

Kwaliteitsbevordering in ziekenhuizen

Citation for published version (APA):

Hoekstra, P., & Verzellenberg, L. N. J. (1982). Kwaliteitsbevordering in ziekenhuizen. *Medisch Contact*, 37(14), 424-426.

Document status and date:

Gepubliceerd: 01/01/1982

Document Version:

Uitgevers PDF, ook bekend als Version of Record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.tue.nl/taverne

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

openaccess@tue.nl

providing details and we will investigate your claim.

door P. Hoekstra en Drs. L. N. J. Verzellenberg



Kwaliteitsbevordering in ziekenhuizen

Intercollegiale toetsing en toetsing aangewende middelen in één programma nader bekeken

De verzekeringsgeneeskundige P. Hoekstra en de econoom Drs. L. N. J. Verzellenberg verrichten als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan de Technische Hogeschool Eindhoven onderzoek binnen het Ziekenhuis Research Project. Uit hoofde van hun functie en specifieke deskundigheid gaan zij nader in op de implicaties van intercollegiale toetsing en toetsing van aangewende middelen in één programma.

Inleiding

Het project Toetsing Aangewende Middelen van de Technische Hogeschool Eindhoven (TAM/THE) is een van de onderwerpen waaraan in het kader van het Ziekenhuis Research Project (ZRP) van de THE aandacht wordt gegeven. Centraal staat daarbij de vraag hoe werkers in de gezondheidszorg ertoe zullen kunnen komen bij hun beslissingen rekening te houden met produktiviteit en efficiency.

Bij de literatuurstudie ten behoeve van het TAM/THE-project is allereerst bestudeerd het 'Quality Assurance Program for medical care in the hospital' (QAP) van de American Hospital Association.

De invoering van toetsingsprocedures in de Nederlandse intramurale gezondheidszorg geschiedt met behulp van het Centraal Begeleidingsorgaan aan de hand van het rapport 'Intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen' samengesteld door een Gemeenschappelijke Commissie ingesteld door de Geneeskundige Vereniging ten behoeve van het ziekenhuiswezen en de LSV. In dit rapport wordt mede uitgegaan van de ontwikkelingen in de Verenigde Staten.

Ontwikkelingen rond kwaliteitsbewaking in de VS

Omstreeks 1910-1913 werden op verzoek van het Clinical Congress of Surgeons of North America om tot kwaliteitsverbete-

ring van de zorg te komen normen opgesteld, waaraan ziekenhuizen moesten voldoen om tot erkenning te komen. Dit leidde in 1918 tot de oprichting van het Hospital Standardization Program. In eerste aanzet hield men zich bezig met de invoering van een uniforme medische registratie, waardoor onderlinge vergelijking mogelijk werd.

In 1951 was het Hospital Standardization Program zozeer tot ontwikkeling gekomen dat naar een bredere basis werd gezocht, hetgeen resulteerde in de oprichting van de Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH). Naast het American College of Surgeons werd hieraan deelgenomen door het American College of Physicians, de American Hospital Association, de American Medical Association en de Canadian Medical Association. Een ziekenhuis, dat een accreditatiecertificaat van de JCAH wilde krijgen, liet op basis van vrijwilligheid de zorgverlening toetsen aan de gestelde normen die regelmatig werden aangepast aan de ontwikkeling in de geneeskunde.

In 1972 werd de wet op de Professional Standards Review Organizations ingevoerd, waarmee de overheid een middel in handen kreeg om controle uit te oefenen op de opnamen, de opnameduur en de aangewende middelen. In datzelfde jaar werd door de American Hospital Association een methode uitgewerkt, waarbij door middel van een interne toetsingsprocedure de kwaliteit van de zorg wordt getoetst volgens de richtlijnen van de JCAH en de aangewende middelen overeenkomstig de eisen van de PSRO's. Deze methode werd het Quality Assurance Program for Medical Care in the Hospital genoemd. Hierbij staat het begrip 'quality' zowel voor de kwaliteit - zijnde de verhouding tussen bereikt resultaat en gewenst resultaat, hetgeen overeenkomt met effectiviteit - als voor efficiëntie, waaronder verstaan wordt de verhouding tussen minimaal offer en werkelijk offer.

Onder interne toetsing in een ziekenhuis wordt verstaan een procedure die wordt uitgevoerd door medewerkers van het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van de medische staf. Het ziekenhuisbe-

stuur en de directie hebben hun verantwoordelijkheden voor de efficiëntie en effectiviteit van de zorg aan de medische staf gedelegeerd, omdat de aard van die zorg en de daarbij behorende kosten voornamelijk door de leden van de medische staf worden bepaald.

Hoewel het Quality Assurance Program in de VS aan de steeds veranderende gezondheidszorg is aangepast, lijkt ons een beschrijving ervan nuttig, omdat deze procedure de verschillende facetten van het toetsen in een geheel verenigt. Het QAP onderkent, evenals de andere toetsingsprocedures, de drie aspecten van de zorg:

de structuur waarin deze zorg wordt verleend;

het proces van de zorgverlening, het totaal van interacties tussen patiënt en zorgverlener;

het resultaat, de toestand waarin de patiënt verkeert na de ontvangen zorg en de mate van tevredenheid van de patiënt over die zorg.

Het QAP houdt zich in hoofdzaak bezig met de toetsing van het proces en van het resultaat, daar de structuur enerzijds wordt bepaald door de erkenningseisen van de JCAH, anderzijds door de opleiding van de medewerkers en het betalingssysteem. Wij komen hier later op terug.

Bij het QAP bestaat de toetsingsprocedure uit vijf stappen, waarbij:

stap A: het vaststellen van de criteria door de medische staf;

stap B: het beschrijven van de huidige situatie;

stap C: het toetsen van de huidige situatie aan de criteria: $B=A?$;

stap D: het nemen van correctieve maatregelen indien $B \neq A$;

stap E: de evaluatie om na te gaan of na D $B=A$.

Uit het voorgaande blijkt hoezeer het slagen van het QAP afhankelijk is van de bereidheid tot medewerking van de medische staf. De leden van deze staf immers dienen zitting te nemen in diverse commissies. Zij dienen criteria op te stellen, vervolgens moeten zij hun medisch handelen laten toetsen en zo nodig wijzigen. ►

Het toetsen kan zich bij het QAP in een van de volgende fasen afspeelen:

De eerste fase omvat het gebeuren voorafgaand aan de opname ('prospective review'). Hieronder vallen opname-aanvragen, het preklinisch onderzoek en de opnamemachtiging. Voor Nederlandse begrippen wordt veel aandacht aan 'admission' besteed; dit houdt verband met de andere structuur van de eerstelijns gezondheidszorg. Tenslotte behoort tot de eerste fase het toekennen van een bij het ziektebeeld passend aantal opnamedagen.

De tweede fase betreft het gebeuren tijdens de opname ('concurrent review'). In deze fase worden de aanvragen tot verlenging van de toegestane opnameduur getoetst, evenals de ontslagprocedure. Dit laatste betreft het tijdig maatregelen nemen voor de nazorg en het meegeven van de juiste instructies aan de patiënten of de nazorginstantie.

De derde fase speelt zich af na het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis. Het is een toetsing achteraf van het gehele zorgproces ('retrospective review'), waarbij de gegevens van de eerste en tweede fase worden verzameld en geanalyseerd, waarbij ook de aangewende middelen worden getoetst, waarin ook de medical audit plaatsvindt en waarin tenslotte het in rekening gebrachte kan worden getoetst.

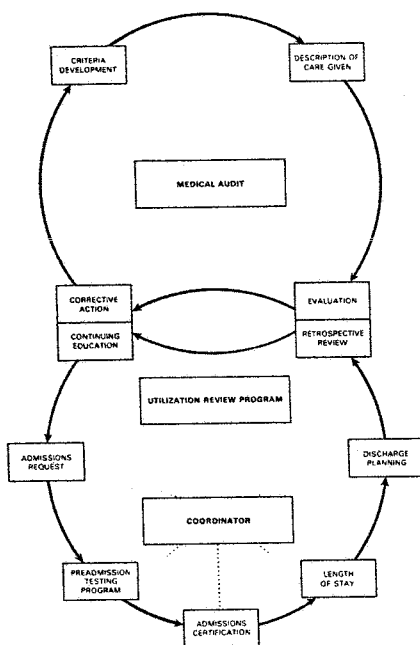
Uit het rapport 'Intercollegiale Toetsing' blijkt dat men tegenwoordig onder retrospectief onderzoek verstaat: 'evaluatie van het medisch handelen aan de hand van achteraf vastgestelde criteria'. En onder prospectief onderzoek: 'evaluatie van het medisch handelen waarbij zowel de criteria als de eventueel in te stellen veranderingen reeds zijn vastgelegd, voordat de medische zorg is verleend'.

Voor de uitvoering van het QAP benoemt de medische staf een QAP-commissie; deze commissie benoemt twee subcommissies, één voor de medical audit (MA) en één voor de utilization review (UR). Het verdient aanbeveling in deze commissies ook medewerkers van de andere in het ziekenhuis werkende disciplines op te nemen.

Om de specialisten zo min mogelijk met de uitvoering van het programma te belasten, is het gewenst om een verpleegkundige als coördinator van de utilization reviewcommissie aan te stellen. Hoewel nooit volledig te scheiden, kunnen we stellen dat de MA-commissie zich bezighoudt met de toetsing van de kwaliteit

van de zorg (effectiviteit) en de UR-commissie met de efficiëntie. Beide commissies hebben hun eigen werkgebied maar de resultaten van de retrospectieve toetsing worden ingebracht bij de QAP-commissie die verantwoordelijk is voor de correctieve maatregelen en het leerproces. Afbeelding 1, onvertaald overgenomen uit het handboek Quality Assurance Program for Medical Care in the Hospital, uitgegeven door de AHA, verduidelijkt dit.

Afbeelding 1



Uit: Quality Assurance Program for Medical Care in the Hospital, 1972, by the American Hospital Association 840, North Lake Shore Drive Chicago, Illinois 60611.

Voordat met de vijf stappen van de toetsingsprocedure wordt begonnen dient voor de QAP-commissie in overleg met de medische staf een probleem aan de orde te worden gesteld dat voor toetsing in aanmerking komt. Zo'n probleem kan zich voordoen ten aanzien van een groep patiënten met een bepaalde diagnose of ten aanzien van een procedure, bijvoorbeeld postoperatieve wondinfectie of tromboflebitis na een infuus, of de wachttijden voor het bekend worden van laboratoriumuitslagen.

Doordat een ziekenhuis vrijstelling van PSRO-controle krijgt indien er voldoende MA- en UR-rapporten door de QAP-commissie worden ingeleverd, werd echter meer aandacht aan de kwantiteit dan

aan de inhoud van de rapporten besteed. Gemakshalve werden steeds dezelfde onderwerpen (patiënten met myocardinfarct) getoetst. Het is de verdienste van Prof. John W. Williamson van de Johns Hopkins University te Baltimore geweest, dit probleem onderkendend een methode te ontwikkelen waarbij een speciale prioriteitencommissie de medische staf een aantal problemen ter toetsing voorlegt. Deze methode werd door het Centraal Begeleidingsorgaan onder leiding van Dr. E. Reerink in samenwerking met Prof. Williamson in januari 1980 tijdens een tweetal workshops in Utrecht gedemonstreerd. Wij verwijzen hiervoor naar de brochure 'Prioriteiten', uitgegeven door het CBO.

Voor iedere fase van het toetsingsproces dienen specifieke criteria te worden gesteld. Voor de utilization review betekent dit dat er criteria nodig zijn waaraan een opnameaanvraag dient te voldoen, dat wil zeggen criteria betreffende de symptomen, het preklinisch onderzoek en de noodzaak voor klinische behandeling. Vervolgens criteria voor de opnameduur en criteria ten aanzien van de aangewende middelen. Dit laatste zowel om na te gaan of er geen overconsumptie aan onderzoeksactiviteiten heeft plaatsgevonden als om te toetsen of alle noodzakelijk geachte onderzoeken hebben plaatsgevonden. En tenslotte criteria ten aanzien van de totale opname- en behandelingskosten. Voor de medical audit in het kader van het QAP zijn in de eerste plaats criteria nodig die de diagnose of het specifieke probleem bevestigen ('justification criteria'). Daarna komen de criteria ten aanzien van het resultaat (outcome criteria) en tenslotte de criteria ten aanzien van het totale zorgproces (process criteria).

Stap B van de toetsingsprocedure betreft het verzamelen van de gegevens die eventueel in een computer kunnen worden ingevoerd. Er zijn twee mogelijkheden: alle gegevens worden verwerkt, of alleen die gegevens die noodzakelijk zijn voor de toetsing ('data collection by exception'). Als eerste vereiste geldt hier dat de gestandaardiseerde statussen goed worden bijgehouden. De medical record-commissie houdt hier toezicht op. Het verzamelen van de gegevens geschiedt door een daartoe opgeleide 'medical record analyst'. De gegevens van fase I en II worden door de UR-coördinator verzameld.

Zijn alle gegevens verzameld dan komt stap C aan de orde, de eigenlijke toetsing. Dit deel van de procedure wordt meestal

uitgevoerd door een speciaal opgeleide verpleegkundige. Moet een groep patiënten met een bepaalde diagnose worden getoetst, dan zal eerst dienen te worden nagegaan of de ontslagdiagnose aan de criteria voldoet ('justification'). Hetzelfde geldt voor het toetsen van een specifiek probleem, zoals bijvoorbeeld tromboflebitis na een infuus.

Voldoet de diagnose niet aan de gestelde criteria dan wordt de status ter beoordeling aan een arts voorgelegd. Vervolgens wordt het resultaat getoetst aan de outcome-criteria. Is het resultaat in overeenstemming met deze criteria dan kan de status worden afgelegd. Zijn er echter afwijkingen dan wordt de gehele zorgprocedure aan de procescriteria getoetst. Wordt aan alle procescriteria voldaan dan kan de status worden afgelegd, zo niet dan wordt deze voorgelegd aan de arts van de toetsingscommissie.

Met deze methode wordt bereikt dat slechts een gering aantal statussen door een arts behoeft te worden beoordeeld. Deze arts maakt uit, al of niet in overleg met de behandelend specialist, of de correctieve maatregelen nodig zijn.

Hiermee zijn we beland bij stap D, waarbij ter bevordering van het leerproces de gehele medische staf en andere relevante disciplines worden betrokken. In gezamenlijk overleg wordt gecorrigeerd. Tenslotte wordt na enige tijd een evaluatie uitgevoerd (stap E) om na te gaan of het proces na de voorgeschreven correctie aan de criteria voldoet en of het resultaat nu overeenkomt met de outcome-criteria.

Nabeschuiving

Bezien we nu het resultaat van deze ontwikkeling in Amerika, dan menen wij dat we mogen stellen dat het erkenningssysteem een positieve invloed heeft gehad op de kwaliteitsverbetering van de gezondheidszorg. De JCAH heeft onder invloed van de medische en technische vooruitgang de erkenningsnormen steeds aangepast (Thompson), waardoor de effectiviteit van de zorg toenam, hetgeen echter ook de beruchte kostenexplosie met zich heeft meegebracht. De PSRO's hebben ongetwijfeld invloed gehad op het terugdringen van het aantal onnodige opnamen en het verkorten van de gemiddelde opnameduur, maar de kosten verbonden aan het PSRO-apparaat bleken de baten te overschrijden. De resultaten van het QAP voldeden niet aan de verwachting. Gelukkig is er een aantal ontwikkelingen waardoor dit ef-

fect in de toekomst minder teleurstellend kan worden. We doelen hiermee met name op de reeds eerder genoemde methode van Williamson, die duidelijk rekening houdt met gevoeligheden die nu eenmaal inherent zijn aan intercollegiale toetsing. Toch achten wij, als bedrijfskundigen vanuit meerdere invalshoeken aankijkend tegen intercollegiale toetsing en tegen toetsing aangewende middelen, een aanpak noodzakelijk welke verder gaat dan de thans bekende methode.

Bij de introductie van toetsing kan in eerste instantie het zwaartepunt liggen op procesvariabelen: het aantal en de wijze van interacties met patiënten. Deze kenmerken zijn immers direct waarneembaar tijdens het handelen en sneller te corrigeren dan outcome- of structuurvariabelen. De benadering van toetsing wordt vooral op het zorgproces gericht. Een gerichtheid van toetsing alleen op medische zorg is echter te beperkt, evenals maatregelen in de sfeer van budgettering en reglementering. Verhoudingen in en buiten ziekenhuizen spelen een rol naast financieringssystemen, overheidsmaatregelen en opleidingen. Kortom, er zijn vele zaken waarop we zullen moeten letten.

Dit complex van overwegingen vormt de aanleiding om binnen het project TAM/THE te streven naar de ontwikkeling van een model dat een geheel van maatregelen om toetsing te initiëren aangeeft en vooral om te garanderen dat ook op lange termijn toetsing is gewaarborgd. We hopen hierop in de nabije toekomst nader terugte komen. ■

Literatuur

- American Hospital Association (1972), Quality Assurance Program for Medical Care in the Hospital.
- Boulis, P. S. (1977), Establishing an evaluation strategy for concurrent review programs: A preliminary discussion, *Plan Utilization Review*, Blue Cross (004).
- Burkens, J. C. J. (1973), Medische kwaliteitsbewaking in het ziekenhuis, *Het Ziekenhuis* (11), blz. 576-478.
- Burkens, J. C. J. (1973), Normalisatie in de geneeskunde, *Medisch Contact* (28), blz. 1393-1395.
- Canadian Council on Hospital Accreditation (1977), *Guide to Hospital Accreditation*.
- Centraal Begeleidingsorgaan der Intercollegiale Toetsing (1979), *Prioriteiten: Het kiezen van onderwerpen voor intercollegiale toetsing*.
- Fulchiero, A., S., Miller, e.a. (1978), Can the

PSRO's be cost effective, *The New England Journal of Medicine* (299), blz. 574-580.

Geijndt, W. de (1970), Five approaches for assessing the quality of care, *Hospital Administration*, blz. 21-42.

Hirsch, E. O. (1974), Utilization Review as a means of continuing education, *Medical Care* (12), blz. 358-362.

Intercollegiale Toetsing in Algemene Ziekenhuizen: rapport van een Gemeenschappelijke Commissie, ingesteld door de Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het ziekenhuiswezen en de Landelijke Specialisten Vereniging (1976), Utrecht, LSV.

Leenen, H. J. J. (1979), Kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg, *Medisch Contact* (29), blz. 931-938.

Reerink, E., E. B. J. de Groot (1976), Kwaliteitsbewaking van medische zorg in de US, *Metamedica* (55), blz. 7-17.

Stuart, B., R. Stockton (1973), Control over the utilization of medical services, *Health and Society/MMFG*, blz. 341-394.

Thompson, R. E. (1980), A new era in quality assurance, *The New England Journal of Medicine* (302), blz. 124-125.

Verzellenberg, L. N. J. (1979), Kwaliteit en doelmatigheid in de gezondheidszorg; een bedrijfskundige beschouwing, *Ruit* (5), blz. 26-32.

Williamson, J. W. (1978), Formulating Priorities for Quality Assurance Activity, *JAMA* (239), blz. 631-637.

Wilson, D. B. (1969), Medical audit and utilization review, *World Hospital* (5), blz. 138-142.