevallen. Na een jaar succesvolle implementatie van de carebundles, waarbij met name de hoge compliantie een succesfactor bleek te zijn, werd de mortaliteit in het ziekenhuis terug gebracht met maar liefst 255 sterfgevallen. De HSMR kwam in 2008 uit op 72.

Diverse Nederlandse ziekenhuizen zijn de aanpak van dit Engelse ziekenhuis enthousiast aan het oppikken. Ze zijn net als in Noord West Londen begonnen met een analyse van de diagnosegroepen waarin

de meeste sterfgevallen 'bespaard' zouden kunnen worden. Deze ziekenhuizen herkennen zich in de boodschap van Liz Rodd, directeur patiëntenzorg van North West London Hospitals, dat er zoveel *evidence* is voor slechts een paar zaken die we gewoon consequent bij alle patiënten moeten toepassen, maar dat dit er in de dagelijkse praktijk en hectiek niet altijd van komt. "Als je kunt bewerkstellingen dat men 4 à 5 punten consequent uitvoert, bereik je al geweldige resultaten", zegt Liz Rodd tijdens haar presentatie aan de RTM gebruikersgroep¹².

In het Atrium Medisch Centrum Parkstad en het Albert Schweitzer Ziekenhuis worden nu de doelen ten aanzien van ziekenhuismortaliteit gesteld. Aan de hand van de top 20 van diagnose, waar het verschil tussen verwachte en werkelijke sterfte het grootst is, worden 'carebundles' benoemd en aangepakt en vervolgens gemonitord. Hans Kerckamp, lid RvB van het Atrium: "Wij willen door het inzichtelijk maken van onze mortaliteitgegevens inzicht krijgen in onze prestaties. Verdiepingslagen naar de oorzaak van de ziekenhuismortaliteit zorgt voor inzicht en geeft dus handvatten voor kwaliteitsverbetering van de geboden zorg. Op deze wijze kunnen wij een kwalitatief goed zorgproduct leve-



EEN BETROUWBARE CODERING IS OOK VAN GROOT BELANG VOOR INTERNE STURING VAN KWALITEIT EN VEILIGHEID IN ZIEKENHUIZEN

ren. Naast het toenemen van de patiënttevredenheid zorgt het ook voor een goede marktpositie.”

Analysestrategie: leren van het verleden

Patiëntveiligheid staat pas sinds enkele jaren echt op de kaart in ziekenhuisland. En hoewel zorgprofessionals op basis van richtlijnen en protocollen eigenlijk wel weten wat in theorie de beste zorg is, blijkt de praktijk weerbarstig¹³. Er bestaan diverse analyse-instrumenten om retrospectief te onderzoeken wat er in de praktijk mis is gegaan, of dit voorkomen had kunnen worden en op welke manier. Gestructureerde dossieranalyse met *triggertools* en incidentenanalyse met behulp van *Root Cause Analysis* of de PRISMA-methode zijn daar voorbeelden van¹⁴. Voor een aantal ziekenhuizen is de HSMR een logische opmaat voor dergelijke analyse. Wij noemen dit een analysestrategie. Zo voert onder andere het Albert Schweitzer Ziekenhuis met RTM analyses uit waarbij men vanuit een diagnosespecifieke SMR, via trendanalyse of factoranalyse (op basis van bijvoorbeeld leeftijd, specialisme of verrichting) steeds verder inzoomt op uiteindelijk een selectie van individuele casussen waarbij de patiënt op voorhand een lage kans op overlijden of lange verpleegduur had, maar waarbij dit helaas toch heeft plaatsgevonden¹⁵.

Ralph So, intensivist en tevens medisch manager Kwaliteit, Veiligheid en Innovatie in het Albert Schweitzer Ziekenhuis: “Dit soort ‘vreemde gevallen’ – lage kans, wel overleden – zijn in feite *markers* voor complicaties, en deze gevallen zijn het meest interessant voor bijvoorbeeld gestructureerd dossieronderzoek met de IHI Global triggertool¹⁶ of de triggertool van EMGO-Nivel¹⁷. Het is wel zo efficiënt om dossieronderzoek te doen bij opnames waar iets is gebeurd wat je niet zou verwachten. Bij een random steekproef trek je relatief veel meer onschuldige gevallen. Dat is zonde van de kostbare tijd.”

So vergelijkt deze toepassing van RTM wel met Google Earth: “Daarbij zie je eerst vanuit de ruimte de werldebol en vervolgens kan je zover inzoomen dat je bij wijze van spreken je eigen fiets kan zien staan. Doordat je in RTM eenvoudig het patiëntnummer van die ‘vreemde gevallen’ kunt achterhalen, kan je gewoon van achter je computer de medische geschiedenis van die patiënten oproepen via het ZIS.

Je kunt de PDF’s van de ontslagbrieven, labuitslagen, OK-verslagen en het medicatiegebruik openen. Eigenlijk voer je op deze manier een mini-audit uit. Op deze wijze experimenteren we momenteel met RTM bij complicatie-besprekingen in een aantal vakgroepen.”

Early warning-strategie: trends en signalering van uitschieters

Het Imperial College in Engeland past de CUSUM-methodiek (cumulated sum) toe om significante afwijkingen/veranderingen in de HSMR en diagnosespecifieke SMR’s tijdig te detecteren¹⁸. De CUSUM-statistiek geeft een alarmsignaal wanneer een serie van onverwachte sterfgevallen een bepaalde norm overschrijdt. CUSUM-grafieken zijn voor de belangrijkste diagnose- en verrichtingengroepen beschikbaar in RTM (zie figuur 2).

De alarmsignalen vormen het startscherm van RTM. Het scherm fungeert als early warning voor het ziekenhuis. In Engeland maakt de *Health Care Commission* (HCC, de Engelse equivalent van de IGZ) ook gebruik van de CUSUM-statistiek om zogenoemde ‘*mortality outliers*’ te detecteren en deze zo nodig nader te onderzoeken. Maandelijks worden actuele SMR’s van alle Engelse ziekenhuizen gemonitord¹⁹. Het systeem waarschuwt wanneer er binnen een organisatie een significante afwijking van de SMR optreedt voor een diagnose of patiëntengroep. De HCC beseft terdege dat een dergelijk signaal niet zonder meer betekent dat er een probleem is met de kwaliteit van de zorg en communiceert dit ook duidelijk naar de buitenwereld. Bij ieder signaal geeft ze aan dat de signalen aanleiding zijn voor nader onderzoek door de HCC. In het eerste jaar van deze toepassing van de HSMR zijn er 85 signalen bij de HCC binnengekomen. Bij 43 gevallen kon de casus reeds in een vroeg stadium van het onderzoek worden gesloten. Meestal omdat het bij nader onderzoek bleek te gaan om een te zwak signaal, slechte medische codering of een afwijkende casemix waar onvoldoende voor werd gecorrigeerd. Zeker 31 signalen konden echter niet worden gefalsificeerd en waren aanleiding voor nog diepgravender onderzoek. Uit een evaluatie onder elf ziekenhuizen bleek het merendeel (tien) deze nieuwe manier van toezicht te waarderen. Zeven van de 31 ongefalsificeerde signalen hadden betrekking op één en dezelfde ziekenhuisorganisatie.

INZICHT IN DE OORZAAK VAN ZIEKENHUISMORTALITEIT GEEFT HANDVATTEN VOOR KWALITEITSVERBETERING

Reactieve strategie: wachten op verplichte transparantie

De voorgaande vier strategieën zijn elk proactief van karakter. Er is nog een laatste strategie voor het omgaan met de HSMR, namelijk wachten met actie totdat publicatie van de maat verplicht wordt gesteld²⁰. Twee argumenten worden met name voor deze reactieve strategie opgevoerd.

Ten eerste bestaan er twijfels over de betrouwbaarheid van de HSMR. Die twijfels zullen zeker worden versterkt door een artikel in Medisch Contact afgelopen zomer waarin gesteld wordt dat de codeervariatie tussen ziekenhuizen nog te groot is om de HSMR te gebruiken als vergelijkingsmaat tussen ziekenhuizen. Het advies van de auteurs om ziekenhuizen nog twee jaar de tijd te geven om hun medische codering te verbeteren alvorens de HSMR als externe indicator verplicht te stellen, is overgenomen door de IGZ.

Het tweede argument heeft te maken met een zekere ‘indicatormoeheid’. Veel ziekenhuizen geven aan dat ze gebrek aan tijd, middelen en/of motivatie hebben om naast de tijdrovende verzameling van verplichte indicatoren voor de Basisset Prestatie-indicatoren en Zichtbare Zorg ook nog aan de slag ‘te moeten’ met de HSMR. De vraag is echter of afwachten verstandig is.

Ron Treffers, directeur van het Rijnland Ziekenhuis in Leiderdorp neemt het zekere voor het onzekere. Hij wil het komende jaar benutten om de medische codering te verbeteren zodat hij er zeker van is dat de HSMR van het Rijnland Ziekenhuis betrouwbaar is wanneer deze openbaar wordt gemaakt. “Want het zal ons toch niet gebeuren dat wanneer het zover is onze HSMR niet gepubliceerd kan worden omdat onze codering niet de toets van een aantal kwantitatieve normen kan doorstaan. Een hoge HSMR is misschien nog wel beter dan een niet te publiceren HSMR vanwege onvolledige registratie! Patiënten hebben recht op betrouwbare informatie over zo’n belangrijk uitkomstmaat als ziekenhuissterfte. Maar een betrouwbare codering is nog belangrijker voor onze interne sturing van kwaliteit en veiligheid. Voor het eerst gebruiken we de LMR-gegevens om inzicht te krijgen in de kwaliteit en veiligheid. Dan is het niet meer dan logisch dat er onvolkomenheden aan het licht komen. Data die niet of nauwelijks worden gebruikt, zullen er anders in ieder geval niet beter op worden.”

De hoofdinspecteur Curatieve Gezondheidszorg, Wim Schellekens ziet ook liever een intrinsieke motivatie om aan de slag te gaan met de HSMR dan steeds maar de externe druk van transparantie. Op de conferentie over ‘Vijf jaar prestatie-indicatoren’ riep hij de ziekenhuizen op om met de HSMR nu eens niet te wachten totdat anderen gaan bepalen wat er moet gebeuren, maar zelf de regie te nemen over aanpak, normering en communicatie van ziekenhuissterfte en specifiek de HSMR. Dat geeft vertrouwen aan de buitenwereld.

Literatuur

1. Pronk E. *Mortaliteit als maat - Sterftcijfers geven kwaliteit ziekenhuiszorg weer*. Medisch Contact 2005; 60 (21): 876-879.
2. Kool RB, Van der Veen AA, Westert GP. *Sterftemaat is valide instrument*. Medisch Contact 2007; 62(50): 2090-91.
3. Van der Voort PHJ, De Jonge E. *Sterfte als maat voor kwaliteit*. Medisch Contact 62(43): 1766-1767; 26 oktober 2007.
4. Den Ouden AL, Nugteren WAH, Haecck J, Van den Berg, JMJ. *Sterftcijfer niet afserveren*. Medisch Contact, 63(13): 561; 28 maart 2008.
5. Geelkerken RH, Mastboom WJB, Bertelink BP, Van der Palen J, Berg M, Kingma JH. *Een onrijp instrument. Sterftcijfer niet geschikt als maat voor ziekenhuiskwaliteit*. In: Medisch Contact nr. 63, 29 februari 2008.
6. Ouden AL den, Wal G van der. *Het gestandaardiseerde ziekenhuissterftcijfer (HSMR) bruikbaar voor het volgen van ziekenhuissterfte*. In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, nr. 152, 2008.
7. Bruijine MC de, Zegers M, Hoonhout LHF, Wagner C. *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004*. Amsterdam/Utrecht: EMGO/NIVEL, 2007.
8. Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Indicatoren Veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen Basisset 2009*. Utrecht: 2008.
9. www.hsmr.nl
10. R. Crommentuyn. *‘Levens redden wil iedereen’. Britten tonen dat verlagen sterftcijfer niet moeilijk is*. Medisch Contact nr. 26, 25 juni 2009.
11. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/ImprovementStories/WhatIsABundle.htm>
12. <http://www.hsmr.nl/index.php/over-rtm/carebundles>
13. Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality chasm: a new health system for the 21st century*, National Academy Press, 2001.
14. J.J.E. van Everdingen et al. (red.) *Praktijkboek Patiëntveiligheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem
15. K.L. So. *The integrative Real Time Monitoring bundle: enhancing patient safety using a combination of an outcome monitoring tool and patient chart analysis on a hospital wide level*. Poster International forum on quality and safety in health care, maart 2009.
16. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/IHIGlobalTriggerToolforMeasuringAEs.htm>
17. Bruijine MC de, Zegers M, Hoonhout LHF, Wagner C. *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004*. Amsterdam/Utrecht: EMGO/NIVEL, 2007.
18. Steiner SH, Cook RJ, Farewell VT, Treasure T. *Monitoring surgical performance using risk-adjusted cumulative sum charts*. Biostatistics 2000;1(4):441-452.
19. Healthcare Commission. *Following up mortality ‘outliers’, A review of the programme for taking action where data suggest there may be serious concerns about the safety of patients*.
20. W.F. van den Bosch, K.J. Roozendaal, J.Silberbusch. *Schommelende sterftcijfers*. Medisch Contact nr. 31-32, 30 juli 2009.

André van der Veen is directeur van de Praktijk Index. Els Keesman werkt als adviseur bij dit adviesbureau. www.depraktijkindex.nl



BEELD VINCENT BOON

PRESTATIE-INDICATOREN

BAS GEERDES REDACTIERAAD

Startpunt voor het ontwikkelen van een best practice is meestal een uitkomst van zorg waar men niet tevreden mee is. Om te kunnen verbeteren moet men dan ook eerst meten waar men staat. Groot is inmiddels het aantal prestatie-indicatoren dat in ziekenhuizen gemeten wordt ten behoeve van externe verantwoording en interne verbetering. Zelden kan een indicator voor beide doeleinden tegelijk gebruikt worden.

De 'Hospital Standardised Mortality Ratio' (HSMR) is een in Engeland ontwikkelde indicator die het aantal sterfgevallen in een ziekenhuis vergelijkt met het aantal te verwachten sterfgevallen op basis van de ziektelast van de patiënten. Op basis van een betrouwbare statistische berekening krijgt men zo waardevolle informatie die in Engeland al enkele jaren openbaar is. In Nederland wordt er vooral gediscussieerd of de indicator wel betrouwbaar is voor benchmarking vanwege o.a. een verschillend registratiegedrag tussen de ziekenhuizen. Dit laat echter onverlet dat voor interne sturing de HSMR, en nog beter de SMR's (dezelfde indicator voor elk van de 50 diagnoses), zeer bruikbaar zijn. In een artikel van Van der Veen worden dan ook zinvolle handvatten aangereikt om de SMR in te zetten voor het doel waarvoor deze bedoeld is: verbeteren van kwaliteit.

In de hectiek van alledag willen we nog wel eens vergeten dat dat de belangrijkste reden is om de uitkomsten van zorg te registreren.