

**working·
paper**

Hoe Nederlandse ziekenhuizen onbedoelde schade monitoren

auteurs: Thuy Ngo, Frans Nauta

datum: september 2011

Achtergronden

Deze notitie is een aanvulling op de twee Prima Praktijken HSMR-NL en HSMR-UK die in opdracht van het Zorg Innovatie Platform, Ministerie VWS wordt uitgevoerd. Het biedt aanvullende informatie over de toepassing van de HSMR in de praktijk door Nederlandse ziekenhuizen.

De HSMR

De Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) is in het Verenigd Koninkrijk ontwikkeld door sir professor Brian Jarman. Het is een tool om gestandaardiseerde sterfteratio's van ziekenhuizen te berekenen. Het dient als instrument om gewogen sterfteratio's tussen ziekenhuizen met elkaar te vergelijken. Een hoge HSMR heeft signalerende waarde voor medische specialisten om verbeterinitiatieven in te zetten. De implementatie van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in combinatie met de aanpak van patiëntveiligheid zou het aantalsterftegevallen in ziekenhuizen kunnen reduceren, volgens Jarman.

De HSMR is in samenwerking met Jarman en Dr. Foster Intelligence ontwikkeld voor de Nederlandse medische data. In de periode van 2005-2010 is de HSMR jaarlijks voor Nederlandse ziekenhuizen berekend door Prismant, De Praktijkindex met behulp van Dr. Foster Intelligence. Sinds 2011 krijgt het CBS de taak van de Dutch Hospital Data (DHD) om de HSMR voor Nederlandse ziekenhuizen te berekenen. In het najaar 2011 zouden de standaardiseerde HSMR's van Nederlandse ziekenhuizen gepubliceerd worden. Doelstelling is meer transparantie van medische informatie richting burgers.

Data

Dit onderzoek is gebaseerd op een onderdeel van de VMS-data die verstrekt is door de DHD. Het betreft onderdeel 3.1 HSMR en 3.2 Vermijdbare Sterfte en Schade van de VMS dataset. De data is geleverd in een excel bestand. Gesloten vragen zijn gekwantificeerd. Alle open vragen zijn verder kwalitatief gecategoriseerd en geanalyseerd. In totaal zijn 99 ziekenhuizen meegerekend in de analyse. Hiervan werken 3 categoriale ziekenhuizen niet actief met de HSMR, omdat sterfte binnen deze groep patiënten nihil is en daarmee HSMR-berekening niet mogelijk is.

Deelname aan de Landelijke Medische Registratie (LMR) is een voorwaarde om de HSMR te kunnen berekenen. 89% van de ziekenhuizen doen op dit moment mee aan de LMR. Van dit aantal wordt voor 70% van de ziekenhuizen de LMR data betrouwbaar geacht om de HSMR te berekenen. Voor de analyse van de HSMR methodiek zijn alleen de ziekenhuizen meegerekend waarvan de LMR voldoende betrouwbaar is om de HSMR te berekenen.

Bij de analyse van de andere gehanteerde methodieken, zoals dossieronderzoek (Triggertool)¹ en EMGO/NIVEL² onderzoek wordt de gehele populatie meegerekend.

Opgemerkt dient te worden dat de vragen waarop de data is gebaseerd, nogal inconsistent beantwoord zijn door ziekenhuizen. Niet alle ziekenhuizen hebben een antwoord of een volledig antwoord gegeven op de vragen die gesteld zijn. Bij categorisering van de data kunnen ziekenhuizen meerdere keren meegerekend worden, en dus in meerdere categorieën geplaatst worden. Alle ziekenhuizen die als eenling een bepaalde werkwijze hanteren, worden in de groep 'overige' gecategoriseerd. In dit onderzoek wordt daar verder niet op ingegaan.

Tot slot wordt in dit onderzoek alleen aandacht besteed aan de drie meest voorkomende analyse methodieken: HSMR, dossieronderzoek en EMGO/NIVEL. Aan andere methodieken is verder geen aandacht besteed, welke niet automatisch inhoudt dat deze ziekenhuizen geen beleid hebben op het gebied van onbedoelde schade.

¹ Triggertool is een instrument om onbedoelde schade op te sporen met behulp van een software en een daarbij behorend protocol om nader onderzoek te doen naar incidenten/complicaties in medische dossiers. De Triggertool is ontwikkeld door het Institute for Healthcare Improvement (IHI), USA. KIWA Prismant levert de software aan Nederlandse ziekenhuizen.

² EMGO/NIVEL herhalingsonderzoek is een onderzoek uitgevoerd door onderzoekscentrum Safety 4 Patient. Het is een samenwerking tussen verschillende disciplines: wetenschap, onderwijs en patiëntenzorg. Het doel is om zorggerelateerde onbedoelde schade zo veel mogelijk te voorkomen en daarmee de patiëntveiligheid te vergroten. Het onderzoek heeft vijf speerpunten:

- Valideren van methoden om patiëntveiligheid en onbedoelde schade te meten;
- De invloed van het zorgsysteem op het ontstaan van onbedoelde schade;
- De invloed van inter-professionele communicatie en samenwerking op onbedoelde schade;
- De rol van de patiënt bij patiëntveiligheid;
- Het evalueren van interventies om de patiëntveiligheid te verbeteren.

HSMR-gebruik in de Nederlandse praktijk

Vijf jaar na de introductie van de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR), gebruikt 80% van de Nederlandse ziekenhuizen deze indicator om (onbedoelde) sterfte binnen het ziekenhuis te analyseren. Dit blijkt uit de VMS-data van ziekenhuistransparant.nl³. Voor een ander deel kan de HSMR niet berekend worden vanwege gebrekkige registratie. Deze notitie beschrijft van de ziekenhuizen waarvoor de HSMR is berekend, hoe deze indicator daadwerkelijk in de praktijk wordt vertaald naar acties om de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren. Daarnaast wordt gekeken naar andere methodieken die ziekenhuizen hanteren bij het reduceren van onbedoelde schade.

Hoe HSMR informatie wordt gebruikt

Ziekenhuizen verschillen sterk in de manier waarop de HSMR wordt gebruikt en vertaald naar verbeteracties. Van de ziekenhuizen waarvoor de HSMR is berekend, gebruikt 86% informatie uit de HSMR om verbeteracties te starten. De wijze waarop deze informatie bespreekbaar wordt gemaakt en verbeteracties ingezet worden, verschilt per ziekenhuis.

13% van de ziekenhuizen doet dit in de vorm van complicatiebesprekingen en necrologie-commissie bijeenkomsten. Deze commissie bestaat uit medische specialisten van verschillende disciplines. Zij evalueren de complicaties en zoeken naar verbetermogelijkheden. Vervolgens koppelt de commissie de informatie naar de Raad van Bestuur en het Stafbestuur. Samen maken zij beslissingen over de invoering van verbeterinitiatieven.

Daarnaast voert een deel van de ziekenhuizen (12%) procesanalyse uit op basis van patiëntspecifieke groepen. Veel van deze ziekenhuizen gebruiken het monitorings-instrument Real Time Monitoring (RTM) van de Praktijkindex. Analyse van de SMR's vormt een onderdeel van managementevaluaties. In deze evaluatiebijeenkomsten worden keuzes gemaakt om bijvoorbeeld klinische paden aan te passen en verbeterinitiatieven in te zetten.

Een andere vorm is het opzetten van multidisciplinaire teams door het ziekenhuis, soms ook wel HSMR-commissies genoemd (9%). De HSMR wordt dan geanalyseerd door een werkgroep. Deze bestaat uit medische specialisten, verpleegkundigen, codeurs en staf-medewerkers kwaliteit. Op basis hiervan worden beslissingen gemaakt om procedures aan te passen en verbeterprojecten op te zetten.

Opvallend is dat een deel van de ziekenhuizen (9%) geen standaard methodiek heeft om HSMR informatie organisatiebreed te bespreken. Deze ziekenhuizen laten hun aanpak volledig afhangen van de bevindingen uit de HSMR. Uitgaande hiervan zetten zij projecten of programma's op. Deze dienen als nader onderzoek naar complicaties om het aantal sterftes in het ziekenhuis terug te brengen.

³ bron: Dutch Hospital Data, VMS data, mei 2011.

Uit het voorgaande blijkt verdeeldheid in de aanpak van ziekenhuizen met betrekking tot het gebruiken van HSMR informatie. Er is geen standaard methodiek die Nederlandse ziekenhuizen hanteren bij het vertalen van HSMR informatie naar verbeteracties. Ziekenhuizen zijn nu nog vrij in het kiezen van een bepaalde werkwijze. Het is onduidelijk welke instantie op dit moment verantwoordelijk is om ziekenhuizen hierbij te begeleiden. Het aanleveren van een HSMR-score en de bijbehorende informatie aan ziekenhuizen is slechts een eerste stap. Hoe tot verbetering te komen is een veel belangrijker stap, die nog gezet moet worden.

Geen HSMR, maar...

Dossieronderzoek is daarnaast een veel gebruikte vorm om onbedoelde schade te analyseren. Ongeveer de helft van alle Nederlandse ziekenhuizen heeft een eigen systematiek om dossieronderzoek te doen. Het merendeel van deze ziekenhuizen gebruikt daarnaast de Triggertool van KIWA Prismant om incidenten of complicaties in dossiers op te sporen. De bijbehorende software van deze tool legt de bevindingen en analyse vast, zodat onbedoelde schade inzichtelijk is. Medische specialisten bespreken de informatie uit het dossieronderzoek. Het management wordt hier vervolgens over ingelicht. Samen met de necrologie-commissie worden beslissingen genomen over de verbeterinitiatieven die ingezet worden.

Verder werkt een kwart van de ziekenhuizen mee aan het herhalingsonderzoek van EMGO/NIVEL. Deelname aan dit onderzoek biedt ook mogelijkheden aan ziekenhuizen om de aard en oorzaken van onbedoelde schade te achterhalen. Het onderzoek richt zich op technische, organisatorische, menselijke en patiëntgerelateerde oorzaken. Inzichten over deze oorzaken maakt het mogelijk voor ziekenhuizen om gerichte verbeteracties door te voeren.

Patiëntveiligheidsbeleid

Pioniers op het gebied van patiëntveiligheid zijn de ziekenhuizen (60%) die beide methodieken inzetten. Deze ziekenhuizen gebruiken zowel HSMR informatie als dossieronderzoek om onbedoelde schade te analyseren en te reduceren. Het benutten van beide methoden indiceert dat bij meer dan de helft van Nederlandse ziekenhuizen aandacht is voor onbedoelde schade en het vergroten van de patiëntveiligheid van het ziekenhuis.

Verder heeft een kwart van de ziekenhuizen een methodiek voor het patiëntveiligheidsbeleid: een eigen systematische dossieronderzoek of HSMR analyse. Zorgwekkend is dat voor 11% van de ziekenhuizen niet duidelijk is wat het beleid op dit moment is op het gebied van onbedoelde schade. Deze groep hanteert geen van de bovenstaande methoden. Het betreft met name ziekenhuizen waarvan de LMR data nog niet op orde is. Daarnaast behoren tot deze groep ook enkele categoriale ziekenhuizen. Sterfte (onbedoelde schade) binnen deze ziekenhuizen is nihil. Het is voor deze specifieke ziekenhuizen niet

noodzakelijk sterfte te monitoren. Voor een aantal ziekenhuizen is het uit de data niet op te maken waarom deze ziekenhuizen geen beleid hebben op het gebied van onbedoelde schade en/of zij een ander methodiek hanteren dan het merendeel van de Nederlandse ziekenhuizen.

Overwegingen

In eerste instantie lijkt de stand van zaken wat betreft monitoring van onbedoelde schade door Nederlandse ziekenhuizen positief: 80% van de Nederlandse ziekenhuizen heeft een methode om onbedoelde schade te monitoren. Wanneer gekeken wordt naar de praktische vertaling hiervan, geeft dit een geheel ander beeld. Ten eerste is er te veel verscheidenheid en verdeeldheid in de manier waarop ziekenhuizen sterftcijfers analyseren en er verbeteracties uit afleiden. Er ontbreekt een landelijk of standaard systeem die handvatten biedt aan ziekenhuizen bij het managen van onbedoelde schade. Het lijkt een zoektocht voor ziekenhuizen om een methodiek te vinden waarmee op effectieve wijze beslissingen gemaakt kunnen worden over de verbetermaatregelen op basis van HSMR informatie.

Daarnaast valt er ook verbetering te boeken in de registratie en codering van de data. De LMR data van de ziekenhuizen die de HSMR sinds kort gebruiken als prestatie indicator voor onbedoelde schade, zijn nog van onvoldoende kwaliteit. Deze ziekenhuizen richten zich op dit moment op het verbeteren van de registratie en codering. HSMR informatie kan voor deze groep pas daarna op betrouwbare wijze geanalyseerd worden. Het bespreekbaar maken van HSMR informatie in de organisatie en van daaruit verbeteracties formuleren, lijkt voor deze ziekenhuizen nu nog een stap te ver. Verder geeft een groot deel van de ziekenhuizen aan HSMR informatie te hebben gebruikt bij het starten van verbeteracties, maar is uit de data niet altijd duidelijk wat de gehanteerde methoden en de verbeterinitiatieven zijn. Het is op basis van de data ook onduidelijk hoe deze ziekenhuizen HSMR informatie in de praktijk toepassen. Nog belangrijker is dat de data niet dekt of de toepassingen ook daadwerkelijk leidt tot de gewenste effecten, namelijk het reduceren van onbedoelde schade.

Ook is het onduidelijkheid wie er verantwoordelijk is voor het trainen en begeleiden van ziekenhuizen bij het vertalen van HSMR informatie naar verbeterinitiatieven. Het CBS, dat begin dit jaar de taak van de DHD heeft gekregen om de HSMR te berekenen, is niet verantwoordelijk voor het informeren, noch het begeleiden van ziekenhuizen bij de analyse van deze informatie. Het CBS levert de berekeningen en bijbehorende analyses aan de DHD. DHD licht vervolgens ziekenhuizen in. Daarmee bestaat er een afstand tussen de instelling die de data bewerkt en analyseert, en de organisatie die deze data moet begrijpen en gebruiken in de praktijk, namelijk de ziekenhuizen.

Het feit dat de LMR registratie voor een deel van de ziekenhuizen nog te wensen overlaait, baart zorgen. Al gaat het hierbij om een klein deel. In het Verenigd Koninkrijk, waar de HSMR is ontwikkeld, moeten ziekenhuizen onder politieke druk hun data binnen een jaar op orde hebben. In Nederland zijn wij vijf jaar verder, en nog steeds lijkt de data die noodzakelijk is voor het analyseren van de HSMR, bij een deel van de ziekenhuizen nog onvoldoende van kwaliteit te zijn. Het vormt een obstakel voor het opschalen van de HSMR in Nederland en daarmee ook het monitoren van onbedoelde schade.