

Rob Slappendel
manager Kwaliteit en Veiligheid,
Amphia Ziekenhuis Breda

Elout Vos
lid directiecomité, Amphia
Ziekenhuis Breda

Edwin Vorstius Kruijff
beleidsmedewerker Kwaliteit en
Veiligheid, Amphia Ziekenhuis
Breda

HSMR IS GEEN GESCHIKTE INDICATOR VOOR DE KWALITEIT VAN ZIEKENHUIZEN

Meet dertigdagenmortaliteit en niet HSMR

De Hospital Standardized Mortality Ratio, die ziekenhuizen verplicht zijn op hun website te vermelden, is een dure en weinig informatieve uitkomstmaat. De dertigdagenmortaliteit is een veel geschiktere indicator voor de ziekenhuissterfte.



GETTY IMAGES

Ziekenhuissterfte intrigeert de politiek en de media.¹⁻⁴ Vanaf 1 maart 2015 moeten alle Nederlandse ziekenhuizen de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) over het jaar 2013 op hun website vermelden.

Als de cijfers slecht zijn, voelt het ziekenhuis zich aangevallen en roept dat de gepresenteerde cijfers niet goed zijn of dat de patiëntenmix heel anders is waardoor vergelijken onmogelijk is.⁴⁻⁸

De HSMR is een van de vijf gangbare manieren om de ziekenhuissterfte te meten. En naar ons inzicht zeker niet de beste.

Vijf soorten ziekenhuissterfte

In-ziekenhuismortaliteit

De sterfte in ziekenhuizen daalt de afgelopen jaren fors in Nederland. In 2001 overleed nog 3,3 procent van de patiënten in het ziekenhuis, in het jaar 2010 2,1 procent.⁹ Dit is een daling van meer dan 35 procent in tien jaar! De absolute ziekenhuissterfte zal blijven dalen, gezien de wens van stervende patiënten om thuis te overlijden, maar ook van specialisten omdat overlijdens drukken op hun prestatie-indicatoren, en van ziekenhuismanagement omdat een opname zonder behandeling geen geld oplevert.^{10,11} Deze

absolute ziekenhuissterftecijfers zeggen weinig of niets over toegenomen patiëntveiligheid of goede kwaliteit van zorg. Immers, een ziekenhuis met risicovolle afdelingen (intensive care, hartchirurgie) zal altijd een hogere sterfte hebben dan een ziekenhuis met louter electieve opnamen. Daarentegen zijn de absolute sterftecijfers betrouwbaar te genereren en slechts te manipuleren door mensen die weten dat ze gaan overlijden, eerder te ontslaan.

HSMR

Het gebruik van de HSMR als monitor van de patiëntveiligheid is ook in Medisch Contact frequent beschreven. Deze maat heeft zijn beperkingen en is volgens sommigen onbetrouwbaar.⁴⁻⁸ De uitslag kan gemanipuleerd worden. Het registreren is ook duur. In een groot ziekenhuis zijn vier tot vijf codeurs nodig om een enigszins betrouwbare uitkomst te bereiken. Het registreren, verwerken en berekenen van de HSMR kost een groot ziekenhuis ongeveer 300.000 euro per jaar. Een betrouwbare, niet gemanipuleerde HSMR levert slechts op dat er mogelijk iets niet in orde is. Het is als een waarschuwingslampje op het dashboard van uw auto. Er kan iets niet in orde zijn, maar vaak is er niets aan de hand. Daarnaast is er een enorme traagheid van

HSMR levert slechts op dat er mogelijk iets niet in orde is

publicatie. Op 1 maart van ieder jaar (sinds 2014) is ieder ziekenhuis verplicht de HSMR te publiceren op haar website over de periode van bijna twee jaar daarvoor. Tot slot: de dalende tendens in absolute in-ziekenhuissterfte maakt het gebruik van de HSMR naar de toekomst snel onmogelijk. Met name in kleinere ziekenhuizen met minder overlijdens is dit een problematisch criterium.

Vermijdbare sterfte

De introductie van dossieranalyse naar onbedoelde schade en vermijdbare sterfte is een goede methode om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Hiertoe moeten wel alle dossiers van overleden patiënten worden geanalyseerd. Het geeft ook een duidelijke impuls aan het verbeteren van de veiligheid van processen in het ziekenhuis.^{12,13} De keerzijde zijn de kosten en het ontbreken van een eenvoudige moge-

Vijf soorten ziekenhuissterfte

soort ziekenhuissterfte	betrouwbaar	manipuleerbaar	registratielast	kosten	maat patiëntveiligheid	benchmarkmogelijkheid
in-ziekenhuismortaliteit	++	+/-	--	--	--	--
HSMR	+/-	+	++	++	+/-	+
vermijdbare sterfte	+	+/-	+	+	++	--
ziekenhuismortaliteit per aandoening	++	-	-- ⁴	-- ⁴	0	+/-
dertigdagenmortaliteit per aandoening	++	--	--	-	++	++

HSMR = hospital standardized mortality ratio

waarderingen: -- = zeer gering; - = gering; 0 = geen; + = hoog; ++ = zeer hoog; +/- = enigszins

lijkheid om ziekenhuizen te vergelijken. Het cijfer is manipuleerbaar doordat het handmatig wordt verkregen.

Ziekenhuismortaliteit per aandoening

Het vergelijken van ziekenhuismortaliteit per aandoening lijkt een stap in de goede richting. Deze keuze is ook gemaakt door de inspectie bij de uitvraag bij de verschillende hartchirurgische centra. Hierbij wordt de in-ziekenhuismortaliteit van bijvoorbeeld een operatie aan de kransslagaders opgevraagd. Deze gegevens zijn relatief eenvoudig en zonder veel kosten uit de dossiers te halen. Er zijn slechts twee mogelijkheden tot onbetrouwbaarheid. Ook hier kan de casemix van patiënten ervoor zorgen dat een ziekenhuis met een hoog operatierisico (ASA-score of euroscore) relatief slechte scores heeft. Hier zal dus voor gecorrigeerd moeten worden. Een tweede reden tot vertroebelen van de cijfers is hier de ontslagprocedure. Veel hartchirurgische centra ontslaan de patiënt zodra het kan naar het oorspronkelijk verwijzende ziekenhuis. Na verwijzing telt een eventueel overlijden niet meer mee in deze statistiek. Lagere mortaliteitscijfers zijn dan gecorreleerd aan een vroeg ontslag of snel overplaatsen naar verwijzer.

Dertigdagenmortaliteit per aandoening

Mortaliteit binnen een vaste periode na een behandeling of operatie – dertig of negentig dagen, eenjaarsoverleving – is een steeds meer geaccepteerde vorm van kwaliteitsanalyse. Het behoeft een koppeling van ziekenhuisgegevens aan de gemeentestatistiek en vergt relatief weinig registratielast in het ziekenhuis. Het kan gebruikt worden voor iedere aandoening/behandeling en behoeft, om als benchmarkinstrument te kunnen worden gebruikt, alleen een correctie voor verschillen in casemix op basis van een risicoscore. Door het gebruik van een benchmark worden aanvankelijk in-ziekenhuismortaliteit en nu de HSMR gebruikt. Beide zijn ‘manipuleerbaar’ door vroegtijdig ontslag uit het zieken-

huis. Dit is feitelijk ook gebeurd in de laatste jaren: door een kortere ligduur daalt zowel de in-ziekenhuismortaliteit als de HSMR. Bij de dertigdagenmortaliteit is dit onmogelijk.

Verschillende cijfers

De sterftecijfers die we hebben beschreven, zijn pas transparant en vergelijkbaar als ze aan een aantal voorwaarden voldoen. Allereerst moeten ze betrouwbaar en niet-manipuleerbaar zijn. Daarnaast spelen de kosten en de registratielast een rol.

20 miljoen euro
voor een
onbetrouwbaar
cijfer is geen optie

ERASMUS IN DE KNEL OM HSMR

De auteurs van dit artikel werken in het Amphia, maar dat is niet het enige ziekenhuis waar kritisch wordt gedacht over de Hospital Standardized Mortality Ratio. Het Erasmus MC weigerde vorig jaar zelfs om de cijfers over 2012 aan te leveren. Uit principe, omdat men de HSMR geen goede maat vond voor de zorgkwaliteit. De NZa dreigde met een dwangsom of een boete, waarop het Erasmus twee maanden later alsnog over de brug kwam met een HSMR van 117, wat aan de hoge kant is. Het Erasmus is tegen de HSMR omdat het de casemixcorrectie door het Centraal Bureau voor de Statistiek nog onvoldoende vindt. En – belangrijker nog – omdat de onderliggende registratie van de HSMR niet uniform is. Ziekenhuizen gebruiken verschillende systemen om diagnoses te coderen. Verder heeft niet ieder ziekenhuis hetzelfde opname- en ontslagbeleid van ernstig zieke patiënten. Dit jaar leverde het Erasmus wel braaf de HSMR aan, ‘om aan de wettelijke verplichting te voldoen’. De inhoudelijke bezwaren zijn er nog steeds.

Redactie Medisch Contact

De in-ziekenhuismortaliteit is handig als trendmeting en kan gebruikt worden voor het strategisch beleid. Bij voortzetting van de dalende trend zal de sterftebegeleiding in de thuisituatie verder toenemen en zal er een alternatief gevonden moeten worden voor de transplantatiegeneeskunde.¹⁴ De HSMR is nauwelijks houdbaar wegens manipuleerbaarheid, registratielast en forse bijkomende kosten. 20 miljoen euro per jaar voor een onbetrouwbaar cijfer op de website is geen optie in een tijd waarin kostenefficiëntie in de zorg een belangrijk thema is. Na de eerste verplichting tot publicatie van de HSMR in maart 2014 werden gegevens van 2012 getoond, hetgeen erg traag is. Alhoewel de HSMR vooral bedoeld is voor de patiënt, blijkt in de praktijk dat de patiëntenstroom niet is omgebogen naar ziekenhuizen met een lage HSMR-uitkomst. Dat was ook niet te verwachten. De HSMR is opgebouwd uit vijftig ernstige, en vooral acute diagnoses (zoals sepsis, acuut myocardinfarct, ventrikelfibrilleren of een acute heupfractuur), waarbij de patiënt doorgaans

De worsteling met de HSMR moet worden gestaakt

geen gelegenheid heeft om de HSMR's van verschillende ziekenhuizen rustig te vergelijken.

Dossieranalyse van vermijdbare sterfte geeft geen mogelijkheden tot benchmark. Echter het lerende effect binnen de ziekenhuisorganisatie zal de patiëntveiligheid ten goede komen. De vermijdbare sterfte binnen ziekenhuizen zal hier onmiskenbaar door verminderen. De ziekenhuismortaliteit per aandoening geeft onvoldoende mogelijkheden tot benchmark.

Inzage

Koppeling van gegevens aan de gemeentestatistiek maakt een dertigdagenmortaliteit zonder veel extra registratielast mogelijk. De kans op manipulatie is nihil, de kosten zijn zeer beperkt en de cijfers kunnen snel beschikbaar zijn. Het geeft inzage in de gehele keten van het behandelproces van ziekenhuis tot en met thuissituatie. En op basis van dertigdagenmortaliteit is natuurlijk ook een benchmark voor geselecteerde aandoeningen mogelijk.

Niet alle mortaliteit binnen dertig dagen is ziekenhuisgerelateerd. Iemand kan immers ook gezond en wel binnen dertig dagen onder de tram lopen. Hoe langer de meetperiode, hoe minder specifiek de sterfte aan de ziekenhuisinterventie gerelateerd zal zijn, zij het dat dit ook enigszins afhangt van de aandoening. dertigdagenmortaliteit lijkt daarom een betere basis voor een benchmark dan de sterfte binnen negentig dagen of één jaar. Gekoppeld aan een risicoweging is de dertigdagenmortaliteit een goed alternatief voor de HSMR: het is beter,

PRAKTIJKPERIKEL

CHECK - DUBBELCHECK

Ik sta aan de balie van de apotheek. Normaal kijk ik nooit op verpakkingen of iets verlopen is, maar nu valt mijn oog op '08 14' op de zijkant van het doosje: dat is toch echt vijf maanden terug. Hoewel ik yoghurt van twee dagen over de datum rustig opeet, durfde ik de 'verlopen Havrix' niet in de bil van mijn dochter toe te dienen. Voor mij zijn de twee apothekersassistentes druk in de weer, onder andere met het uitvoeren van hun veiligheidsmaatregelen. Ik zie de ene assistente het doosje controleren waarop de andere net een sticker heeft geplakt: check - dubbelcheck. Veiligheid voor alles, het lijkt wel luchtvaart hier. Nadat de dames uitgecheckt zijn, wordt aan de klant voor me uitgelegd 'hoe het middel toegediend moet worden'. 'Tweemaal daags smeren', hoor ik. Vanuit mijn ooghoek zie ik dat het om miconazol gaat.

Even later leg ik een van beide dames uit 'dat mijn Havrix ver over de datum is'. Verbazing op haar gezicht: hoe kan dat nou? 'Ik zal een nieuwe voor u pakken', zegt ze. Ze is van slag. Doordat het eens waterdichte 'check - dubbelchecksysteem' gefaald heeft. Na mijn vertrek zal ze vermoedelijk volgens protocol een 'VIM' moeten invullen: Veilig Incident Melden. Er wordt een nieuw doosje Havrix gepakt. Snel peutert de assistente het stickertje van het oude doosje en plakt het op het nieuwe. Ze schuift het over de toonbank naar mij toe. Géén check - dubbelcheck ditmaal! Weg met die man, zie ik haar denken.

Mijn mond valt open van verbazing als blijkt dat op dit doosje '02 14' geprint staat. Dat wordt twee keer 'VIM-men'! Tevreden wandel ik vijf minuten later de deur uit met in mijn zak een doosje Havrix '07 16'.

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

betrouwbaarder, sneller beschikbaar en vooral ook veel goedkoper door de veel geringere registratielast. Ieder sterftecijfer heeft zijn eigen nut en doel. De ziekenhuiswereld is echter geen wereld waarin alles kan; menskracht en budgetten zijn beperkt. De worsteling met de HSMR moet worden gestaakt. De dertigdagensterfte waarbij de sterftegevallen na ontslag worden meegeteld, is een uitstekend alternatief.^{15 16} De gewenste benchmark van de HSMR levert niets op, de

registratielast kunnen we missen als kiespijn, en de financiële besparingen kunnen we goed gebruiken. ■

contact
rslappendel@amphia.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web
De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.