

Toelichting bij -
Publicatie sterftcijfers 2017 Albert Schweitzer ziekenhuis Dordrecht

W.J. Jansen
December 2018

Sterftcijfers

Het sterftcijfer -ook wel de 'mortaliteit' genoemd- is één van de manieren (of 'indicatoren') om onderlinge verschillen in de prestaties van ziekenhuizen zichtbaar te maken. Het Albert Schweitzer ziekenhuis wil openheid bieden aan zijn patiënten en publiceert daarom hier de cijfers over het aantal mensen dat in dit ziekenhuis overlijdt en in welke diagnosegroepen dit gebeurt.

Het ziekenhuis doet dit door de zogeheten Hospital Standardized Mortality Rate (ook wel HSMR) en Standard Mortality Rate (ook wel SMR) (diagnosegroepen) te publiceren. De HSMR is een berekend sterftcijfer en geen absoluut getal.

Interpreteren en vergelijken

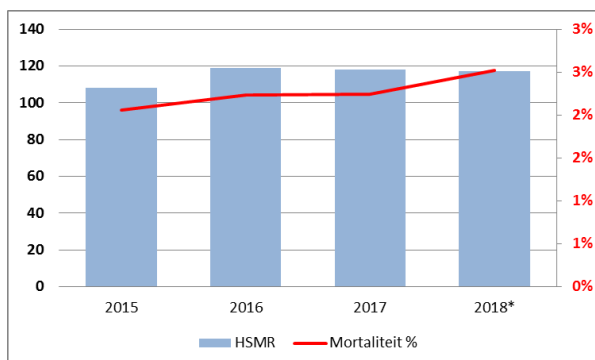
De rijksoverheid heeft sinds 2012 openbaarmaking van de sterftcijfers verplicht gesteld. Er zijn verschillen in de manier waarop ziekenhuizen de cijfers verzamelen en vastleggen. Een vergelijking of ranglijst van ziekenhuizen op basis van de HSMR is daarom niet zinvol. Het sterftcijfer zegt niet per definitie iets over de kwaliteit van de geleverde zorg, omdat ook tal van andere factoren een rol spelen: bijvoorbeeld de samenstelling van de bevolking, lokale verschillen en de wijze van registratie.

Middel tot kwaliteitsverbetering

Het Albert Schweitzer ziekenhuis gebruikt de sterftcijfers voor kwaliteitsverbetering. Het ziekenhuis doet dit onder andere door regelmatig patiëntdossiers te analyseren. Bij bepaalde ziektebeelden of patiëntcategorieën waar de sterftkans relatief hoger blijkt of lijkt te zijn, wordt nader onderzoek gedaan om de oorzaak hiervan op te sporen. Daarmee kunnen protocollen en interne procedures worden aangescherpt. Voor deze manier van werken ontving het Albert Schweitzer ziekenhuis in 2011 de Nationale Patiëntveiligheid Award.

Ruwe sterftcijfers Albert Schweitzer ziekenhuis

In 2017 zijn in het Albert Schweitzer ziekenhuis 661 patiënten overleden, op een totaal van 29416 klinische opnamen. Het ruwe sterftcijfer in 2017 komt daarmee op 2,25 procent. In onderstaande grafiek is het verloop van zowel de ruwe sterfte als de HSMR (.100) over de afgelopen 4 jaar weergegeven.



Berekende sterftcijfers Albert Schweitzer ziekenhuis (HSMR)

De Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) is een methode om het sterftcijfer te berekenen waarbij rekening wordt gehouden met de factoren die de kans op overlijden beïnvloeden. Hierbij is te denken aan bepaalde chronische aandoeningen, hoge leeftijd, kwaadaardige aandoeningen etc. De HSMR wordt uitgedrukt in een getal dat de verhouding weergeeft tussen het aantal overledenen in één ziekenhuis en het landelijk gemiddelde. Een HSMR onder de honderd geeft aan dat in het betreffende ziekenhuis minder patiënten overlijden dan mag worden verwacht op basis van het landelijk gemiddelde.

Beperkingen van de HSMR

1. Bij het berekenen van de HSMR wordt door het CBS niet gecorrigeerd voor het comfortbeleid dat veel patiënten ontvangen tijdens de laatste levensfase. Dit kan een sterk verhogend effect hebben op de HSMR.

2. De kwaliteit van de HSMR is afhankelijk van de volledigheid en kwaliteit van de gegevensregistratie. Op dit punt is landelijk nog verbetering mogelijk. Er is tussen ziekenhuizen nog steeds sprake van variatie bij de registratie. Voor de HSMR is het bijvoorbeeld belangrijk dat de ICD10-registratie van hoofd- en nevendiaagnosen goed en volledig is, zowel voor de sterfgevallen als voor de overige patiënten.
3. Bij de HSMR-berekening kan alleen worden gecorrigeerd voor variabelen die in de landelijke gegevensset van de LBZ worden geregistreerd. Hoewel daarin vele voor de HSMR relevante kenmerken worden vastgelegd, zijn er ook variabelen die niet in de LBZ (kunnen) worden geregistreerd en die wel van belang kunnen zijn voor de HSMR-berekening, bijvoorbeeld de algemene conditie van de patiënt of het stadium van de ziekte. Daardoor kan niet voor alle verschillen (casemix) worden gecorrigeerd. Tevens heeft het ene ziekenhuis meer behandelingsbevoegdheden dan het andere wat mogelijk van invloed kan zijn op het sterfterisico van bepaalde typen patiënten.
4. Ook kunnen ziekenhuizen verschillen in opname- en ontslagbeleid. De mate waarin terminaal zieke patiënten worden opgenomen en ontslagen kan verschillen tussen ziekenhuizen. Dit is onder meer afhankelijk van de afspraken die ziekenhuizen hierover hebben gemaakt met externe voorzieningen voor terminale zorg en met de andere ziekenhuizen in de regio. Omdat dit mede bepaalt of patiënten in een bepaald ziekenhuis overlijden, kan dit ook invloed hebben op de HSMR.
5. Tenslotte is het zo dat als ziekenhuizen zich steeds meer gaan specialiseren, de waarde van de HSMR als overall indicator om sterfte tussen ziekenhuizen te vergelijken afneemt. Vergelijkingen op basis van SMR's van specifieke diagnose-/specialismeclusters nemen dan in belang toe.

Analyse afwijkingen HSMR

Afwijkingen van de HSMR worden frequent geanalyseerd op 3 onderdelen:

Registratie

- De werkwijze van registratie en coderen is conform de richtlijn

Systeem

- De LBZ levering en de bijbehorende populatieselectie is gevalideerd
- Een klein aantal administratieve fouten is gecorrigeerd

Zorginhoudelijk

- Dossieranalyse op afwijkende diagnosegroepen (SMR)

Registratie

De hoogte van de HSMR wordt direct beïnvloed door de onderliggende registratie. Een belangrijk voorbeeld hiervan is de groep patiënten met een palliatief of comfortbeleid. Het toepassen van palliatief of comfortbeleid wordt wel geregistreerd maar niet gecorrigeerd in HSMR-berekening. Palliatief of comfortbeleid volgt uit afspraken rond het nog wel of niet meer uitvoeren van behandelingen in de laatste levensfase. Comfortbeleid is erop gericht de laatste levensfase zo comfortabel mogelijk te maken voor patiënt.

De verschillende wijze waarop ziekenhuizen invulling aan dit beleid geven samen met demografische verschillen en een afwezige correctie maakt dat er sprake is van een verhogend effect op de HSMR. Een signaal hiervan is te zien in de lager wordende berekende sterftekans terwijl de patiënten steeds ouder worden met steeds meer aandoeningen met daaraan gekoppeld de logische verwachting dat de berekende sterftekans per patiënt zou toenemen. In het ASz is bij meer dan 80% van de overleden patiënten sprake van een comfortbeleid hetgeen verwerkt wordt in de registratie.

Zorginhoudelijk

Er is een aantal groepen te onderscheiden waarin significant meer patiënten zijn overleden:

1. Overleden in 2 tot 8 dagen, 8 tot 17 dagen en 17 tot 25 na opname
2. Leeftijdsgroep 65-95 jaar
3. Diagnosegroepen
 - Endocriene aandoeningen en stofwisselingsstoornissen
 - Nieuwvormingen

- Ziekten van botten, spieren en bindweefsel
- Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel
- Ziekten van het urogenitaal stelsel
- Symptomen en klachten niet nader omschreven

4. Ontslagspecialismen

De registratie van onderstaande afdelingen kan landelijk verschillen afhankelijk van de onderliggende registratie en daarmee hebben de waardes hooguit een signaalfunctie.

Alle groepen overlappen dusdanig dat uit onderzoek is gebleken dat de oorzaak voor de oplopende ziekenhuismortaliteit diffuus is verdeeld binnen de groep kwetsbare oudere patiënten (>75 jaar). Deze patiënten zijn opgenomen met aan de leeftijd gerelateerde problemen zoals chronische aandoeningen, veel medicatie en dit vaak in combinatie met progressieve aandoeningen dan wel complicaties van bestaande aandoeningen. De combinatie van deze factoren maakt dat deze patiënten een verhoogde kans op overlijden hebben en daarnaast meestal beschikken over afspraken rondom door hen niet (meer) gewenste behandelingen zoals reanimatie en intensive care opnamen. De uitvoer van dergelijke wensen kan leiden tot een verhogend effect op de HSMR. Voor dit laatste wordt in de berekening (nog) niet gecorrigeerd.

Standard Mortality Rate (SMR) *

De SMR geeft net als de HSMR aan hoe hoog de sterfte in een ziekenhuis is vergeleken met het landelijke gemiddelde maar dan specifiek voor een bepaalde diagnosegroep of patiëntencategorie. De SMR's zijn berekend over alle diagnosegroepen waaruit de HSMR is opgebouwd en voor bepaalde patiëntengroepen die zijn gebaseerd op wel of niet met spoed opgenomen, bepaalde leeftijdscategorieën en geslacht.

Bron :HSMR Rapport Albert Schweitzer ziekenhuis 2015-2017

Bijlage 1:

NZA format publicatie 06010859 HSMR 2017 (pdf)