



## **Toelichting bij publicatie absolute en gestandaardiseerde sterftecijfers van de Nederlandse ziekenhuizen**

De Nederlandse ziekenhuizen streven naar transparantie over de kwaliteit van geleverde zorg. Zorg is complex en veelomvattend, en betrouwbare kwaliteitsinformatie vereist grote zorgvuldigheid. Goede informatie over de kwaliteit van zorg vraagt inzicht in de kwaliteit van zowel de structuur, het proces als de uitkomsten van die zorg. Er bestaan al veel initiatieven om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken, en aan de hand daarvan te kunnen verbeteren. Voorbeelden zijn de NIAZ-accreditatie, clinical-auditing, zoals de DSCA, kwaliteitsregistraties als de PRN en de NICE (Nationale Intensive Care Evaluatie) en de metingen van patiëntervaringen.

Het berekenen van de sterftecijfers is een ontwikkeling die past binnen het streven naar verbetering en zichtbaarheid van kwaliteit. Vorig jaar hebben de ziekenhuizen de absolute sterftecijfers gepubliceerd, dit jaar – zoals aangekondigd - ook de gestandaardiseerde. Voor 68 van de 93 ziekenhuizen kon voor 2010 het gestandaardiseerde cijfer worden berekend. De gegevens zijn nog niet geschikt als keuze-informatie voor patiënten, maar als indicator voor de ziekenhuizen zelf.

### **Indicator voor interne verbetering**

De nu berekende gestandaardiseerde sterftecijfers maken nog geen kwaliteitsverschillen duidelijk. Het gestandaardiseerde sterftecijfer is een indicator die vooral nuttig is voor interne signalering en gebruik in de ziekenhuizen zelf. Er bestaan grote verschillen in de wijze waarop in Nederlandse ziekenhuizen de patiëntkenmerken worden geregistreerd en gecodeerd. Het registratiesysteem is namelijk oorspronkelijk voor interne administratieve doeleinden opgezet en het omvormen ervan tot een landelijke kwaliteitsregistratie vraagt tijd. Pas als voldoende degelijk gecorrigeerd is voor allerlei patiënt- en locatiegebonden factoren, kunnen dit soort cijfers voor directe kwaliteitsvergelijking worden gebruikt. Er wordt nu hard gewerkt om de registratie binnen afzienbare tijd overal eenduidig te maken.

### **Sterftecijfers in alfabetische volgorde**

In deze lijst treft u - in alfabetische volgorde - de sterftecijfers over 2010 aan van bij de NVZ en NFU aangesloten Nederlandse ziekenhuizen. Van alle ziekenhuizen zijn de absolute, niet-gestandaardiseerde cijfers van 2010 bekend, van 68 ziekenhuizen kunnen de gestandaardiseerde sterftecijfers worden berekend. Dat niet van alle ziekenhuizen de gestandaardiseerde sterftecijfers beschikbaar zijn, komt doordat er instellingen zijn waarvoor de zogenoemde exclusiecriteria van toepassing zijn. Een ziekenhuis valt onder de exclusiecriteria wanneer de registraties onvolledig, duidelijk van onvoldoende kwaliteit zijn, of wanneer de patiëntencasemix van het ziekenhuis te veel afwijkt van de landelijk gemiddelde casemix. In de tabel staat, naast de naam en vestigingsplaats van het ziekenhuis, het aantal mensen dat in 2010 is overleden in het betreffende ziekenhuis (absoluut sterftecijfer), het aantal klinische ziekenhuisopnames in 2010 en het gestandaardiseerde sterftecijfer. In sommige gevallen lichten de ziekenhuizen het gepubliceerde sterftecijfer toe.

### **Absolute sterftecijfer**

Deze absolute sterftecijfers zijn niet gecorrigeerd voor factoren die van invloed zijn op de sterftekans. Deze cijfers geven dan ook geen informatie over de kwaliteit van een ziekenhuis. Omdat de NVZ en de NFU hechten aan transparantie, is van alle ziekenhuizen het absolute sterftecijfer opgenomen.

### **Gestandaardiseerde sterftecijfer**

Het rekenmodel dat voor de Nederlandse gestandaardiseerde sterftecijfers is gebruikt, baseert zich op de uit Engeland afkomstige Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR). Het gaat hier om de sterfte bij vijftig diagnosegroepen. Deze vijftig diagnosegroepen bepalen samen 80% van de sterfte. Het gestandaardiseerde sterftecijfer is gelijk aan de verhouding tussen het werkelijke en het 'verwachte' aantal sterfgevallen in een ziekenhuis, vermenigvuldigd met 100. Met 'verwachte sterfte' wordt bedoeld de sterfte die op grond van het patiëntenprofiel kan worden verwacht. Per diagnosegroep wordt het werkelijke sterftecijfer gecorrigeerd voor patiënt- en locatiefactoren die wel de kans op sterfte verhogen maar niets te maken hebben met kwaliteit van zorg. Dit zijn leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status, ernst van de ziekte, spoed of geplande opname, andere ziektes waar de patiënt niet voor is opgenomen maar wel aan lijdt (de zogenoemde comorbiditeit), de verblijfplaats van de patiënt voorafgaande aan de ziekenhuisopname (ander ziekenhuis, verpleeghuis, thuis, etc) en kalendermaand. De vijftig diagnosegroepen bepalen samen 80% van de sterfte.

Als het gestandaardiseerde sterftecijfer uitkomt op 100, komt de werkelijke sterfte overeen met de verwachte sterfte.

### **Verbetering rekenmodel noodzakelijk**

De ziekenhuizen zetten in op een aantal aspecten die van belang zijn voor het berekenen van de sterftecijfers. Er wordt hard gewerkt aan een eenduidige, nauwkeurige en gedetailleerde registratie. Het is het streven dat alle ziekenhuizen zich (volledig) aansluiten bij de Landelijke Medische Registratie. Het rekenmodel zelf is ook in ontwikkeling. Niet alle variabelen die mogelijk relevant zijn voor de berekening van het sterftecijfer (kunnen) worden geregistreerd, zoals de algemene conditie of weerstand van de patiënt of erfelijke factoren die het behandelingsresultaat beïnvloeden. Daarnaast kan het voorkomen dat ziekenhuizen speciale patiëntgroepen behandelen, zoals het geval is in hartcentra of traumacentra. Bij de berekening van het sterftecijfer wordt hier nog geen rekening mee gehouden. Er wordt bestudeerd of het Nederlandse rekenmodel op dit punt verder verbeterd kan worden. Tot slot kan het ontslagbeleid van ziekenhuizen verschillen, bijvoorbeeld door de mate waarin externe voorzieningen voor terminale zorg (hospice) beschikbaar zijn. Omdat dit mede bepaalt of patiënten in het ziekenhuis overlijden, heeft ook dit invloed op het sterftecijfer. Hiervoor wordt (nog) niet gecorrigeerd.