

Presteren op Mortaliteit?

Een onderzoek naar de voorwaarden voor inbedding van HSMR binnen
patiëntveiligheid in het algemeen ziekenhuis.

gelre ziekenhuizen



Lia de Waard – Oudesluijs

305009

Begeleider: Prof. dr. R. Bal

Meelezer: drs. S. Jerak-Zuiderent

Juni 2009

Voorwoord

Voor u ligt de afstudeerscriptie die het sluitstuk vormt voor de Master Zorgmanagement van de studie Beleid en Management in de gezondheidszorg die ik aan de Erasmus Universiteit heb gevolgd.

Afstuderen betekent afronden van een periode, een studieperiode die veel tijd en energie heeft gevraagd. In de afgelopen drie jaar ben ik geholpen en bijgestaan door verschillende mensen die ik graag wil bedanken in dit voorwoord.

Allereerst mijn dank naar Prof. Dr. Roland Bal, als scriptiebegeleider en Drs. Sonja Jerak, als meelezend docent voor de -waar nodig- kritische noot en de plezierige begeleiding. Jullie inzet, ondersteuning en kennis over dit onderwerp heeft op mij een inspirerende invloed gehad. Ook veel dank aan de Gelre ziekenhuizen voor het vertrouwen dat zij mij gegeven hebben om het onderzoek te mogen doen. Dank aan de respondenten die meegewerkt hebben aan dit onderzoek. Door deze enthousiaste respondenten is het gelukt om gegevens te verzamelen die nodig waren voor dit onderzoek.

Ook een woord van dank aan mijn familie en vrienden voor het begrip en interesse die zij hebben getoond tijdens mijn studie. Een speciaal woord van dank aan mijn vader die als “leek” heeft meegelezen met dit heel specifieke onderwerp en waar nodig kritische feedback heeft gegeven.

Als allerlaatste en niet in het minst dank aan mijn man Henk en zoon Jhon-Deivy. Jullie steun was doorslaggevend. Zonder jullie onvoorwaardelijk vertrouwen en steun was het mij nooit geluk deze klus te klaren. Het heeft veel tijd gekost maar vanaf nu hebben jullie weer de volledige aandacht!

Wat mij rest is u veel plezier te wensen bij het lezen van deze scriptie.

C.M. (Lia) de Waard-Oudesluijs

Samenvatting

In de afgelopen jaren is er steeds meer nadruk komen te liggen op de verantwoording van resultaten in en van de zorg. Een scala aan veranderingen was hiervan het gevolg. Ieder ziekenhuis moet verantwoording geven over de door de individuele ziekenhuizen gepresteerde resultaten. Meer en meer komen resultaten naar buiten. Inmiddels worden de IGZ prestatie indicatoren door ziekenhuizen jaarlijks ingevuld en aangeleverd. In 2009 heeft de IGZ de basisset prestatie-indicatoren uitgebreid met een veiligheidsprogramma: "Voorkom schade werk veilig". Een van deze veiligheidsindicatoren is participeren in de HSMR. Het invoeren van deze indicator vraagt van ziekenhuizen naar buiten te komen met gegevens waar een patiënt liever niet bij stil staat namelijk dat je tengevolge van een medische ingreep kunt sterven. Toch zal de HSMR een rol gaan spelen in de kwaliteit van zorg en dan voornamelijk op het gebied van patiëntveiligheid. Van ziekenhuizen wordt verwacht om in 2009 te participeren in de HSMR. Naar verwachting zal de HSMR 2010 openbaar worden. De HSMR als uitkomst indicator biedt de mogelijkheid om retrospectief zorgprocessen te analyseren, teneinde zorgprocessen veiliger te maken en verbeterprocessen te implementeren.

In deze afstudeerscriptie is onderzoek gedaan naar de voorwaarden voor inbedding van HSMR binnen patiëntveiligheid in het algemeen ziekenhuis. De onderzoeksvraag luidde; *Onder welke voorwaarden kan de HSMR worden gebruikt bij het formuleren van patiëntveiligheidsbeleid binnen een ziekenhuis?*

Dit onderzoek heeft plaats gevonden in de Gelre ziekenhuizen te Apeldoorn, een middelgroot algemeen ziekenhuis. Er is kwalitatief onderzoek gedaan door middel van interviews en documentenstudie. Er is gekeken naar welke voorwaarden nodig zijn om de HSMR te gebruiken. Als vergelijk is er gekeken naar de rol van de algemene prestatie-indicatoren op het beleid in het ziekenhuis.

Uit dit kwalitatief onderzoek blijkt dat de HSMR een bruikbaar middel is om de patiëntveiligheid in een ziekenhuis te verhogen, als er onderzoek gedaan wordt naar het gehele zorgproces en als vanuit die bevindingen verbeter acties geformuleerd en geïmplementeerd worden. De verschillende medische vakgroepen kunnen hierin een actieve rol spelen. De HSMR leent zich voornamelijk voor interne proces analyse. Betwijfeld kan worden of de HSMR gebruikt kan worden voor externe verantwoording en het maken van ranglijsten van ziekenhuizen. Deze bevindingen kunnen een bijdrage spelen bij het implementeren van deze indicator binnen het ziekenhuis.

Summary

The accountability of performance results within the health care system has been receiving more and more attention during the past years, after which a range of changes followed. Every hospital has to be accountable for its own individual performances, with a need to disclose its results more and more often. In the meantime, the IGZ performance indicators are completed and published by hospitals annually. This year the IGZ has expanded the basic performance indicators with a security programme: "Work safely to prevent damage". One of these safety indicators is to participate in the HSMR; however, the implementation of this indicator means that hospitals publish treatment details which patients rather not dwell upon, namely that you might die following surgery. Even though, the HSMR will play an important role in the quality of care, particularly in the field of patient safety. During 2009 hospitals are expected to participate in the HSMR of which the results will be expected to be made public in 2010. HSMR offers, as an outcome indicator, the possibility to retrospectively analyse care processes in order to make these processes safer and subsequently implement any necessary improvement processes.

In this graduation thesis the conditions for embedding HSMR within patient safety has been investigated in a general hospital. The research question was: *"Under which circumstances can HSMR be used when formulating patient safety within a hospital?"*

This research took place at the Gelre Hospital in Apeldoorn, a medium-sized general hospital, where a qualitative research has been conducted by means of ten interviews. During this research, circumstances when HSMR could be used were investigated; this was then compared to the role of general performance indicators on policies used within the hospital.

This qualitative research has shown that HSMR could be a useful tool to raise patient safety within a hospital as long as the complete care-processes are taken into consideration and as long as improved actions are formulated and implemented following those findings. The various medical departments should play an active role within this process. These findings can play a contribution at the implementation of this indicator within the hospital.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting	3
Summary.....	4
1. Inleiding.....	7
1.2 Doelstelling van het onderzoek	8
1.3 Vraagstelling en deelvragen onderzoek	8
1.4 Leeswijzer	9
2 Theoretisch kader.....	10
2.1 Indicatoren	10
2.1.1 HSMR als indicator	11
2.2 Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.....	12
2.3 Uitkomstenmanagement	13
2.4 Verantwoording en openheid in zorguitkomsten.....	15
2.4.1 Openbaarheid van HSMR	16
3. Methoden van onderzoek.....	19
3.1 Onderzoekssetting	19
3.2 Onderzoeksmethoden.....	19
3.3 Analyse	20
3.4 Betrouwbaarheid en Validiteit.....	20
3.5 Rol van de onderzoeker	20
3.6 Ethische overwegingen	21
3.7 Onderzoeksrapport	21
4. Resultaten van het onderzoek	22
4.1 Prestatie-indicatoren	22
4.1.1 Rol van de uitkomsten van prestatie-indicatoren	23
4.2 Patiëntveiligheid binnen de organisatie	26
4.2.1 Veiligheid in de toekomst	29
4.3 De bruikbaarheid van de HSMR binnen de organisatie	30
4.3.1 Verantwoording van de HSMR.....	32
4.3.2 Voorwaarden om HSMR als sturing te gebruiken.....	33
4.4 De onbedoelde invloed van de HSMR op de organisatie.....	36
5. Discussie en Conclusie.....	38
5.1 Bespreking aan de hand van de deelvragen	38
5.2 Algehele conclusie	40
5.3 Aanbevelingen	41

5.4	Beperkingen van het onderzoek.....	42
5.5	Vervolgonderzoek	42
Literatuurlijst		43
Bijlage		46
	Bijlage 1 Vragenlijst voor de interviews.....	46

1. Inleiding

Al enkele jaren ligt bij het overheidsbeleid de nadruk op het meetbaar en daarmee zichtbaar maken van de kwaliteit van zorg. Een van de belangrijkste middelen hiervoor zijn prestatie-indicatoren. Prestatie-indicatoren hebben een tweeledig doel; publieke verantwoording enerzijds en het stimuleren van kwaliteitsverbetering anderzijds (Wollersheim et al. 2006). De prestatie-indicatoren bieden de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de mogelijkheid om toezicht te houden op de kwaliteit van zorg, een van de kerntaken van de IGZ. De basisset van prestatie-indicatoren maakt deel uit van het wettelijk verplichte Jaardocument Maatschappelijke verantwoording (IGZ 2009). Sinds 2003 moeten ziekenhuizen gegevens verstrekken en daarmee verantwoording afleggen over hun kwaliteitsprestaties. Het invoeren van deze prestatie-indicatoren heeft een impuls gegeven aan de ziekenhuizen om te werken aan een systematisch samenhangend kwaliteitsbeleid, met name op die gebieden waarin nog geen resultaten zichtbaar zijn. Dit resulteert in (sommige gevallen) tot een actief kwaliteitsbeleid om deze gegevens te kunnen presenteren (Haeck 2004).

Naast de basisset prestatie-indicatoren heeft de IGZ voor het toezicht een beperkte set indicatoren voor het veiligheidsprogramma ontwikkeld. Deze indicatoren moeten vanaf 2010 deel uitmaken van de basisset. Voor het jaar 2009 betreft het onder andere de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR). Vooralsnog hoeven de ziekenhuizen alleen te participeren in de HSMR, in een latere fase zullen ook mortaliteitscijfers zelf gepubliceerd gaan worden (IGZ 2009). Deze indicator houdt ook in de politiek en in de publieke opinie de gemoederen bezig. De sterftcijfers binnen het ziekenhuis kunnen rekenen op grote belangstelling buiten het ziekenhuis. Dit blijkt ook uit de publieke belangstelling die er is voor de cijfers. Kamerlid Schippers (VVD) heeft naar aanleiding van deze publieke belangstelling Kamervragen gesteld aan de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (Staten-Generaal 2008-2009). Verschillende politieke partijen zoals PvdA, CDA, SP en VVD pleiten voor het openbaar maken van de mortaliteitscijfers (Brabants Dagblad 1-12-2008). De IGZ verwacht van de ziekenhuizen dat zij actief zullen participeren in het verstrekken van de gegevens teneinde de HSMR als indicator op termijn te gaan gebruiken. Veel ziekenhuizen maken nog geen gebruik van de uitkomst indicator HSMR en zijn zoekende hoe dit ingevoerd kan worden, als antwoord op de vraag op de set veiligheidsindicatoren van de IGZ. Dit onderzoek is gericht op de vraag onder welke voorwaarden de HSMR kan worden ingebed. Zoals hierboven beschreven is de maatschappelijke relevantie van dit onderwerp groot. Ook op politiek vlak is er veel aandacht voor de HSMR. Hier stelt men de vraag naar de uitkomst van de HSMR in het licht van de maatschappelijke verantwoording die verwacht wordt van de ziekenhuizen.

In dit onderzoek is gekeken naar de benodigde voorwaarden voor inbedding van de HSMR binnen patiëntveiligheid in het algemeen ziekenhuis. De leidende vraag hierbij was; *Onder welke voorwaarden kan de HSMR worden gebruikt bij het formuleren van patiëntveiligheidsbeleid binnen een ziekenhuis?*

1.2 Doelstelling van het onderzoek

Het doel van dit kwalitatieve onderzoek is te beschrijven onder welke voorwaarden de HSMR kan worden gebruikt bij het formuleren van het patiëntveiligheidsbeleid binnen ziekenhuizen. Hierbij werd onderzoek gedaan in een ziekenhuis dat beleid wil formuleren omtrent de HSMR. Gezien de ontwikkelingen op het gebied van indicatoren is dit een belangrijk issue, waar nog veel ziekenhuizen geen antwoord op hebben.

1.3 Vraagstelling en deelvragen onderzoek

De onderzoeksvraag welke gebruikt is bij dit onderzoek luidt:

- *Onder welke voorwaarden kan de HSMR worden gebruikt bij het formuleren van patiëntveiligheidsbeleid binnen een ziekenhuis?*

Hieruit komen de volgende deelvragen voort;

- *Welke rol spelen de uitkomsten van prestatie indicatoren in het algemeen bij het beleid?*
In deze deelvraag wordt onderzocht op welke manier de algemene prestatie-indicatoren binnen de organisatie zijn ingevoerd, en welke effecten deze hebben op de interne sturing.
- *Op welke wijze heeft het thema patiëntveiligheid binnen de organisatie gestalte gekregen?*
Deze deelvraag onderzoekt hoe andere patiëntveiligheidssystemen binnen de organisatie werken en hoe deze geïmplementeerd zijn.
- *Hoe kan de HSMR uitkomst gebruikt worden door de Raad van Bestuur, staforganen, zorgbestuur en professionals binnen het ziekenhuis?*
Hier wordt onderzocht in hoeverre een gevoelig cijfer als de HSMR gebruikt kan worden door het management binnen het patiëntveiligheidsbeleid.
- *Welke onbedoelde invloed kan de HSMR hebben binnen de organisatie?*
HSMR heeft op meerdere vlakken in de organisatie invloed en hoe komt deze tot uiting?

1.4 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk is het theoretische kader opgenomen. Hier wordt ingegaan op indicatoren in zijn algemeenheid, HSMR als specifieke indicator, kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, uitkomstenmanagement en openbaarheid van gegevens. In hoofdstuk drie wordt verantwoording gegeven van de methoden van dit kwalitatieve onderzoek. Hoofdstuk vier bevat de beschrijving van de resultaten. Waarna in hoofdstuk vijf de conclusie en aanbevelingen worden beschreven.

2 Theoretisch kader

2.1 Indicatoren

De prestatie-indicatoren hebben in Nederland een tweeledig doel. Enerzijds een onafhankelijke weergave van de bereikte doelen (kwaliteit) en anderzijds een adviserende en informerende rol (prestatie) naar het bevoegd gezag (Bovens et al. 2008). Door prestatie-indicatoren te koppelen aan zorgzwaarte en andere factoren die invloed hebben op een behandeling kan beter vergeleken worden hoe de verschillende zorginstellingen presteren (Bal 2008). Binnen de gezondheidszorg is er de laatste jaren veel nadruk gelegd op de transparantie van de zorg. Deze transparantie komt voort uit de toegenomen mondigheid in de samenleving en de daaruit voortkomende roep om meer en betere verantwoording. Het toezicht op de gezondheidszorg is een kerntaak van de IGZ. De IGZ is al vele jaren actief in het waken over de volksgezondheid van de burger. Sinds 2003 wordt dit ondermeer gedaan met behulp van prestatie-indicatoren. Hiermee wordt de kwaliteit en het aanbod van de zorg transparant en vergelijkbaar gemaakt (Wollersheim et al. 2006). Iedere sector in de zorg heeft een eigen basisset prestatie-indicatoren. Deze indicatoren zijn mede ontwikkeld door de IGZ en worden gezien als een belangrijk instrument om verantwoording af te leggen over de geleverde kwaliteit van zorg (Wollersheim et al. 2006). De Kwaliteitswet Zorginstellingen regelde als kaderwetgeving onvoldoende dat de zorgaanbieders de kwaliteitssystemen op orde brachten. Hiertoe werden in 2003 de prestatie-indicatoren in het leven geroepen. Deze nieuwe aanpak moest leiden tot een betere en systematische samenhangende aanpak van de kwaliteitsverbeteringen in de zorg (Gezondheidsraad 2006).

Een indicator is een meetbaar aspect van de geleverde zorg waarvan op basis van wetenschappelijk onderzoek is aangetoond dat het een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg. De indicator doet geen uitspraak, maar heeft een signalerende functie (Wollersheim et al. 2006). Indicatoren kunnen betrekking hebben op structuren, processen of resultaten in de gezondheidszorg. Er zijn drie soorten indicatoren. Ten eerste kunnen zogeheten procesindicatoren worden onderscheiden. Deze beoordelen het handelen van de zorgverlener(s) in het zorgproces. Onder het zorgproces wordt verstaan alle onderling met elkaar verbonden activiteiten om tot de juiste zorg te komen. Structuurindicatoren beschrijven het type en de hoeveelheid middelen die worden gebruikt door een gezondheidszorgorganisatie bij het leveren van behandelingen en diensten. Structuurindicatoren hebben betrekking op de aanwezigheid van het aantal medewerkers, klanten, geld, bedden, benodigdheden, en gebouwen. Uitkomstindicatoren tenslotte zijn resultaten van de behandelingen of de gebeurtenissen die volgen op de zorg. Resultaten van een uitkomstindicator kunnen soms pas na jaren worden beoordeeld (zoals overlevingsjaren

na een ziekte) en daarom is het belangrijk om deze ook tussentijds te beoordelen (Mainz 2005).

Er is ook onderscheid te maken tussen externe en interne indicatoren. De externe indicatoren worden gebruikt om zich extern te verantwoorden. Interne indicatoren worden gebruikt om intern inzicht te krijgen op de verleende zorg (Walburg et al. 2006). Externe indicatoren kunnen ook intern gebruikt worden voor verbetering maar dienen aan andere voorwaarden te voldoen: zo moeten ze gestandaardiseerd zijn over zorgorganisaties heen zodat de verzamelde gegevens vergelijkbaar zijn. Vanuit de prestatie-indicatoren kan nog onvoldoende terugkoppeling gemaakt worden naar de werkpraktijk (Bal 2008). Prestatie-indicatoren hebben nog onvoldoende de mogelijkheid om specifieke situaties eruit te lichten.

2.1.1 HSMR als indicator

Naast de basisset prestatie-indicatoren heeft de IGZ voor het toezicht een beperkte set indicatoren voor het veiligheidsprogramma ontwikkeld. Deze indicatoren moeten vanaf 2010 deel uitmaken van de basisset. Voor het jaar 2009 betreft het onder andere het participeren in de Hospital Standardized Mortality Rate (HSMR) (IGZ 2009).

De HSMR is een in Engeland ontwikkelde methode die het standaardiseren van de mortaliteitscijfers mogelijk maakt (CBO 2008). De grondlegger van de HSMR is Professor Jarman in samenwerking met het Dr. Foster Institute in Engeland. Volgens deze methode is het mogelijk om de verwachte sterfte aan de hand van patiëntengegevens te berekenen. Hierbij worden factoren meegenomen zoals: diagnose, leeftijd, geslacht, urgentie, ligduur, comorbiditeit, sociaal economische status, maand en jaar van opname (CBO 2008). De HSMR wordt gebruikt als referentiekader om hieraan de werkelijke sterftecijfers te spiegelen (CBO 2008). Twee organisaties (Praktijk Index en Prismant) hebben deze methode bruikbaar gemaakt voor de Nederlandse ziekenhuizen.

De IGZ overweegt om de HSMR als indicator in te zetten. Het implementeren hiervan staat echter onder grote druk (Elsen et al. 2008). Ziekenhuizen leveren nu gegevens aan voor de Landelijke Medische Registratie (LMR), van waaruit de HSMR wordt berekend. Ziekenhuissterfte wordt bepaald door twee factoren: de patiëntkenmerken zoals aard en ernst van de ziekte (input) en de kwaliteit van de verleende zorg. De HSMR is een deels gecorrigeerde maat voor ziekenhuissterfte bij vijftig diagnose groepen. Deze diagnose groepen tezamen zijn verantwoordelijk voor tachtig procent van de ziekenhuissterfte. De gegevens die nodig zijn om de HSMR berekenen zijn beschikbaar vanaf 2003.

Als de HSMR verandert biedt dit ziekenhuizen de mogelijkheid om onderzoek te doen naar de oorzaken van (onverwachte) sterfte en scheidt het de gelegenheid om waar nodig verbeteracties te starten. Als de feitelijke mortaliteit significant afwijkt van de verwachte mortaliteit dient eerst gericht gezocht te worden naar: codeerfouten, afwijkingen in de casemix, ontwikkeling van het sterftecijfer in de tijd en onderzoeken of hogere sterfte dan

verwacht aanknopingspunten bieden voor verbetermaatregelen (IGZ 2008). Volgens de IGZ is de HSMR en de kwaliteit van de onderliggende data op dit moment nog onvoldoende betrouwbaar om een openbare vergelijking te maken tussen ziekenhuizen. Mede daarom worden de cijfers nog niet openbaar gemaakt.

De HSMR is geen maat voor het falen van een bepaalde specialist maar een maat voor de hele behandeling, en daarom een uitstekend middel voor de interne analyse van mortaliteit. Het doel van de HSMR is een verantwoorde prikkel geven tot verbetering van kwaliteit (inclusief veiligheid) van zorg (den Ouden et al. 2008).

In de literatuur wordt veel over de HSMR geschreven en geoordeeld in het licht van de betrouwbaarheid, validiteit en de mogelijkheid om ziekenhuizen onderling te vergelijken. Transparantie in de zorg heeft als gevolg dat, onder andere specialisten, openheid moeten geven over hun prestaties. De kracht van de HSMR is dat het mortaliteit meet van alle patiënten en niet alleen van de zogenaamde hoogrisico afdelingen in een ziekenhuis (van der Voort en de Jonge 2007). Het verzamelen van de HSMR zal tot kwaliteitsverbeteringen leiden als ziekenhuizen met een hoog cijfer hun zorgprocessen onder de loep nemen en waar nodig verbeteringen implementeren. Uiteindelijk gaat het niet om het feitelijke cijfer van de HSMR maar dat elke evaluatie tot een verbetering van het zorgproces leidt (van der Voort en de Jonge 2007).

Tot nu toe is er uit de Nederlandse praktijk nog weinig bekend over de invloed die de HSMR heeft op zorgprocessen. Door de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) wordt al geruime tijd de Standardized Mortality Ratio (SMR) bijgehouden door middel van de Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) en levert al jaren op lokaal niveau een bijdrage voor verbeterprojecten (van der Voort en de Jonge 2007). Om over te gaan tot het gebruiken van de HSMR ziekenhuisbreed zou hieruit lering getrokken kunnen worden. De HSMR moet gezien worden als een intern signaal: wanneer de HSMR hoog is of hoger wordt moet een ziekenhuis dit zien als aanleiding om de onderliggende oorzaken te onderzoeken (CBO 2008).

2.2 Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid

De druk op de kwaliteit van zorg neemt ook in Nederland toe. De veiligheid, effectiviteit, doelmatigheid en patiëntgerichtheid van de zorg zal verbeterd dienen te worden, waarbij de kosten gelijk moeten blijven of zelfs moeten dalen (Berg et al. 2002). De patiënt krijgt ook steeds meer oog voor de geleverde kwaliteit van zorg, al dan niet beïnvloed door de media die aandacht besteed aan de kwaliteit van zorg.

Gezondheidszorginstellingen zijn op vele fronten bezig de zorg te verbeteren. Voorbeelden hiervan op organisatieniveau zijn de verbeterprojecten volgens de plan-do-check-act cyclus, principes van integrale kwaliteit die gebruik maken van kwaliteitsmodellen als EFQM of INK. Ook bij de verschillende beroepsgroepen wordt er aan kwaliteit gewerkt,

door de uitvoering van hun vak te verbeteren middels het volgen van opleidingen, registratie en ontwikkeling van evidence of practice based richtlijnen of protocollen (Walburg et al. 2006). Het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) maakt afspraken met zorgaanbieders hoe de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden (VWS 2009). IGZ heeft op dit moment toezicht op het kwaliteitsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' waarbij in vijf jaar tijd de vermijdbare schade met de helft verminderd moet worden. De plicht om aan kwaliteit te werken is vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Maar wat houdt kwaliteit in? Een van de grondleggers wat betreft de kwaliteitskunde in de gezondheidszorg is Avedis Donabedian (Harteloh et al. 1991). Harteloh en Casparie (1991:35) beschrijven de term kwaliteit als volgt; "Kwaliteit is van toepassing, indien er sprake is van een optimale verhouding van het gerealiseerde ten opzichte van verwachtingen, met betrekking tot een bepaald kenmerk van een object." Hierbij gaat het erom dat de resultaten optimaal zijn en dat voldaan wordt aan de verwachtingen van de geboden diensten. De uitkomst is hierbij belangrijk, hierop moet worden gestuurd binnen het kwaliteitsbeleid. Binnen de ziekenhuizen heeft patiëntveiligheid zijn plaats gekregen in het beleid op kwaliteitsverbeteringen en het sturen op betere uitkomsten.

Het gebruik van veiligheid management systemen (VMS) is sinds 1 januari 2008 verplicht gesteld door de IGZ (Willems 2004). Het ministerie van VWS faciliteert de invoering van systemen in samenwerking met "Sneller Beter". Het ministerie garandeert dat ziekenhuizen die investeren in veiligheid de opbrengsten van deze investeringen niet hoeven af te dragen (Willems 2004). Op deze wijze is er een structurele aanpak van patiëntveiligheid tot stand gekomen.

Omdat er nog onvoldoende bekend is over de hoeveelheid van gevallen waarbij er sprake is van vermijdbare schade, adviseerde in 2005 de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) een groot onderzoeksprogramma naar veiligheid in de zorg in te richten, hetgeen gestalte heeft gekregen in het ZonMW programma Patiëntveiligheid. In de afgelopen jaren is er veel geschreven en ontwikkeld op het gebied van patiëntveiligheid. Nu staan de ziekenhuizen voor de uitdaging om ook de set veiligheidsindicatoren van de IGZ praktisch in te passen binnen het bestaande beleid.

2.3 Uitkomstenmanagement

Uitkomstenmanagement is het voortdurend verbeteren van zorguitkomsten van de best mogelijke zorgprocessen met het meest efficiënt gebruik van middelen (Walburg et al. 2006). Het draait voortdurend om het verbeteren van zorguitkomsten en van zorgvuldig ontworpen – evidence based – zorgprocessen voor de beste prijs. De kern van uitkomstenmanagement is teams en behandelaars te voorzien van informatie over de uitkomsten van de door hen uitgevoerde zorgprocessen (Walbrug 2006). Het managen van uitkomsten kan gezien worden als een vorm van kwaliteitsmanagement. Uitkomstenmanagement richt zich op

resultaten, op processen en competenties van mensen. Het uitgangspunt bij uitkomstenmanagement is dat medewerkers volop meewerken aan de realisering van de organisatiedoelen. De realisering van deze organisatiedoelen hangt af van de competenties van medewerkers en de mate waarin zij door de organisatie en hun leidinggevenden worden ondersteund met middelen, processen en systemen. Hoewel er wetenschappelijk (nog) geen bewijs is gevonden voor de wijze waarop uitkomstenmanagement gebruikt kan worden, is het wel duidelijk geworden dat voor kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg een gecombineerde aanpak het meest effectief is. Uitkomstenmanagement is een gecombineerde aanpak in die zin dat het principes toepast van evidence based, gecertificeerde of geaccrediteerde zorgprocessen, professionele opleiding en scholingen, feedback op zorgresultaten in de context van integrale kwaliteit of total quality management (Walburg et al. 2006). Zorguitkomsten worden beter als richtlijnen zorgvuldig worden geïmplementeerd en zorgprofessionals intensief op een persoonlijke manier worden opgeleid. Als de organisatie daarnaast een breed opgezet kwaliteitsbeleid heeft met als inzet van dit beleid de zorgresultaten te verbeteren draagt dit ook bij aan een beter resultaat. Uitkomstenmanagement moet uiteindelijk zichtbaar worden in het gedrag en werkwijze van de individuele professional. Dit kan door onder andere de professional meer verantwoordelijkheid te geven. Door deze verantwoordelijkheid te beleggen bij de individuele professional ontstaat er verbinding tussen de organisatiedoelen en die van de professional (Walburg et al. 2006).

De HSMR is een uitkomst van de totaal geboden zorg in een ziekenhuis, het zijn niet louter en alleen cijfers, maar het geeft kennis over het totale primaire proces. Het juist managen van deze uitkomsten kan in het gehele proces leiden tot verbeter initiatieven. Om uitkomsten in de zorg te verbeteren is er een norm of vergelijkingsmateriaal nodig. Een manier om te vergelijken is klinisch benchmarken. Een voorbeeld van klinisch benchmarken zijn evidence based richtlijnen die opgesteld zijn op basis van actuele wetenschappelijke literatuur (Walburg et al. 2006). Deze richtlijnen geven een norm waartegen specifieke processen binnen het ziekenhuis kan worden afgezet. Een andere manier om te benchmarken is door ziekenhuizen met elkaar te vergelijken. Benchmarken verfijnt de zorg in de actuele klinische praktijk. Vergelijkingen op klinische uitkomsten vindt nu alleen nog plaats op basis van databestanden waar uitkomsten zoals ligduur, sterfte en dergelijke worden bijgehouden. Deze databases vormen lijsten, en zijn niet geschikt voor benchmarking. De context van deze dataverzameling is niet die van systematische en cyclische kwaliteitsverbetering en is daarom ook niet als benchmark te beschouwen (Walburg et al. 2006). Bij benchmark is het belangrijk dat case situaties vergelijkbaar met elkaar zijn om tot een betrouwbaar vergelijk te komen.

2.4 Verantwoording en openheid in zorguitkomsten

Sinds 2003 verstrekken ziekenhuizen gegevens waarmee een indicatie wordt gegeven over de kwaliteit van zorg. Het meten is geen doel op zich maar het biedt een hulpmiddel om de uitkomsten van de zorg te beoordelen (van Dijk 2005).

Door prestatie-indicatoren te hanteren wordt op indirecte wijze controle uitgeoefend op een complex systeem. De vraag dringt zich echter op of de verantwoording die afgelegd wordt via de indicatoren nu wel de gewenste transparantie van de zorg, en een juiste besteding van de publieke middelen geven. Bevan et al (2006) wijzen in dat kader op de mogelijkheid van gaming (de gegevens die gebruikt worden zijn positiever dan de werkelijkheid) of tunnelvisie (alleen de zorg die gemeten wordt met de indicator krijgt aandacht terwijl de aandacht voor de kwaliteit van het bredere zorgpalet versloft) bij indicatoren. Door gaming en tunnelvisie komen de indicatoren in een heel ander daglicht te staan. Afleggen van verantwoording betekent dat aspecten openbaar worden en het zaken bloot legt die eerst niet doordacht waren, onbekend bleven en genegeerd werden (Ballas & Tsoukas 2006).

Externe verantwoording heeft invloed op het werkproces, en dit gaat mogelijk ten koste van de kwaliteit op zorg (Bevan et al. 2005). Om de kwaliteit van zorg te verbeteren is een socio-technische benadering passender (Hartswood et al. 2003). Het gebruik van prestatie-indicatoren kan wel een bijdrage leveren aan de verhoging van de kwaliteit van zorg, mits de verschillende informatiesystemen in het primaire proces worden geïntegreerd (Berg 2001). In theorie leidt het gebruik van verkregen gegevens, direct uit het primaire proces, bij de professionals als stimulans tot een steeds optimalere inrichting van het werkproces (Berg 2001). In de praktijk blijkt dit echter lastig te zijn en worden gegevensverzameling ten behoeve van verantwoording vaak 'ontkoppeld' van het primair proces (Wiener 2004). Daarom is het belangrijk te onderzoeken hoe dit in de praktijk vorm krijgt.

Instellingen die kwaliteitsbeleid voeren richten zich op de patiënten, medewerkers en maatschappelijk verantwoord ondernemerschap. Dit maatschappelijk verantwoord ondernemerschap betekent dat een bedrijf bewust en structureel inhoud geeft aan haar maatschappelijke rol, gericht op toegevoegde waarde van bedrijf en maatschappij. Een instelling heeft verschillende betrokkenen in haar omgeving zoals: patiënten, familie, verwijzers, medewerkers, ziektekostenverzekeraars, ketenpartners en overige partijen. Bij het kwaliteitsbeleid behoort verantwoording aan deze groepen op het gebied van financieel-economische aspecten waaronder resultaat- en sociale aspecten (Walburg et al. 2006).

Het openbaar maken van uitkomsten kent voor- en nadelen. Een voordeel kan zijn dat het de discussie over kwaliteit aan de hand van de uitkomsten bevordert. Ook zijn uitkomsten goede uitgangspunten voor inspectie en overheidsbemoeienis. Een nadeel kan

zijn dat het kan leiden tot defensief gedrag en ongenueanceerde publicaties tot reputatie schade (Walburg et al 2006).

Er is een noodzaak voor het meten en bepalen van klinische prestaties en kwaliteitsverbeteringen. Publieke verantwoording moet worden afgelegd over de kwaliteit van de zorg. De betalers van de zorg en de overheid staan positief tegenover de ontwikkeling van prestatie-indicatoren. De toenemende druk op transparantie, kwaliteitsverbetering, effectiviteit en doelmatigheid in de zorg vraagt om gegevens uit deze sector (Grol 2001). Het meten van uitkomsten is in de eerste plaats van belang voor continue kwaliteitsverbetering. Het vertrouwen dat de deelnemende professionals daarin hebben hangt af van de veiligheid en betrouwbaarheid van het bespreken van die uitkomsten (Walburg et al. 2006).

Volgens Grol (2001) maakt de burger weinig gebruik van de gegevens die openbaar worden gemaakt omdat zij deze niet begrijpt of vertrouwt. Het openbaar maken van gegevens kan wel een stimulans zijn voor zorgaanbieders om initiatieven te ontplooiën om de kwaliteit te verbeteren.

Tenslotte is er wettelijke grond te vinden voor het vrijgeven van informatie. De IGZ is een bestuursorgaan en op dat bestuursorgaan is de Wet Openbaarheid van Bestuur (Wob) van toepassing. In beginsel is de IGZ (mede) op grond van artikel 2 en 3 van de Wob verplicht om gevraagde informatie te verschaffen. Echter, op grond van artikel 10 lid 2 van de Wob, kan de IGZ zich op het standpunt stellen dat de gevraagde informatie zodanig onbetrouwbaar is dat het nu vrijgeven ervan leidt tot onevenredige bevoordeling of benadeling van rechtspersonen (ziekenhuizen). Op grond hiervan kan de IGZ niet gehouden worden aan de plicht informatie ter beschikking te stellen (Overheid.nl 2009). Het in de openbaarheid brengen van de HSMR lijkt echter dichtbij te zijn. De IGZ wil in 2010 de HSMR openbaar maken, en vraagt nu in 2009 aan de ziekenhuizen om te participeren in de HSMR (IGZ 2008). De vraag dringt zich echter op of de openbaarheid van sterftcijfers meer of minder delicaat is dan het openbaar maken van andere prestatie-indicatoren.

2.4.1 Openbaarheid van HSMR

In Nederland kunnen op verschillende manieren zorguitkomsten openbaar worden. Naast de jaarlijkse verantwoording van ziekenhuizen door middel van het Maatschappelijk Jaarverslag en gegevens uit de basisset prestatie-indicatoren van de IGZ, zijn er ranglijsten van het Algemeen Dagblad en de Elsevier. Tot nu toe zijn de sterftcijfers van de ziekenhuizen niet openbaar gemaakt, en geeft de minister in zijn antwoord op Kamervragen aan dat hij de opvatting van de IGZ deelt dat de cijfers op dit moment alleen gebruikt kunnen worden als interne kwaliteitsborging (Staten-Generaal 2008-2009).

De HSMR wordt door Prismant berekend uit de LMR gegevens die ziekenhuizen aanleveren. Inspecteur-generaal G. van der Wal zegt in een interview met Medisch Contact dat de IGZ het belangrijk vindt dat een ziekenhuis een HSMR heeft en dat de IGZ daarop wil

gaan toetsen. De kans is groot dat de HSMR cijfers dan ook in de openbaarheid worden gebracht.

Het CBO heeft in 2008 een “Move your dot” pilot project gedaan naar de HSMR. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in negen verschillende ziekenhuizen. Het onderzoek was erop gericht op welke wijze de HSMR verbeterd kan worden. Binnen dit onderzoek hebben de deelnemende ziekenhuizen dossieronderzoek gedaan aan de hand van de “Global Trigger Tool Kit”. Dit zijn aanwijzingen voor mogelijke incidenten. De zorg, medicatie, chirurgie, intensive care en spoed eisende hulp gerelateerde triggers werden hiervoor gebruikt. Deze triggers bieden een handvat om een dossier te analyseren op proces niveau (Griffin 2007). De conclusie uit dit rapport is dat systeeminterventies moeten worden ontwikkeld die gericht zijn op de grootste risicogroepen in het ziekenhuis te weten: de vitaal bedreigde patiënt, kwetsbare ouderen en patiënten met kans op ziekenhuisinfecties. Hieruit blijkt ook dat de HSMR is niet geschikt voor het maken van rangordes om ziekenhuizen met elkaar te vergelijken, aldus het CBO. De HSMR is wel geschikt voor interne analyse, waarbij de SMR gebruikt kan worden voor specificatie naar vakgroep (CBO 2008).

De betrouwbaarheid van de HSMR is van groot belang. Naast de betrouwbaarheid is de vraag of de HSMR een indicatie kan geven over de kwaliteit van zorg in een ziekenhuis. Lilford et al. (2004) beschrijft in zijn artikel verschillende onderzoeken naar de uitkomsten in de zorg. Zo blijkt dat ziekenhuizen met een hoge HSMR niet per definitie de slechts scorende ziekenhuizen op kwaliteit zijn. Enige voorzichtigheid wat betreft de relatie tussen kwaliteit van zorg en de HSMR is geboden. Ook blijkt uit ditzelfde onderzoek dat het openbaar maken van sterftecijfers in andere landen heeft geleid tot gaming en mindere bereidheid om patiënten hoog risico zorg te verlenen (Lilford et al. 2004). Voort en de Jonge (2007) wijzen op het risico dat bij onterecht laag scorende ziekenhuizen verbetertrajecten kunnen uitblijven. Ook kunnen onterecht hoogscorende ziekenhuizen door publicatie imagoschade oplopen.

Geelkerken et al. (2008) vinden dat de HSMR niet betrouwbaar of valide is voor, zowel voor interne als externe analyse. Door deze onbetrouwbaarheid zou de HSMR onterechte oordelen in de hand werken over de kwaliteit van de zorg (Geelkerken et al. 2008). In reactie op het schrijven van Geelkerken et al. geeft de IGZ aan, dat er een afdoende correctie is door de case mix en dat de HSMR een verantwoorde prikkel is tot verbetering van de gehele behandeling en de patiëntveiligheid in het ziekenhuis. Dat er nog een verbetering van registraties moet plaatshebben is duidelijk, maar juist door nu te werken met de HSMR kan die verbetering ook gemaakt worden, waardoor de HSMR op termijn goed gebruikt kan worden voor interne verbetering en externe verantwoording (den Ouden 2008).

Het geheel overziend, wordt de HSMR breed besproken waarbij veel aandacht gaat naar de betrouwbaarheid en validiteit. Uit bovenstaande blijkt dat mortaliteit in ieder geval een prikkel geeft tot onderzoek, kwaliteitverbetering, toezicht en mogelijk ook een aanzet tot

persoonlijke reflectie bij de professional welke, in veel gevallen, eindverantwoordelijk is voor een behandel proces.

In de literatuur is nog niet veel geschreven over het gebruik van de HSMR binnen een Nederlands ziekenhuis. Dit onderzoek tracht naast de beschreven factoren in het theoretisch kader meer inzicht te geven in de factoren die de implementatie van de HSMR beïnvloeden.

3. Methoden van onderzoek

3.1 Onderzoekssetting

In dit onderzoek is gekeken onder welke voorwaarden de HSMR een rol kan spelen bij het formuleren van het patiëntveiligheidsbeleid in ziekenhuizen. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in de Gelre ziekenhuizen locatie Lucas te Apeldoorn. Gelre ziekenhuizen kent twee locaties, in Apeldoorn en Zutphen en een buitenpolikliniek in Lochem. Gelre ziekenhuizen biedt als algemeen ziekenhuis medische specialistische zorg en daar aan gerelateerde verpleging en verzorging. De verzorgingsregio kenschetst zich door twee grotere woonkernen te weten Apeldoorn en Zutphen en de hierom liggende randgemeentes. Gelre ziekenhuizen is een middelgroot perifeer ziekenhuis met een totale bedden capaciteit van 925 exclusief de PAAZ erkenning. Gelre ziekenhuizen is een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf waarin op tactisch niveau sprake is van duaal management. Alle zorgseenheden kennen een zorgbestuur bestaande uit een zorgmanager en een medische manager.

De missie die Gelre ziekenhuizen hanteert in de zorgvisie is; *Het bieden van hoogwaardige, medisch specialistische diagnostiek, behandeling en zorg aan patiënten in hun eigen leefomgeving. Patiënten beleven de zorg als veilig, betrouwbaar en deskundig en worden in een patiëntvriendelijke sfeer opgevangen. De kernwaarden voor de identiteit van Gelre zijn: deskundig, betrokken, bereikbaar en behulpzaam.*

De Gelre ziekenhuizen was een van de negen ziekenhuizen die meegewerkt hebben aan het pilot project "Move your dot". Hiervoor zijn ondermeer twintig patiëntendossiers onderzocht door een intensivist aan de hand van triggers.

De onderzoeker heeft gekozen voor de Gelre ziekenhuizen om verschillende redenen. De eerste reden is een van praktische aard, de onderzoeker werkt in de Gelre ziekenhuizen en kent de organisatie daardoor goed. Een andere reden is dat in de Gelre ziekenhuizen is de indicator HSMR nog niet is ingevoerd. Op bestuurs- en stafniveau wordt nagedacht hoe men dit kan implementeren. Door deze scriptie te schrijven verwacht de onderzoeker bij te dragen aan dit proces. Na een gesprek met de Raad van Bestuur en een medewerker van patiëntveiligheid zijn de onderzoeksvragen nader gespecificeerd naar de situatie in de Gelre ziekenhuizen.

3.2 Onderzoeksmethoden

Om tot beantwoording van de vraagstelling en de geformuleerde deelvragen te komen is gekozen voor kwalitatief onderzoek. Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van onderzoeksvragen, die open zijn geformuleerd (Baarda et al.2005). Voor dit onderzoek

werden interviews afgenomen. Bij kwalitatief onderzoek zijn interviews een veel gebruikt middel. Deze gesprekken werden semigestructureerd afgenomen aan de hand van een topicslijst. Deze werden face to face gehouden en (na toestemming) opgenomen met een voice recorder en verwerkt tot transcripten. Om de beantwoording van de deelvragen te realiseren werden sleutelfiguren in het zorgproces geïnterviewd. De volgende functionarissen werden hiervoor benaderd: lid van de Raad van Bestuur, lid van de commissie patiëntveiligheid (tevens neuroloog), staffunctionaris patiëntveiligheid, drie zorgmanagers van drie divisies (acute zorg, beschouwend en poliklinieken), een medisch manager van de zorgeenheid Intensieve Care, oud commissie lid van het "Move your dot" project (tevens intensivist) en een lid van het Medische stafbestuur (tevens internist).

3.3 Analyse

In totaal werden tien medewerkers geïnterviewd over de manier waarop de HSMR ingebed kan worden in de organisatie. Na het verzamelen van de data, door middel van de interviews, is deze verdeeld in categorieën en van labels voorzien. Vervolgens is gekeken naar onderlinge verbanden in de data en nagegaan of de data leidt tot beantwoording van de deelvragen.

3.4 Betrouwbaarheid en Validiteit

De betrouwbaarheid van onderzoek wil zeggen dat de onderzoeksresultaten zo min mogelijk afhankelijk zijn van toeval (Baarda et al. 2005:190). Dit onderzoek is gebaseerd op meningen die geuit worden in semigestructureerde interviews. Om de betrouwbaarheid te waarborgen is er rekening gehouden met de belangen van de respondenten en is de data in de juiste context gebruikt. De onderzoeker voorkomt dat er suggestieve vragen worden gesteld die leiden tot bepaalde uitspraken.

Validiteit wil zeggen dat gemeten wordt, dat beoogd wordt te meten. Betrouwbaarheid alleen is niet voldoende, gegevens moeten ook valide zijn (Baarda et al. 2005:193). De validiteit moet zoveel mogelijk worden gewaarborgd door datatriangulatie. De interviews werden opgenomen en uitgewerkt tot transcriptie. Het geheel van de bevindingen werd in een verslag beschreven en gespiegeld aan de bevindingen uit de literatuur.

3.5 Rol van de onderzoeker

De onderzoeker heeft te maken met diverse eisen die worden gesteld. Een van de eisen is het nauwkeurig registreren van gegevens (Baarda et al. 2005). De rol van de onderzoeker is wel zichtbaar in de interviews, maar er is geprobeerd deze zo min mogelijk van invloed te laten zijn. Het onderzoek heeft plaats gevonden in de Gelre ziekenhuizen de onderzoeker is sinds 1 januari 2002 hier als Intensive Care verpleegkundige werkzaam. Het onderzoek heeft

geen directe relatie met de dagelijkse werkzaamheden of specifieke betrekking op de unit waar zij werkt, hierdoor wordt de kans op bias kleiner.

3.6 Ethische overwegingen

Meewerken aan dit onderzoek gebeurde op vrijwillige basis en de belanghebbenden waren op de hoogte van het onderzoek en waarvoor de gegevens gebruikt worden. De gegevens zijn vertrouwelijk behandeld. De deelnemers aan het onderzoek werden door de onderzoeker eerlijk geïnformeerd. De onderzoeker staat garant voor persoonlijke anonimiteit. De verkregen gegevens zijn alleen gebruikt voor dit onderzoek en blijven in bezit van de onderzoeker. Tijdens de interviews werd gebruik gemaakt van een voice recorder, deze bestanden zijn na transcriptie gewist. De transcripties blijven in bezit van onderzoeker en worden niet voor andere doeleinden gebruikt. Alvorens dit onderzoek uit te voeren is er officieel toestemming verkregen bij het lid van de Raad van Bestuur van de Gelre ziekenhuizen die kwaliteitsbeleid in zijn portefeuille heeft en de manager van de divisie waarin onderzoeker werkt.

3.7 Onderzoeksrapport

Het uiteindelijke onderzoeksrapport is bestemd als afstudeeropdracht voor de Erasmus Universiteit. Alle medewerkers die hebben meegewerkt aan dit onderzoek krijgen een exemplaar. Voor hen zal het een document zijn waarin herkenbaar naar voren komt welke effecten de HSMR heeft op het formuleren van patiëntveiligheidsbeleid binnen de Gelre ziekenhuizen.

4. Resultaten van het onderzoek

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van het onderzoek. Leidend voor de structuur van dit hoofdstuk zijn de eerder geformuleerde deelvragen. De data is geanalyseerd aan de hand van de volgende items: prestatie-indicatoren, patiëntveiligheid binnen de organisatie, de bruikbaarheid van de HSMR, en de onbedoelde invloed van de HSMR op de organisatie.

4.1 Prestatie-indicatoren

De deelvraag die leidend is geweest voor dit item is; *Welke rol spelen de uitkomsten van prestatie-indicatoren in het algemeen bij het beleid?*

Ziekenhuizen leveren sinds 2003 gegevens voor de prestatie-indicatoren aan de IGZ. De Gelre ziekenhuizen hebben vanaf dat jaar, elk jaar gegevens aangeleverd. De zorgbesturen (zorgmanager en medisch manager) van de verschillende eenheden binnen de Gelre ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor het aanleveren van de gegevens voor de prestatie-indicatoren die gelden voor de eenheid waarvoor het zorgbestuur verantwoording draagt. Deze gegevens worden verzameld door de dienst marketing. Marketing is binnen de Gelre ziekenhuizen een dienst die voort is gekomen uit de oude stafdienst “Kwaliteit, Product en Marktontwikkeling”. Deze stafdienst heeft vanaf het begin gegevens voor de prestatie-indicatoren verzameld. In de voorbije jaren werden veel van deze gegevens op verschillende plaatsen in het ziekenhuis verzameld, al dan niet “hap snap”.

“Ik ben er wel eens bij betrokken geweest als gegevens bijvoorbeeld niet aangeleverd konden worden. De verantwoordelijkheid voor het aanleveren van die gegevens werd neergelegd, en nog steeds, bij het zorgbestuur. We hadden geen afdeling zoals ze soms in andere ziekenhuizen hebben, die sec bezig zijn met het verzamelen van kwaliteitsindicatoren en gegevens. Ik ben er af en toe wel eens bij betrokken geweest omdat gegevens dan niet boven water te krijgen waren en dan dacht ik gewoon met mijn ervaring die ik had van nou dat wordt toch vastgelegd in een systeem, we zijn toch geen kruidenier waar je achterom een pakje boter haalt? Een beetje zo, en laten we er eens induiken want je moet soms verschillende bestanden aan elkaar koppelen. Dan kunnen we wel die gegevens krijgen.”

Interview medewerker marketing 20 april 2009.

Nu is er een concrete afspraak dat de verantwoording voor de verzameling van de indicatoren op een plaats ligt, dat is de dienst marketing. Dat staat los van de interne sturing aan kwaliteit; die ligt bij de kwaliteitsmedewerkers. Sinds ruim een jaar gebruikt de dienst Financiën en Control (F&C) een applicatiemodule waarmee veel (meer) gegevens uit het ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) gehaald kunnen worden. De dienst F&C maakt een

uitdraai van alle gegevens die zij kunnen halen uit het ZIS. Deze resultaten worden voorgelegd aan de zorgbesturen en de artsen, zij kunnen de gegevens beoordelen.

Vanaf 2009 participeert de Gelre ziekenhuizen in het project 'Zichtbare zorg' van de IGZ. 'Zichtbare zorg' richt zich op de implementatie van indicatoren in ziekenhuizen. Dit houdt voor de Gelre ziekenhuizen concreet in dat zij, samen met een aantal andere ziekenhuizen, voor het eerst gegevens aanleveren van tien zorginhoudelijke indicatoren. De zorgverzekeraars hadden al soortgelijke zorginhoudelijke indicatoren. De indicatoren van de zorgverzekeraars werden altijd al ingevuld. Echter binnen het ziekenhuis werd er bijna niets mee gedaan. Zorgverzekeraars worden nu steeds strenger en willen een concrete teller en noemer weten. Deze concrete cijfers komen uit het ZIS. Er is een projectgroep 'Zichtbare zorg' opgericht die zich onder andere bezig houdt met het verzamelen van gegevens.

“We hebben nu ook een beleidsmedewerker die ervaring heeft opgedaan met 'zichtbare zorg' en zij heeft informatica gestudeerd en is ook van huis uit diëtist. Dus die kan de link leggen tussen zorg en ICT. En waar ik steeds tegen aan liep, ik had wel een applicatiebeheerder, die draaide dan wat uit, maar hij wist niet wat hij uitdraaide en dan zag ik dingen! Ik wist ook niet wat hij deed dus we zijn heel blij met haar. En we hebben dus nu een projectgroep en daar zitten dus twee mensen van Marketing in.” Interview medewerker marketing 20 april 2009.

Het inpassen van indicatoren in de Gelre ziekenhuizen is gepaard gegaan met het opzetten van andere organisatorische structuren, zoals het installeren van een werkgroep en het koppelen van informatiesystemen. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van een ander type deskundigheid waar het gaat om de inhoudelijke interpretatie van gegevens.

De transparantie op zorggegevens naar onder andere de IGZ en zorgverzekeraars heeft in de bestuurlijke laag bewustwording teweeg gebracht dat de kwaliteit van zorg beter kan. Om te weten of de Gelre ziekenhuizen op de goede weg zijn, zijn er specifieke “Gelre prestatie-indicatoren” benoemd in 2006. Deze prestatie-indicatoren zijn gebaseerd op de zorgvisie van de Gelre ziekenhuizen (verhogen van veiligheid door melden incidenten, goede toegankelijkheid voor polikliniek en wachttijden, versnellen van doorstroomtijden) en de doelstellingen van het 'going-concern' van de organisatie (behalen van poliklinische adherentie, waardering huisartsen en patiënten, telefonische bereikbaarheid en waardering van medewerkers). De Gelre prestatie-indicatoren vormen naast de basisset indicatoren van de IGZ de basis van het kwaliteitssysteem. Het systeem doorloopt jaarlijks een cyclus van plan, do, check en act.

4.1.1 Rol van de uitkomsten van prestatie-indicatoren

De IGZ indicatoren worden nu in 2009 voor de zesde keer ingevuld. Dit is door het ziekenhuis tot nu toe altijd gezien als een periodieke verantwoording aan externe partijen waaraan moet worden voldaan. Daarnaast zijn de prestatie-indicatoren ook intern gebruikt.

Volgens een van de zorgmanagers hebben de prestatie-indicatoren in de loop van tijd kwaliteitsverbeteringen tot gevolg gehad.

“Dan gaat het over indicatoren zoals over decubitus maar ook over de ondervoeding, waar we de checklist SNAQ voor gebruiken. Decubitus is ook een landelijke indicator geworden. Dus een landelijke meting.... Daar zijn we druk mee bezig. Je ziet wel dat in ieder geval in de score, dat gaat beter. Je ziet ook het aantal ondervoede patiënten in het ziekenhuis minder worden.” Interview zorgmanager 16 april 2009.

De IGZ en Gelre prestatie-indicatoren vormen zoals, eerder gezegd, de basis van het kwaliteitssysteem. Enkele van deze verbeteringen zijn de toegankelijkheid gericht op de toegangstijden van de poliklinieken, verkorten van wachttijden gericht op heupoperaties en diagnose van mammatumor. Ook in de kliniek zijn er verbeteringen waarneembaar zoals de afname van decubitus en de aandacht voor ondervoeding. Voor een aantal IGZ prestatie-indicatoren is een vertaalslag gemaakt naar doelstellingen en zijn normen vastgesteld. Voor decubitus bijvoorbeeld was de norm voor 2006; 5% of minder decubitus gevallen die in het ziekenhuis ontstaan. Het behaalde resultaat was 3,9% (Jaarverslag 2006). In 2007 werden 70% van het aantal patiënten die werden opgenomen gescreend op ondervoeding door middel van de SNAQ (Short Nutritional Assessment Questionnaire) en in het geval van ondervoeding actie ondernomen door een diëtiste.

Binnen de Gelre ziekenhuizen werd nog traditioneel gestuurd op financiën. Meer en meer wordt er gestuurd op kwaliteit.

“...veel meer op uitkomsten van zorg gaan sturen. Ja, het gebeurt, op de financiële uitkomsten gebeurt het en productie, natuurlijk, daar zijn we met name mee bezig. Met geld en productie want dat is onze historie. Maar niet op kwaliteit. Dat staat echt nog in de kinderschoenen (...) Zo'n integraal kwaliteitssysteem helpt want op het moment dat je dat gaat invoeren en dan heb je een werkwijze bedacht om het hele proces van integrale kwaliteit te borgen. Dat moet dan ontwikkeld worden want dat doen we nu natuurlijk maar bij een aantal trajecten. Maar dat is een basis dat je met elkaar een methode hebt gevonden van op die manier borgen wij onze processen en daarbij is het meten van kwaliteit een onderdeel. We moeten die Deming-cyclus ook elke keer weer doorlopen. Interview medewerker marketing 20 april 2009.

Binnen de bestuurlijke laag wordt steeds vaker gesproken over kwaliteit, de Gelre prestatie-indicatoren zijn hier een voorbeeld van. Ook bij onderhandelingen met zorgverzekeraars over het B-segment krijgen kwaliteitscriteria veel meer aandacht, hierdoor ontstaat er meer bewustwording voor kwaliteit van zorg in de bestuurslaag.

“Vijf indicatoren voldeden aan de kwaliteitscriteria maar voor drie aandoeningen hebben we een predicaat, het certificaat topzorg gekregen. Omdat we voor die andere twee niet op de prijs van [naam zorgverzekeraar] wilden gaan zitten.” Interview medewerker marketing 20 april 2009.

Het lid van de Raad van Bestuur geeft ook aan dat;

“verbeteringen in de zorg moet een onderdeel zijn van cultuur, werken met de PCDA-cyclus om te streven naar verbetering van outcome.” Gesprek Raad van Bestuur 25 maart 2009.

Niet iedereen vindt dat de zorguitkomsten voldoende gebruikt worden als onderbouwing van het beleid. Een van de intensivisten verwacht van de Raad van Bestuur een veel actievere houding.

“Je moet met je afdeling laten zien hoe je functioneert door een goed jaarverslag te schrijven met goede eindpunten. Wij gebruiken gelukkig de APACHE-score en de SMR. Iedere afdeling moet inzichten geven, zo zijn er wel meer groepen waar cijfers bekend zijn. Als deze cijfers er zijn dan moeten die bekend worden. Ik zou dat als bestuurder verlangen en zo het gesprek ingaan. Ik zou willen weten wat de prestaties zijn. Zo zou ik de discussie willen voeren. Het is te weinig prestatie gericht. Ik vind dat ze meer moeten vragen, die cultuur moet je als Raad van Bestuur meer kweken. Dat is toch in ieder bedrijf zo. Een mooi moment is de budget besprekingen iedereen wil altijd meer geld meer personeel en meer apparatuur. Ik zou dat koppelen aan laten zien wat je gaat doen niet alleen in de productie vorm maar ook in kwaliteit dingen. Laat maar zien wat je doet.” Interview intensivist 14 april 2009.

De wijze waarop zorguitkomsten gebruikt worden of kunnen worden is verschillend per geïnterviewde. Een lid van de commissie patiëntveiligheid denkt dat de bewustwording van de items vooral bijdraagt tot verbetering.

“... per vakgroep heeft men maar een paar items. Dat zijn voorbeelden van ‘let erop hoe goed je het doet, ik denk dat de invloed meer is dat je het doet maar de indicator zelf of die nou veel bijdraagt? (...) maar het zijn aanleidingen van om na te denken van jongens we moeten daar echt veel aandacht aan geven. Ik denk dus dat, dat het vooral is.” Lid commissie patiëntveiligheid 28 april 2009.

De prestatie-indicatoren hebben hun weg gevonden naar het ziekenhuis. De IGZ indicatoren dragen bij aan bewustwording op bestuursniveau en laten verbetering van zorguitkomsten zien. De prestatie-indicatoren hebben invloed op de kwaliteitverbetering, dit is zichtbaar in de cijfers die gepresenteerd worden. Bij het werken aan kwaliteitsverbetering wordt gebruik gemaakt van de PCDA-cyclus. Het voortdurend doorlopen van deze cyclus in kwaliteitsverbetering op de verschillende niveaus in de organisatie geeft aanleiding tot continu verbeteren. De verwachting is dat intensievere externe controles, publicatie van de prestatie-indicatoren, het koppelen van maatregelen en prikkels aan de uitkomsten ervan instellingen en zorgverleners zullen aanzetten tot verbetering (Wollersheim et al. 2006). De RvB heeft een grote verantwoordelijkheid waar het gaat om de kwaliteit van de zorg. Een kwaliteitsmanagement systeem kan helpen inzicht te verkrijgen in de zorg. Bestuurders

moeten processen en professionals in de organisatie kunnen aansturen om de verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg waar te kunnen maken. Hiervoor is het nodig dat verantwoording afgelegd wordt door de professional over zijn handelen in het primaire proces naar een bestuurder (RVZ 2009). Op dit moment wordt een integraal kwaliteitsmanagement systeem ontwikkeld dat de mogelijkheid biedt te sturen op prestaties in termen van kwaliteit, veiligheid, behandelresultaat en logistiek (Jaardocument Gelre ziekenhuizen 2009). Binnen dit kwaliteitsmanagement systeem zullen de IGZ prestatie-indicatoren een plaats krijgen. Managers verkrijgen via dit systeem hun informatie en kunnen conform hun verantwoording sturing geven aan het zorgproces. Binnen de Gelre ziekenhuizen zal meer en meer het accent moeten liggen om te sturen op de kwaliteit van het zorgproces. Tot nu toe is de sturing nog sterk gerelateerd aan financiën en prestaties. Sturing op kwaliteit zal in de toekomst meer doorgevoerd gaan worden. De manier hoe met algemene prestatie-indicatoren wordt omgegaan in de organisatie kan een teken zijn hoe in de toekomst omgegaan wordt met de HSMR.

4.2 Patiëntveiligheid binnen de organisatie

De vraag die in deze paragraaf centraal staat is; *Op welke wijze heeft het thema patiëntveiligheid binnen de organisatie gestalte gekregen?* Er wordt gekeken naar het beleid van patiëntveiligheid maar ook naar de praktische invulling hiervan.

Binnen de Gelre ziekenhuizen is in 2007 het patiëntveiligheidsbeleid vastgesteld, 2008 is bestempeld als het "jaar van patiëntveiligheid". Er wordt geparticipeerd in het landelijk programma veiligheidsmanagement systeem (VMS) en de Gelre ziekenhuizen zijn aangesloten bij een van de landelijke ziekenhuisnetwerken VMS. Het VMS dat alle ziekenhuizen in Nederland geacht worden te realiseren, bestaat binnen de Gelre ziekenhuizen uit het volgende: veiligheidsbeleid en -strategie, het creëren van een 'veilige' cultuur, veilig incidenten melden (VIM), prospectieve risicoanalyse van risicovolle processen en een integraal systeem van continue verbetering (Jaardocument Gelre ziekenhuizen 2008). Daarnaast wordt gestreefd om invulling te gaan geven aan de tien landelijk vastgestelde thema's om een reductie van vermijdbare onbedoelde schade te bereiken. Deze thema's zijn:

- voorkomen van ziekenhuisinfecties na een operatie
- voorkomen van een sepsis bij centraal veneuze lijn
- vroegtijdige herkenning van vitaal bedreigde patiënt
- voorkomen van medicatie gerelateerde fouten
- voorkomen van onbedoelde schade aan de oudere patiënt
- voorkomen van sterfte tegen gevolge van een acuut myocard infarct
- voorkomen van onnodig lijden van pijn
- voorkomen van incidenten high risk medicatie

- voorkomen van verwisseling van patiënt
- voorkomen van nierinsufficiëntie bij contrast. (VMS 2009)

Binnen de Gelre ziekenhuizen is in 2008 een start gemaakt met vier thema's te weten: voorkomen van postoperatieve infecties, voorkomen van medicatie gerelateerde fouten, voorkomen van sepsis bij een centraal veneuze lijn en vroegtijdige herkenning van de vitaal bedreigde patiënt. Het item voorkomen van nierinsufficiëntie bij contrast heeft al enige jaren de aandacht. Al enige jaren is hiervoor een ziekenhuisbreed protocol en krijgt de patiënt een behandeling ter voorkoming van nierinsufficiëntie. Dit is een initiatief dat is ontstaan vanuit specialisten. In bovenstaande items heeft de commissie patiëntveiligheid een voortrekkers rol.

Het patiëntveiligheidsbeleid binnen de Gelre ziekenhuizen maakt onderdeel uit van het kwaliteitssysteem. Voor het VMS is een commissie patiëntveiligheid geïnstalleerd, bestaande uit een lid van de Raad van Bestuur (portefeuillehouder), een vertegenwoordiging vanuit de medische staven en een patiëntveiligheidsfunctionaris.

In 2007 hebben twee pilots gedraaid op verpleegafdelingen voor het VIM. Er is een situatie gecreëerd die veilig is om risicovolle situaties te melden. Naar aanleiding van deze succesvolle pilots is besloten om deze wijze van het melden van risicovolle situaties binnen de gehele organisatie van de Gelre ziekenhuizen uit te rollen (jaarverslag 2007). Sinds het voorjaar van 2009 is het op alle afdelingen mogelijk om risicovolle situaties te melden via het VIM. Medewerkers hebben hierdoor het gevoel gekregen dat melden zinvol is en dat dit concreet tot verbetering kan leiden.

De (stapsgewijze) invoering van een integraal kwaliteit management systeem maakt dat er meer aandacht is voor patiëntveiligheid. Er wordt een systeem 'gebouwd' rondom patiëntveiligheid binnen een aantal zorgprocessen. Een (vooralsnog) beperkt aantal zorgprocessen worden van A tot Z in kaart gebracht. Een voorbeeld van een zorgtraject is de diagnose en behandeling bij mama carcinoom. Hierbij is aandacht voor het gehele proces waarbij ook de veiligheidsindicatoren van de IGZ, die van toepassing zijn op het betreffende zorgproces gebruikt worden. Een prospectieve risicoanalyse van het zorgproces is hiervan onderdeel. Dit geheel zal ook een basis vormen voor de aanvraag van de NIAZ accreditatie.

Alle medische vakgroepen hebben een complicatie registratie, waar specialisten complicaties melden en registreren. Achteraf wordt gekeken wat men kan leren van deze calamiteit om dit in de toekomst te voorkomen (Jaardocument 2007). Dit staat los van het VIM dat bedoeld is om laagdrempelig risicovolle situaties of incidenten te melden. In het geval van een calamiteit, zoals overlijden of heel ernstige schade tengevolge van handelen, is er een aparte procedure. Calamiteiten moeten gemeld worden bij de inspectie. Intern is er een pool met specialisten en verpleegkundige die ad hoc een onderzoek kunnen doen bij calamiteiten met ondersteuning van de medewerker patiëntveiligheid. De calamiteiten worden geanalyseerd via de PRISMA en/of SIRE analysemethode. Voor deze heel specifieke taak zullen de deelnemers medio 2009 worden geschoold. Het doel van deze

werkwijze is om te leren waar dingen goed gaan en waar het anders kan of fout is gegaan. Door deze werkwijze wordt gekeken naar het gehele proces.

“Dat is een manier om te leren of dingen goed zijn gegaan en of het beter kan. Gevaar van alle gegevens verzamelen is dat er alleen geturfd wordt en minder geprobeerd wordt het proces te veranderen.” Interview medewerker patiëntveiligheid 9 april 2009.

Binnen de projectgroep patiëntveiligheid is er geen jaarplan of werkplan geformuleerd. Wel is er een aandachtspunten lijst voor 2009.

“...we hebben opgeschreven wat we willen doen, we zijn nu zover dat we aandachtspunten voor 2009 geformuleerd hebben maar dat wordt al weer ingehaald door de waan van alle dag. Dat komt omdat je veel werkt aan het veiligheidsprogramma en de thema's die je moet opstarten en wij zijn bij de calamiteiten betrokken, als er een calamiteit is dan moet je alles uit je handen laten vallen. (...) Dan kom je tijd tekort.” Interview medewerker projectgroep patiëntveiligheid 28 april 2009.

Bovenstaand citaat geeft aan dat er veel afkomt op de organisatie en ondanks dat er veel werk verzet is in de afgelopen tijd er nog veel moet gebeuren. Een nieuw systeem is ingevoerd, echter de daadwerkelijke uitwerking moet in de toekomst meer beslag krijgen in de organisatie. In 2007 is besloten door de Raad van Bestuur om in 2008 veel aandacht te besteden aan patiëntveiligheid. Vanaf dit moment wordt er actief aan dat beleid gewerkt. De Gelre ziekenhuizen zijn aangesloten bij een patiëntveiligheid netwerk met ziekenhuizen uit de regio. In dit netwerk worden ervaringen gedeeld en van elkaar geleerd.

“Binnen ons netwerk zitten de meeste ziekenhuizen in het zelfde schuitje, meestal nog zoekende. Er zijn ziekenhuizen wel ver maar de meeste niet. Zo kunnen we van elkaar leren en uitwisselen.” Interview medewerker patiëntveiligheid 9 april 2009.

Binnen de kliniek zijn verschillende praktische afspraken om de patiëntveiligheid te borgen. De verantwoordelijkheid ligt hiervoor bij de zorgmanagers en de daaronder resulterende afdelingscoördinator. Een zorgmanager zegt over zijn eenheid;

“als je naar mijn cluster kijkt vind ik dat we het de patiënt zo veilig mogelijk maken (...) er zijn een aantal regels om bijvoorbeeld het operatie complex te betreden daar moet je, je gewoon aan houden”. Interview zorgmanager 15 april 2009.

Intranet is binnen de Gelre ziekenhuizen de plek waar iedere medewerker protocollen en afspraken kan terug vinden. Ieder protocol in de Gelre ziekenhuizen heeft een zogenoemde eigenaar, daar ligt de verantwoording om het protocol up to date te houden. Veelal zijn dit werkgroepen op de afdelingen waar het protocol veel gebruikt wordt. Door het naleven van protocollen en richtlijnen wordt praktische inhoud gegeven aan patiëntveiligheid. Het borgen van een afspraak of protocol wordt in de praktijk gedaan door aandacht te vestigen op het

protocol, bijvoorbeeld door duidelijke kleding en was instructies aan de muur bij het betreden van de het operatie complex. Een ander voorbeeld voor borging is het geven van klinische lessen of bijscholingen. De verbeteringen worden structureel door deze vast te leggen in een protocol. Zonder verbeteringen goed te borgen is de kans groot dat de aandacht ervoor verslapt, het is een continu proces (Poppel 2005).

Door een prospectieve risicoanalyse te maken voor zorgprocessen is het mogelijk de momenten te benoemen waar mogelijk risico aanwezig is op schade aan de patiënt. De activiteiten die worden ondernomen voor patiëntveiligheid worden in de aankomende tijd steeds meer uitgebreid.

De invoering van de veiligheidsindicatoren en de landelijke thema's zijn voor de Gelre ziekenhuizen een extra stimulans geweest om actief aan patiëntveiligheid te werken. Het heeft geresulteerd in het installeren van een commissie patiëntveiligheid en het ontwikkelen van een veiligheidsmanagement systeem.

4.2.1 Veiligheid in de toekomst

Patiëntveiligheid is een item dat veel aandacht vraagt. In de Gelre ziekenhuizen worden op dit moment verschillende initiatieven ontwikkeld en in gang gezet met als doel de veiligheid van de patiënt verhogen. Enkele voorbeelden hiervan zijn: de vitaal bedreigde patiënt, voorkomen van sepsis bij een centraal veneuze lijn, verder doorontwikkelen van het voorkomen van postoperatieve wondinfecties en verminderen van fouten bij medicatieverstrekking. Bij deze initiatieven heeft de commissie patiëntveiligheid een aanjagers rol, maar de thema's liggen in het verlengde van het professioneel handelen van de medisch specialisten dat er op hen een beroep wordt gedaan hierin actief te participeren. De intensivisten zullen zich actief inzetten voor het item voorkomen van sepsis tengevolge van centraal veneuze lijn. De afdeling ICU maakt ook zeer frequent gebruik van deze lijnen. Ook voor het onderwerp 'vitaal bedreigde patiënt' zullen de intensivisten zich actief gaan inzetten hiervoor haakt men aan bij een onderzoek in een academisch ziekenhuis in den lande. Het ontwikkelen van een spoed interventie team is hiervan een onderdeel. Ook wordt er op dit moment een commissie gevormd die dossieronderzoek gaat doen bij overlijden. Dit in het kader van participeren in de HSMR.

In 2008 is geconstateerd dat er organisatiebreed meer aandacht nodig was voor vier grote, Gelre ziekenhuizen brede, projecten. Voor 2009 ligt de focus op de volgende vier projecten. Procesoptimalisatie zorg, dit bundelt de verschillende projecten die van invloed zijn op werkwijze gericht op werken met gestandaardiseerde zorgtrajecten. Patiëntenlogistiek, gericht op het optimaliseren van het capaciteitsmanagement. SAP-4-ZIS, een uniform ZIS Gelre ziekenhuizen breed. Kwaliteitsmanagement en Patiëntveiligheid, gericht op de realisatie van een integraal kwaliteitsmanagement systeem inclusief een VMS dit moet ondermeer ook bijdrage tot een accreditatie van het NIAZ in 2010. (Jaardocument

Gelre ziekenhuizen 2008). De projecten kwaliteitsmanagement en patiëntveiligheid, maar ook procesoptimalisatie in de zorg hebben een plaats gekregen in de plannen voor het aankomende jaar. De aandacht die er is voor deze projecten maakt duidelijk dat er binnen de Gelre ziekenhuizen meer en meer aandacht is voor kwaliteit in de bestuurlijke laag van de organisatie.

4.3 De bruikbaarheid van de HSMR binnen de organisatie

In deze paragraaf staat de volgende deelvraag centraal; *Hoe kan de HSMR uitkomst gebruikt worden door de Raad van Bestuur, staforganen, zorgbestuur en professionals binnen het ziekenhuis?*

De Gelre ziekenhuizen hebben in 2006 op vrijwillige basis mee gewerkt aan het pilot project "Move Your Dot". Dit is een eenmalig project waarin dossiers van overleden patiënten werden geanalyseerd. Een van de geïnterviewde intensivisten heeft hierin een voortrekkers rol vervuld. Samen met een intensive care verpleegkundige heeft hij twintig dossiers geanalyseerd. Hierover zegt hij het volgende;

"De HSMR is het registreren van de sterfte en het zegt niets over de oorzaken van de mortaliteit. Het is een late parameter. Wanneer er gezocht wordt naar oorzaken van mortaliteit is het goed om dossieronderzoek te doen. De dossiers moeten worden onderzocht en geanalyseerd om te kijken of er structurele fouten te herkennen zijn. Deze fouten moeten procesmatig worden aangepakt met als doel de HSMR te verlagen. Vervolgens moet je kijken hoe je deze vermijdbare fouten kan aanpakken zodat ze niet meer gemaakt worden". Interview intensivist 14 april 2009.

Het analyseren van patiënten dossiers is veel werk. De dossiers zijn geanalyseerd aan de hand van triggers. Triggers op het gebied van zorg, medicatie, intensive care zorg, chirurgie en spoed eisende hulp. Ieder item gaat in op verschillende aspecten. Zo wordt er gekeken naar heropname, gebruik van bepaalde medicatie, bloeduitslagen etc. Voor het onderzoek in het kader van "Move your dot" zijn twintig dossiers geanalyseerd in een aantal gevallen hadden patiënten langdurig verbleven op de ICU. Dit zijn vaak dikke en lijvige dossiers met veel te onderzoeken aspecten.

"het is heel veel werk, er zijn iets van 13 of 14 triggers. Aan de hand daar van loop je de statussen door. Je wordt er wel handiger in hoor maar soms heb je dikke statussen als iemand op de ICU heeft gelegen. Heel veel werk, en ja heel snel kom je dezelfde soort fouten tegen. Het is buitengewoon nuttig als je het wilt doen moet je het professionaliseren je moet mensen vrij spelen als organisatie moet je er gewoon achter gaan staan." Interview intensivist 14 april 2009.

De fouten die met regelmaat aan het licht kwamen hadden te maken met: fouten in de diagnostiek, infecties, sepsis, miscommunicatie, medicatie fouten en failure to rescue (CBO 2008). De resultaten van dit onderzoek zijn gerapporteerd aan het CBO, deze heeft de

gegevens van de deelnemende ziekenhuizen verwerkt tot een rapportage. Op internet is de publieksversie van “Move your dot” inzichtelijk, maar intern is aan “Move your dot” weinig ruchtbaarheid gegeven. Er is intern geen informatie terug te vinden over dit project. Onduidelijk is het waar dit mee te maken heeft. Wel blijkt uit interviews die gehouden zijn breed in de organisatie dat men weet dat de Gelre ziekenhuizen heeft mee gewerkt aan dit project en wat de uitkomsten waren. De respondenten spreken zich positief uit over de dossieranalyse zoals gedaan is door de intensivist tijdens het “Move your dot”.

Naar aanleiding van de uitkomsten van “Move your dot” zal er met dossieronderzoek gestart worden. Het medisch stafbestuur gaat daarom een commissie samenstellen om dossieronderzoek te gaan doen. Dit initiatief komt vanuit de commissie patiëntveiligheid zij heeft de verantwoordelijkheid neergelegd bij het medisch stafbestuur. De veiligheidsindicator van de IGZ om te participeren in de HSMR is voor de Gelre ziekenhuizen mede een aanleiding om dossieranalyse te gaan doen.

“Dat we dit gaan op zetten komt uit Move your dot”, dat hebben we van de intensivist gezien. De inspectie verwacht dit ook van ons naar aanleiding van veiligheidspakket dat de IGZ heeft voor geschreven.” Interview lid medisch stafbestuur 9 april 2009.

Volgens welke procedure het dossieronderzoek gaat plaatsvinden is nog niet duidelijk. Het medische stafbestuur wil dossieranalyse gebruiken omdat het de hiaten in het gehele zorgproces in beeld brengt. Zij wil starten met casussen waar sprake is geweest van meerdere behandelaars tijdens de opname. Er wordt verwacht dat de analyse een duidelijk beeld geeft van de communicatie en de loop van de behandeling. Dit om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te vergroten.

Door “Move your dot” worden interventies geadviseerd die gericht zijn op de grootste risicogroepen: de vitaal bedreigde patiënt, kwetsbare ouderen en de patiënt met kans op ziekenhuis infecties (CBO 2008). Binnen de tien landelijke thema's komen deze items ook terug. Door activiteiten te ontplooiën op de landelijke thema's kan verwacht worden dat dit positief uitwerkt op de HSMR. De deelname aan “Move your dot” is binnen de Gelre ziekenhuizen is gedaan door een specialist samen met een intensive care verpleegkundige en niet in gezamenlijkheid met andere vakgroepen. Dossieranalyse richt zich op het gehele zorgproces, om daaruit lering te trekken. De verbeter acties hebben dan ook invloed op andere vakgroepen. Nu de commissie patiëntveiligheid het initiatief heeft genomen om te starten met vier van de tien landelijke thema's wordt er structuur gebracht in de aanpak. De medewerker patiëntveiligheid heeft een coördinerende rol in dit geheel.

4.3.1 Verantwoording van de HSMR

Publiek en politiek is er veel belangstelling voor de HSMR, er wordt door de politiek aangedrongen op het openbaar maken van de HSMR. In verschillende landen om ons heen is de openbaarheid van de HSMR al een feit.

De HSMR wordt berekend voor de ziekenhuizen door Prismant, hiervoor worden de LMR cijfers gebruikt die ziekenhuizen zelf leveren. De validiteit van de HSMR is afhankelijk van de volledigheid van een juiste LMR (Kool et al 2007). De geïnterviewde arts van het medisch stafbestuur twijfelt aan de case mix correctie van de HSMR. De HSMR is daardoor volgens hem niet betrouwbaar voor externe vergelijking. Hij dringt erop aan dat de HSMR vooral gebruikt moet worden voor interne vergelijkingen.

“(...) volgens mij is dat [corrigeren volgens de case mix] statistisch gezien onmogelijk. Ze gebruiken een case mix en dat geeft een correctie. Epidemiologisch mag je dat helemaal niet doen zo want de er is verschil tussen de soorten ziekenhuizen. En daar kan je niet voor corrigeren.” Interview lid medisch stafbestuur 9 april 2009.

In de andere interviews werd de betrouwbaarheid en validiteit van de HSMR niet betwijfeld. Het merendeel van de geïnterviewden geeft aan dat zij de HSMR niet een meer delicate indicator vinden dan andere indicatoren. De HSMR is gezien het eindpunt wel de meest duidelijke voor hen. Het is wel een indicator waar je subtieler mee om moet gaan dan met andere indicatoren.

“Voor mij is dit [HSMR] niet delicates. Publiek gezien ligt dat natuurlijk altijd anders. We proberen een patiënt beter te maken en niet dood te laten gaan (...) Nee, juist niet ik vind dat je de HSMR moet weten, en als de uitkomst slechter is dan verwacht moet je je zorgen maken en daar wat mee gaan doen.” Interview intensivist 23 april 2009.

De medewerker van de dienst marketing vindt het vanuit marketing gedachte geen goede actie om de HSMR cijfers openbaar te maken, dit is negatieve publiciteit. Patiënten willen niet geconfronteerd worden met een kans op sterven als zij voor een behandeling naar een ziekenhuis moeten. Wel ziet de dienst marketing de HSMR als uitkomst waarmee je in overleg met de zorgverzekeraar kan gaan omdat het een graadmeter is over de verleende kwaliteit van zorg. Een lid van de commissie patiëntveiligheid is er pertinent op tegen dat de HSMR op een website wordt gezet. Het cijfer is volgens hem teveel afhankelijk van factoren zoals de case mix, het cijfer zegt patiënten niets. Het getal moet binnen het ziekenhuis bekend zijn en intern moet gekeken worden naar de trend en analyse gedaan worden naar de score. Volgens een intensivist kan de HSMR gebruikt worden als benchmark, om te kijken hoe de sterfte elders is. Als deze anders is moet de vraag zijn hoe dit komt en gekeken worden of er binnen de organisatie procesfouten zijn. De opvattingen over het openbaar

maken van de HSMR lopen dus uit een. Binnen het netwerk in de regio waarbij de Gelre ziekenhuizen zijn aangesloten is afgesproken de HSMR niet op eigen initiatief publiek te maken. De Gelre ziekenhuizen leveren jaarlijks gegevens voor de LMR, hieruit wordt de HSMR berekend. HSMR wordt bij Prismant opgevraagd. De HSMR binnen de Gelre ziekenhuizen is goed, er is sprake van een lage score. Publiek worden er discussie gevoerd om de HSMR in de publiciteit te brengen. Inmiddels zijn er in Nederland een aantal ziekenhuizen die hun sterftcijfer publiceren op de website. Het CBO (2008) heeft naar aanleiding van "Move your dot" geconcludeerd dat de HSMR geschikt is voor interne analyse en niet geschikt is voor het maken van rangordes onder ziekenhuizen. Kool et al. (2007) vinden de bezorgdheid over het publiek maken van de HSMR begrijpelijk. IGZ en Prismant zijn in overleg over de manier waarop. Samen met de ziekenhuizen zal een antwoord worden gezocht voor dit vraagstuk. De vraag dringt zich op of de HSMR publiek gemaakt moet worden en hoe zal dit gebeuren?

Binnen deze uiteen lopende meningen moet door de Raad van Bestuur een besluit genomen worden hoe in de toekomst omgegaan wordt met de verantwoording van de HSMR. Op dit moment vraagt de IGZ alleen participatie in de HSMR. De verwachting is echter dat het ministerie van VWS erop aanstuurt dat de HSMR openbaar zal worden. Voor de Gelre ziekenhuizen ligt het debat dan niet meer in wel of niet openbaar maken. Echter meer in de sfeer welke invloed heeft HSMR op onze reputatie als deze openbaar wordt. Algemeen geldt dat zorginstellingen steeds kritischer gevolgd worden met betrekking tot concrete prestaties. Zorginstellingen zouden een meer proactief beleid moeten ontwikkelen gericht op het informeren van de maatschappelijke omgeving (Walburg et al. 2006).

Het openbaar maken van de HSMR heeft een positieve of negatieve invloed op de reputatie van het ziekenhuis. Reputatie heeft invloed op een organisatie en in dit geval een ziekenhuis en de zorgprocessen. Reputatie geeft meer of minder maatschappelijk aanzien bij de verschillende belanghebbende zoals verwijzers, patiënten, medewerkers en andere stakeholders. Een ziekenhuis heeft een proactieve houding nodig om de reputatie op te bouwen en zichtbaar te maken (Power 2009, Lieshout 2004). Bewust omgaan met publiek verantwoord kan daar een onderdeel van zijn.

4.3.2 Voorwaarden om HSMR als sturing te gebruiken

Het meten van uitkomsten is in de eerste plaats van belang voor continue kwaliteitsverbetering. Het vertrouwen dat betrokkenen daarin hebben hangt af van de veiligheid en betrouwbaarheid waarin de uitkomsten worden besproken (Walburg et al. 2006). Het gebruik van de HSMR binnen de Gelre ziekenhuizen zal dan ook aan een aantal voorwaarden moeten voldoen. Een systeem waarin uitkomsten gebruikt worden als sturing heeft pas rendement als het verschil tussen de gestelde norm en resultaten zichtbaar worden. Er zal geanalyseerd moeten worden wat de oorzaken kunnen zijn waarna wordt

nagegaan welke mogelijkheden er zijn om tot een verbetering van de uitkomsten te komen. Levert deze verbetering niets op dan moet er gezocht worden naar een alternatief (Walburg et al. 2006). De verwachtingen van de geïnterviewde zijn: een discussie voeren of er op de HSMR uitkomst gestuurd kan en gaat worden en op welke wijze. Na deze discussie moet de informatie omtrent de HSMR duidelijk en inzichtelijk zijn voor het management. Om de HSMR een plaats te geven in de organisatie wordt op dit moment een commissie samengesteld die zal bestaan uit verschillende specialisten die dossieronderzoek gaan doen naar mogelijke fouten in het zorgproces. Een voorwaarde voor deze commissie is dat zij geautoriseerd wordt en structureel rapporteert aan de medisch stafbestuur. Met ondersteuning uit de organisatie met tijd, geld en middelen. Verder worden door de geïnterviewden nog meer verwachtingen geuit: dit zijn de meer “softe” maar niet minder belangrijke voorwaarden als de aandacht en erkenning die nodig is voor het werk dat gedaan wordt en voor de resultaten die bereikt worden. Maar ook het gevoel dat het een breed gedragen onderwerp is binnen de organisatie. Het gevoel samen de schouders eronder te zetten. Zoals een van de intensivisten het verwoordt:

“En ik vind het ook een verantwoordelijkheid van de specialist zelf, die is eindverantwoordelijk voor het zorgproces, is ook zorgverlener en het hoort bij zijn professionaliteit dat hij daar kritisch naar kijkt. Dat betekent ook dat het een verantwoordelijkheid is van de vakgroepen en van het medisch stafbestuur. Primair, alleen het ziekenhuis heeft daar natuurlijk ook een verantwoordelijkheid in. De IGZ vraagt erom, dus ik denk dat die [de organisatie] dan een rol hebben in de zin van ondersteuning, wat betreft financiën en secretariële ondersteuning.” Interview intensivist 28 april 2009.

Resumerend vinden alle geïnterviewden dat de HSMR gebruikt kan worden om intern te analyseren hoe een zorgproces verloopt om van daaruit verbeterpunten op te stellen. Met name door retrospectief te kijken naar zorgprocessen. Een aantal citaten hoe gekeken wordt door de geïnterviewde naar mogelijke sturing.

“...je moet er heel voorzichtig mee zijn om de HSMR in de afrekencultuur een plek te gaan geven. Als ze zeggen van: je hebt 10% meer sterfte dan gemiddeld in Nederland. Dat is niet voldoende. Het gaat natuurlijk om het hele onderliggende verhaal. Je moet het verhaal natuurlijk op de een of andere manier compleet maken. Ik denk wel dat het een aanwijzing moet zijn van hoe sturen we op onze processen en waar doen we dan blijkbaar niet voldoende om dat resultaat wel te halen. Het mag van mij wel een stimulans zijn om te gaan analyseren en naar verbeteringen te gaan zoeken.” Interview zorgmanager 16 april 2009.

“het ziekenhuis moet de ambitie hebben om het beste ziekenhuis van Nederland te worden en dat moet je op alle mogelijke manieren uitstralen vanuit de Raad van Bestuur. Dus als je een beleidsplan schrijft dan is de eerste zin over 5 jaar zijn wij het beste ziekenhuis van heel Nederland. Vervolgens ga je er over nadenken hoe je dat gaat doen en die sfeer moet er wel zijn.” Interview intensivist 14 april 2009.

“Het moet passen in ons integrale kwaliteitssysteem.” Interview medewerker patiëntveiligheid 9 april 2009.

“Ja, ik denk dat het een item van kwaliteit is, net zoals een item van kwaliteit is hoelang een patiënt in het ziekenhuis ligt, of hoeveel decubitus je hebt. Dat vereist dat er een jaarverslag moet zijn die is er al bij de meeste vakgroepen niet, dus je praat eigenlijk al over een situatie die nog niet eens gerealiseerd kan worden.” Interview Intensivist 23 april 2009.

Bovenstaande citaten geven een indicatie hoe er gekeken wordt naar de mogelijkheden om de HSMR uitkomst te gebruiken als instrument om op te sturen. Duidelijk is dat de geïnterviewden niet sec alleen sturing willen zien op een getal maar op het gehele proces. Deze proces benadering lijkt hét instrument te zijn waarmee een initiatief tot sturing valt of staat. De HSMR zal tot kwaliteitsverbetering leiden als ziekenhuizen met een hoog cijfer zorgprocessen analyseren en daar waar nodig verbeteringen implementeren. Elke evaluatie en verbetering van processen zou tot verbeterde kwaliteit moeten leiden (Voort en de Jonge 2007).

De realisatie van gestelde doelen hangt samen met het kennen van deze doelen, het mee ontwikkelen van de doelen en de mate waarin medewerkers door hun leidinggevende ondersteund worden in termen van middelen, processen en systemen (Walburg et al. 2006). Voorwaarden die gesteld kunnen worden op basis van de interviews zijn: structurele aanpak waarbij gebruik gemaakt wordt van de PDCA-cyclus. De commissie die zich met dossieronderzoek gaat bezighouden vanuit de organisatie te faciliteren met middelen (zoals secretariële ondersteuning, ICT, budget). De HSMR is net als alle andere prestatie-indicatoren onder te brengen in het kwaliteitsmanagement systeem dat in ontwikkeling is. En binnen patiëntveiligheid aandacht blijven geven aan de vermijdbare schade aan de patiënten en dit breed uitdragen naar de werkvloer.

Volgens Borghans et al. (2008) is de HSMR statistisch een valide indicator voor kwaliteit van zorg. De belangrijke voorwaarden waaraan een ziekenhuis moet voldoen zijn volgens hen: deelname aan de LMR, geregistreerde data moet voldoende kwaliteit hebben, de niet te klein aantal verwachte sterfgevallen van het ziekenhuis, voldoende sterfte die binnen de vijftig diagnosegroepen vallen en het ziekenhuis heeft een casemix die niet te veel van het landelijke gemiddelde afwijkt. Gezien de deelname aan het “Move your dot” project en het feit dat de HSMR jaarlijks wordt opgevraagd kan aangenomen worden dat de Gelre ziekenhuizen aan bovenstaande voorwaarden voldoet. Wanneer een ziekenhuis de HSMR wil gebruiken moet zij deze interpreteren en kunnen gebruiken voor verbetering. Vervolgens zal een keuze gemaakt moeten worden op welke wijze de HSMR analyse ingevuld wordt, waarna de gekozen verbeterpunten projectmatig aangepakt worden. De gerealiseerde verbeteringen moeten onderdeel worden van de normale werkwijzen en procedures (Borghans et al. 2008). Bovenstaande werkwijze zoals voorgesteld door Borghans et al.

(2008) kan door de Gelre ziekenhuizen gebruikt worden bij het werken met de HSMR. Ook de ervaringen met het “Move your dot” kunnen een waardevolle bijdrage leveren bij het dossieronderzoek.

Bij de algemene prestatie-indicatoren bleek dat dit gepaard is gegaan met het opzetten van andere organisatorische structuren, zoals het installeren van een werkgroep en het koppelen van informatiesystemen. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van een ander type deskundigheid waar het gaat om de inhoudelijke interpretatie van gegevens. Bij de implementatie van de HSMR als indicator kan gebruik gemaakt worden van de ervaringen die opgedaan zijn met de algemene indicatoren.

4.4 De onbedoelde invloed van de HSMR op de organisatie

In deze paragraaf wordt gekeken; *Welke onbedoelde invloed kan de HSMR hebben binnen de organisatie?* Zoals eerder is beschreven kunnen het gebruik van prestatie-indicatoren leiden tot ander gedrag zoals gamen of fraude.

Tijdens de data verzameling waren de meningen over de onbedoelde invloed van de HSMR zeer uiteenlopend. De medewerker patiëntveiligheid kon niet aangeven wat zij kon verwachten, de HSMR cijfers van de Gelre ziekenhuizen zijn zeer gunstig. Naar haar verwachting voelt daarom niemand de behoefte deze mooier te presenteren dan ze al zijn.

De arts van de medische stafbestuur geeft aan dat extra nadruk op de HSMR mogelijk het gevolg heeft dat patiënten met een hoog risico om te sterven geweerd zullen worden. Deze mogelijkheid op selectie bij hoog risico patiënten wordt ook in studies benoemd (Lilford et al. 2004).

“Je moet heel erg oppassen dat je niet patiënten afstoot die mogelijk een hoog risico hebben om te sterven. Dat is het belangrijkste. Je kunt weinig sjoemelen met sterftcijfers, dat is mooi het is een hard eindpunt. Ik denk niet dat wij mensen weren die mogelijk dood kunnen gaan.” Interview lid medisch stafbestuur 9 april 2009.

Voor een mogelijk ongewenst effect van de HSMR kan gekeken worden naar een praktijkervaring met andere indicatoren stelt een lid van de commissie patiëntveiligheid.

“ Als je kijkt naar de algemene indicatoren is het zo dat je heel erg gaat focussen op die ene indicator. Dat is bij ons bijvoorbeeld de tijd tussen binnen komst van de patiënt met een Cerebraal vasculair accident (CVA) en het moment dat er trombolysen wordt toegediend (...) er moet best veel gebeuren. Het kost ons veel tijd de focus ligt hierop (...). Mensen gaan denken als we die dingen maar goed doen dan gaat de rest ook wel goed. Ik denk dat, dat nadelen oplevert.” Interview lid commissie patiëntveiligheid 28 april 2009.

Gaming, fraude en tunnelvisie bij het gebruik van prestatie-indicatoren zijn verschijnselen die voorkomen (Lilford et al. 2004). Bij het borgen van prestatie-indicatoren zal hiervoor

aandacht nodig zijn zodat hiervoor geen ruimte is. In de literatuur (Bevan et al 2006, Lilford et al. 2004) wordt gesproken over gaming, tunnelvisie en fraude bij het gebruik van prestatie-indicatoren. Binnen de Gelre ziekenhuizen zijn er nog geen ervaringen met de HSMR. Daarom is gekeken naar een voorbeeld met andere indicatoren. Het blijkt dat een tunnelvisie denkbaar is zoals blijkt uit het gegeven voorbeeld over trombolysie bij CVA patiënten. In Nederland is de HSMR nog relatief nieuw, het is afwachten of dezelfde effecten waarneembaar zullen zijn.

In het buitenland zijn gevallen bekend waarbij sprake is van risicoselectie (Lilford et al. 2004). Ook imago schade voor ziekenhuizen door het presenteren van niet betrouwbare cijfers komt voor (Lilford et al. 2004). Uit dit onderzoek komt niet naar voren dat de medische staf 'open staat' voor risico selectie. De Gelre ziekenhuizen heeft wat betreft ligging een regiofunctie waardoor afstoten van hoog risico patiënten moeilijker wordt dan in een omgeving waar ziekenhuizen dichtbij elkaar staan. Wat betreft de relatie tussen geografische ligging en risicoselectie is geen evidentie gevonden in de literatuur.

5. Discussie en Conclusie

In dit hoofdstuk worden de conclusies ten aanzien van de onderzoeksvraag besproken en wordt een aantal aanbevelingen gedaan ten aanzien van de organisatie. In het eerste deel worden de antwoorden per deelvraag beschreven. Het tweede deel geeft een algehele conclusie. In de derde paragraaf worden aanbevelingen gedaan richting de Gelre ziekenhuizen. Ook wordt hier de beperkingen van het onderzoek beschreven.

5.1 Bespreking aan de hand van de deelvragen

Welke rol spelen de uitkomsten van prestatie indicatoren in het algemeen bij het beleid?

Uit het onderzoek komt duidelijk naar voren dat de prestatie-indicatoren gaandeweg worden geïmplementeerd waarbij een duidelijke visie en doordenking hoe een en ander het meest effectief kan worden opgepakt, bijvoorbeeld een projectstructuur, ontbreekt. De concrete rol die de uitkomsten van prestatie-indicatoren spelen bij het algemeen beleid in het ziekenhuis is dan ook moeilijk aan te geven. Omdat ze nog niet integraal samenhangend in het beleid van het ziekenhuis, van bestuurlijke top tot operationele kern, zijn ingebed in een op output gericht kwaliteitssysteem. Op sommige indicatoren lijkt wel gestuurd te worden door er normen aan te hangen (zoals bij decubitus en ondervoeding) of door sterk te focussen op bepaalde indicatoren. Hierdoor is het moeilijk na te gaan of een prestatie-indicator een uitkomst is van bewust gestuurd beleid of een toevallige uitkomst is. Gezien de wijze waarop en de mate waarin prestatie-indicatoren zijn ingebed in het totale kwaliteitsbeleid en kwaliteitsdenken van bestuur tot medewerkers. Hieruit kan niet anders geconcludeerd worden dat de prestatie-indicatoren een min of meer “toevallige” uitkomst is van een niet bewust gestuurd en operationeel gedragen beleid. Het gebruik van de prestatie-indicatoren heeft binnen de organisatie gezorgd voor de bewustwording dat een integraal kwaliteitssysteem nodig is. Wolersheim et al. (2006) geeft aan dat een goed functionerend kwaliteitssysteem nodig is om prestatie-indicatoren te gebruiken in beleidsvoering.

Op welke wijze heeft het thema patiëntveiligheid binnen de organisatie gestalte gekregen?

De patiëntveiligheid binnen de organisatie heeft op verschillende manieren gestalte gekregen en dient nog verder te worden uitgewerkt. Wat uit de interviews naar voren komt is het beeld van een ambitieuze doelstelling op het gebied van patiëntveiligheid. Echter de vertaling van die ambitieuze doelstellingen in concrete samenhangende acties om tot een concreet resultaat te komen ontbreekt. De patiëntveiligheid heeft gestalte gekregen door: VMS invoeren waarvan VIM een onderdeel is daarnaast is de keuze gemaakt voor vier thema's uit de landelijke lijst van tien thema's. Een commissie is gevormd om dit geheel handen en voeten te geven. Bij het VIM is in een pilot opgezet waarvan het resultaat is

uitgerold over de gehele organisatie. Voor het overige valt op dat de structuur en werkwijze om de ambitieuze doelstellingen te realiseren onduidelijk is ook daar waar het de facilitaire ondersteuning betreft. De implementatie van het VIM zou binnen de organisatie als voorbeeld kunnen dienen om andere projecten in te voeren. Het functioneren van de commissie patiëntveiligheid wordt belemmerd door de waan van de dag waardoor het geheel niet goed uit de verf kan komen. Het valt op dat het geheel binnen de bestuurlijke laag uitgewerkt wordt. De daadwerkelijke invulling door de professionals ontbreekt breed in de organisatie. Het bovenstaande leidt tot de conclusie dat de wijze waarop patiëntveiligheid vorm krijgt wel in aanvang centraal wordt opgepakt door een commissie maar dat het verdere vervolg nu nog een sterk incrementeel karakter heeft.

Hoe kan de HSMR uitkomst gebruikt worden door de Raad van Bestuur, staforganen, zorgbestuurder en professionals binnen het ziekenhuis?

Uit de diverse gesprekken waarin dit item aan de orde is geweest, wordt aangegeven dat de HSMR een goede indicator is voor intern gebruik. Met name om retrospectief een integraal zorgproces te analyseren, daar verbeter punten uit te halen en te implementeren in het zorgproces. De wijze waarop dit moet gebeuren is onduidelijk en past in het beeld hoe implementatie van andere indicatoren is verlopen. De Raad van Bestuur lijkt zich vooral te richten op de bekendmaking van de HSMR en de implicaties die de bekendmaking zal hebben. Ook de staforganen lijken hier oog voor te hebben. Dat zorgen om imago en reputatie belangrijk is bij kwaliteitsverbeteringen wordt ook geconcludeerd door Wollersheim et al. (2006). Zij geven aan dat het publiceren van gegevens vooral lijkt te leiden tot kwaliteitsverbeteringen, als het imago of reputatie van het ziekenhuis kan worden aangetast. Bij de professionals en het zorgbestuur wordt de meerwaarde van intern gebruik benadrukt maar dat extern gebruik in benchmarking alleen kan als de naar buiten gebrachte cijfers valide en betrouwbaar zijn. Indicatoren maken problemen in zorgprocessen zichtbaar, waarna deze zorgprocessen indien nodig bijgesteld kunnen worden (Berg et al. 2005). De interne bruikbaarheid staat of valt met het gezamenlijke belang. Net als bij andere indicatoren lijkt de invloed van de IGZ meer bepalend te zijn om deze indicator te gebruiken dan de collectieve overtuiging binnen de organisatie dat het aan zichzelf verplicht is haar zorgprocessen kritisch te analyseren en te monitoren.

Welke onbedoelde invloed kan de HSMR hebben binnen de organisatie?

Uit de gesprekken komen diverse zaken naar voren. De medewerker patiëntveiligheid geeft aan dat zij niet weet wat zij daarbij kan verwachten. Professionals geven aan dat extra nadruk op HSMR kan leiden tot hoog risico selectie. Dit onbedoelde effect wordt ook in de literatuur beschreven. Tenslotte wordt gewezen op het risico de focus te leggen op het getal van de indicator. Het risico is dat verondersteld wordt dat het zorgproces goed is als de cijfers gunstig zijn.

5.2 Algehele conclusie

In deze paragraaf staat de beantwoording van de hoofdvraag centraal. De gehanteerde vraagstelling voor dit onderzoek is: *Onder welke voorwaarden kan de HSMR worden gebruikt bij het formuleren van patiëntveiligheidsbeleid binnen een ziekenhuis?*

De HSMR is als indicator bruikbaar, mits deze wordt toegepast als prikkel om het gehele zorgproces intern te analyseren. De huidige HSMR kan nog niet gebruikt worden voor vergelijking tussen ziekenhuizen. De HSMR kan wel gebruikt worden voor interne analyse en vooral gebruikt voor dossieranalyse ongunstige gebeurtenissen bij een onverwacht hoge sterfte (den Ouden 2008).

Het ontbreken van structuur en visie hoe de HSMR gebruikt kan worden binnen de Gelre ziekenhuizen zullen de daadwerkelijke invulling bemoeilijken. De HSMR zou binnen het integrale kwaliteitsmanagement systeem, dat op dit moment in ontwikkeling is, ingepast moeten worden. Zoals Borghans et al. (2008) adviseren is het belangrijk een duidelijke keuze te maken op welke wijze de HSMR geïmplementeerd kan worden als indicator. De werkwijze moet een cyclisch proces waar de verantwoording duidelijk is. Volgens Walburg et al. (2006) draait het voortdurend om het verbeteren van zorguitkomsten en evidence based zorgprocessen. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg binnen de instelling. Hiervoor heeft de Raad van Bestuur vanuit het operationele niveau terugkoppeling nodig zodat deze beschikt over een actuele stand van zaken. De verschillende betrokkenen binnen de organisatie (professionals, managers) handelen vanuit een eigen perspectief en kennis. Hierdoor geven zij allen op een andere wijze invulling aan het ontwikkelen van zorgverbeteringen (van Dalen 2007). Daarom is het van belang om in gezamenlijkheid te werken aan een veilig en betrouwbaar zorgproces dat de HSMR laag houdt. Breed gedragen beleid in de instelling vanaf de bestuurlijke top tot op de werkvloer waar het primaire proces zich afspeelt. Walburg et al. (2006) geven aan dat uitkomstenmanagement uiteindelijk zichtbaar moet worden in het gedrag en de werkwijze van de individuele professional. Bij het managen van zorguitkomsten gaat het erom in gezamenlijkheid overeenstemming te ontwikkelen over verwachtingen en doelen. Het managen van zorguitkomsten richt zich op de resultaten, maar het gaat ook over processen en competenties van mensen (Walburg et al. 2006). De bewustwording moet gebracht worden in het operationele proces. Bij het daadwerkelijk implementeren van de HSMR dient de Gelre ziekenhuizen te faciliteren in middelen zoals tijd, geld en ICT ondersteuning, dit is in overeenstemming met de hier bovenstaande bevindingen van Walburg et al (2006). De organisatie dient het HSMR cijfer met een sterfteprofiel (dat inzicht geeft in de SMR's van de vijftig CCS-groepen) op te vragen bij Prismant (Borghans et al. 2008). Erkenning, aandacht en in gezamenlijkheid (van top tot werkvloer) zoeken naar de verbindingen kunnen zorgen voor een transparante en heldere aanpak teneinde te zorgen voor patiëntveiligheid.

5.3 Aanbevelingen

De aanbevelingen voor de Gelre ziekenhuizen zijn de volgende:

De Raad van Bestuur wordt geadviseerd:

- een duidelijke visie op het gebruik van indicatoren in zijn algemeenheid en de HSMR in het bijzonder te ontwikkelen en zichtbaar uit te dragen binnen de organisatie.
- een onafhankelijke commissie voor dossier onderzoek te installeren, bestaande uit specialisten vanuit snijdend en beschouwende specialismen aangevuld met twee gespecialiseerde verpleegkundigen of nurse practitioners.
- duidelijkheid te creëren rond de taken en bevoegdheden van de commissie patiëntveiligheid. Waarbij het accent ligt op coördinatie, en het inbrengen van de HSMR in het integrale kwaliteitssysteem. Daarnaast een duidelijke afbakening van taken tussen dit staforgaan en de zorgbesturen aan te brengen.
- de zitting van het lid van de Raad van Bestuur in de commissie patiëntveiligheid te continueren.

De Commissie patiëntveiligheid wordt geadviseerd:

- coördinerend op te treden bij het implementeren van verbeterpunten die voortkomen uit de analyse van de commissie dossieronderzoek.
- een adviserende rol te hebben op gebied van patiëntveiligheid naar de zorgbesturen, en deze rol te expliciteren. En te streven naar een goede onderlinge betrekkingen.

De Commissie dossieronderzoek wordt geadviseerd:

- een profiel te maken voor overleden patiënten van wie het dossier onderzocht gaat worden. Te denken valt aan leeftijd, aandoening en complexiteit van de zorg et cetera.
- vanuit het dossieronderzoek terugkerende problemen te signaleren, te rapporteren en aanbevelingen te doen naar de commissie patiëntveiligheid.
- hun bevindingen te rapporteren. De frequentie van rapportage zal tenminste twee keer per jaar moeten zijn. Bijvoorbeeld in de vorm van een mini symposium waarvoor medici, paramedici en verpleegkundigen worden uitgenodigd. Tijdens dit symposium kan de commissie haar bevindingen rapporteren en een casus gebruiken voor een necrologie bespreking.

De zorgbesturen worden geadviseerd:

- te rapporteren wat de stand van zaken is bij verbeterpunten die de commissie patiëntveiligheid heeft aangedragen naar de Raad van Bestuur.
- Een plan van aanpak te maken om patiëntveiligheid te borgen in het primaire proces.

5.4 Beperkingen van het onderzoek

De onderzoeker werkt in het ziekenhuis waar het onderzoek plaatsvond. Het benaderen van respondenten was hierdoor relatief makkelijk. De bekendheid met de organisatie en de cultuur kan een rol spelen bij de wijze waarop er gekeken werd naar de gegevens die verstrekt werden en de interpretatie hiervan.

Bij het selecteren van de respondenten is gekozen om dit zo breed mogelijk binnen de organisatie te doen. De tien respondenten kunnen wel representatief zijn voor een deel van de opvattingen maar kunnen niet gegeneraliseerd worden voor alle medewerkers in het ziekenhuis.

Tijdens dit onderzoek werd duidelijk dat de HSMR niet geldt voor alle afdelingen en hierdoor meer of minder speelt binnen zorggroepen. De HSMR speelt nauwelijks in de zorggroep waarin relatief veel poliklinieken zijn opgenomen en daar waar minder hoog risico zorg verleend wordt. Andere indicatoren om te gebruiken bij sturing zijn dan nodig.

De HSMR is een relatief nieuwe indicator en binnen de Gelre ziekenhuizen is men nog zoekende hoe deze gebruikt kan worden. Na invoering van de HSMR kunnen inzichten veranderen.

Dit onderzoek heeft alleen binnen de Gelre ziekenhuizen plaatsgevonden, daardoor is dit een beperkt onderzoek. De onderzoeksresultaten kunnen niet gegeneraliseerd worden naar andere vergelijkbare ziekenhuizen. Echter een aantal elementen uit dit onderzoek kunnen wel goed gebruikt worden in andere vergelijkbare ziekenhuizen. Het betreft elementen die samenhangen met de wijze van implementatie van de HSMR. Hierbij valt te denken aan: visie, structuur, verantwoording, faciliteiten en het nastreven van een gezamenlijke aanpak.

5.5 Vervolgonderzoek

Als de HSMR is geborgd in de Gelre ziekenhuizen en verschillende acties zijn ingang gezet, zou een vervolg onderzoek kunnen plaatsvinden. In dit vervolg onderzoek zal gekeken kunnen worden naar de effecten van dossieronderzoek op de HSMR en de relatie met de kwaliteit van zorg. Tevens kan er onderzocht worden of er door de lering die getrokken kan worden uit dossieranalyse minder complicaties en calamiteiten worden gemeld.

Literatuurlijst

Baarda, D.B., M.P.M. de Goede & J. Teunissen. 2005. *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Tweede geheel herziene druk. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff b.v.

Bal, R. 2008. 'Sturing in tijden van marktwerking.' Oratie. Rotterdam: Erasmus MC.

Dalen van, A. 2007. *Het kan anders en het werkt*. Esdégé-Reigersdaal: kiezen voor anders besturen. Amsterdam.

Ballas, A. & H. Tsoukas. 2004. 'Measuring Nothing: The Case of the Greek National Health System.' *Human Relations* 5: 661-690.

Berg, M. 2001. 'Kaf en koren van kennismangement; Over informatietechnologie, de kwaliteit van zorg en het werk van de professionals.' Inaugurale rede.

Berg, M. & W. Schellekens. 2002. 'Paradigma's van kwaliteit: De verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren.' *Medische Contact* 57(34):1203-1205.

Berg, M. et al. 2005. *Feasibility first: Developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch Hospitals*. *Health Policy* (75): 59-73.

Bevan, G. & C. Hood. 2006. What 's measured in What matters: Targets and Gaming in the English Public Care System. *Public Administration* 84 (3): 517-538.

Bovens, M., T. Schillemans & P. 't Hart. 2008. 'Does Public Accountability Work? An Assessment Tool.' *Public Administration* 86 (1): 225-242.

Borghans, H.J., D. Pieter, J.A.H.J. Hoenen en R.B. Kool. 2008. *De toepasbaarheid van de HSMR in het toezicht van de IGZ*. Utrecht; Prismant

Dijk van, F.E. 2005. 'Wat is de beste IC van Nederland? Kwaliteitsindicatoren: voor u, de patiënt of de media?' *Kritiek* 23 (1): 23-27.

Elsen van den, W. 2008. 'Geen warm onthaal voor de HSMR, Angst voor de uitslag.' *Zorgvisie magazine* 6: 14-16.

Geelkerken, B. 2008. Een onrijp instrument. Sterftcijfer niet geschikt als maat voor ziekenhuis kwaliteit. *Medische Contact* 63 (9): 370-375.

Gelre ziekenhuizen. 2007. Jaardocument 2006. Apeldoorn.

Gelre ziekenhuizen. 2008. Jaardocument 2007. Apeldoorn.

Gelre ziekenhuizen. 2009. Jaardocument 2008. Apeldoorn.

Griffin F.A., R.K. Resar. 2007. *IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.

Grol R. 2001 Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, prayer profit, and patient satisfaction. *Jama* 286 (20): 2578-2585.

- Haec, Jan. 2004. Langs de meetlat. *Medisch Contact* 32/33:1254-1257.
- Harteloh, P.P.M. & A.F. Casparie. 1991. *Kwaliteit van zorg. Van zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak. Vierde herziene druk. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg.*
- Hartwood, M., R. Procter, M. Rouncefield & R. Slack 2003. 'Making a Case in Medical Work: Implications for the Electronic Medical Record.' *Computer Supported Cooperative Work* 12: 241-266.
- IGZ. 2008. *Indicatoren Veiligheidsprogramma voor ziekenhuizen Bassisset 2009.* Utrecht.
- Kamer 'Inzage in sterftecijfers' [Dagblad]. *Brabants Dagblad*, 01-12-2008
- Kool, T. , A. van der Veen en G. Westert. 2007 Sterfte maat is valide instrument. *Medische contact* 62 (50): 2090-2091.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. 2008. *Ziekenhuismortaliteit nader bekeken. Belangrijkste bevindingen en conclusies van de pilot-project "Move Your Dot".* Utrecht.
- Lieshout, M. en C. van Woerkom. 2004. *In relatie tot reputatie. Reputatiemanagement en voedselveiligheid.* Universiteit Wageningen.
- Lilford, R., A.M Mohammed, D. Spiegelhalter, R. Thomson. 2004. Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. *Lancet* 2004 (363): 1147-1154.
- Mainz, J. 2003. 'Defining and classifying clinical indicators for quality improvement.' *International Journal for Quality in Health Care* 15 (6): 523-530.
- Ouden den, A. L., Nugteren, W. A. H., Haec, J., & van den Berg, J. M. J. (2008). 'Sterftecijfer niet afserven.' *Medisch Contact* 63(13): 561.
- Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO). 2005. *Advies onderzoek Patiëntveiligheid. Publicatie 48.* Den Haag.
- Overheid.nl. 2009. *Wet en regelgeving.* [internet]. Rijksoverheid, 01-05-2009 [aangehaald op 13 mei 2009]. Bereikbaar op http://wetten.overheid.nl/BWBR0005252/geldigheidsdatum_01-05-2009
- Poppel, T. 2005. *Kwaliteitszorg binnen MCH. "Zonder goede borging, verslapt de aandacht"* *Zorgmanagement* 2005 (3): 23-26.
- Power, M., T. Sheijtt, K. Soen en K. Sahlin. 2009. Reputational risk as a logic of organizing in late modernity. *Organisation studies*; 30 (301): 301-324.
- RVZ. 2009. *Governance en kwaliteit van zorg.* Den Haag.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. 2009. *Aanhangsel van Handelingen 1421.* [aangehaald op 18-2-2009]. Bereikbaar op <http://static.ikregeer.nl/pdf/KVR34871.pdf>
- Voort van der, P & E. de Jonge. 2007. 'Sterfte als maat voor kwaliteit. Ziekenhuisstrefte als indicator nog niet betrouwbaar.' *Medisch contact* 61 (43): 1766-1767.

VWS. 2009. *Kwaliteit van de zorg. Kwaliteitsprogramma's* [internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 5-2-2009 [aangehaald op 14-2-2009]. Bereikbaar op http://www.minvws.nl/dossiers/kwaliteit_van_de_zorg/voor-zorgprofessionals/kwaliteitsprogrammas/:

VMS veiligheidsprogramma's. 2009. *Voorkom schade, werk aan patiëntveiligheid in ziekenhuizen* [internet]. [aangehaald op 25-5-2009]. Bereikbaar op: <http://www.vmszorg.nl/4430/Veiligheidsprogramma.html>

Walburg J, H. Bevan, J. Wilderspin & K. Lemmers. 2006. *Performance management in health care*. Oxfordshire: Routledge.

Wiener, C. 2004. Holding American hospitals accountable: rhetoric and reality. *Nursing inquiry*; vol. 11: (2) pag. 82-90.

Bijlage

Bijlage 1 Vragenlijst voor de interviews

Interview

Hoofdvraag;

Onder welke voorwaarden kan de HSMR worden gebruikt bij het formuleren van patiëntveiligheid in het ziekenhuis.

Introductie:

- Uitleg onderzoek en vragen toestemming voor maken geluidsopnamen
- Wat is uw taak in relatie tot de prestatie-indicatoren van de Inspectie?

Rol van de uitkomsten van prestatie-indicatoren:

- Zijn de prestatie-indicatoren van de IGZ belangrijk voor het ziekenhuis? Waarom
- Welk belang hecht u aan de prestatie-indicatoren?
- Hoe ziet u de invloed van deze PI terug in het beleid.
- Wat merkt (u als) de professional er van? Hebben de prestatie-indicatoren geleid tot aanpassingen in het primaire proces? Bijvoorbeeld: andere werkwijzen, protocollen, nieuwe taken

Organisatie dataverzameling voor externe verantwoording:

- Hoe is het data verzamelingproces voor externe verantwoording georganiseerd?
(beschrijving van proces) Wat is uw rol hierin? Worden er cijfers gebruikt bij terug koppeling?
- Wie verzamelt de gegevens en wie analyseert de gegevens?

Patiëntveiligheid is en "hot-item" opgelegd door de IGZ op welke wijze krijgt dit nu vorm binnen de Gelre? Nu ook veel aandacht voor de sterfte cijfers.

- Welke (on)gewenste effecten heeft verantwoording afleggen in de zin van indicatoren voor de organisatie? Wat als deze toch wat gevoelige info naar buiten gaat? Beoordeling op 1 item media vergroot vaak de meest gevoelige info uit.
- Welke veiligheidssystemen of – programma's zijn er in het ziekenhuis?
- Worden de prestatie-indicatoren gebruikt binnen deze veiligheidssystemen of programma's?

Hoe kijkt u aan tegen een uitkomsten indicatoren zoals sterfte? Wat denkt u dat deze indicator voor de Gelre kan betekenen?

- Hoe zin vol is een HSMR cijfer voor een organisatie?
- Zet het behalve patiëntveiligheid nog andere items op de agenda.
- Zou u de HSMR openbaar willen maken binnen en of buiten het ziekenhuis? Zijn hier voorwaarden aan verbonden?

- In welke vorm zou HSMR als uitkomst besproken dienen te worden (intercollegiaal, of bij jaargesprekken)
- Kunnen zorgbesturen betrokken worden bij het risicomanagement door bijvoorbeeld jaargesprekken waarin de prestatie van de verantwoordingsgebieden worden besproken? Kan de HSMR hierin een zinvolle bijdrage leveren?

Afsluiten

- Bedanken voor interview evt. bij vragen nog even contact opnemen?