

**Masterscriptie Zorgmanagement**

# **Verantwoordelijkheden rond vermijdbare sterfte**

*Een onderzoek naar de bijdrage van de HSMR in de analyse van vermijdbare  
sterfgevallen in het Kennemer Gasthuis te Haarlem*

**Rosalie (R.S.) Koliijn**  
271657

Begeleider: Prof. Dr. R.A. Bal

Meelezer: MA. S. Jerak-Zuiderent

Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg  
Erasmus Universiteit Rotterdam

juli 2009



## Voorwoord

---

Deze scriptie is een weergave van het afstudeeronderzoek voor de Master Zorgmanagement. Met dit onderzoek wordt de tweejarige studie afgerond. Ik heb met veel plezier de studie gevolgd ondanks dat het in combinatie met werk en privé soms best behoorlijk aanpoten was.

De afgelopen periode heb ik met veel interesse en plezier onderzoek gedaan naar de organisatie van het registratieproces en de rol van de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) in de toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte. 'De HSMR zet de werkelijke sterfte in een ziekenhuis af tegen de sterfte die op basis van de patiëntkenmerken werd verwacht. Het is daarmee een indicator voor potentieel vermijdbare sterfte' (PraktijkIndex 2009). In dit onderzoek hebben de thema's informatiemanagement en verantwoordelijkheid centraal gestaan. Het onderzoek biedt inzicht in het registratieproces dat vooraf gaat aan de HSMR en het geeft tevens zicht op de uitkomsten van de HSMR. De toedeling van verantwoordelijkheid in de organisatie van het registratieproces en de toedeling van verantwoordelijkheid voor mortaliteit (sterfte) zijn onderzocht. Hopelijk kunnen de resultaten van dit onderzoek een bijdrage leveren aan de maatschappelijke discussie over de waarde van de HSMR als prestatie-indicator om op basis van deze indicator de verantwoordelijkheid voor sterfte toe te bedelen en de uitkomsten te verantwoorden.

Graag wil ik iedereen bedanken die een bijdrage heeft geleverd aan dit onderzoek en aan het slagen van mijn studie. Allereerst wil ik mijn scriptiebegeleiders Roland Bal en Sonja Jerak-Zuiderent bedanken voor hun ondersteunende en stimulerende begeleiding. Deze begeleiding heeft mij de inspiratie en motivatie gegeven om deze scriptie te schrijven. Telkens wanneer ik vastliep, kon ik door jullie heldere feedback de draad weer oppakken en alles vanuit een nieuw perspectief bezien. Roland en Sonja, ik heb jullie begeleiding als zeer prettig ervaren.

Ook wil ik het Kennemer Gasthuis bedanken voor de gastvrijheid en openheid. Door jullie heb ik de kans gekregen mijn theoretische inzichten te vergelijken met de praktijk. Dank aan alle respondenten voor hun medewerking en tijd.

Tot slot wil ik nog mijn familie, vriend, vrienden, collegae en medestudenten bedanken voor alle interesse in de voortgang van de studie en het aanhoren van al mijn ervaringen. Door jullie heb ik steeds weer de moed gevonden om door te zetten.

## Samenvatting

---

De veranderingen in het zorgsysteem hebben geleid tot een toenemende vraag naar transparantie over de prestaties in de zorg en het verlangen naar een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg. Dit roept de vraag op hoe verantwoordelijkheidsverdeling in ziekenhuizen geregeld is en welke rol prestatie-indicatoren hierin spelen. De Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) is één van de prestatie-indicatoren die opgenomen is in de basisset van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die in 2010 gepubliceerd zal worden. De HSMR geeft een indicatie van het aantal vermijdbare sterfgevallen in een ziekenhuis. De toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte leidt tot veel discussie. In deze afstudeerscriptie is dan ook onderzocht welke bijdrage de HSMR kan leveren in deze discussie over de toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte in ziekenhuizen? De hoofdvraag luidde; *'Hoe is het registratieproces rondom de HSMR georganiseerd en welke rol speelt de HSMR in de toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte ?'*

Om de hoofdvraag te beantwoorden is kwalitatief onderzoek gedaan in het Kennemer Gasthuis (KG) te Haarlem. Dit is een topklinisch opleidingsziekenhuis. Om de data voor het onderzoek bijeen te krijgen is gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews en observaties van het registratieproces.

Uit dit onderzoek blijkt dat het registratieproces rondom de HSMR sneller kan verlopen en dat de beschikbaarheid, tijdigheid en volledigheid van informatie tekort schiet. Ook worden 'palliatieve' patiënten verkeerd geregistreerd en verloopt de informatie overdracht niet altijd vlekkeloos. Hierdoor raakt de uiteindelijke HSMR uitkomst vervuild. Real Time Monitoring (RTM) is het systeem waaruit de HSMR uitkomst voortkomt. Gebleken is dat de implementatie van RTM een lage prioriteit heeft en dat weinig tot niets met de HSMR uitkomst gedaan wordt. De toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte blijkt erg lastig door het gedrag van de medisch specialist, de heersende normen en waarden en de gebrekkige communicatie rondom sterfte en het erkennen van fouten.

Geconcludeerd kan worden dat de HSMR in het KG op dit moment geen rol speelt in de toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte. Hierin wordt van de HSMR in de toekomst echter een grote bijdrage verwacht door het zichtbaar maken van oorzaken voor sterfte en het openbreken van beperkende factoren rondom sterfte, zoals heersende normen en waarden, gedrag en communicatie, door het verschaffen van objectieve waarden.

Voorwaarden voor succesvolle invoering van de HSMR zijn correcte en tijdige data invoer, een implementatieteam waar een voorbeeldwerking van uit gaat, een open bedrijfscultuur waarin men elkaar kan, mag en durft aan te spreken op de uitkomsten van de HSMR en tot slot een leiding die in de visie, missie, normen en waarden en budget het streven naar continue kwaliteitsverbetering en een lerende organisatie centraal stelt;

Dan kan de HSMR als interne prestatie-indicator daadwerkelijk bijdragen in het makkelijker maken van de toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte.

## Summary

---

Changes in our healthcare system are driving an increasing demand for transparency throughout the sector. Areas for improvement are i.e. performance measurement, quality indicators and transparency in individual tasks, accountabilities and responsibilities. An important contribution is expected from benchmarking and performance indicators.

The Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) is one of the performance indicators which will be included in the set of basic indicators of the Healthcare Inspectorate. This set is to be published in 2010. The HSMR indicates the number of mortalities in hospitals that could have been avoided. Obviously the responsibility and accountability for avoidable mortality is a controversial issue. This thesis focuses on the possible contribution of HSMR's in the discussion on sharing responsibilities for avoidable mortalities in hospitals. Data collection on mortalities is important and conditional for the production of HSMR's. The central hypothesis is: *"How is the data collection for HSMR's organized and which role does the HSMR's play in responsibilities and accountabilities for avoidable mortalities in hospitals?"*

To answer this question, a qualitative study was undertaken in the Kennemer Gasthuis (KG) in Haarlem. This hospital is well known for its high standards in research and education. Data collection was done through semi structured interviews and observation of the data collection and data entry processes.

Analysis of these processes support evidence that there is room for improvement for data gathering, data entry, information-analysis, data completeness and accuracy. Registration errors on patient-data and incomplete or incorrect data exchange between staff members contribute to unreliable HSMR data. Real Time Monitoring (RTM) is the standard for data creation for the HSMR. RTM implementation in the KG has a low priority with management and staff and there is hardly any evaluation or follow up on the current HSMR's in this hospital. It seems HSMR's are not easy to introduce as a management tool or as a benchmark for the KG. Probable causes for the lack of support could be the complexity of the issue of avoidable mortality in general in the healthcare sector. Taking responsibility for avoidable mortalities is often seen as a confession which could have serious repercussions for management and/or individual staff members instead of an opportunity to improve internal communication on patients, quality of care and transparency to consumers and authorities.

In fact HSMR's currently do not play any role in the evaluation of avoidable mortalities in this hospital at all. Nevertheless, several stakeholders in healthcare do expect a major

contribution of HSMR's in the future discussion on avoidable causes of mortality. A rational evaluation of mortality causes is conditional to facilitate a constructive and open evaluation of mortality, in order to improve processes, procedures and quality in general in hospitals. Important drivers for successful implementation of HSMR are high data-quality, a quality project team that sets the standard, an open company culture where staff is willing and able to analyse and evaluate HSMR findings and leaders who inspire and support staff in their efforts towards continuous improvement in a "learning organisation".

# Inhoudsopgave

---

<b>VOORWOORD</b>	<b>2</b>
<b>SAMENVATTING</b>	<b>3</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>5</b>
<b>HOOFDSTUK 1. INLEIDING</b>	<b>8</b>
1.1 STERFTE EN VERANTWOORDELIJKHEID	8
1.2 DOELSTELLING	9
1.3 ONDERZOEKSVRAAG EN DEELVRAGEN	9
1.4 RELEVANTIE VAN HET ONDERZOEK	10
1.5 LEESWIJZER	10
<b>HOOFDSTUK 2. THEORETISCH KADER</b>	<b>11</b>
2.1 PRESTATIE-INDICATOREN EN VERANTWOORDING	11
2.2 VERANTWOORDELIJKHEID IN RELATIE TOT STERFTE	14
2.3 INFORMATIEMANAGEMENT	18
<b>HOOFDSTUK 3. METHODE</b>	<b>23</b>
3.1 KWALITATIEF ONDERZOEK	23
3.2 EMPIRISCH ONDERZOEK	23
3.2.1 <i>Observatie</i>	24
3.2.2 <i>Interviews</i>	24
3.3 KWALITEIT VAN HET ONDERZOEK	25
3.3.1 <i>Validiteit en Betrouwbaarheid</i>	25
3.3.2 <i>Ethische overwegingen</i>	26
<b>HOOFDSTUK 4. RESULTATEN</b>	<b>27</b>
4.1 HET VERLOOP VAN HET REGISTRATIEPROCES RONDOM DE HSMR	27
4.2 REGISTRATIEPROCES IN RELATIE TOT DE UITKOMST VAN DE HSMR	33
4.4 TOEBEDELING VAN VERANTWOORDELIJKHEID	39
4.4.1 <i>Organisatie van het registratieproces</i>	40
4.4.2 <i>Verantwoordelijk voor sterfte?</i>	42
<b>HOOFDSTUK 5. DISCUSSIE</b>	<b>46</b>
5.1 THEORETISCHE DISCUSSIE: KOPPELING RESULTATEN AAN HOOFDVRAAG EN THEORETISCH KADER	46
5.2 METHODOLOGISCHE DISCUSSIE	56
<b>HOOFDSTUK 6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</b>	<b>58</b>
6.1 CONCLUSIES	58
6.2 AANBEVELINGEN	64
<b>LITERATUURLIJST</b>	<b>66</b>
<b>BIJLAGEN</b>	<b>69</b>
BIJLAGE 1. TOPIC LIJST OBSERVATIE	69
BIJLAGE 2. TOPIC LIJST INTERVIEW MEDISCH SPECIALIST/ VERPLEEGKUNDIGE	69
BIJLAGE 2. TOPIC LIJST INTERVIEW MEDISCH SPECIALIST/ VERPLEEGKUNDIGE	70
BIJLAGE 3. TOPIC LIJST INTERVIEW KWALITEITSFUNCTIONARIS/HOOFD MEDISCHE REGISTRATIE/ COÖRDINATOR MEDISCHE REGISTRATIE/ORGANISATORISCH MANAGER/ DIRECTIESECRETARESSE RVB	71
BIJLAGE 4. TOPIC LIJST INTERVIEW CODEUR	72

## Hoofdstuk 1. Inleiding

---

### 1.1 Sterfte en verantwoordelijkheid

“*Sterfte bij hartchirurgie UMC St. Radboud was in 2004 te hoog*” luidde op 8 april 2008 een krantekop op de medische nieuws-website *medicalfacts* (Budding 2008). Het artikel gaat in op het rapport van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid (OvV) naar aanleiding van de ontdekking, in 2006, dat in het Radboud een hoge sterfte plaatshad op de afdeling hartchirurgie. Hoewel dit feit op zich al veel langer binnen het ziekenhuis bekend was, werd dit tot dan toe steeds afgedaan met de bewerking dat de afdeling nu eenmaal zwaardere patiënten behandelde dan elders het geval was. Direct op de anonieme melding volgde een onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) naar de oorzaak van deze hoge sterfte. Hieruit bleek onder andere dat er geen sprake was van zwaardere patiënten. Het onderzoek van de IGZ gaf echter geen antwoord op de vraag ‘wat verantwoordelijken op verschillende niveaus gedurende de jaren binnen de instelling hadden ondernomen om de verhoogde sterfte en aantallen heringrepen vóór te zijn’, aldus Budding (2008). Dit is juist een belangrijke vraag aangezien de overheid op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen veel verantwoordelijkheid met betrekking tot patiëntveiligheid bij de organisatie zelf neerlegt. Bekend was dat op het gebied van leiderschap, salariëring, samenwerking en het ontbreken van eindverantwoordelijkheid voor de zorgketen als geheel onrust heerste in het Radboud. De invloed hiervan op de kwaliteit van zorg werd echter niet erkend. Ook bleek dat de verantwoordelijkheid van kwaliteit van zorg aan de patiënt werd neergelegd bij de medisch specialisten. Bestuurders hielden zich afzijdig (Budding 2008). Een interessante vraag is of de medisch specialist inderdaad de juiste persoon is om die verantwoordelijkheid alleen te dragen. Wat was eigenlijk de rol en verantwoordelijkheid van bijvoorbeeld de Raad van Bestuur en de overheid (in casu de Inspectie) ten aanzien van de patiëntveiligheid en de kwaliteit van de geboden zorg in het Radboud? Het antwoord op deze vragen heeft de OvV met het onderzoek geprobeerd helder te krijgen. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat in theorie voldoende correctiemechanismen zijn ingebouwd om de kwaliteit van zorg en de veiligheid van de patiënt in het zorgverleningsstelsel te garanderen, maar dat dit in de praktijk niet voldoende werkt.

Deze casus laat zien dat verantwoordelijkheidsverdeling een belangrijke rol kan spelen in prestaties op het gebied van patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg. Een interessante vraag is dan ook hoe verantwoordelijkheidsverdeling in ziekenhuizen eigenlijk geregeld is en welke rol cijfers hierin spelen? De discussie over het Radboud laat namelijk zien dat cijfers over



mortaliteit alleen niet genoeg zijn. Tegelijkertijd wil de inspectie wel dat elk ziekenhuis die cijfers gaat genereren, gebruiken en transparant maakt voor de burger.

## **1.2 Doelstelling**

In dit kwalitatief onderzoek is gekeken naar de manier waarop de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) de discussie over verantwoordelijkheid rond sterfte binnen het ziekenhuis beïnvloed en welke bijdrage de HSMR als interne prestatie-indicator kan leveren bij de verbetering van patiëntveiligheid. Ook is de organisatie van het registratieproces dat vooraf gaat aan de HSMR onderzocht. Dit registratieproces is namelijk een vereiste om überhaupt een HSMR cijfer te kunnen genereren. Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de organisatie van het registratieproces en de toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte in ziekenhuizen.

## **1.3 Onderzoeksvraag en deelvragen**

In dit onderzoek wordt een antwoord gezocht op de volgende hoofdvraag;

***‘Hoe is het registratieproces rondom de HSMR georganiseerd en welke rol speelt de HSMR in de toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte ?’***

Om de vraagstelling te concretiseren en tot een beantwoording van de hoofdvraag te komen, zijn de volgende deelvragen geformuleerd. Een splitsing in de deelvragen is aangebracht om de tweeledigheid van de hoofdvraag duidelijk te maken en de deelvragen daarop aan te sluiten. Het gaat om de organisatie van het registratieproces en de verantwoordelijkheids-toedeling voor de uitkomst van de HSMR (sterfte).

### **Proces**

- hoe ziet het proces van registratie voorafgaand aan de HSMR er uit?
- hoe zijn in dit proces verantwoordelijkheden toebedeeld?

### **Uitkomst**

- wat gebeurt er bij sterfte?
- wat is de rol van de HSMR hierin?

#### **1.4 Relevantie van het onderzoek**

Het inzicht in het registratieproces en het gebruik van mortaliteitscijfers om op basis hiervan verantwoordelijkheid voor mortaliteit toe te bedelen, kan relevant zijn ter aanvulling op de kwantitatieve onderzoeken die reeds gedaan worden naar de validiteit van de HSMR waarover op dit moment nog discussie bestaat. Jarman et al (1999) geven namelijk aan dat de verschillen in HSMR uitkomsten een gevolg zijn van het verzamelen, interpreteren en coderen van data. Dit proces kan verbeterd worden en zal dan helpen om te komen tot een betere validiteit en betrouwbaarheid van de HSMR. Volgens Den Ouden et al. (2008) kan de HSMR uitkomst nog beter gebruikt worden voor interne kwaliteitsverbetering. Nu wordt met de uitkomsten weinig gedaan. Dit onderzoek kan mogelijk opheldering geven in de mogelijkheden van de HSMR om op basis hiervan verantwoordelijkheid voor mortaliteit toe te bedelen. Daarnaast kan het inzicht geven in de organisatie van het registratieproces dat vooraf gaat aan het uiteindelijke HSMR cijfer.

Maatschappelijk kan het onderzoek bijdragen door het verminderen van de twijfel die bestaat over de waarde van de HSMR als indicator voor kwaliteit. Het onderzoek analyseert de registratie- en gebruikspraktijken waarover op dit moment nog weinig bekend is. Hierdoor kan het bijdragen aan een verbeterd inzicht in de betekenis die aan de HSMR als prestatie-indicator kan worden toegekend. De Inspectie voor de Gezondheidszorg, verzekeringsmaatschappijen en de individuele patiënt kunnen hier baat bij hebben.

Daarnaast kan dit onderzoek helderheid bieden over de toebedeling van verantwoordelijkheid voor mortaliteit. Dit kan een toename van veiligheid voor de patiënt betekenen en het kan de overheid helpen om haar toezichthoudende rol beter uit te voeren. Voor het ziekenhuis kan duidelijkheid over de toebedeling van verantwoordelijkheid leiden tot kwaliteitsverbetering en daardoor een betere prestatie van het ziekenhuis als geheel.

#### **1.5 Leeswijzer**

In hoofdstuk twee wordt een theoretisch kader voor dit onderzoek uiteengezet. Hierin worden begrippen zoals prestatie-indicatoren, informatiemanagement en verantwoordelijkheids-toebedeling geïntroduceerd. Vervolgens wordt de methode van onderzoek beschreven in hoofdstuk drie. Hoofdstuk vier beschrijft de resultaten van het onderzoek. In hoofdstuk vijf, de discussie, worden de resultaten afgezet tegen de theorie en de gehanteerde onderzoeksmethode. Tot slot worden de conclusies en aanbevelingen beschreven in hoofdstuk zes.

## Hoofdstuk 2. Theoretisch kader

---

In dit onderzoek is de nadruk gelegd op de bijdrage van de HSMR in de discussie over de toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte en de organisatie van het registratieproces voorafgaand aan het uiteindelijke HSMR cijfer. Inzicht op de organisatie van het registratieproces kan namelijk leiden tot minder fouten in het registratieproces (Berg en Goorman 1999). Dit is belangrijk aangezien het goed verlopen van dit proces een voorwaarde is voor een goede uitkomst; het HSMR cijfer (Walburg et al. 2006). Daarnaast is gekeken naar de toebedeling van verantwoordelijkheid voor de uitkomst van de HSMR, oftewel de ziekenhuissterfte. Dit theoretisch kader biedt de kennis en achtergrond van waaruit zowel het registratieproces als de uitkomst van de HSMR in dit onderzoek zijn benaderd.

### 2.1 Prestatie-indicatoren en verantwoording

Het openbaar maken van prestatiegegevens en het gebruik van prestatie-indicatoren om op basis hiervan ziekenhuizen te vergelijken is in Engeland en Nederland al ingevoerd. De reden hiervoor is de toenemende vraag naar 'accountability' (verantwoording) en kwaliteitsverbetering (Bovens et al. 2008). Het gaat dan om de verantwoording afgelegd door zorginstellingen, professionals en managers over hun handelen (Marshall et al. 2003). De veranderingen in het zorgsysteem hebben geleid tot een toenemende vraag naar transparantie over de prestaties in de zorg en het verlangen naar een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de geboden zorg. Om de rol van prestatie-indicatoren te begrijpen is het daarom goed eerst te kijken naar het begrip 'verantwoording'.

Bovens et al (2008) beschrijven het democratisch perspectief op verantwoording. Dit perspectief komt overeen met het nut van verantwoording voor prestatiemeting. Het gaat om het verantwoorden van het eigen handelen om op basis daarvan de uiteindelijke prestatie te evalueren (Bovens et al. 2008: 227). Het democratisch perspectief gaat uit van principaal-agent verhoudingen: de principaal (in ultimo het volk) bepaalt wat er dient te gebeuren en de agent (de uitvoeringsorganisaties) voert het uit. De agent is verantwoording over zijn handelen verplicht aan de principaal. De principaal kan op basis van de gegevens verkregen uit deze verantwoording feedback geven aan de agent om zodoende het handelen van de agent te sturen, uitkomsten te verbeteren en kwaliteitsverbetering na te streven. De principaal is door dit proces van voortdurende verantwoording in staat de uiteindelijke prestatie te beoordelen op effectiviteit en efficiëntie. Deze beoordeling van prestatie op basis

van prestatie-indicatoren kan bijdragen aan kwaliteitsverbetering in de zorg (Marshall et al. 2003).

Het invoeren van prestatie-indicatoren heeft echter ook nadelige effecten. Teveel druk op verantwoording kan leiden tot beïnvloeding van de cijfers door de agent waardoor de geloofwaardigheid van de cijfers en daarmee de waarde van het evaluatie instrument afneemt (Anechiarico en Jacobs 1996; Power 1997). De agent probeert door de beïnvloeding van de cijfers toch te voldoen aan de door de principaal gestelde eisen, maar maakt geen daadwerkelijke vooruitgang. Daarnaast kunnen actoren vijandig en defensief gedrag vertonen, aldus Pollitt (2003:89). Bevan en Hood (2006:521) beschrijven het ongewenste effect van de toegenomen druk op verantwoording als 'gaming'. Dit is de verandering van het gedrag (in negatieve zin) van een individu of organisatie wanneer de controle op doelen en prestatie toeneemt. Het gedrag uit zich in een negatieve reactie op het gestelde doel of het verminderen van de prestatie wanneer geen doel gesteld is (Bevan en Hood 2006:521). Een voorbeeld hiervan is het verhogen van de productie ten koste van de kwaliteit van de geleverde producten. Het doel wordt bijvoorbeeld gesteld op een toename van de productie, dit wordt dan vol overtuiging nagestreefd en behaald, maar de kwaliteit van de producten is door dit nastreven verminderd. De prestatie op het gebied van productie (het gestelde doel) is dus verbeterd, maar de prestatie op kwaliteitsgebied (geen doel) is sterk verminderd. Bevan en Hood sluiten met hun uitleg over 'gaming' aan bij de uitleg van het nadelige effect van toenemende druk op verantwoording door Anechiarico en Jacobs (1996) en Power (1997).

Het voorkomen van 'gaming' is mogelijk door naast het controleren van de uitkomsten ook meer face- to face controle momenten in te bouwen. Tevens kan het naast elkaar gebruiken van zowel proces- als uitkomst- indicatoren leiden tot het verminderen van 'gaming' (de Bruijn 2002). Tot slot kan het gebruik van historische gegevens 'gaming' verminderen omdat deze gegevens tijdens het ontstaan nog niet gekoppeld waren aan uitkomstindicatoren (Bevan en Hood 2006:534). Het gebruik van prestatie- indicatoren leidt tot het inbouwen van extra controle- mechanismen. Hierdoor is het makkelijker te achterhalen wie verantwoordelijk gesteld kan worden voor fouten (slechte prestaties).

Een ander nadelig effect van prestatie-indicatoren is dat indicatoren altijd multi-interpretabel zijn (Schellekens al. 2003). Zolang de indicatoren binnen de context worden geïnterpreteerd waarin ze zijn geproduceerd is dit geen probleem. Daarbuiten kunnen indicatoren echter snel leiden tot verkeerde conclusies. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek van Jarman et al. (1999:1515). Dit onderzoek toont aan dat fouten tijdens het

interpreteren en coderen van de data kunnen leiden tot verschillen in de uitkomst van de HSMR. Het aantal binnengekomen patiënten aangeduid als 'noodgeval' bleek in dit onderzoek de grootste verklarende variabele voor het verschil in HSMR uitkomsten (Jarman et al. 1999:1515). Ook het ontbreken van informatie over co-morbiditeit en ernst van de ziekte was een belangrijke reden van verschillen in HSMR uitkomsten.

Naast de nadelige effecten van de indicatoren zelf, heeft het gebruik van indicatoren voor interne kwaliteitsverbetering en externe verantwoording ook niet alleen positieve effecten. Het gebruik van indicatoren heeft tevens geleid tot het ontstaan van ongewenste (negatieve) effecten. Dit komt doordat 'de vele gegevens, de validiteit van meetmethoden, de interpreteerbaarheid en de vergelijkbaarheid te wensen over laten', aldus Schellekens et al. (2003) en Berg et al. (2005).

Power (2004) lijkt zich hierbij aan te sluiten. Hij geeft aan dat een prestatiemeting systeem de verwachting schept cijfers en uitkomsten objectief en betrouwbaar weer te geven onafhankelijk van degene die de meting uitvoert, aldus Power (2004). In de praktijk blijkt dit echter niet altijd te kloppen. Meetinstrumenten kunnen verschillen in kwaliteit en doordat mensen zijn betrokken bij de meting kan meting van dezelfde fenomenen leiden tot verschillende uitkomsten. Meten is volgens Power(2004) dan ook meer een middel om te voldoen aan de externe omgevingsdruk om resultaten transparant te maken en handelen te standaardiseren in plaats van het 'werkelijke' zichtbaar te maken (Power 2004: 771). De organisatie wordt alleen nog maar bekeken vanuit het perspectief van 'accountability', aldus Power (2004:778-780). Wiener (2003) lijkt zich hierbij aan te sluiten.

Volgens Wiener (2003:84) ontbreekt het in de praktijk aan een goede 'fit' tussen de gezondheidszorg en het industriële model dat gebruikt wordt om de prestatie van de gezondheidszorg te meten. Hiermee wordt bedoeld dat de manier van prestatiemeting in het bedrijfsleven niet direct vertaald kan worden naar prestatiemeting in de zorg. Dit komt doordat het productieproces van zorg veel complexer is dan het productieproces van bijvoorbeeld een gloeilamp. De oorzaken van onvoldoende 'fit' zijn:

- het karakter van de hedendaagse patiëntenzorg
- de overschatte en overdreven verantwoordingsvoorstellen
- de toenemende verwachtingen ten aanzien van rationalisatie
- onvoldoende aandacht voor incidenten en fouten (Wiener 2003: 84)

Het blijkt dat het gebruik van het prestatiemeting model afkomstig uit de industrie, in de zorg leidt tot uitkomsten die niet betrouwbaar zijn doordat het model onvoldoende corrigeert voor omgevingsfactoren die van invloed zijn op de uitkomsten van de kwaliteit van zorg. Het falen

van het model leidt tot problemen die de vraag naar verantwoording in de zorg ongrijpbaar maken, aldus Wiener (2003:84). Het is namelijk lastig uitkomsten over de kwaliteit van zorg te verantwoorden wanneer deze niet overeenkomen met de werkelijkheid (Wiener 2003), maar een hoge validiteit van uitkomsten vraagt ook om extra werk, aldus Berg en Goorman (1999). Een afweging dient dus gemaakt te worden tussen de mate van validiteit van de uitkomsten en het extra werk dat dit vereist. Het lijkt nu zo te zijn dat verantwoording een begrip is geworden in een arena vol tegenstrijdige belangen waar zowel kostenbesparingen als kwaliteitsverbetering nagestreefd worden. Overall in de maatschappij worden alle handelingen gemeten en gecontroleerd. Dit wordt niet meer gezien als een druk opgelegd door de institutie maar als een 'gewoonte' waarvan niemand meer lijkt op te kijken, aldus Power (2004:768). De vraag is of we meten wat van belang is of dat we gewoon meten om het meten (Wiener 2003: 89). Het toebedelen van verantwoordelijkheid en het uitvoeren van continue metingen in de zorg lijkt dus een 'gewoonte' te zijn geworden.

Ook Berg et al. (2005) beschrijven nadelige effecten van het gebruik van indicatoren. Allereerst benadrukken zij dat hoe hoger de mate van validiteit van de indicator die gewenst is, hoe meer werk het is om de gegevens relevant en kloppend te maken voor anderen. Het vertaalproces binnen het registratieproces vergt door hogere eisen van validiteit aan de indicator meer werk. Ten tweede geven zij aan dat hoe hoger de eisen gesteld aan de indicator, wat betreft vergelijkbaarheid, hoe moeilijker het weer is om de vertaalslag terug te maken naar de productiebron van de gegevens; het primair proces. Ten derde laten zij zien dat hoe meer consequenties worden verbonden aan de uitkomsten (prestatie), hoe meer manipulatie van gegevens zal plaatsvinden. Dit laatste punt sluit aan bij de opvatting van Bevan en Hood (2006).

Verantwoording lijkt dus een grote rol te spelen in het registratieproces aangezien het goed verlopen van het registratieproces invloed heeft op de uitkomsten van indicatoren zoals de HSMR. Het is voor dit onderzoek dan ook relevant om het thema verantwoordelijkheid in relatie tot de uitkomsten van de HSMR verder uit te diepen. Daarover gaat de volgende paragraaf.

## **2.2 Verantwoordelijkheid in relatie tot sterfte**

Het is vaak onduidelijk wie verantwoordelijk is voor een sterfgeval in het ziekenhuis. De toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte is onder andere lastig vanwege gamings- en registratie-effecten. Mogelijk kan de HSMR een bijdrage leveren in het helder krijgen van die verantwoordelijkheid en in het inzichtelijk maken van mogelijk achterliggende fouten in

het primaire proces. Hierdoor wordt het dan mogelijk om met behulp van de HSMR de verantwoordelijkheid voor sterfte toe te bedelen. De toebedeling van de verantwoordelijkheid voor sterfte blijkt echter zeer complex. In de literatuur zijn verschillende beschrijvingen te vinden van de gebeurtenissen rondom het toebedelen van verantwoordelijkheid en de problemen die daarbij kunnen ontstaan.

Volgens Douglas (1992) ligt de nadruk op de invloed van normen en waarden bij het toebedelen van verantwoordelijkheid voor fouten en het aanpakken van risico's. Douglas (1992) laat zien dat een individu verschillend kan omgaan met fouten, bijvoorbeeld onverwachte sterfte in het ziekenhuis. De houding van het individu ten opzichte van risico en het toekennen van schuld wordt beïnvloedt door bijvoorbeeld heersende culturele normen en waarden. De oorzaak dat iemand sterft kan bijvoorbeeld liggen in de overtuiging dat deze persoon gezondigd heeft. Dit is een causale relatie die gelegd wordt door het individu en de omgeving op basis van religie. Volgens Douglas (1992:5) kent elk risico een vast patroon met betrekking tot het zoeken en formuleren van mogelijke oorzaken van het ongeluk en de keuze en handelingen die hierop volgen. De aanpak van het individu is dus deels vastgelegd in de eigen normen en waarden en die van de omgeving. Het risicomanagement van het individu bij sterfte verloopt volgens een vast patroon met daaraan gekoppeld vaste handelingen (Douglas 1992:5). De organisatie van schuldtoekenning wordt beïnvloedt door een rechtvaardigheidsgevoel. Wanneer schuldtoekenning niet georganiseerd wordt, kan het toekennen van schuld onvoorspelbaar zijn. Een plausibele verklaring voor een risico (fout) is dan onmogelijk, waardoor ook geen vast patroon van handelen (actie) beschikbaar is. Schuldtoekenning is dus een voorwaarde om een gemeenschappelijk gevaar (gemeenschappelijke vijand) te definiëren (Douglas 1992:6). Kortom het gedrag van een individu ten aanzien van risico wordt beïnvloedt door en ontstaat in relatie met de institutionele context. Douglas (1992:19) stelt; 'from this standpoint, the proper way to organize a programme of studying risk is to start with studying institutional design'.

Law (2000) gaat er echter vanuit dat bij fouten of ongelukken altijd gezocht wordt naar een verantwoordelijke, 'een schuldige'. Hij benadrukt dat altijd gekeken dient te worden naar meerdere factoren, onder andere: de ruimte waarin het ongeluk is gebeurd, de betrokkenen, de onderliggende organisatiedoelen en belangen. Tussen al deze factoren bestaan onderlinge relaties waardoor de analyse van het ongeluk een complexe aangelegenheid wordt. Een fout dient daarom bekeken te worden vanuit een systeembenadering, aldus Law (2000). Deze benadering geeft zicht op alle relaties en de effecten hiervan. Hierdoor ontstaat een beter overzicht van het probleem. Een systeem biedt echter geen stabiliteit of vaste kern

en zorgt niet voor een onmogelijkheid tot falen, aldus Law (2000). Systemen veranderen namelijk door de tijd, wisseling van onderlinge relaties, diversiteit en zijn nooit honderd procent betrouwbaar. Een systeem is nooit perfect, maar altijd instabiel en fouten kunnen altijd optreden. Bovendien moeten er steeds meerdere belangen tegelijkertijd gediend worden – de trein moet op tijd rijden *en* dat moet veilig. Die instabiliteit en conflicterende belangen zijn niet alleen slecht; ze zijn ook noodzakelijk om een systeem verder te ontwikkelen. Het is de taak van het management evenals anderen in de organisatie om dit systeemfalen te signaleren, de positieve kant ervan te zien en paniek te voorkomen (Law 2000).

Power (2004) lijkt zich bij deze visie aan te sluiten in zijn analyse van prestatiemetingen. Verantwoording van de resultaten staat centraal en moet leiden tot een toename van kwaliteit en veiligheid. Power (2007: 3-5) laat zien dat deze drang naar verantwoording onderdeel is van de behoefte om het 'onzekere' te voorspellen en vast te leggen. De maatschappij is gericht op het zoveel mogelijk beperken van onzekerheden uit angst om verantwoordelijk gesteld te worden voor 'fouten'. Een onzekerheid vormt een risico en dit dient gemanaged te worden, aldus Power (2007:6) Hij geeft aan dat een verschuiving heeft plaatsgevonden van de logische behoefte aan berekening van resultaten naar de ontwikkeling van een sturingsysteem waarin risicoanalyse en managementsturing rationeel georganiseerd worden (Power 2007:6). Dit rationeel organiseren, analyseren en managen van risico wordt risicomangement genoemd.

Risicomangement is een vervolg op de toenemende drang naar het verantwoorden en monitoren van resultaten. Het geeft de organisatie de mogelijkheid om zich vanuit een rationele benadering te verdedigen met het argument dat ze al het bedenkbare hebben gedaan om risico te vermijden. Het omzetten van onzekerheden in berekenbare risico's, laat zien dat het vertrouwen in cijfers om op basis hiervan rationele besluiten te nemen in de cultuur is ingebed (Porter 1995). Hierdoor is afstraffing voor gemaakte 'fouten' erg lastig en is 'fouten maken' legitiem wanneer ze ondanks juist handelen volgens het systeem toch gemaakt worden (Power 2007:11).

Het toebedelen van verantwoordelijkheid is tevens lastig doordat verantwoording wordt afgelegd over het primair en secundair proces, het individueel handelen en het handelen van de organisatie. Wie dus uiteindelijk verantwoordelijk gesteld kan worden voor een sterfgeval in het ziekenhuis is erg lastig doordat het proces bestaat uit vele stappen, er veel betrokkenen zijn en het vaak onduidelijk is waar het systeem faalt. Een samenhang tussen het verloop van het zorgproces en de uitkomst van de HSMR (sterfte) lijkt dus te bestaan.



Risicomanagement kan dus een strategie zijn om de publieke verwachting ten aanzien van risico's te sturen door het legitiem maken van uitkomsten, die vanuit publieke perceptie van risico niet verwacht werden (Power 2007:21). Het gaat hier dan om bijvoorbeeld onverwachte sterfte van een patiënt in het ziekenhuis.

In de samenleving is de nieuwe heersende norm van een 'goede' organisatie dat nu ook verantwoording en transparantie verwacht wordt op het gebied van het proces ten aanzien van risicomanagement om zodoende in de publieke verwachting ten aanzien van resultaten te voldoen en falen van de organisatie te voorkomen (Power 2007:196). Power (2009:301) geeft aan dat organisaties reageren op de toenemende verantwoording die verwacht wordt en deels opgelegd wordt door de institutionele omgeving. Organisaties gaan zich hierdoor steeds meer richten op het hooghouden van hun reputatie. Het gaat bij reputatie om 'de perceptie van kwaliteit van actoren ten opzichte van hun perceptie van deze perceptie van kwaliteit'. Oftewel het gaat om een subjectieve beleving van actoren over de kwaliteit van een organisatie die leidt tot acties en reacties. Dit maakt reputatie een complex begrip (Power 2009: 307). Reputatiemanagement wordt gezien als onderdeel van risicomanagement (Power 2009: 302).

Power (2009:316) stelt; 'Reputational risk is the organizational label for diverse institutional pressures for visibility and accountability, but it has an abstract unity in the form of generalized beliefs and tropes, for example in the often stated view that there is 'no hiding place' for large formal organizations'. De reputatie, voortkomend uit onder andere ranglijsten als bron van informatie, van een organisatie is van belang voor de positie van de organisatie in de externe omgeving. Wanneer deze reputatie slechter is dan die van andere organisaties in dezelfde branche, vormt dit een risico voor de legitimiteit van de organisatie. Om de reputatie hoog te houden neemt het management van de organisatie steeds meer een verdedigende en legaliserende positie in ten aanzien van de externe omgeving (Power 2009: 301). Organisaties worden dus door ranglijsten en de institutionele omgeving aangezet tot reputatiemanagement, aldus Power (2009: 301).

Ranglijsten geven een overzicht van de geleverde prestatie en vormen een indicator voor de extern ontwikkelde reputatie. Ranglijsten kunnen gebruikt worden voor interne kwaliteitsverbetering en zijn daardoor een nieuwe sturende macht in een organisatie. Ze kunnen leiden tot strategisch gedrag en beïnvloeding van variabelen (gaming). De toename van het gebruik van ranglijsten op nationaal niveau zorgt ervoor dat het belang van een goede reputatie verschuift van individueel niveau naar organisatiebreed niveau (Power 2009: 313). Power (2009: 317 ) stelt dan ook dat 'reputatiemanagement een logisch gevolg is van

organiseren’.

Kortom verantwoordelijkheid voor sterfte kan dus pas toebedeeld worden wanneer inzicht in de organisatie van het registratieproces en toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte in het zorgproces duidelijk is en wanneer de institutionele invloed van de omgeving helder is. Dan pas kan de oorzaak van het sterfgeval zichtbaar worden en kan gekeken worden wie voor dat gedeelte van het zorgproces of voor die handeling waarbij de patiënt overleed verantwoordelijk is. Dit kan mogelijk resulteren in een gedeelde verantwoordelijkheid voor een sterfgeval wanneer de fout een gevolg is van meerdere betrokkenen in het zorgproces of fouten in het registratieproces. Uit alle drie de beschrijvingen over de gebeurtenissen en problemen bij het toebedelen van verantwoordelijkheid voor sterfte blijkt dus dat deze toebedeling een complexe maar interessante aangelegenheid is. Het thema toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte binnen het ziekenhuis en de rol van de HSMR hierin als intern instrument staat dan ook centraal in de probleemstelling van dit onderzoek. Aangezien de organisatie van het registratieproces door de toenemende druk op verantwoording een grote invloed kan hebben op de kwaliteit van het proces en dus op de uitkomst van de HSMR (sterftecijfer), wordt in dit onderzoek ook dieper ingegaan op de organisatie van het registratieproces. Om dit registratieproces goed te laten verlopen is informatiemanagement van belang. Om deze reden gaat de volgende paragraaf hier dieper op in.

### **2.3 Informatiemanagement**

De informatie over een patiënt doorloopt via verschillende fasen het hele ziekenhuis en vele actoren zijn daarbij betrokken. Op basis van informatie kunnen uitspraken worden gedaan, bijvoorbeeld over het aantal sterfgevallen per jaar. Dit laatste wordt kennis genoemd (Walburg et al. 2006:11). Kennis is geen eenduidig object dat beheerst en gecontroleerd kan worden, aldus Berg (2001). Kennis bestaat in verschillende soorten; impliciete (‘tacit’) kennis, ofwel de kennis die opgedaan wordt door middel van ervaring en expliciete kennis, dat is kennis vastgelegd in handboeken of protocollen. Kennis kan individueel zijn (ik weet iets) of juist collectief (samen zijn we in staat een taak te verrichten). Omdat zorg een kennisintensieve praktijk is, is het ‘managen’ van kennis in het primair proces volgens Berg (2001) van groot belang voor de kwaliteit van de zorg. Het primaire zorgproces definieert hij daarbij als ‘al dat werk dat aan, om en met de patiënt verricht wordt om het zorgprobleem van de patiënt op te lossen of hanteerbaar te maken’ (Berg 2001). In de praktijk verloopt het delen van kennis echter niet altijd zonder problemen.

Berg (2001) gaf in zijn oratie al aan dat zodra kennis uit de context wordt gehaald waarin hij wordt geproduceerd onbruikbaar wordt. Ellingsen en Monteiro (2003:227) noemen kennis in dit opzicht 'onstabiel'. Kennis is ingebed in netwerken en krijgt daarin waarde en betekenis. Buiten dit netwerk is de kennis onbruikbaar. Kennis uit informatiesystemen is dan ook moeilijk te interpreteren en te gebruiken, aldus Ellingsen en Monteiro (2003:227). Om de informatie van de ene context naar de andere context over te brengen en bruikbaar te maken, dient extra werk te worden verricht. Het verloop en de kwaliteit van dit vertaalproces is cruciaal om de informatie uit het informatiesysteem goed te kunnen interpreteren en te gebruiken in een andere context, aldus Berg (2001). Currie en Suhomlinova (2006) benadrukken de invloed van de instituties, zoals de culturele normen en waarden, op het overbrengen en delen van kennis tussen professionals. Zij beschrijven drie institutionele barrières, die het effectief delen van kennis in de weg staan:

- opleidingsverschillen; hierdoor bestaat een verschil tussen professionals in jargon, kennisniveau of kennisgebied en hiërarchische relaties
- culturele verschillen; hierdoor ontstaan verschillen tussen organisaties door de gedeelde normen en waarden, die het handelen van professionals binnen de organisatie beïnvloeden
- organisatie verschillen; dit is bijvoorbeeld het verschil tussen de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn zorg in de organisatie van processen, organisatiestructuur en de invloed van belanghebbenden

Volgens Berg (2001) kan het gebruik van patiëntenzorg informatiesystemen wel een bijdrage leveren in de problemen die bij het delen en managen van kennis ontstaan. Een voorbeeld van een patiëntenzorg informatiesysteem is een registratiesysteem. Berg (2001) vindt een registratiesysteem van belang omdat het kennis bevat over de patiënt maar daarnaast ook im- en expliciet organisatorische kennis bevat, bijvoorbeeld richtlijnen. Door de inbedding van de richtlijn in het systeem wordt tijdens het raadplegen van het patiëntenzorg informatiesysteem het handelen en het keuzegedrag van de professional een bepaalde richting opgestuurd. Bijvoorbeeld een arts heeft alleen in de richtlijn genoemde bloedtest uitslagen tot zijn beschikking in het systeem, waardoor hij komt tot een bepaalde keuze wat betreft een interventie overeenkomstig met die in de richtlijn. Een voorwaarde voor het leveren van een bijdrage van een registratiesysteem in het delen van kennis is wel dat dit systeem op een goede manier wordt ingezet en dit gebeurt in de praktijk zelden.

In de praktijk verloopt de verbetering van zorgprocessen door het gebruik van informatiesystemen niet soepel. Volgens Jacobs et al. (2004:342) staan klinisch relevante

systemen in veel gevallen nog volledig los van de informatiesystemen, die gebruikt worden voor administratieve- en financiële doelen. Ook bestaat tussen professionals verschil in behoefte aan het soort inhoudelijke informatie en het abstractieniveau daarvan. Dit kan mogelijk veroorzaakt worden doordat de kwaliteit van het vertaalproces toch nog vaak te wensen overlaat (Jacobs et al. 2004:342). Daarnaast lijkt het nu zo te zijn dat niet alle gegevens tijdens het zorgproces worden geregistreerd (Berg 2001). Het niet registreren van de gegevens die op dat moment niet relevant worden geacht, lijkt samen te hangen met het verschil in behoefte en het soort informatie beschreven door Jacobs et al. (2004:342).

Aan wat voor voorwaarden moet een patiëntenzorg informatiesysteem voldoen om goed te werken? Patiëntenzorg informatiesystemen informeren professionals over de relevante gegevens voor een bepaalde situatie wanneer de professional het systeem raadpleegt. Het is dan echter wel van belang dat de informatie losgekoppeld is van de context waarbinnen het geproduceerd is, zodat het verspreiden van kennis mogelijk is (Berg 2001). Het systeem maakt het dan mogelijk gegevens op te slaan, handelingen te standaardiseren, waardoor controle en sturing van professionals mogelijk is (Berg 2001). Berg en Goorman (1999) stellen dat; 'Het succesvol ontwerp en gebruik van informatiesystemen in de zorg start met het begrijpen van de praktijk waarin het systeem gebruikt wordt', aldus Berg en Goorman (1999). Informatie moet namelijk altijd in de context waarbinnen het ontstaan is, geïnterpreteerd en gebruikt worden. Buiten de context waarbinnen de kennis geproduceerd is, is deze onbruikbaar voor onderzoek en administratie tenzij extra werk wordt verricht om de kennis los te kunnen koppelen van de context waarbinnen het ontstaan is (Berg en Goorman 1999). Hier zijn drie redenen voor. Allereerst is medische informatie gebonden aan zijn context doordat de productie van de informatie plaatsvindt met het doel voor het gebruik van de informatie in het achterhoofd. Ten tweede ontwikkelt de informatie tijdens het gebruik doordat een traject doorlopen wordt en de tijd verstrijkt. Informatie wordt gebruikt en geïnterpreteerd waardoor het verandert. Tot slot is informatie contextgebonden doordat de gebruiker de waarde van de informatie inschat op basis van de waarde van degene die de informatie geproduceerd heeft.

Een andere voorwaarde die Berg (2001) beschrijft, is dat kwaliteitsverbetering alleen mogelijk is wanneer resultaten direct worden teruggekoppeld aan de professionals. Zij kunnen de gegevens namelijk het beste interpreteren en gebruiken, aldus Berg (2001). Juiste interpretatie en gebruik van de informatie is alleen mogelijk wanneer de vertaling en terugvertaling van de informatie goed gebeurt, waardoor herkenning door de professional in de resultaten mogelijk wordt. Dit is essentieel voor het gebruik van de resultaten als

uitkomstindicator om vervolgens door middel van zelfreflectie en verandering verbetering van zorgprocessen mogelijk te maken (Berwick, 1998; Harteloh & Casparie, 1998). Ryan et al. (1996) en Reichert et al. (2001, in Jacobs et al. 2004: 342) sluiten zich hierbij aan. Zij geven aan dat artsen de kosten onderschatten en vaak dure medicijnen voorschrijven. Door artsen op de hoogte te brengen van de daadwerkelijke kosten, kan dit zorgen voor beter voorschrijfgedrag. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat het gedrag van professionals verandert wanneer zij voorzien worden van nauwkeurige informatie (UK Audit Commission 1995 in Jacobs et al. 2004:342). Een verbetering van de resultaten treedt op doordat de financiële informatie bereikbaar wordt voor de professionals. De professionals worden gestimuleerd door de resultaten om te verbeteren, zowel op het gebied van efficiëntie als op het gebied van kwaliteit van zorg (Jacobs et al. 2004: 339). Ook Lehtonen (2007:368) lijkt zich hierbij aan te sluiten. Hij laat zien dat betrokkenheid van professionals in het verbeteren van het informatiesysteem belangrijk is. Door de betrokkenheid zien professionals het nut in van een goed werkend informatiesysteem voor het verbeteren van de kwaliteit van de organisatie. Hierdoor gaan zij zelf efficiënter werken (Lehtonen 2007:368). Betrokkenheid en inzicht in de resultaten van prestatie van de organisatie dragen dus bij aan kwaliteitsverbetering. Tot slot is het juist coderen van informatie noodzakelijk om het proces goed te laten verlopen (Berg en Goorman 1999).

Coderen leidt tot het standaardiseren van informatie, waarmee het los wordt gemaakt van de context waarin het geproduceerd is, aldus Power (2004:767). Hierdoor wordt vergelijking mogelijk. Omdat informatie door het classificeren en coderen gereduceerd en gesimplificeerd wordt, wordt analyse gemakkelijker (Power 2004:767). Het juist coderen van informatie, oftewel het maken van een goede vertaalslag, heeft grote invloed op de uitkomst, bijvoorbeeld als het gaat om de HSMR. Jarman et al. (1999) hebben onderzoek gedaan naar de verschillen in uitkomsten van de HSMR in Engelse ziekenhuizen. De manier van coderen van informatie lijkt de grote verschillen in HSMR uitkomsten te verklaren. Met name het onzorgvuldig vastleggen en coderen van variabelen die van invloed zijn op de HSMR lijkt het probleem te verklaren. Wanneer het verzamelen, coderen en interpreteren van relevante data preciezer plaats kan vinden dan zal dit leiden tot een nauwkeuriger en een beter betrouwbaar mortaliteitscijfer, aldus Jarman et al. (1999: 1518). Een goed proces van registratie en interpretatie van informatie en een heldere verantwoordelijkheid hiervoor is dan ook noodzakelijk om het aantal registratiefouten te verminderen. Een belangrijke vraag is wie verantwoordelijk gesteld moet worden voor het coderen van informatie (Berg en Goorman 1999). Het voordeel van het verantwoordelijk stellen van de professional is dat deze de

producent is van de gegevens. Het nadeel hiervan is dat de professional minder tijd overhoudt voor de zorg voor de patiënt (Berg en Goorman 1999). Het voordeel van een codeur is dat die aangenomen wordt om gegevens te registreren om zodoende de professional te ontlasten waardoor deze meer tijd overhoudt voor de patiënt. Het nadeel hiervan is dat de codeur over voldoende medische kennis moet beschikken om op basis daarvan de patiëntgegevens juist te coderen.

Inzicht in de organisatie van het registratieproces lijkt dus van belang om zodoende fouten in codering te voorkomen waardoor verschillen in uitkomsten van prestatie- indicatoren zoals de HSMR voorkomen kunnen worden.

## Hoofdstuk 3. Methode

---

In dit hoofdstuk wordt beschreven met welke methoden het onderzoek is uitgevoerd. Ingegaan wordt op de aard van het onderzoek, de keuze voor de onderzoeksetting en het empirisch onderzoek. Tot slot wordt ook ingegaan op welke wijze geprobeerd is de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen en welke ethische aspecten overwogen zijn.

### 3.1 Kwalitatief onderzoek

Dit kwalitatief onderzoek is in de vorm van een case study gedaan. Hiervoor is gekozen omdat door middel van deze strategie het kleinschalig maar toch diepgaand onderzoeken van een verschijnsel of proces mogelijk is (Swanborn 2002:115). Het voordeel van deze vorm van kwalitatief onderzoek is dat het mogelijk is een proces en het gedrag van betrokkenen in de natuurlijke omgeving te onderzoeken zonder dat de onderzoeker het resultaat teveel beïnvloedt (Swanborn 2002:120).

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in het Kennemer Gasthuis (KG) locatie Zuid in Haarlem. Het KG is een topklinisch opleidingsziekenhuis, dat tevens oncologiecentrum is. De omgeving Haarlem kent een hoge mate van vergrijzing en daardoor bestaat de patiëntenpopulatie van het KG vooral uit ouderen waarvan de kans op sterfte hoger is. Daarnaast trekt het KG veel ernstig zieke patiënten uit de wijde omgeving aan die speciaal komen voor het oncologiecentrum. Dit kan mogelijk het sterftecijfer van het ziekenhuis beïnvloeden.

Dit ziekenhuis is geselecteerd door de PraktijkIndex aangezien het zich nog in de beginfase bevindt van het gebruik van Real Time Monitoring. Deze keuze is gebaseerd op advies van het Reinier de Graaf Ziekenhuis in Delft. In dit advies werd aangegeven dat dit onderzoek meer toegevoegde waarde zou hebben voor ziekenhuizen in de beginfase van de implementatie van RTM.

### 3.2 Empirisch onderzoek

In dit onderzoek is gekozen voor het gebruik van interviews en observaties om het registratieproces en de uitkomst van de HSMR te analyseren. De gemaakte keuzes wat betreft de methode worden in de volgende paragrafen toegelicht.

### **3.2.1 Observatie**

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van participerende observaties. De keuze hiervoor is gemaakt omdat deze vorm van observeren de onderzoeker dwingt om deel te nemen aan het groepsproces en de daarin heersende gedragingen waardoor deze in staat is de betekenis van de gedragingen te achterhalen en te begrijpen (Swanborn 2002: 120). Daarnaast is het voordeel van observeren dat ook het non-verbale gedrag vastgelegd kan worden (Swanborn 2002: 127).

De onderzoeker is meegegaan met drie codeurs in het ziekenhuis om zodoende zicht te krijgen op onder andere de fasen van registratie, de betrokkenen in het registratieproces en de manier waarop het coderen plaatsvindt. De volgende aandachtspunten zijn uitgangspunt geweest voor de observaties:

- de fasen van het proces
- de manier van registratie van de gegevens (coderen)
- de betrokkenen bij dit proces
- de verdeling van verantwoordelijkheid voor het proces
- het gebruik van de data
- de betekenisgeving aan de data
- de consequenties verbonden aan de uitkomsten van de HSMR
- de toedeling van verantwoordelijkheid voor mortaliteit

Aantekeningen van de waarnemingen zijn tijdens de observatie kort en bondig vastgelegd. Een observatieprotocol is gebruikt om de verschillende aantekeningen te scheiden; descriptive, reflective en demographic notes (Creswell 2003: 189). Vervolgens zijn de aantekeningen uitgewerkt in een dagboek en zijn ze richtinggevend geweest voor de volgende observatie. Tijdens het observeren is extra aandacht geschonken aan de aandachtspunten en het doel van de observatie. Daarnaast is zowel verbaal als non-verbaal gedrag vastgelegd.

### **3.2.2 Interviews**

In dit onderzoek is gekozen voor het afnemen van tien face to face diepte-interviews. De keuze voor het afnemen van face tot face diepte- interviews is gemaakt omdat bij deze methode van interviewen overwegingen en waargenomen gedrag uitgevraagd kunnen worden waardoor verdieping van het onderzoek plaatsvindt (Creswell 2003:186). De



interviews waren semi-gestructureerd. Dit heeft als voordeel dat de mogelijkheid aanwezig is om richting te geven aan het interview om zodoende alle relevante onderwerpen te bespreken, maar het laat tevens ruimte voor de geïnterviewde om antwoorden toe te lichten, waardoor de heersende culturele normen en waarden (ongeschreven regels) in de organisatie zichtbaar kunnen worden. Dit kan nuttig zijn om indirecte informatie over de verdeling van verantwoordelijkheid te vergaren (Creswell 2003:186).

Een directiesecretaresse, kwaliteitsfunctionaris, organisatorisch manager, medisch specialist (tevens medisch manager), hoofd medische informatie & registratie, coördinator medische registratie, verpleegkundige en drie codeurs zijn geïnterviewd. Hierdoor is het mogelijk geweest een breed beeld te krijgen van het verloop, het aandeel en het gevolg van het registratieproces voor de cijfers voor de HSMR.

Instructies aan de geïnterviewden, een inleiding en richtinggevende vragen/onderwerpen zijn van tevoren vastgelegd in een interviewprotocol. Tevens zijn daarin opmerkingen van de geïnterviewde vastgelegd (Creswell 2003:190).

### **3.3 Kwaliteit van het onderzoek**

Tijdens het onderzoek is geprobeerd de validiteit, betrouwbaarheid en privacy van de onderzoeksgroep zo optimaal mogelijk te waarborgen. In de volgende twee paragrafen is toegelicht op welke wijze dit gedaan is.

#### **3.3.1 Validiteit en Betrouwbaarheid**

De interne validiteit van dit onderzoek werd bedreigd door de korte termijn waarop dit onderzoek heeft plaatsgevonden waardoor beperkte mogelijkheid aanwezig was om data te verzamelen. Verschillende maatregelen zijn echter genomen om de interne validiteit zo hoog mogelijk te houden.

Allereerst is gebruik gemaakt van data- en methoden triangulatie. Door het gebruik van verschillende methoden om data te verzamelen kon gezocht worden naar overeenkomstige resultaten afkomstig van verschillende bronnen waardoor de gevonden data beter geïnterpreteerd konden worden. Dit heeft geleid tot een beter onderbouwd onderzoek met meer bewijskracht (hogere mate van evidence) (Swanborn 2002:121)(Creswell 2003:196).

Om zoveel mogelijk informatie vanuit verschillende perspectieven te betrekken zijn medewerkers in verschillende functies geïnterviewd. Elk interview is opgenomen met een memorecorder en is letterlijk uitgetypt en is vervolgens gecodeerd. De keuze voor deze methode heeft te maken gehad met een zorgvuldige en efficiënte verzameling van data. Het

gesprek kon hierdoor opnieuw beluisterd worden, waardoor geen belangrijke informatie gemist is. Dit bevordert de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek, aldus Creswell (2003:196).

De participerende rol van de onderzoeker kan leiden tot een beïnvloeding van de resultaten door de persoonlijke ervaring, kennis en het perspectief van waaruit de onderzoeker resultaten interpreteert. Dit kan leiden tot een vermindering van de interne validiteit van de resultaten. Om deze bedreiging van de interne validiteit zoveel mogelijk te voorkomen is het onderzoek gevolgd door twee meelezers (peer debriefing). Dit zorgt voor een nauwkeurige en objectieve opzet en aanpak van het onderzoek waardoor vertekening (bias) zoveel mogelijk voorkomen wordt, volgens Creswell (2003:196).

De externe validiteit zegt iets over de generaliseerbaarheid van de resultaten. De kleinschaligheid van dit onderzoek heeft een lage externe validiteit tot gevolg gehad doordat het onderzoek slechts één proces heeft onderzocht in één onderzoekssetting. Dit maakt vergelijking van resultaten met andere onderzoeken lastig. De resultaten van het onderzoek kunnen echter interessant zijn en nieuwe inzichten verschaffen aan andere ziekenhuizen.

Tot slot is de betrouwbaarheid van dit onderzoek gewaarborgd door het zo nauwkeurig mogelijk beschrijven van de uitvoering van het onderzoek zodat dit herhaald zou kunnen worden door een andere onafhankelijke onderzoeker.

### **3.3.2 Ethische overwegingen**

Privacy van de onderzoeksgroep is belangrijk. Privacy in dit onderzoek heeft tot gevolg gehad dat betrokkenen meer informatie hebben durven geven. Ook zorgt privacy voor een hogere validiteit van het onderzoek. De data zijn zorgvuldig opgeslagen en zijn alleen getoond aan direct betrokkenen bij het onderzoek. Na het onderzoek zal alle privacy gevoelige informatie vernietigd worden. De regeling omtrent privacy en opslag van data is vooraf aan het interview duidelijk aan de medewerker uitgelegd.

Toestemming aan de contactpersoon van het ziekenhuis voor dit onderzoek is voor aanvang van het onderzoek gevraagd. Tevens is toestemming gevraagd aan de geïnterviewden voor opname van het gesprek en gebruik van de gegevens voor onderzoek.

## Hoofdstuk 4. Resultaten

---

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het onderzoek weergegeven. Allereerst worden de resultaten voortkomend uit de interviews en observaties ten aanzien van het registratieproces van de cijfers voor de HSMR behandeld. Vervolgens worden de resultaten verkregen uit de interviews en de observaties over de uitkomst van de HSMR beschreven. Bij het schrijven van dit hoofdstuk is de hoofdvraag van het onderzoek steeds in het vizier gehouden; *‘Hoe is het registratieproces rondom de HSMR georganiseerd en welke rol speelt de HSMR in de toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte?’* Daarnaast zijn de deelvragen omvat in thema’s die hieronder besproken worden.

### 4.1 Het verloop van het registratieproces rondom de HSMR

In deze paragraaf wordt het registratieproces dat vooraf gaat aan de vulling van de LMR en van RTM besproken. Het gaat dan om de registratie die plaatsvindt vanaf het moment van opname van een patiënt tot het ontslag van een patiënt en het coderen van de ontslaggegevens. Dit registratieproces levert de cijfers aan voor vulling van RTM en uit deze cijfers wordt dus ook de HSMR berekend. Jarman et al (1999) geven aan dat de verschillen in HSMR uitkomsten mede een gevolg zijn van het verzamelen, interpreteren en coderen van data.

Het gehele proces dat vooraf gaat aan de HSMR is dus van belang voor de uitkomst van de HSMR. Uit de interviews is echter gebleken dat geen van de betrokkenen bij het proces zicht heeft op alle stappen, betrokkenen en het verloop van het gehele registratieproces. De betrokkenen die dichterbij het proces staan zoals de codeurs, hoofd medische registratie, medisch specialist en verpleegkundige lijken wel globaal een idee te hebben van de stappen die het dossier doorloopt.

*‘Ik weet niet precies hoe het in zijn werk gaat, maar naar mijn mening krijgt het archief een berichtje als er iemand opgenomen is dat er een status gemaakt moet worden. Deze wordt dan naar de betreffende afdeling toegestuurd. Wanneer de pt. wordt ontslagen dan gaat de status naar de arts-assistent die dicteert dan de ontslagbrief en dan gaat dit naar het medisch secretariaat die tikken de brief uit en dan gaat deze in de status en naar de huisarts en in het ZIS en dan belandt de status weer bij het archief waar deze opgeborgen wordt’ (codeur 19-05-2009).*

Het management blijkt echter minder zicht te hebben op het proces en al het werk dat aan een code ten grondslag ligt.

*‘Kunt u de stappen van het registratieproces uitleggen? Nee, ik kan dat amper uitleggen. U heeft er geen zicht op? Nee, feitelijk niet alleen daar waar dingen spaak lopen kom ik ook wel eens in beeld. Maar verder wordt alles achter de schermen geregeld, ik heb daar geen zicht op’ (organisatorisch manager 19-05-2009).*

Het proces wordt over het algemeen als een goed verlopend proces aangemerkt. Het proces komt echter wel voor verbetering in aanmerking. Allereerst zou het proces sneller kunnen verlopen. Daarnaast zou het in kaart brengen van het gehele logistieke registratieproces door één persoon goed zijn om een helikopterview mogelijk te maken. Hierdoor kunnen ook de vertragende factoren, schakels in het proces zichtbaar worden gemaakt waardoor verbetering mogelijk is. Op dit moment is er namelijk niemand die zicht heeft op het gehele proces.

'Het hele proces kan sneller en moet ook sneller. De ontslagbrief blijft erg lang liggen. Het blijft vaak lang liggen of bij het dicteren bij de arts-assistent of bij het medisch secretariaat bij het uittypen. Zeker met RTM, moet het registreren sneller kunnen' (codeur 12-05-2009).

De tijdigheid en beschikbaarheid van informatie blijkt dus een probleem te zijn. Statussen zijn kwijt waardoor gegevens missen of ontslagbrieven komen te laat of ontbreken.

Een interessante vraag is wat de reden is van de soms trage ontslagbrieven of het ontbreken van informatie? Enerzijds is de oorzaak van het probleem te wijten aan de vertraging die het proces oploopt doordat de ontslagbrief niet op tijd gedictreed wordt door de arts-assistent of dat het uittypen van de brief door de medisch secretaresse op zich laat wachten. Anderzijds is een oorzaak voor het probleem het niet goed verlopen van het uitlenen van statussen. Elke status heeft namelijk een code waarmee deze ingevoerd moet worden in het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS). Hierdoor is altijd de locatie waar de status zich bevindt op te zoeken. Dit gaat echter nog wel eens mis en dan is een status kwijt. Dit kan twee dingen betekenen, aldus een codeur;

'Het kan twee dingen zijn, of ze sturen hem ergens naartoe zonder dat ze hem doorvoeren. Dus dan klopt de plek zoals aangegeven in het systeem niet meer. Of ze voeren de code van de status niet goed in'(codeur 19-05-2009).

Het ontbreken van een status kan grote gevolgen hebben. Zo gaf een verpleegkundige het volgende voorbeeld;

'Een patiënt is hier opgenomen maar de poli status ligt nog op de locatie noord dan komt het nog wel eens voor dat zo'n patiënt voor OK gaat maar dan is de poli status er nog niet. Laatst hadden we bijv. een patiënt van de orthopedie waarbij de o.k. dus niet doorging omdat de status er nog niet was. Dat kan er dus gebeuren. Dat hangt af van de alertheid van je secretaresse of die alles in huis heeft en of dat soepeltjes verloopt.' (verpleegkundige 26-05-2009)

Naast het ontbreken van een gehele status worden in de registratie ook wel eens onderdelen gemist of is de informatie onvolledig. De codeur gaf al aan dat een ontslagbrief soms ontbreekt of dat de conclusie in de ontslagbrief ontbreekt. Soms ligt de oorzaak hiervoor in de overdracht van informatie van de ene arts- assistent op de andere arts- assistent. Een codeur zegt hierover het volgende;

'Ook gebeurt het wel eens dat de overdracht van de ene arts-assistent naar de andere niet gebeurt. Dan is een arts-assistent weg en dan blijkt er nog een hele stapel te dicteren te liggen, wat dan nog niet gedaan is.' (codeur 12-05-2009)

De medisch specialist geeft ook een aantal voorbeelden aan waar de beschikbaarheid van informatie door onvolledigheid van de informatie gevolgen heeft voor het goed kunnen uitvoeren van de behandeling door de medisch specialist.

'Nou ik denk dat de medisch informatie altijd wel vastgelegd wordt, maar bijvoorbeeld de sociale informatie van iemand die een heup gebroken heeft, dat mist wel eens. Niet elke patiënt denkt na over hoe nu verder straks thuis. Wij doen dat wel, maar hebben dan niet altijd beschikking over de juiste gegevens. Bijvoorbeeld waar komt iemand vandaan (zelfstandig wonend of bejaardentehuis), is iemand alleen thuis, is er thuishulp etc. Dit is wel eens lastig. Je mist dan gegevens over de sociale context.

Een ander voorbeeld uit de praktijk is dat de reanimatiecode niet altijd goed wordt uitgevraagd. Ondanks dat hun zorgtype dan misschien een klein risico op reanimatie met zich meebrengt, als het dan toch misgaat zijn de wensen van de patiënt met betrekking tot het reanimatiebeleid dan niet bekend. Je weet dan niet precies wat ze willen en dan geeft dat soms achteraf problemen.

Een ander voorbeeld is nog het gemis aan juiste en volledige informatie over medicatie. Patiënten kunnen toch niet vaak een correcte medicatielijst verzorgen. Hoe gek dat ook klinkt. Als je dan doorvraagt, blijkt nog dat ze een pilletje hebben voor dit of dat en dat dit dan niet op de lijst staat' (medisch specialist 12-05-2009).

De onvolledigheid van informatie kan mogelijk dus leiden tot medicatiefouten. Ook in de overdracht van informatie blijkt nog wel eens iets mis te lopen.

De overdracht van informatie vindt vaak mondeling plaats. Alles wat wordt overgedragen dient echter ook schriftelijk vastgelegd te worden. Hier ontstaan nog wel eens problemen. Allereerst gebeurt het wel eens dat een ontslagbrief bijvoorbeeld nog niet geschreven wordt wanneer een patiënt opnieuw opgenomen wordt. Ten tweede is de overdracht van informatie van de ene naar de andere afdeling nog wel eens lastig. De status reist met de patiënt mee naar een andere afdeling, maar het kan zijn dat er nog verslaglegging moest plaatsvinden op de vorige afdeling. De status zou dan eigenlijk teruggehaald moeten worden om deze informatie alsnog vast te leggen, maar in de praktijk gebeurt dit niet of nauwelijks waardoor deze informatie dan in de informatievoorziening naar buiten toe verloren gaat. Tot slot kunnen ook problemen in de overdracht ontstaan die veroorzaakt worden door problemen met de interpretatie van gegevens of het gemis van context bij de schriftelijke informatie overdracht. Iedereen die iets opschrijft, doet dit namelijk met een bepaalde gedachte, vanuit een bepaalde context en hecht waarde aan de informatie die hij/zij vastlegt. Interessant is of de context van informatie van invloed kan zijn op de waarde van informatie.

Bij het lezen van de verslaglegging van anderen, is al gebleken dat soms relevante informatie ontbreekt of niet volledig is. Daarnaast kan ook de leesbaarheid van het handschrift zorgen voor problemen in de interpretatie van informatie door anderen. Ook de context wordt gezien als een belangrijke factor bij de interpretatie van informatie vastgelegd

door een ander. Een medisch specialist zegt hierover;

'Denkt u dat context of de gedachte van iemand waarmee hij/zij iets opschrijft invloed heeft op de waarde en begrijpelijkheid van de informatie? Ja, dat weet ik wel zeker. Ik lees bijvoorbeeld ook wel eens iets van mezelf terug en dan zie ik dat het op twee manieren te interpreteren is terwijl ik toch duidelijk één iets bedoel, maar dat komt omdat je vanuit je eigen visie, gedachten iets opschrijft. Maar als je dan later objectief iets terug leest zie je dat het op twee manieren op te vatten is en hoeft dit dan niet precies te zijn wat je bedoelt hebt.' (medisch specialist 12-0-2009)

Ook een codeur erkent dat de context kan meespelen bij interpretatie van gegevens.

'Ja, soms moet je een brief twee keer lezen om hem goed te interpreteren (soms kan dit op twee manieren) of wanneer de brief minder duidelijk is. Vaak lees je hem dan met een collega door en overleggen we wat we denken wat de essentie moet zijn. Door interpretatie kun je inderdaad wel verschillen krijgen.' (codeur 19-05-2009)

De ervaring in de praktijk laat zien dat dit echter niet vaak tot problemen leidt en dat de interpretatieverschillen zo klein zijn dat deze weinig invloed hebben op de uitkomsten van de HSMR. Ook wordt er van uitgegaan dat iemand vraagt om mondelinge toelichting wanneer iets niet duidelijk is. De oplossing voor de interpretatieverschillen wordt gezien in het maken van een goede vertaalslag om de informatie uit de ene context te kunnen gebruiken in een andere context. De coördinator medische registratie zegt hierover het volgende;

'Ja, dat is de kunst van de codeurs. Die moeten erin slagen deze vertaalslag goed te maken. Nou is het wel zo dat in de LMR de codes worden opgeslagen maar ook de omschrijvingen van zowel diagnoses en verrichtingen. Deze vertaalslag is dus vrij makkelijk te maken.' (coördinator medische registratie)

Bij elke stap in het registratieproces is een vertaalslag nodig van patiënt naar dossier in de kliniek of poli, van de ene arts naar de andere, naar de medische registratie en de codeurs. De kunst is deze vertaalslagen of interpretaties steeds herleidbaar te maken, of zoals de coördinator medische registratie het zegt;

'Informatie gaat altijd over verschillende schijven. Uiteindelijk snapt iemand soms niet hoe je daar toe gekomen bent. Je moet ook altijd nazorg geven. Hoe je aan gegevens komt en wat je hebt geregistreerd. Je moet wel altijd uitleg geven om informatie te kunnen vertalen voor iemand anders.' (coördinator medische registratie 19-05-2009)

De vertaalslag lijkt dus een vereiste om informatie bruikbaar te maken voor andere afdelingen, lagen en personen in het ziekenhuis. Een voorbeeld van een vertaalslag wordt hieronder gegeven.

'Een voorbeeld is een neuroloog die iets een 'minor stroke' noemt, wij kunnen dan een TIA coderen of een echt CVA coderen. In dat geval is het niet duidelijk wat hij bedoeld heeft met 'minor stroke'. Toen heb ik hem opgebeld om te vragen wat hij dan bedoelt heeft en dan komen we er wel uit. De vertaalslag is dan dus mondeling wel te maken. Ja, dat lukt dan wel.' (codeur 12-05-2009)

Een vertaalslag kan dus plaatsvinden van een code terug naar woorden, maar ook om tot een code te komen zal een vertaling van informatie moeten plaatsvinden om woorden om te zetten in een code. De vertaalslag kan dus twee kanten op plaatsvinden.

'De vertaling van de code is niet ingewikkeld. De omschrijving van de code gaat altijd mee in de vertaalslag. Dus dit

maakt het zichtbaar maken van de informatie makkelijker. En of ik nou op 3 cijferig of 6 cijferig niveau terugkoppel, dat maakt niet uit.' (hoofd medische registratie 26-05-2009)

De terminologie en het verouderen van de codeerboeken kan soms de vertaalslag en het vastleggen van informatie wel lastig maken.

'Het komt ook nog wel eens voor, als ik het dan eerlijkheidshalve zeg dat de neuroloog het een 'minor stroke' noemt en als ik dan de DBC code ernaast leg die hij eraan gegeven heeft dan noemt hij het wel een CVA. Maar dat verschilt ook weer per neuroloog de één noemt het een 'minor stroke' en de ander een CVA. Ze hebben gewoon ook allemaal een verschillende terminologie. Dat is het lastigst eigenlijk, hoe de arts het zegt en hoe wij dit vertalen naar een code. En dat komt dus eigenlijk doordat de artsen verschillende termen gebruiken. En tja ook de verouderde boeken die we gebruiken. De verrichtingenboeken worden nog wel regelmatig aangepast, maar in twintig jaar verandert er toch heel veel op het medisch gebied. En staan sommige dingen dus gewoon niet in de boeken (geen code voor aanwezig) en kunnen we dan niet vastleggen.'

Ook kan bij een vertaalslag de context van de informatie verloren gaan. In een code kan namelijk niet de ernst van de aandoening aangegeven worden. Een codeur geeft hier een voorbeeld van.

'Bijvoorbeeld iemand komt hier met een hartinfarct maar of dit een groot infarct of een klein infarct is kun je niet aangeven. Ook kun je niet aangeven of het een sportman of een oude man is met een infarct, dat is ook nogal een verschil voor de ernst. Je kunt wel aangeven of iemand al andere ziekten heeft gehad, maar toch kun je aan 1 zo'n code niet de ernst afleiden.' (codeur 19-05-2009)

Kortom bij de overdracht van informatie is het van belang dat de vertaalslagen goed gemaakt worden. Dit om interpretatieverschillen te voorkomen. Het maken van de vertaalslag kan twee kanten op plaatsvinden. Het kan gaan om het vastleggen van woorden in een code bestaande uit cijfers, maar ook het terugvertalen van de cijfers naar woorden is mogelijk. Een vertaalslag heeft dus tot doel de informatie los te maken van de context. Door het standaardiseren van deze informatie in een code, het coderen, wordt de informatie overdraagbaar en bruikbaar in een andere context.

Een belangrijke vraag is hoe het proces van coderen in de praktijk verloopt? Het vastleggen van informatie is namelijk noodzakelijk om de LMR en daarna RTM te kunnen vullen. Net is al gebleken dat het vastleggen van informatie in een code lastig kan zijn. Het vastleggen van informatie betreft namelijk vele aspecten. Gekeken kan worden naar welke informatie wordt vastgelegd, voor wie deze informatie wordt vastgelegd en wat het doel is van het vastleggen van informatie. Eerst wordt ingegaan op het doel van registratie.

Het doel van registratie is het vastleggen van gegevens voor de LMR. Hieruit kan informatie gebruikt worden voor onderzoek en regulering. Hierdoor kunnen bepaalde ziektebeelden voorkomen worden en kan de kwaliteit van zorg toenemen. Codeurs geven de volgende voorbeelden;

'Toch de kwaliteit van zorg verbeteren en dingen kunnen voorkomen in de toekomst. Kun je een voorbeeld geven? Ja, we leggen bijvoorbeeld ook complicaties vast, dus als je ziet dat bij een bepaalde o.k. altijd dezelfde complicaties voorkomen dan kun je daar misschien wat verbeteren.' (codeur 19-05-2009)

'Met name voor de landelijke registratie en daar wordt best wel veel mee gedaan. Bijvoorbeeld ook door verkeersveiligheid, kankerregistratie en politie. Er kan dus gekeken worden hoeveel fracturen bijvoorbeeld veroorzaakt zijn door een ongeluk. Wij coderen bij een gebroken been bijvoorbeeld ook dat dit gekomen is door een aanrijding.'(codeur 19-05-2009)

De toegevoegde waarde van registratie is volgens de codeurs de mogelijkheid om op een beknopte manier een gedetailleerd beeld van een patiënt vast te kunnen leggen.

Het coderen wordt gedaan door de codeurs. Elke maand ontvangen zij een lijstje met de ontslagen patiënten per specialisme. De ontslagbrieven van deze patiënten worden dan opgezocht in het Ziekenhuis Informatie Systeem. Vanuit deze ontslagbrief wordt gecodeerd. Wat vastgelegd wordt is de essentie van de brief. Wat deze essentie inhoudt, besluit de codeur zelf tijdens het lezen van de brief.

'Interviewer: 'Er is dus niet één structuur, maar het is bij elke patiënt verschillend?' 'Ja, dat klopt maar dat leer je ook wel op de opleiding. In het begin ga je echt alles vastleggen, maar je moet zelf op een gegeven moment een besluit nemen over wat de essentie van de opname is. Dit moet je leren zien.'(codeur 19-05-2009)

Om zoveel mogelijk eenduidigheid in het coderen te krijgen worden er wel afspraken gemaakt over het coderen en wordt er bij onduidelijkheid overlegd. In elk geval worden de opnamegegevens vastgelegd en wordt de uiteindelijke diagnose vastgelegd. Tevens worden de relevante verrichtingen, complicaties en verantwoordelijkheidsperioden vastgelegd. Een aantal voorbeelden van hetgeen wordt vastgelegd:

'Ik vind dat hetgeen wat de arts vastlegt, gewoon vastgelegd moet worden. Wij zijn geen medicus en ik ga ervan uit dat de specialist een goede en juiste diagnose vastlegt. Ook als bijv. de verpleegduur vele malen langer is dan die zou moeten zijn, dan zul je waarschijnlijk ook wel een complicatie terugvinden in de verslagen en dan is dit dus verklaarbaar. Wij leggen deze complicaties ook vast.' (hoofd medische registratie 26-05-2009)

'Iemand komt binnen met buikpijn, uiteindelijk blijkt dit een blindedarmonsteking te zijn. Je legt dan die blindedarmonsteking vast en hiermee vervalt dus eigenlijk de diagnose buikpijn. Ook leg je in dit geval de OK vast en de wijze waarop geopereerd is. Laproscopisch of met een snee. Je legt wel de dingen vast die van belang zijn, en niet alle symptomen. Stel ze kunnen niets vinden dan blijft de hoofddiagnose buikpijn. En stel dat iemand een urineweginfectie krijgt tijdens opname dan komt dat erbij en leggen we dit vast. Dit is dan een complicatie en dat leggen we dan ook echt vast met een C ervoor.' (codeur 19-05-2009)

'Een ander voorbeeld is bijvoorbeeld de geboorte van een baby. Je kunt ook vastleggen hoe de baby geboren wordt. Bv. Keizersnede, vacuümextractie. Bij een carcinoom en OK leg je het ook vast als iemand in het verleden ook al een carcinoom heeft gehad. Dit soort anamnese gegevens zijn dan van belang daarbij.

Landelijk zijn er geen richtlijnen omtrent het registreren. Het niveau van coderen ligt niet vast. Het coderen wordt in het KG zo specifiek mogelijk gedaan. Hoofddiagnosen maar ook nevendiaagnosen en verrichtingen worden vastgelegd. Vaak wordt een code op vijf cijferig niveau gegeven, dat betekent elke spier en elk botje. De keuze hiervoor heeft te maken met de ervaring dat vaak gevraagd wordt om specifieke informatie door bijvoorbeeld de directie. Om antwoord te kunnen geven op specifieke vragen is dan ook specifieke informatie nodig en dus is het specifiek coderen noodzakelijk. Dit blijkt uit het volgende citaat;

'Nee, maar ik denk dat hoe specifieker hoe beter. We gaan zo diep als we kunnen. Het is ook maar hoe je het bekijkt.



Als jij het voldoende vindt om te weten dat een hand gebroken is, dan is dat goed. Maar als je wilt weten waar de breuk zat dan is het handig om het botje te coderen.'(codeur 19-05-2009)

Daarnaast maakt het specifiek coderen het werk voor de codeur interessanter door de verdieping in de casus en legt het meer nadruk op de waarde van de afdeling medische registratie. Interessant is het om te analyseren welke invloed het coderen heeft op de uiteindelijke uitkomst van de HSMR. Hierover gaat de volgende paragraaf.

#### **4.2 Registratieproces in relatie tot de uitkomst van de HSMR**

De codeurs zijn van mening dat het mogelijk is dat codeerfouten invloed hebben op de uitkomst. Ditzelfde geldt wanneer artsen mogelijk informatie in de ontslagbrief niet of anders weergeven.

'Wij coderen zoals het is, maar als er bijvoorbeeld eerder in het proces iets misgaat en d'r staat een fout in een brief, dan kan dit inderdaad wel doorwerken in een uitkomst.' (codeur 19-05-2009)

'Ja, ik denk wel dat een niet goed lopend proces wel invloed kan hebben op de uitkomst. Bijvoorbeeld heel simpel wij zeggen die patiënt overlijdt, terwijl die patiënt gewoon naar huis gaat. Wij kunnen dat gewoon doen en dit wordt niet gecontroleerd. En dan kan dit wel leiden tot opeens heel veel sterfgevallen en dus een hoge HSMR. (...) Interviewer: 'Maar het systeem controleert toch ook?' 'Ja, maar deze codeerfout zou gemaakt kunnen worden zonder dat het systeem dit opmerkt.' Interviewer: 'Dus dat brengt een grote verantwoordelijkheid met zich mee?' 'Ja, best wel eigenlijk.'(codeur 12-05-2009)

'Een ander voorbeeld is dat we een patiënt bij opname met buikpijn krijgen terwijl dit een gastro-entritis (blinde darm ontsteking) blijkt te zijn. Je kunt die blinde darm registreren maar ook gewoon buikpijn.' Interviewer: 'En die keuze maken jullie dus zelf?' 'Ja.' (codeur 12-05-2009)

Ook de Raad van Bestuur (RvB) is zich bewust van het feit dat de uitkomsten van de HSMR afhankelijk zijn van het goed verlopen van alle stappen in het registratieproces dat vooraf gaat aan de HSMR.

'Het heeft inderdaad allemaal een link met elkaar dus als je aan de basis al verkeerd registreert dan krijg je ook geen goede uitkomsten. Daardoor zijn er ook wel ziekenhuizen die er nu op tegen zijn om de sterftecijfers openbaar te publiceren omdat er onderweg in het proces problemen zijn die nog niet helemaal uitgekristalliseerd zijn en daardoor toch kunnen leiden tot verkeerde uitkomsten.'(RvB 26-05-2009)

Interviewer: 'Maar RTM corrigeert toch voor een aantal van die kenmerken'. 'Ja, maar dan moet dat wel goed geregistreerd zijn en dat is nu vaak het probleem. Bij mensen die dus eigenlijk komen sterven, moeten deze wel als 'verkeerde bed' patiënt geregistreerd worden. Dit zijn mensen die dus in feite uitbehandeld zijn, maar die niet uitgeplaatst kunnen worden. En de patiënt komt te overlijden. Wanneer je deze patiënt dan niet registreert als verkeerde bedpatiënt dan telt deze gewoon mee in je cijfers.' (RvB 26-05-2009)

De uitkomsten van de HSMR blijken dus vervuild te kunnen worden door het meetellen van sterfgevallen die eigenlijk niet meegeteld zouden moeten worden. De oorzaak ligt in het verkeerd registreren van deze patiëntengroep. Het hoofd medische registratie zegt hier het volgende over;

'Ja, dat klopt. Je zult moeten kunnen aantonen dat je hier palliatieve zorg biedt en dat die mensen dus dood gaan. Je kunt natuurlijk niet je ziekenhuis sluiten voor mensen die gaan sterven. Maar we zijn nu dus wel in overleg met o.a. de PraktijkIndex om een code te bedenken en deze palliatieve zorg dus vast te kunnen leggen. Nu worden die mensen bij het sterftecijfer opgeteld, dit kan dan inderdaad je uitkomst vervuilen. De bedoeling is om deze patiënten een kenmerk te geven zodat ze zichtbaar te maken zijn en uitgesloten kunnen worden van de berekening. Dit is een fine

tuning van je registratie en dit probleem is nu bij de PraktijkIndex neergelegd.' (hoofd medische registratie 26-05-2009)

Het gehele registratieproces omvat dus vele vertalingen die noodzakelijk zijn om de informatie bruikbaar en overdraagbaar te maken. Deze vertaalslagen kunnen echter invloed hebben op de uiteindelijke uitkomst (HSMR) doordat het verkeerd registreren van een patiënt, het ontbreken van de status en daarmee het ontbreken van informatie en een niet tijdige informatielevering aan de codeurs kan leiden tot een verkeerde code. Deze verkeerde code werkt dan door in de uiteindelijke uitkomst, waardoor deze vervuild kan zijn. Aangezien de uitkomsten van de HSMR vervuild kunnen zijn, lijkt het van belang te achterhalen wat dan de waarde van de HSMR als prestatie-indicator is. De volgende paragraaf gaat hier dieper op in.

### 4.3 De HSMR als prestatie-indicator waardevol of niet?

In het theoretisch kader van dit onderzoek is aangegeven dat de drang naar accountability (verantwoording) in de zorg steeds groter wordt (Power 2007). Het meten en publiceren van cijfers aan de hand van prestatie-indicatoren is op dit moment een belangrijke ontwikkeling in de zorg en wordt opgelegd door druk uit de institutionele omgeving, aldus Power (2007). Deze ontwikkeling vraagt om prestatiemetingen, transparantie en kwaliteitsverbetering. Prestatiemeting wordt in het KG positief ontvangen. Een medisch specialist zegt het volgende;

'De transparantie ervan is goed, maar prestatie indicatoren zijn nog niet altijd zo goed en dan de interpretatie van de uitkomsten door de 'gewone' patiënt, de cliënt is te hoog. Bijvoorbeeld de mortaliteitscijfers zijn hoog en de patiënt denkt oh dan is dat slecht, terwijl in een ziekenhuis nu eenmaal mensen sterven. Ook kan het zijn dat een specialist slecht presteert maar dit wil niet zeggen dat het ziekenhuis slecht presteert en het ziekenhuis heeft dan wel dat cijfer aan zijn broek. Oftewel het is wel van belang hoe de patiënt de cijfers interpreteert en ik denk dat de gemiddelde gewone burger dit erg moeilijk goed kan doen en misschien is dit zelfs wel onmogelijk.' (medisch specialist 12-05-2009)

Getwijfeld wordt dus over de waarde van de uitkomsten van prestatiemetingen voor externen, bijvoorbeeld de 'gewone' burger. De verwachting is dat de burger de uitkomst niet goed kan interpreteren en zich daardoor een verkeerd beeld kan vormen van het ziekenhuis.

'Ik denk dat de gewone burger dit te zwart wit interpreteert. Ook twijfel ik wel over het feit dat een streekziekenhuis misschien veel lager scoort dan een academisch ziekenhuis omdat hier gewoon minder complexe patiënten komen of de populatie anders is. Ik denk dat de gewone burger dit niet ziet en hierdoor te snel kan redeneren dat het ziekenhuis door het hoge mortaliteitscijfer slecht is. Dit kan grote gevolgen hebben voor de reputatie van een ZH. Mensen verdiepen zich te weinig in zo'n uitkomst. Je hoort toch ook vaak mensen heel negatief praten op bijvoorbeeld het schoolplein. Slechte ervaringen worden mondeling verspreid, zo gaat dat. Ik neem het wel vaak voor mijn ZH op. Mensen luisteren meer naar elkaars ervaringen dan naar zo'n cijfer.'(codeur 19-05-2009)

Ook wordt aangegeven dat het publiceren van de cijfers pas zin heeft op het moment waarop zekerheid bestaat over de realiteitswaarde van de cijfers. Dit is pas wanneer de systemen en

methoden die gebruikt worden helemaal goed werken en bijvoorbeeld vervuilde uitkomsten niet meer voor kunnen komen. Pas dan bestaat er zekerheid dat het cijfer klopt met de realiteit.

'Je moet de overtuiging hebben dat de systematiek goed is. Als je weet dat dit goed is dan zie ik geen problemen om dit naar extern te publiceren. En dat je weet wat je met elkaar vergelijkt. Een sterftecijfer ligt wel gevoelig natuurlijk, maar we werken er nog amper mee. Wanneer het een wezenlijk onderdeel is van de bedrijfsvoering en je hebt het vertrouwen in het programma dan kun je dit naar buiten brengen.'(organisatorisch manager 19-05-2009)

Toch is ook dan nog uitleg bij de cijfers geïndiceerd om de juiste interpretatie door extern mogelijk te maken. Één cijfer kan anders niet goed geïnterpreteerd worden en dit kan dan gevolgen hebben voor de reputatie van het ziekenhuis.

'Nee, daar zul je wel uitleg bij moeten geven. En uiteindelijk is het natuurlijk ook wel informatie waarmee je naar buiten zou moeten kunnen komen. Maar je moet eerst zeker weten of ze de uitkomsten niet meer vervuild zijn.' (RvB 26-05-2009)

'Nou je hebt natuurlijk wel een soort sensatiezucht in de media. En bijvoorbeeld zo'n Elsevier lijst is heel erg vanuit één perspectief benaderd en klopt dus niet met de werkelijkheid. En het kan wel grote gevolgen hebben voor je reputatie.'(organisatorisch manager 19-05-2009)

'Elsevier wilde HSMR cijfers opvragen en openbaar maken. Mensen interpreteren dit anders. Ik vind het idioot. Dokers gaan niet van huis en denken ik ga vandaag eens lekker mensen laten sterven. Dat is niet zo, je doet het niet express. En in een ziekenhuis gaan nou eenmaal mensen dood. Deze interpretatie kan de buitenwereld niet zien, zij zien dit anders.' (kwaliteitsfunctionaris 12-05-2009)

Het publiceren van prestatie uitkomsten voor extern gebruik kan dus niet klakkeloos plaatsvinden. Interessant is het om zicht te krijgen op welke wijze RTM en de HSMR nu gebruikt worden in het KG.

In het KG staat RTM nog in de kinderschoenen. Ongeveer anderhalf jaar geleden heeft het ziekenhuis RTM aangeschaft. Vorig jaar was een proefjaar en het is de bedoeling in dit jaar (2009) heel de database te vullen voor alle specialismen. Op dit moment loopt er een pilot op de afdelingen chirurgie en cardiologie om te werken met RTM. De medisch manager en organisatorisch manager hebben de verantwoordelijkheid om RTM bekend te maken onder de vakgroepleden en deze enthousiast te maken voor het gebruik van RTM. Zowel de kwaliteitsfunctionaris als het hoofd medische registratie zijn verantwoordelijk voor het stimuleren van de vakgroepen om te gaan werken met RTM. Uiteindelijk houdt de RvB de voortgang van de implementatie van RTM in de gaten en is deze eindverantwoordelijk.

Dit onderzoek is gericht op de pilot die loopt bij de chirurgie. Uit interviews met de vakgroepvoorzitters (medisch en organisatorisch manager) blijkt dat twee medisch specialisten nu eens in de zoveel tijd kijken naar de trends en ontwikkelingen van de cijfers van RTM. Verder houden ook de kwaliteitsfunctionaris en het hoofd medische registratie het systeem regelmatig in de gaten. Tot nog toe wordt er verder echter weinig met de uitkomsten gedaan en heeft de implementatie van RTM weinig prioriteit. Uit de interviews blijkt dat de

oorzaak hiervoor met name ligt in de drukte van de dag, de vele andere projecten en taken en daardoor het gebrek aan tijd.

'Het belang is heel hoog. Maar er moet nog een gedeelte van het jaar gescoord worden, dus nu hoeft je nog niet heel vaak te kijken, eens per maand ofzo. Dus op zich heeft het belang een hoge prioriteit maar door de werkdruk, de werkmethode op een dag zorgen ervoor dat het van lagere rangorde is.' (medisch specialist 12-05-2009)

Opvallend aan het volgende citaat is dat wanneer er geen rode bellen zichtbaar zijn ook niet verder wordt gekeken. Het lijkt nu zo te zijn dat reactie en pogingen tot verbetering pas van start gaan wanneer de uitkomsten aan de verkeerde kant van het gemiddelde komen. Dit sluit aan bij de gedachten van de kwaliteitsfunctionaris over de manier waarop nu met RTM gewerkt wordt. Hij zegt:

'Het betekent niet dat je achterover moet gaan zitten als je geen rode bellen hebt. Je kunt ook groene bellen proberen nog groener te maken. Dat is het besef wat ik ervan heb. Ik heb het idee dat de dokters alleen bij rode bellen met de vakgroep denken daar moeten we wat aan doen. En als die bel weer groen is dat ze denken hè hè, dat is weer gedaan. Ik heb iig dat idee, dat er soms met een vluchtige blik even naar gekeken wordt.' (kwaliteitsfunctionaris 12-05-2009)

In interviews met de specialisten wordt dit bevestigd. Daarnaast wordt de niet tijdige vulling van RTM gezien als een gemis en lijkt dit demotiverend te werken om actief met RTM aan de slag te gaan.

'Ik heb even gekeken en ik zag bij ons geen rode bellen, wel even vergeleken met cardiologie en daar zag ik een aantal rode bellen en toen dacht ik wel hè, lekker dat ligt gelukkig niet in mijn straatje (zucht). Nu hoeft ik ook nog niet zo vaak te kijken, bijvoorbeeld maar eens in de twee maanden omdat we toch nog achterlopen met het vullen van de data voor RTM.' (medisch specialist 12-05-2009)

Ondanks het feit dat op dit moment nog weinig prioriteit gegeven wordt aan de invoering van RTM wordt wel de toegevoegde waarde van RTM als informatiesysteem hoog ingeschat. Het KG heeft hoge verwachtingen van het systeem. Allereerst is de signaleringsfunctie die het instrument heeft een mogelijkheid om verder te komen op het gebied van risicomangement. Het thema 'Veiligheid' kan door RTM meer in het gedrag en denken van het personeel komen te zitten. De organisatorisch manager hierover:

'Iedereen zal zeggen dat hij het belangrijk vindt om veilige zorg te bieden aan een patiënt. Maar dit moet nu ook een concrete plek krijgen in de bedrijfsvoering in het denken van mensen. Het is niet meer genoeg om te zeggen dat je het belangrijk vindt, nee het moet ook in je handelen ingebed raken. Deels krijgen we nu al technisch support hierin in de vorm van allerlei systemen. Maar iedereen moet zich eigen maken in die systemen maar ook in het idee. Het volstaat niet meer om te zeggen natuurlijk vind ik veiligheid belangrijk. Je moet het laten zien, dit is wat nu van ons gevraagd wordt.' (organisatorisch manager 19-05-2009)

Ook de RvB licht het belang van RTM voor risicomangement en reputatiemangement toe.

'Vooral in deze tijd waarin de concurrentie steeds groter en heftiger wordt, moet je gewoon zorgen dat je goede informatievoorzieningen hebt binnen je ziekenhuis en ik vind dat RTM hier wel een wezenlijk onderdeel van uitmaakt.' (RvB 26-05-2009)

De signaleringsfunctie van RTM kan dus bijdragen aan de interne kwaliteitsverbetering.

'Ja, ik zie wel kwaliteitsaspecten en een indicatie van hoe je het doet en waar je kunt verbeteren. Maar wat ik net al zei er zit minstens een half jaar tot een jaar tussen voordat je het weet en geanalyseerd hebt waardoor het komt en pas dan kun je er iets mee (actie ondernemen). Daar zou ik graag verandering inzien. RTM is ook wel een geruststelling doordat als je ziet dat je in een bepaalde marge ten opzichte van het gemiddelde en andere ziekenhuizen zit, je kunt denken van we zitten wel even goed zo.' (medisch specialist 12-05-2009)

Ten tweede is de controle op de codering en de herkenbaarheid ervan vergroten ook een doel van RTM. De coördinator medische registratie zegt hierover het volgende;

'Het is de bedoeling dat er veel meer feedback op de codering gaat komen. Dit hebben we de afgelopen periode gecodeerd en herken je dit ook? Dit is ook een doel van RTM. De herkenbaarheid vergroten. Gesprekken over sterfte, het hebben van objectieve waarden en het meer zichtbaar maken van waar de afdeling mee bezig is, bij dit alles kan RTM helpen. Dat zijn ook de voordelen van RTM.'(coördinator medische registratie 19-05-2009)

Ten derde wordt van RTM verwacht dat door de objectieve cijfers die het systeem laat zien, feedback geven ten opzichte van elkaar of verantwoording afleggen over resultaten makkelijker wordt. Een organisatorisch manager zegt hierover;

'Ik denk wel dat RTM het geven van feedback naar elkaar makkelijker maakt. Nu is het zo dat er graag omheen gedraaid wordt en ze zijn bij de poli chirurgie niet goed in elkaar feedback geven. RTM geeft wel een externe reden om dit wel te doen. Het zijn objectieve gegevens en dat kan heel veel duidelijk maken. En daar zijn die specialisten wel gevoelig voor. Het kan mogelijk helpen om de schroom los te laten om met elkaar in gesprek te gaan. Ze praten nu vooral over elkaar maar niet met elkaar. Dat komt omdat er niemand de baas is in die maatschap. Dat is ook logisch want het zijn allemaal zelfstandigen die elkaar gevonden hebben in de maatschap. Vroeger had je natuurlijk een soort natuurlijke hiërarchie. En het wijzen op fouten gebeurt nu te weinig. En hoge sterfte bij één specialist kan ook heel verklaarbaar zijn doordat hij gewoon altijd de meest complexe patiënten behandelt. Zo'n systeem kan wel helpen om ze de diepte in te kunnen/moeten gaan door dossieronderzoek, daar moet het toe leiden.'(organisatorisch manager 19-05-2009)

Op dit moment valt nog niet te zeggen of de pilot van RTM effect heeft op de manier waarop gesproken wordt over fouten of complicaties. Wel heerst de verwachting dat de drempel lager zal worden om op een open en constructieve manier over fouten te praten. Dit is nu al wel het geval door het Veilig Incident Melden (VIM). De RvB hierover;

'Ja, het is wel zo dat we nu weer in gesprek zijn met medisch specialisten over een nieuw stuk beleid wat op papier komt over hoe om te gaan met calamiteiten. Maar, er komt wel steeds meer openheid. Er wordt meer besproken door dat VIM, dit gaat heel goed. We zijn er nog niet helemaal maar wel bijna.'(RvB 26-05-2009)

Ook bij het DBC systeem wordt een toename van een open vorm van overleg tussen medisch specialist en codeur opgemerkt. Hierdoor is ook de verwachting van RTM op het gebied van een toenemende openheid over uitkomsten ontstaan. Het hoofd medische registratie zei het volgende;

'Ik zie het als een soort gelijk vervolg als bij de DBC's. De belangrijkste drijfveer is daar de financiën. Eerst zie je daar dat het dr. Vermeulen is en daarna is het Erik als je begrijpt wat ik bedoel. Je ziet daar ook dat de drempel steeds lager wordt en dat je elkaar open en weer gaat informeren en elkaar mee neemt in het geheel. Dat verwacht ik ook bij RTM en daar heb ik nu ook de mensen een beetje op aangenomen. Die medische kennis hebben ze wel maar het gaat ook om communicatieve vaardigheden.'(hoofd medische registratie 26-05-2009)

Tot slot maakt het systeem het mogelijk om snel te reageren wanneer de ontwikkeling de verkeerde kant op blijkt te gaan.

'Snellere reactietijd. Medisch specialisten kunnen zelf kijken naar de trends en gelijk ingrijpen of RvB waarschuwen wanneer er iets misgaat. En dan zou je zelf dingen kunnen voorkomen. (...) Neem bijvoorbeeld het Radboud Nijmegen de problemen op de cardiologie afdeling. Dat is een voorbeeld waar je door middel van RTM sneller die fouten had kunnen ontdekken en daardoor sneller had kunnen reageren. RTM geeft je veel meer informatie. Als je nu de sterftcijfers krijgt van Prismant, zit je of boven de 100 of onder de 100. Je kunt daar niet zien hoe je het doet ten opzichte van de andere 100 ziekenhuizen.' (RvB 26-05-2009)

Kortom de inbedding van veiligheidsdenken in het gedrag van de specialisten, de verandering van het gedrag omtrent uitkomsten, vertrouwen in het systeem en tijdige vulling van RTM blijken vereisten om RTM echt waardevol te maken voor het KG. Binnen RTM zijn verschillende uitkomsten te volgen. De HSMR is daar één van. Een interessante vraag is wat het KG vindt van de bijdrage van deze specifieke prestatie-indicator als intern kwaliteitsinstrument.

De HSMR wordt opgenomen als prestatie-indicator in het basispakket prestatie-indicatoren van de IGZ. In dit onderzoek is geprobeerd zicht te krijgen op de toegevoegde waarde van de HSMR om de prestatie van een ziekenhuis te kunnen beoordelen. Uit de interviews en observaties zijn meningen en opvattingen over deze waarde van de HSMR gehaald die hieronder zijn weergegeven.

Uit alle interviews is gebleken dat binnen het KG de ontwikkeling van prestatie-indicatoren in het algemeen als een positieve ontwikkeling wordt gezien. Een codeur hierover;

'Ik vind het een goede ontwikkeling. Je blijft scherp en je kunt dingen naar buiten brengen als het gevraagd wordt.'(codeur 19-05-2009)

Ook over de HSMR is de respons overwegend positief. Een medisch specialist aan het woord over de toegevoegde waarde van de HSMR;

'Interne kwaliteitsverbetering en indicatie van hoe je het doet ten opzichte van anderen en signalen van mogelijk is hier iets mis. Daar kun je dan iets mee.'(medisch specialist 12-05-2009)

De toegevoegde waarde van de HSMR voor interne kwaliteitsverbetering wordt bevestigd. Op dit moment blijkt uit de interviews dat de HSMR nog gezien wordt als een cijfer met een signaleringsfunctie maar waarmee wel al winst te behalen valt op het gebied van patiëntveiligheid, preventie van onnodige sterfte en dus op de kwaliteit van zorg. Het hoofd medische registratie;

'RTM en de uitkomsten van RTM kunnen leiden tot het herinrichten van processen doordat je bijv. ziet dat een bepaalde patiëntengroep meer risico loopt. Je gaat erover nadenken en je gaat je processen tegen het licht houden doordat je een indicator krijgt van bijv. door een slechte uitkomst. Met het herinrichten en verbeteren van de processen kun je dan de patiëntveiligheid verbeteren.'(hoofd medische registratie 26-05-2009)

Ook kan de HSMR bijdragen aan het vergroten van het vertrouwen van de burger in het

ziekenhuis en daarmee aan de reputatie van een ziekenhuis.

'Bij het vergelijken van ziekenhuis gegevens moet je altijd het profiel van het ziekenhuis meenemen in de vergelijking. Prismant maakt HSMR cijfers bekend die een momentopname zijn. Misschien kunnen we RTM in de toekomst ook gebruiken om de publieke HSMR cijfers van Prismant te verlichten door onze eigen cijfers van RTM ernaast te kunnen leggen. Die geven meer de trend aan in plaats van een momentopname en dan kun je misschien ook laten zien dat je verwacht dat er weer een lager sterftcijfers voor het volgende jaar aankomt. Dit kan de burger meer vertrouwen geven en zorgen voor minder reputatieverlies voor het ZH.'(RvB 26-05-2009)

Eerder in dit hoofdstuk bleek echter twijfel te bestaan over de presentatie van de uitkomsten van de HSMR naar buiten toe. De mogelijke onjuistheid van de uitkomst en de mogelijke verkeerde interpretatie van het cijfer bleken verontrustend. De verwachte oorzaken van hoge uitkomsten van de HSMR en de gevolgen hiervan voor de reputatie van het ziekenhuis zijn in de interviews uitgevraagd. De belangrijkste oorzaak voor een hoge HSMR uitkomst wordt verwacht in de vervuiling van de HSMR uitkomst doordat de palliatieve zorg nog niet juist geregistreerd wordt.

'Eigenlijk is de palliatieve zorg de grootste beïnvloedende factor bij sterfte. Je zoekt natuurlijk maar op één kenmerk sterfte en ik weet niet hoeveel andere corrigerende factoren je nog hebt.' (hoofd medische registratie 26-05-2009)

Daarnaast kunnen ook verschillen in hoogte ontstaan doordat de HSMR cijfers van Prismant gebaseerd zijn op een momentopname en die van RTM gedurende een periode worden gemeten. De HSMR voortkomend uit RTM kan dan helpen bij het verklaren van de hoogte van het cijfer en kan op deze manier positief bijdragen aan de reputatie van het ziekenhuis.

'Je gebruikt dezelfde gegevens maar HSMR cijfer van Prismant is een momentopname. Bij RTM is het een voortschrijdend inzicht maar dit zie je niet in zo'n moment opname. Maar beide zijn waar en realistisch. De HSMR van Prismant is alleen wat gedateerd. En het cijfer uit RTM daar kun je nog actie op ondernemen. Kun je het cijfer van RTM gebruiken om je te verantwoorden over het HSMR cijfer publiek van Prismant. Ja, je kunt bijv. zeggen van ja we hadden in aug. Al gezien dat het cijfer van juni hoog was, maar we hebben gelijk actie ondernomen en je ziet nu ook dat de trend een dalende lijn is. Je hebt door RTM een verhaal een verklaring. Je hebt het gezien, je wist al dat het hoger uit zou vallen en je hebt maatregelen genomen om het aan te pakken. Je zou dus als het ware al een soort voorspelling kunnen doen dat het de volgende keer lager is. Het systeem wat continu monitort maakt het mogelijk om te laten zien of er stijging of daling plaatsvindt en je kunt het effect van je maatregel zien en daaruit afleiden of je nog meer actie moet ondernemen of nog dieper moet gaan.'(RvB 26-05-2009)

Kortom de HSMR wordt gezien als een waardevolle indicator, die op dit moment geschikt is als signaleringsinstrument voor interne kwaliteitsverbetering. In de toekomst kan de HSMR zelfs mogelijk bijdragen aan het publiek verantwoorden van de sterfte in het ziekenhuis en daarmee aan het hooghouden van de reputatie van het ziekenhuis. Hiervoor is echter eerst volledige en tijdige vulling van de database voor RTM en een afname van vervuiling van de HSMR door filtering noodzakelijk. Pas dan kan de HSMR ook volstaan als een volwaardige externe prestatie- indicator.

#### **4.4 Toebedeling van verantwoordelijkheid**

Tijdens dit onderzoek is gebleken dat verantwoordelijkheid vele verschijningsvormen kan

hebben. In het registratieproces voorafgaand aan de HSMR gaat de toebedeling van verantwoordelijkheid met name om de vraag of iedere betrokkene in het proces weet wat zijn/haar taken zijn en of diegene de verantwoordelijkheid op zich neemt om die taak met zorgvuldigheid en precisie uit te voeren. Wanneer echter de toebedeling van verantwoordelijkheid in relatie tot de uitkomst van de HSMR onderzocht wordt, gaat het om de toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte. Het gaat hier dus om het zoeken naar een betrokkene die schuld te verwijten valt voor het overlijden van een patiënt. Vanwege deze complexe uitleg van het begrip toebedeling van verantwoordelijkheid is voor het weergeven van de resultaten van het onderzoek over het begrip verantwoordelijkheid gekozen om een scheiding aan te brengen in de toebedeling van verantwoordelijkheid ten aanzien van het registratieproces (de organisatie van het registratieproces) en ten aanzien van de uitkomst van de HSMR (sterfte). De bevindingen ten aanzien van het registratieproces en de uitkomst van de HSMR zullen dus als kapstok dienen om de resultaten over de verantwoordelijkheidstoebdeling uit dit onderzoek aan op te hangen.

#### **4.4.1 Organisatie van het registratieproces**

Het registratieproces bestaat uit vele stappen waarbij verschillende personen betrokken zijn. Elke persoon heeft in elk stapje van het proces zijn/haar eigen taak en weet wat er van hem/haar verwacht wordt. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering hiervan ligt dus bij de persoon zelf. Met het nemen van die verantwoordelijkheid gaat het nog wel eens mis. In het registratieproces rondom de HSMR in het KG is het namelijk opgevallen dat het maken van ontslagbrieven soms lang duurt of dat de overdracht van statussen niet goed verloopt. Dit heeft te maken met verantwoordelijkheid aldus een kwaliteitsfunctionaris;

'Ja, laksigheid. Onder het mom van we zijn een opleidingsziekenhuis en de artsen in spé moeten het allemaal leren. Een ingewikkelde brief, de waan van de dag en als een dossier dik is kost het tijd om het door te spitten. Maar het heeft niet de hoogste prioriteit. Ja, dat is het voornaamste probleem.' (kwaliteitsfunctionaris 12-05-2009)

Ook een codeur geeft een soortgelijk antwoord;

'Ja, ik denk wel dat de taken en verantwoordelijkheden duidelijk zijn, maar dat niet iedereen zijn verantwoordelijkheid op zich neemt. Bijvoorbeeld met het tijdig leveren en dicteren van de ontslagbrieven. Wij hebben gewoon vaak echt zoiets van doe dat nou even gelijk, dan gaat het makkelijker en kost het je minder tijd dan dat je het over drie maanden pas doet. En voor ons is het gewoon echt vervelend als die brief er niet is. Als dit sneller gaat is dit makkelijker en netter. Anders krijgt de huisarts ook pas de brief een half jaar nadat de patiënt overleden is. Maar ik kan natuurlijk niet zien hoe het daar op de afdeling reilt en zeilt.' (codeur 19-05-2009)

De medisch specialist blijkt ook regelmatig taken af te schuiven op de arts-assistent en neemt vervolgens dan niet de verantwoordelijkheid om de uitvoering van de arts-assistent te controleren. Hierdoor komt het wel eens voor dat de brief niet juist blijkt te zijn of dat een



arts-assistent bij het weggaan het werk niet goed overdraagt aan de volgende arts-assistent. Statussen blijven dan zonder gedicteerd te zijn liggen. Het toebedelen van verantwoordelijkheid in het registratieproces lijkt dan ook lastig doordat er veel wisseling in personeel plaatsvindt doordat het KG een opleidingsziekenhuis is.

'Ja, het naar de persoon echt wijzen is lastig omdat met name in de registratie ( en dan even de algemene niet de diagnose en verrichtingen registratie) daar worden die verantwoordelijkheidsperiodes vaak niet goed aangegeven. Bijvoorbeeld een arts-assistent werkt onder naam van en kan dus een patiënt opnemen op de naam van een medisch specialist, daar kan dan iets mis mee gaan en dan komt dan op de naam van die medisch specialist terwijl deze er niets mee te maken heeft gehad. Dit gaat dus in de registratie nog niet altijd goed en daardoor is het ook moeilijk om te wijzen naar 1 persoon. Al het handelen van een arts-assistent die nog wel eens fouten maakt, kan daardoor komen op naam van een specialist die een goede reputatie heeft in het ziekenhuis. Daarom moet je altijd voorzichtig zijn met het trekken van conclusies op basis van de gegevens die je aangeleverd krijgt. Dus nader onderzoek en analyse is dus altijd nodig om verantwoordelijkheid toe te kunnen bedelen.' (hoofd medische registratie 26-05-2009)

Daarnaast beseffen de betrokkenen in het registratieproces onvoldoende dat het effect van hun bijdrage in het proces van grote invloed kan zijn op de uitkomsten en daarmee op de prestatie en reputatie van het ziekenhuis. Dit blijkt uit het volgende citaat;

'Duidelijkheid over verantwoordelijkheid en taken in het registratieproces is heel moeilijk. Je ziet natuurlijk vaak dat het systeem gevoed wordt door co- assistenten of arts- assistenten die er maar tijdelijk zijn en zich niet beseffen wat de waarde is van hun werk voor de uitkomsten. (...) Dit is natuurlijk ook lastig want dan moet je bij elke nieuwe arts-assistent voldoende informatie geven om dit duidelijk te maken.(...) Ik vind dit echter wel ook een verantwoordelijkheid van de medisch en organisatorisch manager van de vakgroep. Zij moeten zich realiseren dat die informatie heel belangrijk is en dit in de vakgroep onder de aandacht brengen. Men is zich er nog niet voldoende van doordrongen van de effecten die zij teweeg kunnen brengen. RTM is maar een tool, een instrument, dus je moet het uiteindelijk toch zelf doen.' (RvB 26-05-2009)

Opvallend is dat er in het registratieproces ook weinig controlemomenten zitten, waardoor het lastig is om de uitvoering van taken te controleren en op basis daarvan verantwoordelijkheid toe te wijzen of toe te delen. Het hoofd medische registratie ontvangt alleen aan het eind van het kwartaal van Prismant een plausibiliteitslijst. De rare uitschieters die dan opvallen worden dan wel teruggekoppeld naar de codeurs. Door onderling overleg wordt dan eenduidigheid en afstemming in de codering bereikt, maar het is dus niet zo dat elke code gecontroleerd wordt. Dit gebeurde voor het gebruik van de computer wel doordat een codeur dan van papier een code, vastgelegd door iemand anders, achteraf invoerde in de computer. Het computersysteem controleert en filtert nu wel de grote fouten uit de codering. Wanneer ingevoerde gegevens logischer wijs niet kunnen kloppen, bijvoorbeeld het registreren van een diagnose waarin het gaat om een armbreuk terwijl een O.K. aan het been geregistreerd is, verschijnt hiervan een melding op het scherm. De toebedeling van verantwoordelijkheid in het proces is dus moeilijk doordat niemand zicht heeft op het gehele proces en daardoor ook moeilijk feedback gegeven kan worden op de uitvoering van de taken. Het verantwoordelijkheidsgevoel is dan afhankelijk van het karakter van het individu en de invloed van de omgeving. Een probleem dat dan kan ontstaan is dat de uitvoer

onvoldoende is door onvoldoende besef van het belang voor het geheel, onvoldoende prioriteit door drukte van de dag (omgevingsfactor) of nadelige karaktereigenschappen zoals laksheid. Daarnaast blijkt de toedeling van verantwoordelijkheid complex door de voortdurende wisseling van het personeel en de informatievoorziening naar deze personen over het belang van de registratie voor de prestatie en reputatie van het ziekenhuis.

Aangezien de kwaliteit van het registratieproces van invloed is op de uiteindelijke juistheid van de cijfers, is het interessant om te onderzoeken welke rol die cijfers voortkomend uit dit registratieproces spelen in de discussie over de toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte. De cijfers bepalen mogelijk of en op welke manier over sterfte wordt gesproken. Op de rol van de cijfers wordt in de volgende paragraaf dieper ingegaan.

#### **4.4.2 Verantwoordelijk voor sterfte?**

De uitkomst van de HSMR geeft aan hoe hoog de sterfte is in het ziekenhuis. In dit onderzoek is geprobeerd zicht te krijgen op de gang van zaken wanneer een patiënt in het ziekenhuis overlijdt. In de interviews en observaties is onder andere aandacht besteed aan de betrokkenen bij sterfte van de patiënt, de wijze van communicatie over sterfte, het gevolg van sterfte en de toedeling van sterfte. Tijdens de observaties en interviews is het opgevallen dat de RvB heel makkelijk praatte over verantwoordelijkheid voor sterfte en over de invloed van de heersende normen en waarden (cultuur) hierop terwijl de medisch specialisten en de afdeling medische registratie hier meer moeite mee bleken te hebben.

De RvB over de gang van zaken wanneer een patiënt overlijdt;

*'Als je een calamiteit hebt in het ziekenhuis, bijvoorbeeld schade of overlijden door fout handelen dan moet dit gemeld worden bij de RvB. En ik bespreek dit dan met de voorzitter van de RvB om te kijken wat er precies is voorgevallen en dan wordt er gekeken of dit gemeld moet worden aan de inspectie. En dan volgt vervolgonderzoek. Het kan aan apparatuur liggen, beoordelingsfout van arts. Dit moet je goed onderzoeken en bespreken en dit wordt dan gerapporteerd aan de inspectie. Die verwachten dat je ook altijd komt met een verbeterplan.'* (Secretaris RvB 26-05-2009)

Het vervolgonderzoek vindt vaak plaats door met alle betrokkenen in overleg te gaan over het verloop van het proces voordat de patiënt overleed. De RvB legt uit hoe zo'n bespreking verloopt;

*'Je gaat echt de hele keten door, en iedereen die een cruciale rol hierin heeft gespeeld zit hierbij. Het hele proces wordt dan van A tot Z doorlopen. Dit wordt voorgezeten door de RvB. In een positieve setting worden hier dan wel hele kritische vragen gesteld zoals waarom heb je dat gedaan? Had je niet beter dat kunnen doen? Heb je dat dan niet gezien? Maar goed het blijft natuurlijk heftig. Al die consequenties van een fout zijn heftig.'* (RvB 26-05-2009)

*'Nou daar zitten leidinggevendenden bij. Dit zorgt ervoor dat die hiërarchie minder sterk wordt. Leidinggevendenden bijv. unit leider verpleegkundigen. Zit natuurlijk ook op zo'n plek omdat deze wel deze zaken durft te bespreken. Hierdoor is verpleegkundige dan ondersteund in zo'n bespreking.'* (RvB 26-05-2009)

Uiteindelijk is de RvB altijd eindverantwoordelijk en moet deze om goed toezicht te kunnen houden op de werkvloer wel over voldoende informatie beschikken. Voor de RvB is het echter vaak moeilijk om echt in de gaten te houden wat er op de vloer gebeurt. Een oorzaak hiervoor wordt aangegeven in het volgende citaat;

'Ziekenhuizen moeten steeds meer verantwoorden. RvB is eindverantwoordelijk. Veel medisch specialisten zijn echter vrijgevestigd en dit is heel moeilijk, want je hebt weinig grip op deze mensen en daardoor kun je moeilijk sturen. Maar hier is ook wel een open goede discussie over bezig. Ook de patiënt is veranderd, veel mondiger en kritischer. Je ziet hier wel de artsen en verpleegkundigen mee worstelen.' (RvB 26-05-2009)

In principe is het de verantwoordelijkheid van de medisch specialist om het overlijden van één van zijn/haar patiënten te melden aan de RvB. De RvB vertelt hierover;

Wij verwachten dat de medisch specialist dit zelf doet, het is natuurlijk zijn of haar patiënt. Je ziet dat dit niet altijd gebeurd, maar dan merk je wel dat je altijd via iemand anders die informatie krijgt, van dit klopt niet helemaal.'

De medisch specialist geeft echter in het citaat hieronder aan dat de verantwoordelijkheid voor sterfte van de patiënt bij de specialist ligt. De verantwoordelijkheid voor het melden hangt volgens hem af van de vraag of er wel sprake is van een calamiteit. De uitleg van hetgeen onder een calamiteit valt, blijkt echter nog wel eens onduidelijk te zijn door interpretatie verschillen. Hierdoor kan de medisch specialist bij het overlijden van een patiënt dit niet melden omdat hij/zij dit niet nodig acht omdat er geen sprake was van een calamiteit.

'De verantwoordelijkheid van het medisch handelen ligt bij de medisch specialist en als er dan iemand dood gaat is dit ook de verantwoordelijkheid van de specialist, alleen als er sprake is van een calamiteit dan moet de Raad van Bestuur op de hoogte gesteld worden. Maar dan krijgen we de vraag die we in het begin ook hadden wat is een calamiteit. Daar is een definitie voor maar deze is ook vrij interpreteerbaar, dus dat geeft vaak discussie. De Raad van Bestuur moet dan beslissen of de IGZ op de hoogte gesteld moet worden.' (medisch specialist 12-05-2009)

Deze onduidelijkheid kan problemen geven bij het toebedelen van de verantwoordelijkheid voor sterfte. Ook de heersende normen en waarden (cultuur) op de afdeling chirurgie blijken invloed te hebben op de complexe toebedeling van sterfte.

'Schuldtoekenning gaat lastig. Ik zeg wel eens en als je vrouw daar nou zou liggen wat zou je dan zeggen en dan krijg ik een hoop ..... Vooral het gedrag bepaalt dat er altijd discussie ontstaat en geroepen wordt dat het een complicatie is. Vooral het erkennen van fouten is er niet, onvoldoende transparantie, geen acceptatie en tolerantie om aangesproken te worden op gedrag. Een soort macho cultuur van niet zeuren en doorgaan. Ik vind dat je als dokter ook wel eens mag zeggen dat je moe bent en dan moet inzien dat iets ook sneller fout gaat. Accepteer dan als ik zeg is het wel verstandig om deze OK nog te doen? Je staat wel samen voor hetzelfde resultaat. Je staat wel voor je vakgroep en een ziekenhuis. Je bent wel verantwoordelijk voor het feit dat iedereen hier zijn brood kan verdienen en wat als we dan met zijn allen reputatieschade oplopen.' (kwaliteitsfunctionaris 12-05-2009)

Deze heersende cultuur zorgt ook voor communicatieproblemen tussen onder andere verpleegkundigen en specialisten en arts- assistenten en specialisten. Het gebrek aan goed verlopende communicatie kan echter grote gevolgen hebben voor de uitkomst van de HSMR. Hier is onder andere de casus van het Radboud een voorbeeld van. In het KG zijn ook voorbeelden te geven van gevallen waarin een tekortschietende communicatie kan

leiden tot onnodige sterfte die voorkomen had kunnen worden.

'Ik weet wel dat er nog steeds hiërarchie bestaat, die best wel heel erg sterk is. Het komt dus ook nog best wel vaak voor dat verpleegkundigen het juist bij dit soort gevoelige onderwerpen het lastig vinden om artsen hierop aan te spreken. Hier is nog wel heel werk te doen. Ook bij arts assistenten zie je wel dat deze ook niet alles durven te vragen. Zo'n cultuur is heel sterk en dat heb je ook niet zo een twee drie veranderd.' (RvB 26-05-2009)

'Ik als leidinggevende heb helemaal geen schroom om iets te vragen en de verpleegkundigen over het algemeen ook niet. Maar ik merk wel vaak dat arts-assistenten een hele drempel hebben om iets te vragen of af te gaan bij de baas. En dat vindt ik wel kwalijk.' (verpleegkundige 26-05-2009)

'Ook het niet goed begeleiden van assistenten heeft te maken met cultuur. Assistenten durven niets te vragen en specialisten zeggen nog net niet van zoek het even lekker uit. Te laat zorg bieden heeft bijvoorbeeld te maken met drukte. Bijvoorbeeld assistent heeft teveel afdelingen, slaapt weinig en komt daardoor niet op tijd aan alles terug. Overleg tussen arts assistent en specialisten kan wel beter.

Wat ook nog een probleem is, zijn de specialismen, wie kan welke OK doen. Bepaalde OK's kan een specialist niet meer doen, hij is expert in een bepaald gebied. Een aantal ingrepen kan iedereen. Maar hier is dus nu ook discussie over, wie mag welke OK doen, met name in nachtdiensten willen ze een collega niet wakker bellen en voelen ze zich hier te groot voor. Hierdoor gaat er ook nog regelmatig iets mis.' (organisatorisch manager 19-05-2009)

De verwachting van de RvB is dat de invloed van de cultuur in de toekomst wel zal afnemen.

'Cultuur zal in toekomst minder sterk worden. In het verleden zag je natuurlijk vaak dat artsen elkaar de hand boven het hoofd hielden. Dit wordt ook minder.' (RvB 26-05-2009)

Toebedeling van schuld blijkt dus heel complex en lijkt beïnvloed te worden door verschillende factoren. Allereerst zijn dit de heersende normen en waarden op de afdeling chirurgie in het KG en de daarmee samenhangende gebrekkige communicatie. Ten tweede blijkt onduidelijkheid over het begrip calamiteit veroorzaakt te worden door interpretatieverschillen. Ten derde is het voor de RvB moeilijk om zicht te hebben op hetgeen wat op de werkvloer plaatsvindt waardoor toezicht en toebedeling van verantwoordelijkheid ook lastig wordt. Ten derde is het lastig 1 persoon aan te wijzen om de verantwoordelijkheid voor de sterfte neer te leggen. Het hoofd medische registratie geeft het volgende voorbeeld;

'Ja, het naar de persoon echt wijzen is lastig omdat met name in de registratie ( en dan even de algemene niet de diagnose en verrichtingen registratie) daar worden die verantwoordelijkheidsperiodes vaak niet goed aangegeven. Bijvoorbeeld een arts-assistent werkt onder naam van en kan dus een patiënt opnemen op de naam van een medisch specialist, daar kan dan iets mis mee gaan en dan komt dan op de naam van die medisch specialist terwijl deze er niets mee te maken heeft gehad. Dit gaat dus in de registratie nog niet altijd goed en daardoor is het ook moeilijk om te wijzen naar 1 persoon. Al het handelen van een arts-assistent die nog wel eens fouten maakt, kan daardoor komen op naam van een specialist die een goede reputatie heeft in het ZH. Daarom moet je altijd voorzichtig zijn met het trekken van conclusies op basis van de gegevens die je aangeleverd krijgt. Dus nader onderzoek en analyse is dus altijd nodig om verantwoordelijkheid toe te kunnen bedelen.' (hoofd medische registratie 26-05-2009)

Tot slot is het erkennen van fouten lastig. De RvB heeft hierover het volgende gezegd;

'Waar mensen werken, worden fouten gemaakt. Het is niet de bedoeling om mensen af te kraken of met de vinger te wijzen. Je wilt openheid in je organisatie. En de insteek is dus altijd wat is er precies gebeurd? Waar in het proces zijn steken laten vallen? En hoe kunnen we die in de toekomst voorkomen? Door misschien extra check in te voeren, of een verandering in protocol. Zo kijk je daarnaar. Ja, dus echt gericht op kwaliteitsverbetering en niet om iemand te straffen. Kijk, iedere arts maakt wel eens een fout, daar ontkomen ze niet aan. Alleen de ene fout heeft wat meer gevolgen dan een andere. En ehm als familie van een overleden patiënt van mening is dat een arts echt verwijtend heeft gehandeld dan kunnen ze altijd naar het tuchtrecht en die weg staat dan open. En de arts moet zich daar dan verantwoorden. Maar dit wil je natuurlijk altijd wel eerst in het ziekenhuis zelf onderzocht hebben.' (RvB 26-05-2009)

'Het belangrijkste is het leereffect. Wanneer iemand echt een grote fout heeft gemaakt, kan dit natuurlijk toch niet zonder consequenties doorgaan, anders kun je altijd wel fouten blijven maken en dit is natuurlijk ook niet goed. In het ergste geval kun je een medisch specialist ontslaan of de toelatingsovereenkomst opzeggen (medisch specialist is

natuurlijk eigenlijk zelfstandig ondernemer). Ook kun je iemand formeel schriftelijk een aanwijzing of aantekening geven, dit kan uiteindelijk dan toch leiden tot ontslag. Dit heeft wel een formele weg. Als een arts meerdere malen in de fout gaat, dan kan dit natuurlijk leiden tot ontslag. Ditzelfde geldt natuurlijk voor verpleegkundigen, die maken ook fouten.' (RvB 26-05-2009)

Daarnaast is het woord 'fout' ook een woord met veel gevolgen voor onder andere de verzekering van het ziekenhuis en de familie van de overleden patiënt.

Het woord 'fout' is in ziekenhuis gewoon heel moeilijk. De familie wil gewoon graag horen dat er een fout gemaakt is. Een arts wil dit nooit zo snel erkennen want in principe erken je hiermee je aansprakelijkheid terwijl deze nog helemaal niet bewezen is of vastligt. Dit erkennen van een fout mag ook niet zo snel van de verzekeraar van het ziekenhuis. Als wij tegen zo'n familie zeggen dat er een fout gemaakt is, voordat je verzekeraar hier uitspraak over doet, is dit niet handig. Een familie kijkt echter emotioneel en het ziekenhuis heel zakelijk. Dit gaat per definitie niet samen en dit is heel lastig. De familie heeft altijd heel veel behoefte aan informatie en wil graag een excuus, maar hier kunnen we niet altijd aan voldoen. Toch kun je wel zonder je aansprakelijkheid te erkennen, het gesprek aangaan met de familie en het proces helemaal doorlopen en bijvoorbeeld zeggen dat het voor het ziekenhuis ook heel belangrijk is dat er onderzoek wordt gedaan naar de reden. Nog geen zicht, verder onderzoek nodig maar waarschijnlijk ... etc. Maar je ziet wel dat medisch specialisten vaak moeten worstelen met dit soort dingen.

Samenvattend kan gezegd worden dat de toedeling van sterfte lastig is door de heersende normen en waarden die beperkend kunnen zijn om op een open en constructieve manier over het voorkomen van sterfte te praten en fouten te erkennen. Daarnaast zorgen het uit die heersende normen en waarden voortkomende gedrag en de manier van communicatie ervoor dat onnodige sterfte op kan treden en dat deze moeizaam is terug te voeren op één individu. Dit laatste hangt samen met de onvolledige registratie van en onduidelijke verantwoordelijkheidsperioden en het uitvoeren van werk door arts- assistenten in naam van de medisch specialist. Tot slot is de toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte complex door de vele interpretaties van de begrippen 'calamiteit' en 'fout'.

De verwachting is dat de invloed van cultuur zal afnemen en dat RTM door middel van de weergave van objectieve waarden zoals de HSMR kan bijdragen aan het makkelijker kunnen toedelen van verantwoordelijkheid voor sterfte.

## Hoofdstuk 5. Discussie

---

In dit hoofdstuk worden de resultaten afgezet tegen de vraagstelling en het theoretisch kader. Vervolgens zijn de resultaten nog kritisch bekeken vanuit de methode die gebruikt is in het onderzoek.

### **5.1 Theoretische discussie: koppeling resultaten aan hoofdvraag en theoretisch kader**

De hoofdvraag; *'Hoe is het registratieproces rondom de HSMR georganiseerd en welke rol speelt de HSMR in de toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte?'* heeft tijdens dit onderzoek steeds centraal gestaan. In deze paragraaf zijn de resultaten gekoppeld aan het theoretisch kader van waaruit deze hoofdvraag is benaderd. Om dit op een overzichtelijke manier te doen, is besloten om vanuit drie thema's, die de hoofdvraag en deelvragen omvatten terug te grijpen naar de theorie; registratieproces, HSMR uitkomst en verantwoordelijkheidstoedeling.

#### **Verloop van het registratieproces en de uitkomst van de HSMR**

In het KG is gebleken dat het registratieproces rondom de HSMR sneller kan verlopen en dat de beschikbaarheid, tijdigheid en volledigheid van informatie wel eens te kort schiet. Dit heeft te maken met het verantwoordelijkheidsgevoel van onder andere de medisch specialist die ervoor moet zorgen dat de ontslagbrief tijdig gedicteerd wordt en overgedragen wordt aan de medische registratie. Het gebrek aan informatie sluit aan bij de bevindingen van Berg (2001) die aangeeft dat informatie die op dat moment niet relevant wordt geacht niet wordt geregistreerd. Dit heeft vaak te maken met een verschil in behoefte en in het soort informatie, aldus Jacobs et al. (2004). Deze bevinding lijkt in de praktijk bevestigd te worden. Een medisch specialist gaf het voorbeeld van het ontbreken van een volledige beschrijving van de reanimatiecode. Het gebrek aan informatie hierover kan leiden tot problemen in de praktijk en in de uitvoering van de behandeling. De medisch specialist had dus wel behoefte aan dat soort informatie terwijl degene die in dit geval informatie bij de opname van de patiënt vastgelegd heeft, de informatie over de reanimatiecode blijkbaar als niet relevant heeft aangemerkt.

In het gehele proces vinden vele momenten van overdracht van informatie plaats. In het KG wordt erkend dat context een grote rol speelt bij de overdracht van informatie. Om informatie bruikbaar te maken buiten de context waarin het geproduceerd is, blijkt een goede

vertaalslag noodzakelijk te zijn. De ervaringen in het KG met de overdracht van informatie en de interpretatieverschillen die kunnen ontstaan bij het gebruik van informatie uit een andere context lijken aan te sluiten bij de opvattingen hierover van Ellingsen en Monteiro (2003) en Berg (2001) die beiden aangeven dat informatie contextafhankelijk is. Currie en Suhomlinova (2006) benadrukken de invloed van de instituties, zoals de culturele normen en waarden, op het overbrengen en delen van kennis tussen professionals. Uit dit onderzoek is gebleken dat in de praktijk aangelopen wordt tegen slechts één van de drie barrières beschreven door Currie en Suhomlinova (2006), namelijk die van opleidingsverschillen. Uit de interviews is gebleken dat met name hiërarchische relaties een nadelige invloed kunnen hebben op het delen van kennis. Een arts-assistent blijkt soms geen overleg te hebben met de eindverantwoordelijke medisch specialist waaronder hij/zij werkt uit angst om af te gaan of geen respons te krijgen. Dit heeft te maken met de hiërarchische relaties, verschil in kennisniveau en de heersende normen en waarden die daaraan ten grondslag liggen.

Uit zowel de praktijk als de theorie blijkt dus dat het maken van een goede vertaalslag een vereiste is om het delen van kennis mogelijk te maken. Hiervoor moet extra werk worden verricht aldus Berg en Goorman (1999). Dit extra werk wordt in het KG gedaan door de codeurs. Deze vertalen de ontslagbrief naar een code op vijf cijferig niveau. Dit maakt het vergelijken en meten van informatie mogelijk (Power 2004). De codeurs moeten erin slagen de vertaalslag zo nauwkeurig mogelijk te maken aangezien deze van grote invloed kan zijn op de uitkomst van de HSMR. Jarman (1999) gaf in zijn onderzoek al het belang aan van een juiste codering en verantwoordelijkheidstoebedeling hiervoor om te komen tot eenduidige en realistische uitkomsten van de HSMR. De codeurs in het KG lijken zich bewust van hun bijdrage in de juistheid van de uiteindelijke uitkomst van de HSMR en voelen zich verantwoordelijk om het werk goed uit te voeren. De codeurs erkennen dat het interpreteren van de gegevens uit de ontslagbrief naar een code soms lastig is. Om de kwaliteit van de vertaalslag en de eenduidigheid in de codering echter zo hoog mogelijk te houden, wordt overlegd wanneer een codeur twijfelt over een interpretatie van de brief en de daaraan gegeven code. Ook worden afspraken gemaakt in onderling overleg over de manier waarop een bepaalde nieuwe operatie techniek gecodeerd dient te worden. Het gebeurt ook wel dat overleg met een medisch specialist plaatsvindt bij onduidelijkheden in de brief of dat gebruik wordt gemaakt van de hulplijn van Prismant om een code advies te vragen. Uit de interviews met de codeurs en het hoofd medische registratie blijkt dat de kwaliteit van de vertalingen van de ontslagbrief naar een code en de terugvertaling hiervan dankzij deze aanpak als goed ervaren wordt. Daarnaast wordt in de vertaling naar een code, bij deze

code ook altijd een omschrijving in woorden vastgelegd. Dit maakt de vertaalslag makkelijker. De invloed van mogelijke fouten of interpretatieverschillen in die vertaalslag zouden te klein zijn om echt van invloed te zijn op de uitkomst van de HSMR. Opvallend is dat in de overige interviews met het management blijkt dat zij de vertaalslag en de interpretatie van een ontslagbrief voor een codeur wel erg moeilijk achten waardoor mogelijk nog wel eens iets fout kan gaan in de vertaalslag. Ook Jarman et al (1999) geven aan dat de verschillen in HSMR uitkomsten een gevolg zijn van het verzamelen, interpreteren en coderen van data. De medisch specialist heeft bijvoorbeeld aangegeven dat met name het niveau van coderen, zo specifiek op vijf cijferig niveau, volgens hem wel kan leiden tot fouten in de vertaalslag.

Uit de interviews en observaties zijn geen resultaten gekomen die te koppelen zijn aan de theorie over 'gaming'. Mogelijk komt dit doordat de momenten waarop de toebedeling van verantwoordelijkheid lastig wordt en die mogelijk zouden kunnen leiden tot 'gaming' niet ervaren worden door de codeurs, professionals en managers als zijnde 'gaming'. Het is echter wel zo dat nog steeds voorbeelden te geven zijn waardoor fouten kunnen ontstaan in het registratieproces die vervolgens kunnen leiden tot verkeerde uitkomsten van de HSMR. Een praktijkvoorbeeld dat gegeven is door de codeurs;

'Een voorbeeld is een neuroloog die iets een 'minor stroke' noemt, wij kunnen dan een TIA coderen of een echt CVA coderen. In dat geval is het niet duidelijk wat hij bedoeld heeft met 'minor stroke'. Toen heb ik hem opgebeld om te vragen wat hij dan bedoelt heeft en dan komen we er wel uit. De vertaalslag is dan dus mondeling wel te maken. Ja, dat lukt dan wel.' (codeur 12-05-2009)

Ook de manier van registratie van palliatieve patiënten blijkt in de praktijk te kunnen leiden tot grote verschillen in HSMR uitkomsten. In de registratie en de ontslagbrief wordt de patiënt niet als palliatief aangeduid en dit komt dus ook niet in de code vast te liggen, maar in de code komt wel het overlijden van de patiënt vast te liggen. De codeur codeert namelijk precies hetgeen in de ontslagbrief is aangegeven. Deze patiënt wordt dus gewoon meegeteld in het uiteindelijke sterftecijfer van het ziekenhuis. Dit HSMR cijfer kan daardoor vervuild zijn.

Deze vervuiling is één van de redenen dat het openbaar maken van de HSMR uitkomst in het KG nog niet positief wordt ontvangen en dit sluit aan bij het onderzoek van Jarman (1999) waarin wordt aangetoond dat fouten tijdens het interpreteren en coderen van de data kunnen leiden tot verschillen in de uitkomst van de HSMR. Een ander nadelig effect van prestatie-indicatoren is dat de indicatoren altijd multi-interpretabel zijn, aldus Schellekens et al. (2003). Zolang indicatoren binnen de context worden geïnterpreteerd waarin ze zijn



geproduceerd is dit geen probleem. Daarbuiten kunnen indicatoren echter snel leiden tot verkeerde conclusies (Schellekens et al. 2003). De angst voor deze verkeerde interpretaties is ook gebleken uit dit onderzoek. In alle interviews werd voorzichtigheid bepleit in het naar buiten brengen van de HSMR cijfers. Allereerst wordt gevreesd voor een verkeerde interpretatie van het HSMR cijfer door de burger. Deze zou onvoldoende in staat zijn het cijfer zonder uitleg goed te interpreteren en dit zou kunnen leiden tot reputatieverlies van het ziekenhuis. Ten tweede is het vertrouwen in de realiteitswaarde (validiteit) van de HSMR uitkomst nog niet aanwezig. De angst voor publicatie lijkt dan ook gegrond, aldus Wiener (2003). Het is namelijk lastig uitkomsten over de kwaliteit van zorg te verantwoorden wanneer deze niet overeenkomen met de werkelijkheid (Wiener 2003). Het RTM systeem moet eerst volledig bijgewerkt en gevuld worden en het gebruik ervan moet vertrouwd zijn. Daarnaast zal ook de registratie nog verbeterd moeten worden. Berg et al. (2005) lijkt hierbij aan te sluiten door aan te geven dat een prestatie-indicator met een hogere validiteit vraagt om meer werk in het vertaalproces. Pas wanneer aan deze vereisten voldaan wordt, is de HSMR uitkomst geschikt voor publicatie en ook dan nog is uitleg bij het cijfer gewenst om interpretatieverschillen te minimaliseren.

Op dit moment is de pilot van RTM net opgestart maar komt deze nog moeizaam van de grond terwijl het KG wel hoge verwachtingen heeft van de toegevoegde waarde van RTM voor het kunnen monitoren van de prestaties van het ziekenhuis en het tijdig kunnen ingrijpen wanneer het mis lijkt te gaan. De prioriteit wordt echter niet gelegd bij het implementeren van RTM. De mogelijke oorzaken die hiervoor zijn aangegeven zijn; de drukte van de dag, de vele andere projecten die lopen en het feit dat de database nog niet volledig gevuld is. Dit laatste zorgt ervoor dat medisch specialisten niet gemotiveerd raken om met regelmaat naar RTM te kijken en ook daadwerkelijk de diepte in te gaan bij rode bellen. Dit lijkt strijdig te zijn met de theoretische bevindingen van Jacobs et al. (2004) en Lehtonen (2007). Deze geven namelijk aan dat betrokkenheid van professionals in de prestatieresultaten en in de verbetering van informatiesystemen leidt tot stimulatie van de professional om resultaten te verbeteren, zowel op het gebied van kwaliteit van zorg als op het gebied van efficiëntie. Mogelijk is het gebrek van motivatie en stimulatie van de medisch specialisten, zoals deze zelf aangeven, inderdaad te wijten aan het verlies van de waarde van RTM in de ogen van de specialisten door het niet adequaat en snel kunnen reageren doordat de vulling van de database nu achterloopt.

Op dit moment ervaren de medisch specialisten de HSMR als een signaleringsinstrument dat laat zien hoe het ziekenhuis of het desbetreffende specialisme het doet ten opzichte van

andere specialismen en ziekenhuizen. Wanneer blijkt dat de HSMR uitkomst onder het gemiddelde uitkomt dan wordt dit ervaren als een geruststelling en wordt verder geen actie ondernomen. Dit sluit aan bij de bevinding van Den Ouden et al. (2008) dat de HSMR uitkomst nog beter gebruikt kan worden voor interne kwaliteitsverbetering. Nu wordt met de uitkomsten weinig gedaan.

Opmerkelijk is echter dat wel bekend is dat de registratie nog niet voldoende goed verloopt om vervuiling van de HSMR uitkomsten volledig te voorkomen. De HSMR uitkomst wordt dus ervaren als een geruststelling, maar het zou interessant zijn om verder uit te zoeken of de geruststelling wel op de realiteit berust. Misschien is de uitkomst van de HSMR wel vervuild en zou het specialisme eigenlijk een rode bel moeten zien in RTM. Ook is het interessant om uit te zoeken of het niet altijd beter kan en of de HSMR uitkomst de medisch specialist kan stimuleren om te verbeteren. Ook al geeft RTM een groene bel aan, dan kan dit gezien worden als een geruststelling en kan er verder niets mee gedaan worden, maar het zou ook goed zijn om medisch specialisten te stimuleren om de groene bel nog groener te maken dus om gericht te zijn op het nog verder verbeteren van de HSMR uitkomst.

Daarnaast valt uit de vervuiling van de HSMR uitkomsten ook af te leiden dat er dus wezenlijk verschil bestaat in de waarde die gehecht wordt aan de validiteit van de indicator en het verschil daarin voor het gebruik van de indicator als intern kwaliteitsinstrument of als indicator voor externe verantwoording. Uit de interviews is namelijk gebleken dat het KG de HSMR uitkomst intern als een geruststelling kan ervaren en de uitkomst als waarheid aanneemt terwijl het KG over dezelfde uitkomst voor extern gebruik twijfelt en onzeker is over de realiteitswaarde van deze uitkomst door de vervuiling die nog niet uit het RTM systeem en het registratieproces gefilterd is. Deze verschillende eisen die gesteld worden aan de validiteit van een indicator afhankelijk van het in- of externe gebruik ervan sluit aan bij het onderzoek van Berg et al. (2005) die aangeven dat hoe hoger de eisen die gesteld worden aan de validiteit van de indicator hoe meer werk vereist is om de gegevens relevant en kloppend te maken voor anderen.

De verwachting voor de toekomst is echter wel dat RTM en de uitkomsten van de HSMR kunnen zorgen voor het openbreken van de heersende normen en waarden in de institutie en kunnen bijdragen aan het vertrouwen van de burger in het ziekenhuis, oftewel aan de reputatie van het ziekenhuis. Uit de resultaten van de interviews en observaties is gebleken dat medisch specialisten veel moeite hebben met het erkennen van fouten en het geven en krijgen van feedback. Dit lijkt aan te sluiten bij de bevindingen van Douglas (1992) die aangeeft dat het gedrag van een individu ten aanzien van risico en de wijze van toebedeling

van verantwoordelijkheid voor fouten in gebed is in de heersende normen en waarden in de institutionele context. De aanwezigheid van een vast patroon van handelen en acties maakt schuldtoekenning mogelijk. Wanneer dit ontbreekt is een verklaring voor een risico (fout) onmogelijk en is een patroon van handelen niet beschikbaar waardoor het toekennen van schuld dan onvoorspelbaar wordt (Douglas 1992).

Ook kunnen HSMR uitkomsten indien deze goed uitgelegd worden waardoor juiste interpretatie door de burger mogelijk wordt, leiden tot vertrouwen bij de burger in het ziekenhuis. Dit zal de reputatie van het ziekenhuis ten goede komen. Deze drang naar het voor de buitenwereld verantwoorden van prestaties en het sturen van de publieke verwachtingen komt overeen met de theorie van Power (2009) over reputatiemanagement.

Daarnaast wordt in het KG verwacht dat de objectieve waarden verkregen door middel van RTM en waarvoor professionals gevoelig schijnen te zijn, kunnen leiden tot het makkelijker maken van het op een open manier bespreken van resultaten. Het doel is dan de resultaten te gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Dit lijkt aan te sluiten bij de bevindingen van Jacobs et al. (2004). Volgens hen stimuleert het betrekken en inzichtelijk maken van resultaten aan professionals om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De insteek van de RvB is dan ook niet de medisch specialisten af te rekenen op de HSMR uitkomsten, maar om op een open maar kritische manier op zoek te gaan naar mogelijkheden om in de toekomst te verbeteren en problemen te voorkomen.

De RvB heeft ook hoge verwachtingen van RTM op het gebied van risicomanagement. RTM zal als informatiesysteem dienen en moeten voorzien in tijdige informatie zodat de RvB tijdig problemen kan signaleren en tijdig kan ingrijpen om situaties zoals in het Radboud te voorkomen. Om het systeem en de HSMR echter te laten werken, is het wel van belang dat het systeem tijdig gevoed wordt en dat met de uitkomsten wat gedaan wordt. RTM kan wel een HSMR cijfer laten zien dat onder het gemiddelde ligt, maar dan is het wel van belang dat hier ook naar gehandeld wordt. Dossieronderzoek en daardoor verdieping in de oorzaak van de lage HSMR uitkomst zal door de professional gedaan moeten worden en verbeterplannen zullen door de professional opgesteld moeten worden. Het is dus van belang in te zien dat de HSMR een instrument is om te komen tot interne kwaliteitsverbetering door het verlagen van de HSMR uitkomst. Dit gebeurt echter niet vanzelf en dit vereist een actieve en planmatige aanpak van de medische specialisten. De RvB moet de medisch specialist hierin ondersteunen en faciliteren.

RTM kan dus zorgen voor een continue informatievoorziening over de prestatie van het ziekenhuis, de trend hierin en de stand ten opzichte van andere ziekenhuizen. Dit systeem

maakt het hierdoor mogelijk het onzekere te voorspellen en risico's te beperken en tijdig aan te pakken. Dit lijkt aan te sluiten bij de bevindingen van Power (2007) over risicomanagement waarbij het ziekenhuis de drang heeft om het onzekere te kunnen voorspellen en vast te leggen. Het gaat hierbij om het omzetten van onzekerheden in berekenbare risico's om op basis van deze cijfers rationele besluiten te nemen. Dit geeft de organisatie de mogelijkheid om zich vanuit een rationele benadering te verdedigen met het argument dat ze al het bedenkbare hebben gedaan om risico te vermijden. Het omzetten van onzekerheden in berekenbare risico's, laat zien dat het vertrouwen in cijfers om op basis hiervan rationele besluiten te nemen in de cultuur is ingebed (Porter 1995). Hierdoor is afstraffing voor gemaakte 'fouten' erg lastig en is 'fouten maken' legitiem wanneer ze ondanks juist handelen volgens het systeem toch gemaakt worden (Power 2007:11).

### **Toebedeling van verantwoordelijkheid**

Uit dit onderzoek is gebleken dat 'verantwoordelijkheid' zich manifesteert in vele gedaanten. Een spanning lijkt te bestaan tussen enerzijds de uitleg van verantwoordelijkheid in het registratieproces rondom de HSMR en anderzijds de uitleg van verantwoordelijkheid ten aanzien van de HSMR uitkomst, ofwel van de ziekenhuissterfte. Voor de duidelijkheid wordt daarom in dit onderzoek gesproken over de organisatie van het registratieproces en de toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte (uitkomst HSMR).

Verantwoordelijkheid in het proces van registratie van de HSMR gaat om de organisatie van taken. Het gaat er bij het proces om dat elke betrokkene weet wat zijn/haar taak inhoudt en of deze goed uitgevoerd wordt. Uit de interviews is naar voren gekomen dat de verantwoordelijkheid in relatie tot het proces moeilijk toe te bedelen valt. Ten eerste komt dit doordat niemand zicht heeft op het gehele proces en iedereen alleen zijn/haar eigen werk doet en niet verder denkt dan zijn/haar eigen bijdrage aan het proces. Hierdoor ontbreekt het gevoel van verantwoordelijkheid voor het werk in relatie tot de uitkomst. Een betrokkene in het proces lijkt onvoldoende te beseffen wat zijn/haar bijdrage en invloed is op de uiteindelijke uitkomst.

Een tweede oorzaak voor deze complexe toebedeling van verantwoordelijkheid in het proces zijn de vele wisselingen in het personeel tijdens het proces en het ontbreken van een volledige en juiste registratie van de verantwoordelijkheidsperioden. Daarnaast komt het ook nog voor dat een arts-assistent werkt in naam van een medisch specialist waardoor de verantwoordelijkheidtoebedeling moeizaam verloopt.

Tot slot is de toebedeling van verantwoordelijkheid in het proces complex door het gebrek

aan controlemomenten. De uiteindelijke code wordt alleen gecontroleerd door het hoofd medische registratie wanneer uit de plausibiliteitslijst van Prismant blijkt dat uitschieters aanwezig zijn. In dat geval wordt teruggekeken en wordt door overleg de codering verbeterd. Het hoofd medische registratie heeft goed zicht op de codering en op de aanvoer van de ontslagbrieven. Wanneer de ontslagbrief bijvoorbeeld onduidelijk blijkt te zijn dan kan het hoofd medische registratie hierover in gesprek gaan met de medisch specialist. Het hoofd medische registratie kan echter de verslaglegging die tijdens het zorgproces plaatsvindt niet overzien en controleren. Daarvoor ontbreekt het hem aan overzicht op het gehele zorgproces. Het gebrek aan één persoon met een helikopterview op het zorg- en het registratieproces, die de voortgang bewaakt, indien nodig ingrijpt en betrokkenen kan aanspreken op het geleverde werk en hun verantwoordelijkheid zorgt voor een moeizame organisatie van het registratieproces en de verdeling van verantwoordelijkheden hierin. Dit kan het uiteindelijke HSMR cijfer beïnvloeden. Interessant lijkt het dan ook om te onderzoeken wat het effect hiervan is op de toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte (uitkomst van de HSMR).

Uit de resultaten van dit onderzoek is gebleken dat de toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte op dit moment nog een zeer complexe aangelegenheid is. Power (2007) geeft aan dat deze verantwoordelijkheidstoedeling lastig is doordat uiteindelijk niet meer valt te achterhalen wie verantwoordelijk gesteld kan worden voor een uitkomst door de vele stappen, handelingen en personen in het zorgproces. Hij benadrukt de samenhang tussen het zorgproces en de uitkomst die meespeelt in het ontstaan van een complexe toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte en dat sterfte ontstaat uit een reeks van handelingen. Ook het registratieproces kan invloed hebben op de uitkomst. De mensen in het registratieproces zijn namelijk verantwoordelijk voor het genereren van een kloppend HSMR cijfer. Dit cijfer is namelijk van invloed op de vraag of en de manier waarop er over sterfte wordt gepraat.

Ook Law (2000) geeft aan dat een risico bijvoorbeeld sterfte complex is waardoor toedeling van verantwoordelijkheid hiervoor lastig is. Volgens Law dient altijd gekeken te worden naar meerdere factoren om het probleem overzichtelijk te maken. Een risico, in dit geval sterfte, dient bekeken te worden vanuit een systeembenadering om alle relaties en de effecten hiervan inzichtelijk te maken. Sterfte is dus complex en is het resultaat is van een systeem dat faalt. Systeemfalen en dus sterfte is echter noodzakelijk om het systeem te ontwikkelen en om het te kunnen verbeteren. Zowel Power (2007) en Law (2000) geven dus aan dat sterfte complex is waardoor de toedeling van verantwoordelijkheid hiervoor lastig

is. Een interessante vraag is dan ook of de HSMR dit systeemfalen en het netwerk van handelingen inzichtelijker kan maken en daardoor kan bijdragen aan het toedelen van verantwoordelijkheid voor sterfte.

Uit de interviews blijkt dat de HSMR en het RTM systeem kunnen zorgen voor het actief zoeken naar de oorzaak van de sterfte door dossieronderzoek en het op een open en constructieve manier in gesprek gaan met alle betrokkenen in het zorgproces van de overleden patiënt. Met behulp van de HSMR en RTM kan de oorzaak van een hoog sterftcijfer helemaal teruggeleid worden tot het individu (medisch specialist). Een hoge HSMR kan dus aanleiding zijn om de diepte in te gaan waardoor beter zicht ontstaat op de mogelijke oorzaken van het overlijden van die betreffende patiënt. Hierdoor kan de HSMR bijdragen in het ophelderen van de verantwoordelijkheden rondom sterfte.

De complexiteit in de toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte heeft ook te maken met de heersende institutie (normen en waarden) in het ziekenhuis en dan met name de hiërarchische relaties die onder medisch specialisten en andere betrokkenen bestaan. Deze normen en waarden zorgen voor moeizame communicatie, erkenning van fouten en ontkennend gedrag. Dit lijkt aan te sluiten bij het onderzoek van Douglas (1992) waaruit blijkt dat de omgang (het gedrag) met fouten en de toekenning van schuld wordt beïnvloedt door en ontstaat in relatie met de heersende culturele normen en waarden.

Tot slot kunnen interpretatieverschillen over het begrip calamiteit en wat daaronder valt, leiden tot onduidelijkheid over de meldingsplicht van de medisch specialist over een sterfgeval. De verantwoordelijkheid voor het melden hangt namelijk af van de vraag of er wel of niet sprake is van een calamiteit. Hierdoor kan de medisch specialist bij het overlijden van een patiënt dit niet melden omdat hij/zij dit niet nodig acht omdat er volgens zijn/haar interpretatie geen sprake was van een calamiteit. Deze onduidelijkheid over de uitleg van begrippen maakt de toedeling van sterfte ook complex.

Kortom verantwoordelijkheid blijkt zich in vele gedaanten te manifesteren. Dit maakt dat de verantwoordelijkheid voor sterfte (de uitkomst van de HSMR), mede door onduidelijke verantwoordelijkheidstoedeling in het zorgproces, een complexe organisatie van het registratieproces rondom de HSMR en de heersende institutionele context, een complexe aangelegenheid is. Toch wordt verwacht dat dit onderzoek door het inzichtelijk maken van het registratieproces, het gebruik van de HSMR uitkomst op dit moment en de heersende institutionele normen en waarden in het KG kan bijdragen aan de toekenning van waarde aan de HSMR als prestatie-indicator. Van de HSMR wordt verwacht dat deze kan bijdragen aan het makkelijker maken van de toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte. Dit

wordt mogelijk geacht door de bijdrage van de HSMR in het zichtbaar maken van objectieve waarden (cijfers) waardoor medisch specialisten gestimuleerd worden om op een open en constructieve manier te werken aan kwaliteitsverbetering door bijvoorbeeld dossieronderzoek waardoor de heersende normen en waarden naar de achtergrond kunnen verdwijnen. Bevan en Hood (2006) lijken zich hier bij aan te sluiten door aan te geven dat het gebruik van prestatie-indicatoren leidt tot het inbouwen van extra controle-mechanismen. Hierdoor is het makkelijker te achterhalen wie verantwoordelijk gesteld kan worden voor fouten (slechte prestaties). De HSMR kan ook een externe reden zijn om de schroom te verliezen om met elkaar in gesprek te gaan over sterfte. Daarnaast wordt ook de communicatie rondom sterfte makkelijker omdat nu zichtbaar is waar de oorzaak voor het overlijden van de patiënt ligt. Tot slot kan door zicht op de oorzaak en het proces gericht overgegaan worden tot het ontwikkelen van verbeterplannen.

Samenvattend kan gesteld worden dat de HSMR door zijn objectieve waarde als interne prestatie-indicator kan bijdragen in de verandering van het gedrag van de medisch specialist, het openbreken van heersende normen en waarden en het verbeteren van de communicatie rondom sterfte. Hierdoor is de verantwoordelijkheid voor sterfte makkelijker toe te bedelen. Maar er zijn echter wel een aantal voorwaarden voordat de HSMR daadwerkelijk bij kan dragen in deze toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte. Allereerst moet de registratie correct, volledig en tijdig plaatsvinden. Op deze wijze beschikken de gebruikers over actuele en betrouwbare data. Ten tweede moet er daadwerkelijk iets met de uitkomsten gedaan worden. Hier zijn verschillende partijen bij betrokken, zoals de RvB, de kwaliteitsfunctionaris, de codeurs, het hoofd medische registratie en de medisch specialisten. Dit team moet goed samenwerken en gefaciliteerd worden in tijd en budget. De belangrijkste uitdaging is de HSMR uitkomst in te bedden in het denken, gedrag en handelen van de medisch specialist. Voorbeeldwerking via de betrokken medisch specialisten in de pilot is noodzakelijk. Open communicatie over de uitkomsten en concrete verbetervoorstellen door de specialisten, met actieve ondersteuning van de RvB, is belangrijk voor een succesvolle implementatie van RTM. Open communicatie is de belangrijkste voorwaarde om de HSMR daadwerkelijk te kunnen laten bijdragen in de toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte. Mensen moeten elkaar kunnen –en durven- aanspreken op uitkomsten en moeten op een open wijze zonder oordeel (toekennen van schuld) kunnen praten over sterfte en mogelijke fouten waardoor sterfte voorkomen had kunnen worden. Een open bedrijfscultuur die uitgaat van wederzijds vertrouwen en streven naar continue kwaliteitsverbetering is een essentiële voorwaarde voor succes. Dit kan de RvB stimuleren door een duidelijke visie,

missie en normen en waarden te formuleren en daar ook naar te handelen.

## **5.2 Methodologische discussie**

Achteraf gezien is de keuze voor een ziekenhuis in de beginfase van het gebruik van RTM voor dit onderzoek toch niet handig geweest. Het ziekenhuis is nog bezig met de invoering van RTM en gebruikt de uitkomsten nog amper. Hierdoor is het niet mogelijk geweest op ervaring gegronde uitspraken te doen over de rol van de HSMR in de toedeling van sterfte aangezien de HSMR in deze toedeling nog geen rol speelt. De conclusies konden hierdoor alleen gebaseerd worden op verwachtingen ten aanzien van het gebruik van de HSMR en de bijdrage van de HSMR in het makkelijker toedelen van verantwoordelijkheid voor sterfte. De daadwerkelijke bijdrage van de HSMR in de toedeling van sterfte kon niet op basis van praktijkervaring beschreven en bevestigd worden. Dit vermindert de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van het onderzoek.

De keuze voor een kwalitatieve opzet van dit onderzoek is positief gebleken. Aangezien de invoering van RTM een verandering is in het ziekenhuis, zijn hier vele meningen, onduidelijkheden en kritische noten over. De geïnterviewden kregen door de semi-structureerde interviews de kans om deze mening en onzekerheid te uiten. Daarnaast is de keuze voor participerende observaties ook zeer nuttig gebleken. Deze observaties hebben geleid tot inzicht in het registratieproces van de codeurs en kennis over de werkwijze en het gebruik van programma's zoals het ziekenhuisinformatie systeem (ZIS). Ook hebben de observaties het mogelijk gemaakt om de sfeer in het ziekenhuis te proeven en non-verbale gedragingen vast te leggen.

De samenstelling van de geïnterviewden is in eerste instantie gebaseerd op de betrokkenen bij het registratieproces rondom de HSMR en het komen tot een breed beeld over de HSMR. Om dit te bereiken is gekozen om zowel mensen op de werkvloer te benaderen als mensen in verschillende managementfuncties. In overleg met de contactpersoon voor dit onderzoek in het KG is uiteindelijk besloten om alle betrokkenen van één van de specialismen waar de pilot RTM loopt te benaderen. Dit is een noodzakelijke keuze geweest omdat andere specialismen nog niet bekend zijn met RTM. Daarnaast heb ik ook deels de personen laten aanwijzen door andere geïnterviewden. Over het algemeen heeft dit geleid tot goede en relevante informatie. De nadruk heeft gelegen op de codeurs, hier heb ik drie personen geïnterviewd omdat zij het beste zicht hebben op het gehele registratieproces en op de vertaalslagen die gemaakt moeten worden tijdens dit proces. Uiteindelijk is maar 1 medisch specialist geïnterviewd. Dit had te maken met de beperkte tijd



voor het onderzoek. Dit maakt echter generalisatie eigenlijk onmogelijk en dit kan nadelig zijn voor de betrouwbaarheid van het onderzoek. De keuze voor de betreffende specialist heeft te maken gehad met de verschillende projecten, rollen van deze specialist en de kennis en rol van de specialist bij de invoering van RTM. Achteraf was het mogelijk interessant geweest om mee te lopen en te observeren op de verpleegkunde afdeling en bij complicatiebesprekingen en overleggen aanwezig te zijn. Mogelijk had dit nog meer inzicht kunnen verschaffen in de hiërarchische relaties, de heersende normen en waarden en de manier van communicatie.

Het onderzoeksvoorstel is een houvast geweest gedurende het onderzoek. De hoofdvraag bleek zeer complex door de vele facetten van het onderzoek. Uiteindelijk is het opdelen van de hoofdvraag in thema's die de deelvragen omvatten een goede manier geweest om toch vanuit een duidelijk kader het onderzoeksveld in te gaan. Ook heeft de indeling in thema's geholpen bij de analyse van de resultaten. De kwalitatieve opzet van het onderzoek heeft wel gezorgd voor een continu cyclische manier van werken waarbij meerdere malen teruggekeken is naar het oorspronkelijke theoretisch kader en de onderzoeksvragen om deze aan te scherpen, aan te passen en niet te ver af te wijken van de hoofdvraag van het onderzoek.

## Hoofdstuk 6. Conclusies en Aanbevelingen

---

In dit hoofdstuk worden de conclusies ten aanzien van de bijdrage van de HSMR als prestatie-indicator gepresenteerd. De deelvragen zijn kort beantwoord om te komen tot een antwoord op de hoofdvraag. Vervolgens worden op basis van de bevindingen aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek en worden aanbevelingen gedaan aan het Kennemer Gasthuis en de PraktijkIndex.

### 6.1 Conclusies

Vanuit de institutionele omgeving worden steeds meer eisen opgelegd ten aanzien van zorginstellingen. Kwaliteitsverbetering, kostenbesparing en verantwoording staan centraal en moeten tegelijkertijd nagestreefd worden. De toegenomen druk op verantwoording vraagt om continue prestatiemeting aan de hand van prestatie-indicatoren. In 2010 worden naar verwachting de sterftcijfers gepubliceerd. Het doel van dit onderzoek was om de organisatie van het registratieproces voorafgaand aan de HSMR en de bijdrage van de HSMR als interne prestatie-indicator in de toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte in ziekenhuizen inzichtelijk te maken. Dit is gebeurd door een gedetailleerde case-studie naar de organisatie van het registratieproces en de omgang met sterfte in één ziekenhuis.

Om te komen tot een antwoord op de hoofdvraag; *'Hoe is het registratieproces rondom de HSMR georganiseerd en welke rol speelt de HSMR in de toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte ?'* wordt hieronder eerst kort antwoord gegeven op de deelvragen.

#### **Hoe ziet het proces van registratie voorafgaand aan de HSMR er uit?**

In het registratieproces voorafgaand aan de HSMR worden alle handelingen uit het zorgproces vastgelegd door de verschillende betrokkenen in dit zorgproces. Het dossier van de patiënt gaat mee met de patiënt door het hele ziekenhuis. Uit de bevindingen is gebleken dat de beschikbaarheid en tijdigheid van informatie hierdoor nog wel eens problemen geeft doordat bijvoorbeeld een dossier zoek raakt of de overdracht van het dossier niet goed plaatsheeft. Ook de bruikbaarheid van informatie zorgt nog wel eens voor problemen. Om de informatie die contextafhankelijk is bruikbaar te maken voor het gebruik in een andere context zijn namelijk vele vertaalslagen nodig, anders kan de informatie niet overgedragen worden. Codeurs maken de vertaling van de informatie in woorden uit de ontslagbrief van de medisch specialist naar een code op vijf cijferig niveau waarmee de LMR en daarna RTM

gevuld wordt. Om deze vertaalslag goed te kunnen maken is het nodig dat de informatie goed geïnterpreteerd wordt. Dit blijkt uit de bevindingen in dit onderzoek nog wel eens lastig te zijn doordat informatie met een bepaalde gedachte vastgelegd wordt waardoor interpretatieverschillen kunnen ontstaan. Ook blijkt door fouten in de registratie bijvoorbeeld het niet registreren van patiënten als ‘palliatieve’ patiënt, de uiteindelijke HSMR uitkomst beïnvloed te worden doordat deze patiënten, die in het ziekenhuis komen om te overlijden, worden meegeteld in het sterftcijfer. Kortom, het registratieproces voorafgaand aan de HSMR verloopt nog niet zonder problemen waardoor de uitkomst van de HSMR beïnvloed kan worden.

### **Hoe zijn in dit proces verantwoordelijkheden toebedeeld?**

Uit interviews is gebleken dat aangenomen wordt dat iedereen weet wat zijn/haar taken inhouden en dat iedereen zich hiervoor verantwoordelijk voelt. Verwacht wordt dat iedereen het belang inziet van zijn/haar aandeel in het gehele registratieproces en beseft wat het effect is van zijn/haar werk op de uiteindelijke cijfers. De verantwoordelijkheidsverdeling in het registratieproces wordt dus helder geacht. De codeurs hebben een belangrijke rol in het registratieproces en hebben een grote verantwoordelijkheid om de vertaalslag goed te maken omdat de code door kan werken in de uiteindelijke uitkomst van de HSMR. Bij twijfel over de juistheid van interpretatie van de ontslagbrief wordt overlegd waardoor zoveel mogelijk eenduidigheid en kwaliteit van de codering wordt nagestreefd. Hieruit blijkt dat de codeurs beseffen dat de kwaliteit van de codering heel belangrijk is voor de juistheid van het uiteindelijke HSMR cijfer.

Dit laatste blijkt echter bij arts-assistenten nog wel eens te ontbreken. Soms wordt de overdracht van de ene arts-assistent op de andere niet gedaan en ligt er nog een stapel te dicteren dossiers. Het te laat komen van de ontslagbrief is dan ook de meest vertragende factor van het registratieproces. Dit blijkt deels te maken te hebben met verantwoordelijkheidsverdeling. De medisch specialist draagt namelijk veel taken over op de arts-assistent. Deze ontbreekt het soms aan begeleiding doordat opleidingsverschillen en heersende normen en waarden kennisdeling tussen de medisch specialist en de arts-assistent in de weg staan. Wanneer hierdoor fouten ontstaan valt dit onder de verantwoordelijkheid van de betreffende medisch specialist onder wiens naam de arts-assistent werkt.

Ook is uit dit onderzoek gebleken dat het registratieproces soms traag verloopt doordat niemand zicht heeft op het gehele proces en het werk dat voorafgaat aan een code. Hierdoor

is tijdige vulling van RTM niet mogelijk. Daarnaast zijn er weinig controlemomenten tijdens de registratie. Medisch specialisten controleren nooit de codes die aan de gegevens uit de ontslagbrief gegeven worden en het hoofd medische registratie controleert alleen aan de hand van uitschieters op de plausibiliteitslijst van Prismant.

Geconcludeerd kan worden dat de verantwoordelijkheidsverdeling ten aanzien van de registratie op papier duidelijk is maar dat echter wel verbetering nagestreefd kan worden in het daadwerkelijk nakomen van die verantwoordelijkheid en het besef van het belang van het registreren. Dit is soms echter lastig doordat er vele betrokkenen bij het registratieproces zijn, veel wisseling plaatsvindt in het personeel, zicht op het gehele proces ontbreekt en te weinig controlemomenten aanwezig zijn. Hierdoor is het achterhalen van knelpunten in het proces en het aanspreken van verantwoordelijken hiervoor lastig waardoor verbetering van het registratieproces achterwege blijft.

### **Wat gebeurt er bij sterfte?**

Uit het onderzoek is gebleken dat ervan uitgegaan wordt dat bij het overlijden van een patiënt de op dat moment verantwoordelijke (behandelend) specialist dit meldt aan de RvB. Onduidelijkheid hierover heerst nog wel eens omdat de melding alleen gemaakt moet worden indien sprake is van een calamiteit. In dit laatste geval bepaalt de RvB dan of het noodzakelijk is melding te maken van de calamiteit aan de IGZ. Allereerst wordt dan intern door de RvB onderzoek gedaan naar de oorzaak van het overlijden van een patiënt. Onderzocht wordt waardoor de fout is ontstaan of dit bijvoorbeeld door het foutief handelen van een specialist is of door een technisch mankement van de apparatuur. Vervolgens wordt een overleg georganiseerd door de RvB met alle betrokkenen van het zorgproces rondom de desbetreffende patiënt. Hierin wordt het verloop van het gehele zorgproces op een open en positieve manier maar wel kritisch gericht op verbetering met de betrokkenen besproken. Gekeken wordt waar verbetering nodig wordt geacht en waar verantwoordelijkheid voor het overlijden van de patiënt kan worden neergelegd. Dit kan resulteren in een waarschuwing naar een medisch specialist en dus een aantekening hiervan in zijn/haar dossier. Bij voortdurend disfunctioneren kan een medisch specialist dan verzocht worden te vertrekken (ontslag of opzegging toelatingsovereenkomst). De bevindingen van het interne onderzoek moeten gerapporteerd worden aan de IGZ en deze zal het ziekenhuis altijd verplichten tot het ontwikkelen van een verbeterplan.

Wanneer geen sprake is van een calamiteit, wordt het sterfgeval alleen nabesproken in de wekelijkse complicatiebespreking van de vakgroep van medisch specialisten. Daarbij zijn

alleen medisch specialisten, arts-assistenten en co-assistenten aanwezig. Daarin wordt dan de casus besproken en wordt gekeken of ervan geleerd kan worden en of er sprake was van complicaties. Indien dit laatste het geval is, wordt besproken hoe zo'n complicatie een volgende keer voorkomen kan worden.

Tot slot is uit de observaties gebleken dat de RvB, Kwaliteitsfunctionaris en organisatorisch manager veel makkelijker praatten over de toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte dan de medisch specialisten en het hoofd medische registratie, coördinator medische registratie en de codeurs.

### **Wat is de rol van de HSMR bij het omgaan met sterfte?**

Het KG is net begonnen met de implementatie van RTM. Op dit moment loopt er een pilot en wordt door twee medisch specialisten, de kwaliteitsfunctionaris en het hoofd medische registratie eens in de zoveel tijd gekeken naar de HSMR. Zij zien de HSMR als een uitkomst met een signaleringsfunctie waaraan af te leiden valt hoe het ziekenhuis of de afdeling het doet ten opzichte van het landelijk gemiddelde en risicomangement mogelijk is.

Opvallend is dat de implementatie van RTM geen hoge prioriteit heeft en er ook nog weinig met de HSMR uitkomst wordt gedaan. Wanneer RTM geen rode bel aangeeft wordt dit gezien als een geruststelling en wordt er niets met de HSMR uitkomst gedaan. Ook bij een groene bel in RTM wordt geen actie ondernomen. De reden die hiervoor wordt aangegeven is dat RTM nog niet tijdig gevuld wordt waardoor tijdige reactie niet mogelijk is en dus het nut van RTM verloren gaat. Daarnaast is het gebruik van informatiesystemen en het veiligheidsdenken nog niet ingebed in de bedrijfsvoering, gedrag en het handelen van medisch specialisten. Op dit moment speelt de HSMR dus geen rol bij de gebeurtenissen rondom sterfte en ontstaat bij sterfte vaak discussie over de erkenning van fouten en wordt feedback niet getolereerd. Het gedrag van de medisch specialist is problematisch in het voeren van open en transparante gesprekken over sterfte. Vaak bestaat door de heersende normen en waarden en gedragingen dan ook een drempel om sterfte transparant en onderling bespreekbaar te maken. Hierdoor is het voor de RvB moeilijk grip te krijgen op de werkvloer en het functioneren van de medisch specialist die als vrijgevestigde toch een bepaalde autonomie heeft bemachtigd in het ziekenhuis. Verwacht wordt dat de HSMR in de toekomst wanneer RTM volledig gevuld is wel kan helpen bij deze moeizame toedeling van verantwoordelijkheid van sterfte.

Allereerst wordt van de objectieve waarde die de HSMR geeft verwacht dat dit een externe reden kan zijn om de schroom weg te nemen om een gesprek over sterfte aan te

gaan. De hiërarchie zal verminderen en de drempel zal lager zijn om elkaar aan te spreken op en feedback te geven over het handelen. Daarnaast maakt deze objectieve waarde het mogelijk om zicht te krijgen op wat er daadwerkelijk op de afdeling gebeurt. Deze objectieve waarden kunnen medisch specialisten prikkelen om de diepte in te gaan wanneer een hoge HSMR te zien is. Dit zou dan moeten leiden tot dossieronderzoek waardoor verdieping in de casus plaatsvindt waardoor zicht op de oorzaak van het overlijden van de patiënt verkregen wordt. Hierdoor is dan ook verantwoordelijkheid voor sterfte makkelijker toe te bedelen en is kwaliteitsverbetering intern mogelijk. Wanneer bijvoorbeeld ontdekt wordt dat de sterfte erg hoog is in een bepaalde patiëntencategorie of dat een bepaalde complicatie bij dezelfde OK veel voorkomt dan kan hier actie op ondernomen worden. Door de trendanalyse van RTM kan dan het effect van de verbetermaatregelen zichtbaar worden. Deze terugkoppeling van resultaten kan stimulerend werken om te verbeteren. Daarnaast kan ook de mogelijkheid tot vergelijking met andere ziekenhuizen stimuleren tot zelfreflectie en verbetering.

Ook wordt verwacht dat door de actieve aanpak van de medisch specialist deze gemotiveerd raakt om de codering te controleren en hierdoor de herkenbaarheid daarvan te verbeteren. De medisch specialist zal dan naar aanleiding van zijn/haar bevindingen tijdens dossieronderzoek komen met vragen over de codering waardoor de drempel lager wordt om op een open, gelijkwaardige en constructieve over fouten en sterfte te communiceren en samen gewerkt kan worden aan kwaliteitsverbetering. Samenvattend kan gesteld worden dat de HSMR nu geen rol speelt in de discussie rondom de toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte, maar dat van de toekomstige rol van de HSMR hierin echter veel verwacht wordt. De HSMR kan dan als interne prestatie-indicator door het verschaffen van een objectieve waarde en zicht op de processen leiden tot verandering van; het gedrag van de medisch specialist, het openbreken van de heersende normen en waarden en het verbeteren van de communicatie rondom sterfte waardoor toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte makkelijker wordt. Voorwaarden voor succesvolle invoering van de HSMR zijn:

- correcte en tijdige data invoer;
- een implementatieteam waar een voorbeeldwerking van uit gaat, met medisch specialisten die de toegevoegde waarde van het systeem onderkennen en daadwerkelijk ondersteunen;
- een open bedrijfscultuur waarin men elkaar kan, mag en durft aan te spreken op de uitkomsten van de HSMR;
- een leiding die in de visie, missie, normen en waarden en budget het streven naar continue kwaliteitsverbetering en een lerende organisatie centraal stelt;

Dan kan de HSMR als interne prestatie-indicator daadwerkelijk bijdragen in het makkelijker maken van de toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte.

Nu de deelvragen beantwoord zijn, kan ook de hoofdvraag beantwoord worden.

***'Hoe is het registratieproces rondom de HSMR georganiseerd en welke rol speelt de HSMR in de toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte ?'***

De conclusie die getrokken kan worden is dat de organisatie van het registratieproces rondom de HSMR nog voor verbetering vatbaar is. Het ontbreekt soms aan tijdigheid en beschikbaarheid van gegevens waardoor een snelle vulling van RTM niet mogelijk is. Dit komt deels door een gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel voor het tijdig en juist uitvoeren van taken en onvoldoende besef van het effect van het registratieproces op het uiteindelijke cijfer. Daarnaast kan de overdracht van informatie in zowel het zorgproces als het registratieproces beter waardoor fouten in de registratie voorkomen kunnen worden. Tot slot is ook de codering nog voor verbetering vatbaar namelijk door het coderen van 'palliatieve' patiënten. Hiervoor moet een aparte code ontwikkeld worden waardoor vervuiling van de uiteindelijke HSMR uitkomst verminderd wordt. De patiënt moet dan echter wel eerst in het zorgproces door de medisch specialist al geregistreerd worden als 'palliatieve' patiënt. Kortom wanneer het registratieproces op deze aspecten nog verder verbeterd wordt, dan kan RTM tijdig gevuld worden en neemt de waarde van dit systeem toe.

Verder is uit de bevindingen gebleken dat RTM en daarmee de HSMR nog in de kinderschoenen staat. De implementatie van RTM heeft een lage prioriteit en er wordt nog weinig tot niets met de uitkomsten gedaan. Dit komt doordat nog getwijfeld wordt aan de juistheid van de waarde van de HSMR door de vervuiling van de cijfers door een nog niet goed verlopend registratieproces. Daarnaast wordt de niet tijdige vulling van RTM gebruikt als reden om nog weinig te kijken en te doen met de uitkomsten. Op dit moment wordt de HSMR gebruikt als interne prestatie-indicator met een signaleringsfunctie, maar speelt deze nog geen rol in de toebedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte. Ook is deze nog niet geschikt als externe prestatie-indicator. Hoge verwachtingen ten aanzien van de HSMR als interne prestatie-indicator door het geven van een objectieve waarde om op basis hiervan de kwaliteit van zorg te verbeteren en verantwoordelijkheid voor sterfte makkelijker toe te delen zijn echter wel aanwezig in het KG.

Ondanks dat generalisatie op basis van een case- studie in één ziekenhuis eigenlijk niet

mogelijk is, kunnen sommige conclusies uit dit onderzoek mogelijk toch breder getrokken worden. Allereerst blijkt uit het onderzoek van Borst (2009) dat ook in andere ziekenhuizen de registratie actueler, vollediger en beter kan plaatsvinden en dat deze correcte registratie een basis is om te komen tot goede uitkomsten. Met name de communicatie over de codering tussen de medisch specialist en de codeur schiet ook in andere ziekenhuizen te kort. Uit het onderzoek van Borst (2009) blijkt namelijk dat medisch specialisten niet de uiteindelijke code controleren waardoor feedback aan de codeurs ontbreekt en geen terugkoppeling van de code aan de medisch specialist plaatsvindt.

Ten tweede blijken ook de conclusies met betrekking tot de noodzaak van inbedding van het RTM systeem in de structuur en de processen van een ziekenhuis breder gedragen te worden in andere onderzoeken en ziekenhuizen. Zowel uit het onderzoek van De Waard (2009) als uit het onderzoek van Borst (2009) blijkt dat inbedding van RTM en de HSMR in de structuur en de processen van het ziekenhuis een voorwaarde is om het gebruik van de HSMR als interne prestatie-indicator (instrument) waardevol te maken voor kwaliteitsverbetering. Beiden sluiten tevens aan bij de bevindingen uit dit onderzoek door te erkennen dat de HSMR als interne prestatie-indicator inderdaad kan bijdragen in verbetering van de kwaliteit van zorg (Borst 2009; De Waard 2009). Ook benadrukt De Waard (2009) het belang van een ondersteunende leiding die een duidelijke visie uitdraagt en voorziet in middelen zoals tijd, geld en ICT.

Tot slot blijkt de conclusie dat het lastig is om artsen over fouten aan het praten te krijgen ondersteund te worden door de bevindingen van Linthorst et al. (2009). Zij geven aan dat in de praktijk weinig artsen bereid zijn fouten te bespreken, terwijl ze hier wel het belang van inzien. Dit heeft vaak te maken met de angst voor juridische consequenties (Linthorst et al. 2009).

## **6.2 Aanbevelingen**

Aanbeveling voor vervolgonderzoek:

- aangezien de bevindingen van dit onderzoek nog niet gestoeld zijn op empirische ervaring doordat RTM nog niet volledig geïmplementeerd is, wordt geadviseerd om in een later stadium dit onderzoek in het KG te herhalen. Dan wordt het mogelijk om te onderzoeken of de verwachtingen ten aanzien van de bijdrage van de HSMR als interne prestatie-indicator in de toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte uitgekomen zijn. Ook bestaat de mogelijkheid om dit onderzoek nu al uit te voeren in een ziekenhuis waar RTM en de HSMR al gebruikt worden om op deze manier de



bijdrage van de HSMR als interne prestatie-indicator in de toedeling van verantwoordelijkheid voor sterfte te onderzoeken.

#### Aanbevelingen aan het KG:

- geadviseerd wordt om vanuit de RvB meer te faciliteren om de implementatie van RTM meer prioriteit te geven en gedragsverandering te stimuleren via voorbeeldwerking.
- geadviseerd wordt om het registratieproces te verbeteren. Dit kan door het gehele logistieke proces in kaart te brengen en één persoon aan te stellen die zicht heeft op het gehele proces waardoor knelpunten opgemerkt en aangepakt kunnen worden. Hierdoor kan het registratieproces sneller verlopen en is tijdige vulling van RTM mogelijk waardoor de uitkomsten in waarde stijgen.
- RTM moet bekender worden en meer ingebed raken in structuur en proces. Dit kan door meer met de uitkomsten te doen. Meer terugkoppeling van de resultaten naar de medisch specialisten moet plaatsvinden om deze te motiveren RTM te gebruiken en hierdoor te komen tot kwaliteitsverbetering. Ook moet het RTM systeem en de tijdige vulling ervan gecombineerd worden met andere kwaliteitssystemen zoals de complicatieregistratie en het VIM om te komen tot optimale en efficiënte kwaliteitsverbetering.
- daarnaast moet de registratie en codering aangepast worden aan de 'palliatieve' zorg waardoor de HSMR uitkomst minder vervuild is. Hierdoor krijgt de HSMR waarde als externe prestatie-indicator die kan bijdragen aan het vertrouwen van de burger in het ziekenhuis. Dit komt ten goede aan de reputatie van het ziekenhuis.

#### Aanbeveling aan de PraktijkIndex:

- nog meer vertrouwen winnen bij de professionals en medisch specialisten door RTM en het gebruik van RTM bekender te maken en het wantrouwen jegens de waarde van uitkomst weg te nemen. Opvallend was dat RTM nog niet bekend was in alle lagen van het ziekenhuis en dat nog veel onzekerheid heerst over de waarde van de uitkomsten van RTM en dan met name de twijfel over de correctie van de uitkomst voor casemix.

## Literatuurlijst

---

- Anechiarico, F., Jacobs, J.B. (1996). *The Pursuit of Absolute Integrity: How Corruption Control Makes Government Ineffective*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bal, R. (2008). *De nieuwe zichtbaarheid. Sturing in tijden van marktwerking*. Oratie. Rotterdam: Erasmus MC.
- Berg, M. (2001). *Kaf en Koren van kennismanagement: Over informatietechnologie, de kwaliteit van zorg en het werk van professionals*. Oratie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.
- Berg, M., Goorman, E. (1999). The contextual nature of medical information. *International Journal of Medical Informatics* 56: 51-60.
- Berg, M., Meijerink, Y., Gras, M., Goossensen, A., Schellekens, W., Haeck, J., Kallewaard, M., Kingma, H. (2005) Feasibility first: Developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals. *Health Policy* 75: 59-73.
- Berwick, D.M. (1998). Developing and testing changes in delivery of care. *Annals of Internal Medicine* 128: 651-656.
- Bevan, G., Hood, C. 2006. What's measured is what matters: Targets and gaming in the English health care system. *Public Administration* 84: 517-538.
- Borghans, H. J., D. Pieter., J.A.H.J. Hoenen., R.B. Kool (2008). *de toepasbaarheid van de HSMR in het toezicht van de inspectie van de gezondheidszorg*, Prismant.
- Borst, M. (2009) *De HSMR als prestatie-indicator binnen het kwaliteitsbeleid*. Masterscriptie Zorgmanagement iBMG. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Bovens, M., Schillemans, T., Hart, P. (2008). Does public accountability work? An assessment tool. *Public Administration* 86: 225-242.
- Budding, J. (2008). *Sterfte bij hartchirurgie UMC St Radboud was in 2004 te hoog*. Medicalfacts. [Internet] <http://www.medicalfacts.nl/2008/04/28/sterfte-bij-hartchirurgie-umc-st-radboud-was-in-2004-te-hoog/>. Aangehaald op 19-02-2009.
- Creswell, J.W. (2003). *Research design. Qualitative, Quantitative and Mix Methods approaches*. Second edition. London: Sage Publications Ltd.
- Currie, G., Suhomlinova, O. (2006). The impact of institutional forces upon knowledge sharing in the UK NHS: the triumph of professional power and the inconsistency of policy. *Public Administration* 84: 1-30.
- De Bruijn, Hans. 2002. *Managing performance in the public sector*. New York and London: Routledge.
- Den Ouden, A. L., Nugteren, W.A.H., Haeck, J., & van den Berg, J.M.J. (2008). "sterftcijfer niet afserveren." *medisch contact* 63(13).

De PraktijkIndex. (2009). De HSMR. [Internet] <http://www.hsmr.nl/index.php/hsmr>  
Aangehaald op 04-07-2009.

De Waard-Oudesluijs, L. (2009). Presteren op mortaliteit. Een onderzoek naar de voorwaarden voor inbedding van HSMR binnen patiëntveiligheid in het algemeen ziekenhuis. Masterscriptie Zorgmanagement iBMG. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Douglas, M. (1992). Risk and Blame. Essays in Cultural Theory. London Routledge

Ellingsen, G., Monteiro, E. (2003) Mechanisms for producing a working knowledge: Enacting, orchestrating and organizing. Information and Organization 13: 203-229.

Geelkerken, R. H., Mastboom, W.J.B., Bertelink, B.P., van der Palen, J., Berg, M., & Kingma (2008). "Een onrijp instrument. Sterftcijfer niet geschikt als maat voor ziekenhuiskwaliteit." Medisch contact 63(9): 370-374.

Harteloh, P.P.M., Caparie A.F. (1998). Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak. Maarssen: Elsevier.

Jacobs, K., Marcon, G., Witt, D. (2004). Cost and performance information for doctors: an international comparison. Management Accounting Research 15: 337-354.

Jarman, B., Gault, S., Alves, B., Hider, A., Dolan, S., Cook, A., Hurwitz, B., Lezzoni, L. 1999. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. BMJ 318: 1515-1520

Jarman, B., Bottle, A., Aylin, P., Browne, M. (2005). Monitoring changes in hospital standardised mortality ratios. BMJ 330: 329

Law, J. (2000). Ladbroke Grove, or how to think about failing systems. Centre for Science Studies Lancaster University.

Lehtonen, T. (2007). DRG- based prospective pricing and case-mix accounting. Exploring the mechanisms of successful implementation. Management Accounting Research 18: 367-395.

Linthorst, G.E., Torrenga, R.A., Hoekstra, J.B.L. (2009) Het bespreken van medische fouten met de patiënt. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 13-02-2009:153. [Internet] <http://www.ntvg.nl/node/316451/print>. Aangehaald op 10-07-2009.

Marshall, M. , Shelleke, P., Davies, H., Smith, P. (2003). Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom. Health Affairs 22: 134-148.

Pollitt, C. (2003). The Essential Public Manager. Maidenhead Philadelphia: Open University Press

Porter, Theodore M. 1995. Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Daily Life. Princeton: Princeton University Press.

Power, M. (1997). The Audit Society: Rituals of Verification. Oxford: Oxford University Press.

Power, M. (2004). Counting, control and calculation: Reflections on measuring and

management. *Human Relations* 57: 765-783. London: SAGE Publications.

Power, M. (2007). *Organized Uncertainty. Designing a World of Risk Management*. New York: Oxford University Press.

Schellekens, W., Berg, M., Klazinga, N. (2003). Mythen en mogelijkheden van prestatie-indicatoren van zorgaanbieders. *Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Jaargang 58 nr. 8.*

Swanborn, P.G. (2002). *Basisboek sociaal onderzoek*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Walburg, J., Bevan, H., Wilderspin, J., Lemmens, K. (2006). *Performance management in health care*. New York: Routledge.

Wiener, C.L. (2004). Holding American hospitals accountable: rhetoric and reality. *Nursing Inquiry* 11: 82-90.

## Bijlagen

---

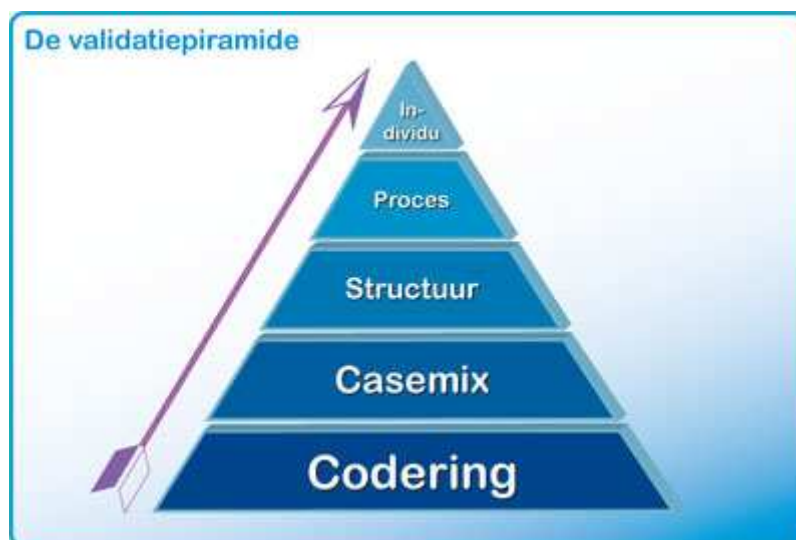
### Bijlage 1. Topic lijst Observatie

#### Proces (dossier volgen)

- fasen van het registratieproces>dossier volgen
- betrokkenen
- manier van registratie
  - > gebruik formulieren
  - > gebruik computerprogramma
  - > moment van registratie
  - > wat wordt wel/niet geregistreerd
  - > wie is verantwoordelijk en wat houdt die verantwoordelijkheid in?
- onderlinge multidisciplinaire afstemming van registratie + verantwoordelijkheidsverdeling
- heersende normen/waarden en gedragingen (onderlinge relaties, hiërarchie)
- wie bepaalt verdeling van verantwoordelijkheid
- gebruik data > door wie?
  - > waarvoor?
  - > wat?
  - >hoe?
  - > gevolgen van uitkomst van de data?

#### Uitkomst (bijwonen vergadering na complicatie (sterfgeval))

- aanwezigen
- rollen, verdeling, aanpak
- sfeer, stemming
- communicatie+gedragingen
- ongeschreven regels (normen/waarden) en hiërarchie
- verantwoordelijkheidstoebedeling > wijze
  - > door wie
  - > aan wie
  - > op basis waarvan (gebruik stappen van validatiepiramide?)
  - > hoe
  - > wat
  - > wanneer
- gevolgen 'schuld/fout'
- acties/handelingen



## **Bijlage 2. Topic lijst Interview Medisch specialist/ Verpleegkundige**

### **Introductie**

Korte uitleg: geluidsopname + onderzoek

Hoe ziet uw dag eruit?

- activiteiten
- met wie te maken
- wat gaat goed?
- wat kan beter?
- verantwoordelijkheid en taken

### **Registratieproces**

- Stappen in het proces (dossiervorming)
- Ervaringen met registreren (fouten?)
- Welke informatie vastleggen (voor wie)Voorbeeld?
- LMR/ patiëntendossiers
- Waarde van informatie (objectieve diagnose+ subjectieve context)  
Overdracht van informatie (context) Voorbeeld?
- Betekenis van informatie (begrijpelijkheid, bruikbaarheid)  
Ervaring?
- Verdeling van verantwoordelijkheid
- Ervaring met gebruik van informatie van andere disciplines (controle werk codeurs)
- Overleg naar aanleiding van informatie/registratie

### **HSMR**

- Waarde van prestatiegegevens/RTM (reputatie)
- Gebruik RTM of uitkomst HSMR
- Prioriteit en merkbaarheid van HSMR in praktijk
- Ervaring met het meten van uitkomsten
- Verantwoordelijkheidsgevoel m.b.t. prestatie van zh/afdeling (reputatie/risicomanagement)

### **Complicatiebespreking**

- wat gebeurt er bij een complicatie?
- Heeft u wel eens meegemaakt dat iemand werd beschuldigd van een fout? Wat gebeurde er toen?
- Betrokkenen?
- Hoe vindt overleg plaats? Communicatie?
- Rolverdeling Management en Professionals
- Gevolgen van toebedeeld krijgen van verantwoordelijkheid

### **Afsluiting**

- Zaken gemist?
- Wie nog interessant om te interviewen?
- Meekijken complicatiebespreking
- Verpleegkundige interviewen
- Nog een keer terugkomen?
- Bedankt

**Bijlage 3. Topic lijst Interview Kwaliteitsfunctionaris/Hoofd medische registratie/  
Coördinator medische registratie/Organisatorisch manager/  
Directiesecretaresse RvB**

**Introductie**

Korte uitleg: geluidsopname + onderzoek

Hoe ziet uw dag eruit?

- Activiteiten
- met wie te maken
- wat gaat goed?
- wat kan beter?
- verantwoordelijkheid en taken

**Registratieproces**

- Stappen in het proces (dossiervorming)
- Ervaringen met registreren (fouten?)
- Welke informatie vastleggen (voor wie)
- LMR/ patiëntendossiers
- Waarde van informatie (diagnose)
- Overdracht van informatie (context)
- Betekenis van informatie (begrijpelijkheid, bruikbaarheid)
- Verdeling van verantwoordelijkheid (regels)
- Ervaring met gebruik van informatie van andere disciplines
- Besprekingen naar aanleiding van informatie/registratie

**RTM**

- ervaringen met RTM?
- Betrokkenen?
- toegevoegde waarde?
- doelen RTM?
- Frequentie gebruik?
- RTM en praktijk (waar komt het terug)?
- Waarde van gegevens van RTM?

**HSMR**

- Waarde van de uitkomsten (prioriteit of niet?)
- Ervaringen met prestatiemeting
- Gevoel van verantwoordelijkheid?
- Oorzaken hoge uitkomsten
- Gevolgen hoge uitkomst
- Schuldtoekenning?
- Overleg n.a.v. uitkomst
- Rollenverdeling
- Hoe vindt beoordeling van prestatie plaats?
- Terugkoppeling naar werkvloer?

**Afsluiting**

- Zaken gemist?
- Wie nog interessant om te interviewen?
- Meekijken complicatiebespreking
- Verpleegkundige interviewen
- Nog een keer terugkomen?
- Bedankt

## **Bijlage 4. Topic lijst Interview Codeur**

### **Introductie**

Korte uitleg: geluidsopname + onderzoek

Hoe ziet uw dag eruit?

- Activiteiten
- met wie te maken
- waar gaat goed?
- wat kan beter?
- verantwoordelijkheid en taken

### **Registratieproces**

- Stappen in het proces (dossievorming)
- Ervaringen met registreren (fouten?)
- Doel van registratie
- Toegevoegde waarde registratie
- Welke informatie vastleggen (voor wie)
- LMR/ Patiëntendossier
- Invloed van fouten in uitkomst HSMR
- HSMR prioriteit in praktijk
- Waarde van informatie (objectief/subjectief)
- Overdracht van informatie (context)
- Betekenis van informatie (begrijpelijkheid, bruikbaarheid)
- Verdeling van verantwoordelijkheid
- Ervaring met gebruik van informatie van andere disciplines
- Overleg naar aanleiding van informatie/registratie

### **RTM**

- ervaringen met RTM?
- toegevoegde waarde?
- doelen RTM?
- RTM en praktijk (waar komt het terug)?
- Waarde van gegevens van RTM?

### **HSMR**

- Waarde van de uitkomsten (prioriteit of niet?)
- Ervaringen met prestatiemeting
- Gevoel van verantwoordelijkheid?
- Oorzaken hoge uitkomsten
- Gevolgen hoge uitkomst (reputatie)
- Schuldtoekenning?
- Overleg n.a.v. uitkomst
- Rollenverdeling
- Hoe vindt beoordeling van prestatie plaats?
- Terugkoppeling naar werkvloer?

### **Afsluiting**

- Zaken gemist?
- Wie nog interessant om te interviewen?
- Meekijken complicatiebespreking
- Verpleegkundige interviewen
- Nog een keer terugkomen?
- Bedankt