



AKAZ

Agencija za kvalitet i
akreditaciju u zdravstvu
Federacije Bosne i Hercegovine

Metode poboljšanja kvaliteta zasnovane na zdravstvenoj zaštiti davalaca usluga

Tehnički priručnik

Copyright © 2005 - 2008 AKAZ

Ovaj dokument predstavlja vlasništvo AKAZ-a (Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu FBiH). Namjenjen je za javnu objavu, njime se može svako koristiti, na njega se pozivati, ali samo u originalnom obliku, bez ikakvih izmjena, uz obavezno navođenje izvora podataka. Korištenje ovog dokumenta protivno gornjim navodima, povreda je autorskih prava AKAZ-a, sukladno Zakonu o autorskom pravu i srodnim pravima BiH. Počinitelj takve aktivnosti podliježe kaznenoj odgovornosti.

Sadržaj

1 Potrošači, korisnici i klijenti	4
Sadašnje stanje.....	4
Žalbe i pohvale.....	4
Statističko praćenje.....	5
Ankete o iskustvu i zadovoljstvu	5
Opis.....	5
Doseg.....	6
Resursi.....	6
Procjena pristupa.....	6
Dokazi i dosadašnja iskustva	7
2 Profesionalna stručnost	8
Provjera znanja i stručnosti liječnika (<i>Credentia</i> ling)	8
Opis.....	8
Doseg.....	8
Resursi.....	8
Procjena.....	9
3 Učinkovita klinička praksa	9
Sadašnje stanje	9
Pregled kliničkog kvaliteta (<i>Audit</i>)	9
Sadašnje stanje	9
Opis.....	9
Vodilje za kliničku praksu	10
Pregled kliničkog kvaliteta zasnovan na kriteriju	11
Radiologija	16
Laboratorijska medicina.....	16
Ispitivanje post mortem.....	16
Procjena.....	17
Klinički indikatori.....	17
Sadašnja situacija.....	17
Opis.....	18
Doseg.....	18
Procjena.....	20
Nepovoljni događaji za pacijenta	20
Sadašnja situacija.....	20
Skrining događaja	20
Izveštavanje o incidentima.....	21
4 Upravljanje resursima	23
Osnovne informacije	23
Analiza prakse.....	23
Opis.....	23
Doseg.....	23
Resursi.....	23
Procjena.....	24
Pregled korištenja	24
Opis.....	24
Doseg.....	24
Reference	25

1 Potrošači, korisnici i klijenti

Sadašnje stanje

U Federaciji Bosne i Hercegovine, potrošači iskazuju bojazan zbog toga što ne posjeduju informacije o raspoloživosti usluga (posebno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti), o način na koji im mogu pristupiti i o tome koje standarde izvedbe mogu očekivati. Ne postoji povelja pacijenata, ali se informacijski leci za pacijente mogu dobiti u nekim centrima za rehabilitaciju, dok je u porodičnoj medicini obavljeno više lokalnih anketiranja o iskustvu i znanju pacijenata o zdravstvenim uslugama. U novoj porodičnoj medicini potiče se evaluacija pacijenata, ali se sistematski ne provodi i ne koristi da se poboljša kvalitet kroz sistem.

Strateški plan iz 1998. god. najavio je na 44. stranici da je jedan od ciljeva objaviti povelju prava pacijenata do 2000. godine, koja će biti konzistentna s Deklaracijom o pravima pacijenata (WHO, 1994) i da će uvesti općinska zdravstvena vijeća koja bi uključila građane kao i liječnike iz općinskih domova zdravlja.

Zdravstveni profesionalci, menadžeri i javnost trebalo bi da široko diseminiraju i koriste Povelju pacijenata kao osnovu za redovitu i sistematsku evaluaciju pružanja zdravstvenih usluga.

Vidi Preporuku 12 u Politici kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite.

Da li su prava pacijenata objavljena? Kao povelja ili kao zakon?
Pristanak na tretman, zaštita podataka, pravo na informacije
Na koji se način sve to nadgleda? Na kojem nivou?
Državnom, lokalnom?

Žalbe i pohvale

Svaka zdravstvena organizacija treba imati mehanizme pomoću kojih će registrirati povratne informacije, te mehanizme za sistematsku analizu i izvještavanje o postignutim rezultatima. To bi ohrabrilo komentare pacijenata i njihovih porodica o iskustvu koje imaju s organizacijom u kojoj dobivaju zdravstvenu zaštitu i s pruženim kliničkim i drugim uslugama, kao što su smještaj, higijena, ishrana, komuniciranje, informiranje i sl.

Vidi Preporuku 10 u Politici kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite.

Posebno bi trebalo bilježiti žalbe, koje bi pregledaliiskusni menadžeri i kliničari, na njih odgovarali u skladu s procedurom i u propisanom vremenu, što bi trebalo urediti na lokalnom nivou. Također bi trebalo zabilježiti svaku poduzetu akciju na temelju žalbe.

U skoroj budućnosti vjerovatno će doći do porasta broja žalbi koje dovode do parničenja. Analiza uzroka može ponuditi vodič radi izbjegavanja sličnih događaja. Izostanak komunikacije, objašnjenja ili izvinjenja, može od relativno male nezgode napraviti događaj koji postaje glavnim razlogom zbog kojeg pacijenti i njegova rodbina ustrajavaju na zakonskoj nadoknadi štete. Kliničke i administrativne pouke mogu se također izvući iz iskustva osiguravatelja i dati materijal za poboljšanje projekata.

Među slučajevima u kojima je došlo do parničenja nakon tretmana povrede glave, najčešća dijagnoza u Velikoj Britaniji bila je ekstraduralni hematom. Najučestalija greška bila je izostanak ili kašnjenje u premještaju povrijeđenog iz opće bolnice na neurohirurški odjel. Tretman je često kasnio zbog čekanja na CT glave, uprkos postojanju očigledne kliničke osnove za trenutni premještaj ili eksplorativnu trepanaciju lobanje.

Druge greške su uključivale:

- *Neodgovarajući i zakašnjeni pregled rtg. snimka glave od strane iskusnog osoblja u jedinici za hitne slučajeve.*
- *Neadekvatne bilješke kod prijema i otpusta a nakon opservacije.*
- *Neuključivanje iskusnijeg osoblja u rješavanje problema a zbog propusta manje iskusnih liječnika na prijemu.*
- *Izostanak osiguranja odgovarajuće sestrinske opservacije povrijeđenog ili izostanak odgovora na sestrinsku opservaciju.*
- *Izostanak komunikacije između jedinice za hitne slučajeve i odjeljenskog osoblja, te između liječnika i sestara.*

Ovo je jeftino sredstvo kvaliteta, ali iziskuje:

- da bude objavljeno, tj. pacijentima se daju pisane informacije o tome da su njihovi komentari dobrodošli ("svaki nedostatak je blago"), na koji se način oni mogu obratiti menadžmentu, i na koji će se način njihov problem rješavati;
- da se podnosioci žalbe zaštite tako što će im se omogućiti da ubacuju žalbe u zapečaćene kutije ili ih stavljaju u koverta koje su adresirane na menadžment, a koje se nalaze na frekventnijim mjestima, odnosno na prijemu;
- sistematska registracija, analiza, rješavanje žalbi izvještavanje iskusnijih menadžera.

Broj žalbi ne bi trebalo koristiti kao mjeru izvedbe. Kao što je to slučaj s izvještajima o infekcijama, povećan broj je vjerovatno odraz bolje komunikacije i svijesti nego loše izvedbe.

Statističko praćenje

Indikatori izvedbe nasuprot postavljenih ciljeva, npr. za **vrijeme čekanja** (na zakazane preglede, prijeme, tretmane); za otkazivanje (pregleda, prijema, tretmana) od strane bolnica ili ambulanti mogu se prikupljati i porediti u različitim službama i u određenim vremenskim intervalima.

Ankete o iskustvu i zadovoljstvu

Opis

Za ispitivanje mišljenja pacijenata, njihovih porodica ili laičkih njegovatelja, mogu se koristiti brojne metode. Najčešće korišteni sistematski pristup je anketiranje na osnovu upitnika. U nekim slučajevima izbor odgovora je unaprijed definiran; druge studije koriste polu-strukturirane intervjue s brojnim otvorenim pitanjima. Istraživanja se mogu odnositi na zadovoljstvo pacijenta sveukupnim uslugama ili na posebne aspekte tretmana ili zaštite.

Anketiranje potrošača procjenjuje iskustvo sa zdravstvenom zaštitom i ishodima iz ugla pacijenata i njihovih porodica: neke zemlje (npr. Velika Britanija, Francuska), te većina akreditacijskih programa traže od institucija da sistematski procjenjuju opažanja svojih pacijenata. Izvedba bolnice sve je više usmjerena na zdravstvenu edukaciju, davanje ovlasti pacijentima, zadovoljstvo, te na mehanizme za žalbe i kontinuitet zaštite. Ankete iskustva i zadovoljstva u rasponu su od jednostavnog popunjavanja upitnika olovkom u vanbolničkoj zaštiti do anketiranja na stratificiranom uzorku na državnom nivou. U nekim zemljama, nacionalne ankete provode neovisne organizacije koje koriste provjerena sredstva da bi dobile pouzdane podatke; objavljeni rezultati mogu otkriti identitet bolnice.

Manje direktni načini mjerenja nivoa zadovoljstva uključuju motrenje pridržavanja tretmana i savjeta koje primaju pacijenti; i slučajeve kada pacijenti, žaleći se, traže drugo mišljenje – mijenjajući pritom liječnika ili tražeći pomoć alternativnih načina zaštite.

Doseg

Istraživanja mišljenja pacijenata naginju na interpersonalne i organizacijske aspekte zaštite, fokusirajući se manje na tehničku osposobljenost ili kliničku stručnost, budući da se često pretpostavlja da laici ne znaju o ovome dovoljno da bi mogli ispravno prosuđivati. Općenito se ignorira činjenica da laici izražavaju mišljenja o svim aspektima zaštite. Međutim, pacijenti nisu dovoljno sposobni da prosuđuju kliničku podesnost tretmana. Tipična pitanja u porodičnoj medicini uključuju:

- Lična obilježja, reagiranje liječnika/liječnice i njegov/njen profesionalizam.
- Praktično uređenje pristupačnosti i raspoloživosti.
- Stavove i funkcije drugih članova tima.
- Specijalne oblasti, kao što su skrining, manje operacije, problemi žena.

Najčešće uočeni problemi su:

- Usluge poslije radnog vremena.
- Poteškoće u dobivanju zakazanog termina.
- Neadekvatne ili neodgovarajuće informacije koje pruža liječnik/liječnica.

Resursi

Neophodni resursi za istraživanja mišljenja pacijenata ovisit će o razmjeri i složenosti studije i vrste upotrebljene istraživačke metode. Za ovo mogu biti potrebni zapisi iz liječničke prakse i registri pacijenata kako bi se utvrdili uzorci ispitanika; drugi način je selekcija pacijenata kako se oni pojavljuju u ambulanti. Podaci se mogu prikupljati različito: od upitnika koji se šalje poštom do detaljnih intervjua.

Pacijenti mogu biti manje spremni da kritikuju ako opaze da su članovi zdravstvenog tima direktno upleteni u studiju. Stoga će u većini slučajeva biti potrebno uključiti vanjske istraživače. Radi istraživanja nekih oblasti opće prakse, na raspolaganju treba da budu standardizirani i valjani upitnici i planovi intervjua, te osnovni vodiči za anketiranje. Možda će biti potreban savjet na koji način prilagoditi programe ili razviti nove mjere. Radi analize podataka često će biti potrebna ekspertiza statističara i informatičara.

Procjena pristupa

Ako želimo tačno procijeniti kvalitet zaštite koju pružaju bolnice i praksa porodične medicine, mišljenja pacijenata moraju se uzeti u obzir. Standardi i očekivanja mogu se eksplicitno definirati na lokalnom i federalnom/državnom nivou u poveljama pacijenata i socijalnoj legislativi, a razvijeni su standardizirani instrumenti radi mjerenja specifičnih domena pacijentovog iskustva.

Međutim, glavni problemi u istraživanjima zadovoljstva pacijenta su:

- Pacijenti nerado priznaju da su nezadovoljni. Pokazano je da visoki nivoi općeg zadovoljstva često maskiraju mnogo nezadovoljstva specifičnim vidovima zaštite.
- Mnogi pacijenti imaju veoma mala očekivanja i lako ih je zadovoljiti; sistematsko mjerenje njihovog iskustva, npr. izbora, poštivanja i informiranja, osjetljiviji je indikator jačanja njihove uloge i ovlaštenja.ⁱ
- Postoje neki dokazi da će starije osobe vjerovatnije izraziti zadovoljstvo, ali nije očigledno da li je to zbog bolje usluge ili uslijed malih očekivanja. Na sličan način postoji veza između nivoa zadovoljstva pacijenta i pripadajuće socijalne klase.
- Tradicionalne ankete zadovoljstva bile su i ostale metodološki slabe, te više fokusirane na kliničare i menadžere a manje na pacijente.
- Bitni su strogi standardizirani metodi; međutim, pregled 195 objavljenih istraživanja 1999. godine, upućuje da je malo anketa koristilo metode koje su vjerodostojne i pouzdaneⁱⁱ.
- Zadovoljenje "potreba" pacijenata legitimna je mjera bolničke izvedbe; ovo treba jasno razlučiti od zadovoljenja "zahtjeva".

Dokazi i dosadašnja iskustva

Istraživači Medicinskog fakulteta s Harvarda razvili su i testirali standardizirani instrument radi mjerenja zabrinutosti i iskustva pacijenata. Prvi put je upotrijebljen na nacionalnom nivou u SAD, s ciljem telefonskog intervjuiranja pacijenata koji su bili hospitalizirani i njihovih srodnikaⁱⁱⁱ, i od tada se koristi kao Picker upitnik u Australiji, Kanadi^{iv} i nekim evropskim zemljama^{v,vi,vii}. Povoljni rezultati Picker upitnika pokazali su korelacije sa signifikatnim smanjenjem komplikacija i neočekivanih smrtnih ishoda u bolnicama Mičigena, dok su manji rezultati bili pridruženi lošijem zdravstvenom stanju pacijenata s akutnim infarktom miokarda u New Hampshire-u^{viii}.

U Engleskoj se od svih bolnica traži da obavljaju vlastite lokalne ankete svake godine, uključujući standardni skup pitanja za nadzor nacionalnog izvršenja i uporedne rezultate u odnosu na najbolju organizaciju (*benchmarking*). Rezultati se dostavljaju Ministarstvu zdravstva (*Department of Health*) da bi se koristili u Nacionalnom sistemu procjene izvršenja (*National Performance Assessment Framework*). Skupni rezultati objavljuju se na Internetu (npr. koronarna bolest srca^{ix}) a nude se finansijski poticaji za zaštitu za koju se može pokazati da je usmjerena na pacijenta^x.

Tablica 1: Primjeri izmjerenih opažanja pacijenata, primarna zaštita

Estonija	Direktni strukturirani intervjui slučajno odabranih stanovnika. Pokazano je da polovica intervjuiranih nije bila svjesna prirode i svrhe reformi u primarnoj zaštiti, te da osobni izbor i dobar odnos liječnik-pacijent povećava zadovoljstvo pacijenta ^{xi}
Nova Gvineja	Upitnik sa 20 stavki o pružanju zaštite, osoblju i objektima ustanove bio je testiran na pouzdanost i vjerodostojnost. Rezultati su potvrdili potrebu da se u obzir uzme raznolikost načina na koje na kvalitet gledaju ljudi u zemljama u razvoju ^{xii}
Oman	Opažanja klijenta procjenjena su u zajednici (izvan objekata zdravstvene zaštite) ili intervjuiranjem pacijenata koji su završili s tretmanom, koristeći lokalno razvijeni upitnik. Mjerenjima je bilo obuhvaćeno: vrijeme čekanja, čekaonica, privatnost, toaleti, tehnički objekti ustanove i komunikacijske vještine liječnika. Pacijenti su bili kritičniji kada su prosuđivali o uslugama zdravstvene zaštite izvan zdravstvene ustanove ^{xiii}
Slovenija	Istraživači su koristili Evropski standardizirani instrument ^{xiv} da bi evaluirali zaštitu u 36 praksi. Pokazano je da je zadovoljstvo bilo visoko izuzev zadovoljstva vremenom čekanja i komunikacijskim vještinama ^{xv}
Saudijska Arabija	Bili su intervjuirane nosioci 800 domaćinstava. Zadovoljstvo je koreliralo sa svrhom kliničkog smještaja, pismenošću anketiranih i učestalošću korištenja usluga ^{xvi}

Tablica 2: Primjeri izmjerenih opažanja pacijenata, bolnička zaštita

Zemlja	Tema/Fokus	Sredstva mjerenja
Francuska	Bolnice	Ljestvica od 26 stavki pokrila je medicinske informacije, odnose s osobljem i dnevnu rutinu. Pritom je nađeno da je skala pouzdan i vjerodostojan indikator mišljenja pacijenata o kvaliteti zdravstvene zaštite u Francuskoj ^{xvii}
Japan	Bolnička zaštita	Procjenjeno je zadovoljstvo bolničkom zaštitom, zadovoljstvo ishodom zaštite, namjera da se ponovo dođe u istu bolnicu, preporuke bolnice za druge osobe. Zadovoljstvo sa tehničkim aspektom zaštite bilo je povezano s godinama ispitnika ^{xviii}
Tajland	Bolnice	Zadovoljstvo pacijenata u ovoj studiji bilo je najveće u neprofitnim bolnicama. Pacijenti sa socijalnim osiguranjem imali su najmanje izmjereno zadovoljstvo u ambulantnoj zaštiti ^{xix}
Velika Britanija	Sestrinska njega	Opisuje <i>Newcastle</i> zadovoljstvo na sestrinskim ljestvicama (NSNS) koje se koriste za mjerenja iskustva i zadovoljstva pacijenta sestrinskom njegom u akutnim ustanovama ili u vlastitom domu ^{xx}
Poljska	Ambulante	Anketiranje 2000 pacijenata u Krakovu pokazalo je izvodljivost sistematskog informiranja pacijenta ^{xxi}
Grčka	Zadovoljstvo roditelja	Napravljen je instrument sa 22 stavke radi procjene zadovoljstva roditelja kvalitetom zaštite u dječijim bolnicama. Upitnik je direktno administriran na standardan način ^{xxii}
Švedska	Psihijatrijska bolnica	Suživljavanje osoblja sa pacijentima je najznačajnija karakteristika ^{xxiii}

2 Profesionalna stručnost

Sadašnje stanje

Nema dovoljno dokaza da se vrši sistematična procjena, provjera znanja i stručnosti liječnika ili izvršenja osoblja u zdravstvenoj službi kao osnov za profesionalni razvoj ili kao osnov za poboljšanje kvaliteta. Odobravanje odsustva za stručno usavršavanje nije konzistentno unutar i između zdravstvenih ustanova.

Svaka organizacija zdravstvene zaštite treba da ima dokumentirane i učinkovite procedure za verifikaciju stručnosti i obuke pojedinca prije zapošljavanja i da pregleda i ponovo ocijeni potrebe za kontinuiranim profesionalnim razvojem.

Vidi Preporuku 10 u Politici kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite.

Na kantonalnom i federalnom nivou, registracija i licenciranje kliničkih profesija odgovornost je komora a ne organizacija koje pružaju usluge. Ali ustanove bi, općenito, trebalo da definiraju kriterije za zapošljavanje, zadržavanje i razvoj osoblja.

Provjera znanja i stručnosti liječnika (*Credentia*ling)

Opis

Provjera znanja i stručnosti liječnika ili prikaz kliničkih povlastica je proces pomoću kojeg medicinsko osoblje, u ime vladinog tijela, određuje šta svaki doktor medicine ili stomatologije može ili ne može uraditi u bolnici ili ambulanti.

Procjena kvaliteta nekog davaoca zdravstvene zaštite i mogućnost mjerenja izvršenja kliničara bitna je za učinkovitu provjeru znanja i stručnosti. Da bismo mogli ispravno definirati privilegije liječnika, na način koji odolijeva svakom osporavanju, traži se objektivna mjera njegove ili njene izvedbe. Proces sistematskog pojedinačnog pregleda i provjera kliničkog kvaliteta (*Clinical audit*) daju nam neophodne informacije. Izostanak ovih elemenata upravljanja kvalitetom diskreditira valjanost procesa provjere znanja i stručnosti liječnika.

Doseg

Provjera znanja i stručnosti omogućava organizacijama da kroz medicinsko osoblje odmjeri kliničku stručnost u odnosu na misiju i resurse ustanove. Ovakva provjera može također biti primjerena i za druge profesionalce, kao što su neovisne sestre, babice i sestre koje rade u jedinicama intenzivne njege.

Jedan formalan sistem provjere znanja i stručnosti, te imenovanja u službu, predstavlja centralni dio programa poboljšanja kvaliteta. To je također jedan od najznačajnijih elemenata programa upravljanja rizikom, koji zaštićuje organizacije zdravstvene zaštite od signifikantnog broja zahtjeva za obeštećenjem zbog nesavjesnog liječenja.

Resursi

Učinkovit proces provjere znanja i stručnosti zahtijeva:

- učinkovitu organizaciju i odgovornost medicinskog osoblja;
- dogovorena i napisana pravila kojima se definiraju kliničke i organizacijske obaveze medicinskog osoblja i uvjeti njihovog radnog mjesta;
- potpunu, tačnu i ažurnu evidenciju medicinskog osoblja ponaosob (npr. produženje licence, osiguranje; obuka u toku i trajni profesionalni razvoj; nivo kliničke aktivnosti; početna aplikacija i kasniji rezultati ocjenjivanja);
- dokumentirane i sistematske procedure radi pregleda sveg medicinskog osoblja, neovisno o tome da li su plaćeni za svoj rad, svake tri godine i u vezi s tim preporuke nadležnom organu.

Procjena

U Sjevernoj Americi i Antipodima posebno (Australija), doktori, menadžeri i javnost prihvatili su kriterije za provjeru znanja i stručnosti liječnika i stomatologa kao dio lokalnih propisa i izričito su se dogovorili da prije zapošljavanja na taj način razmotre kandidate. To se jednako odnosi i na javni i na privatni sektor. Pokazalo se da je ovo učinkovit nevladin mehanizam za profesionalnu samoregulaciju koji transparentno utemeljuje kliničko zapošljavanje na dokumentiranoj obuci i trajnoj stručnosti. Procedure u Evropi su općenito manje transparentne, posebno u javnim bolnicama.

3 Učinkovita klinička praksa

Sadašnje stanje

U FBiH, klinički standardi odnose se gotovo isključivo na strukturu i resurse (npr. kreveti, osoblje, oprema), a ne na to kako se koriste, ili koji rezultati se postižu na nivou davalaca usluga ili na populacijskom nivou. S izuzetkom eksperimentalnih i istraživačkih studija, (npr. u farmaciji) postoji samo nekoliko mehanizama na federalnom, kantonalnom ili nivou davalaca usluga za sistematično usvajanje, širenje i nadzor dobre prakse u svakodnevnom radu.

Specifičan primjer može se vidjeti u propisivanju, potrošnji i korištenju lijekova, što se trenutno slabo kontrolira u pogledu cijene ili kliničke učinkovitosti. U kantonalnim bolnicama predloženo je da komisije za lijekove vrše nadzor i evaluaciju upotrebe lijekova; slični mehanizmi trebalo bi da osiguraju učinkovitu kontrolu u cijelom sistemu zdravstvene zaštite.

Glavni zadatak Agencije treba da bude nadzor nad definiranjem, potvrđivanjem i širenjem vodilja na bazi dokaza za učinkovitu i efikasnu kliničku praksu u suradnji s profesionalnim, menadžerskim organizacijama i organizacijama pacijenata.

Vidi Preporuku 5 u Politici kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite.

Pregled kliničkog kvaliteta (Klinička revizija, *audit*)

Sadašnje stanje

Iako je provjera kliničkog kvaliteta ("stručni nadzor") propisana zakonom, ima malo dokaza o sistematičnoj kolegijalnoj analizi uzoraka kliničke prakse u poređenju s kriterijima na bazi dokaza. U bolnicama, šefovi specijalisti nadziru odabrane historije bolesti koje su napisali doktori, ali postoji samo nekoliko mehanizama za razmjenu standarda, mjerenje i učenje unutar i između kliničkih odjeljenja.

U nekim centrima za obuku iz obiteljske medicine, doktori i sestre sudjeluju u sedmičnom kolegijalnom pregledu, uključujući sistematičnu provjeru kvaliteta po temama, kao što je tretman hipertenzije, dijabetesa i nadzor nad kvalitetom u zdravstvenim kartonima (korištenjem ručnog pronalazjenja podataka).

Od kompletnog kliničkog osoblja treba tražiti da aktivno sudjeluje u učinkovitoj provjeri kvaliteta tekuće prakse u odnosu na validne i eksplicitne standarde i da pokažu poboljšanje u svojoj praksi i rezultatima.

Vidi Preporuku 11 u Politici kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite.

Opis

Sistemi pregleda kliničkog kvaliteta (*Clinical audit systems*) treba da uključe nepristrani kolegijalni pregled uzoraka zaštite, da budu osjetljivi na očekivanja pacijenata i kliničkih timova i da su zasnovani na naučnim dokazima za dobru medicinsku praksu. S tim ciljem, slučajevi za pregled se mogu izabrati bilo slučajno, bilo prema prethodno dogovorenim kriterijima. Uzorci

prakse, kvantificirani gdje je to moguće, mogu se upoređivati s eksplicitnim vodiljama, a te vodilje, iako dogovorene na lokalnom nivou, treba da budu konzistentne s regionalnim i državnim preporukama i s korpusom naučnog znanja.

Nijedan pristup nije univerzalno primjenljiv. Neke metode otkrivaju 100% slučajeva za unaprijed definirane događaje koji su potom predmetom kolegijalnog pregleda. Neki pristupi, a to je većina, fokusiraju se na ograničen uzorak slučajeva sa zajedničkim karakteristikama (kao što je simptom, pretraga, tretman komplikacija). Neka pitanja u kliničkoj praksi, posebno ona rijetka ili kompleksna, uspješno se opiru sistematskoj provjeri kvaliteta. Ali to nije razlogom da se ne započne s pitanjima koja se mogu pregledati koristeći mnogobrojne jednostavne i dokazane metode. Slijedi pregled najčešćih i općih metoda.

Vodilje za kliničku praksu

Medicina zasnovana na dokazima (*Evidence-based medicine*) postala je samo središte kvaliteta u kliničkoj praksi. Standardi, izraženi kao kliničke vodilje ili kao "benchmarks", jesu:

- sve više zasnovani na biomedicinskom istraživanju i ocjeni zdravstvenih tehnologija nego na konsenzusu;
- veoma pristupačni i razmjenjuju se između zemalja;
- često prilagođeni lokalnoj kulturi i ekonomiji prije nego što se usvoje za nacionalnu primjenu;
- često prevedeni u detaljnije protokole za korištenje u pojedinačnim organizacijskim jedinicama.

Vodilje mogu biti fokusirane na specifičnu tehnologiju, kao što je lijek, instrument ili procedura - ili na kliničko stanje. Vodilje koje su fokusirane na pacijenta mogu biti o specifičnom događaju ili epizodi, ili se vremenom mogu proširiti u multidisciplinarni "predviđeni oporavak", ili puteve "kritične zaštite" za pojedince. Kvalitet objavljenih vodilja je različit po tome što veliki broj njih nije eksplicitan, što nisu zasnovane na dokazima i što nemaju planirane strategije za diseminaciju, implementaciju i evaluaciju. Sve to naglašava doprinos Agencije kao federalnog (državnog?) centra za razvoj, ocjenu, prilagođavanje i odobravanje vodilja, prema objavljenim kriterijima, odgovarajućoj lokalnoj kulturi, prioritetima i ekonomiji.

Tablica 3: neki sajtovi na Internetu kao izvori kliničkih vodilja

Naziv	Sajt
Agency for Quality in Medicine (AZQ) Njemačka	https://www.dgn.de/kammern_kven/AEZQ/
ANAES (L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) Francuska	www.anaes.fr
Canadian Medical Association	www.cma.ca/cpgs/index.asp
Center for Health Quality, Outcomes and Economic Research (CHQOER) Veterans' Administration (VA), SAD	http://dcc2.bumc.bu.edu/
Guidelines Group New Zealand	http://www.nzgg.org.nz/library.htm
National Centre for Quality Assessment in Health Care: Poljska	www.cmj.org.pl
National Electronic Library for Health: baza podataka vodilja na bazi dokaza, uključujući NICE vodilje i College of Nursing, UK	www.nelh.nhs.uk/guidelines_database.asp
National Guideline Clearing House: baza podataka, koju sponzorira AHRQ, vodilje koje su nedavno publicirane u recenziranim časopisima, SAD	www.guidelines.gov
NICE (National Institute for Clinical Excellence): pojedinačne zdravstvene tehnologije (npr., lijekovi, sprave, tehnike, kriteriji za upućivanje) i tretman bolesti, Velika Britanija	www.nice.org.uk
SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network): multidisciplinarnе vodilje, uključujući sestrinstvo, farmaciju, stomatologiju	www.sign.ac.uk
TNO Prevention and Health Netherlands	www.tno.nl/instit/pg/index.html

Tablica 4: Sistematski pregledi i istraživanje

Centre for Reviews and Dissemination	www.york.ac.uk/inst/crd
Cochrane Library	
Bandolier: tvori vodilje koje su jednostavnije i pristupačnije za liječnike i pacijente	www.jr2.ox.ac.uk
Cancer Services Collaborative: prema pacijentu usmjereni putevi zaštite za najčešće karcinome	www.nhs.uk/nationalplan/npch14.htm

Pregled kliničkog kvaliteta zasnovan na kriteriju^{xxiv}

Dogovorena tema može se analizirati bilo prospektivnim bilo retrospektivnim ispitivanjem na reprezentativnom uzorku zapisa pacijenata prema unaprijed utvrđenim kriterijima s ciljem da se identificiraju, kvantificiraju i uporede lokalni uzorci tekuće prakse i ustanove mogućnosti za poboljšanje.

Bilo koji klinički ili organizacijski aspekt prakse u primarnoj zaštiti, za koji je moguće definirati neki protokol, može biti predmetom provjere kliničkog kvaliteta. *Audit* bolesti koristio se, na primjer, za procjenu dijagnoze i tretmana hroničnih oboljenja, kao što su epilepsija i dijabetes; akutnih stanja, kao što je upalna bolest zdjelice; za procedure skrininga i kontrolne preglede pacijenata; stanje imunizacije; i za upotrebu dogovorenih registara lijekova. *Audit* bolesti teže se izvodi u slučajevima kada postoji malo dokaza za učinkovitu praksu, a protokoli se zasnivaju na takvoj praksi, kao što su tretmani pušenja ili debljine.

U bolnicama se koncept može primijeniti u hirurgskim i nehirurškim disciplinama; pristup je objektivan, daje kvantitativne podatke i može se ponavljati. Ali, kao i u primarnoj zaštiti, otkriva (i pomaže da se reduciraju) neadekvatnosti u bilježenju, s naglaskom da je proces takvog ispitivanja veoma zamoran i zahtijeva vremena. Iz tih razloga, kliničari mogu definirati eksplicitne kriterije po kojima jedan asistent može izvući ključne informacije iz ogromnog broja medicinskih zapisa. Podatke bi trebalo da prikuplja pomoćno osoblje tako da se doktori mogu ograničiti na analizu podataka i učinkovite neophodne promjene. Koraci u tom, na 'kriteriju zasnovanom pregledu kvaliteta', predstavljeni su u tablici 5.

Tablica 5: pregled kvaliteta zasnovan na kriteriju

	Kliničari	Asistent za provjeru kvaliteta
Korak		
1	Odrediti temu	
2	Odrediti kriterije za analizu	
3	Odrediti veličinu uzorka, podatke, itd.	
4		Odrediti slučajeve za analizu
5		Naći pojedinačne medicinske zapise
6		Izvući podatke prema kriterijima
7		Ukupne podatke predstaviti u tablici
8	Diskutirati o nalazima i izuzecima	
9	Dogovoriti aktivnosti i mjere u budućnosti	
10	Ponoviti <i>audit</i> prema kriterijima	

Prvi korak

Tema treba da je od općeg interesa i velike količine/obima, rizika ili troškova ili, pak, može biti predmetom analize zbog širokih lokalnih varijacija u praksi ili iz nekih drugih razloga. Analizirati se mogu: simptom, dijagnoza, pretraga, tretman, ishod – ili sam klinički problem. Što je tema jednostavnija i češća, lakše je prikupiti podatke i ponoviti *audit* prije nego što se mlađe osoblje razide.

Izbor teme treba da bude značajan za kolegijalnu grupu (*Peer group*) a u pregled kvaliteta treba da se uključi i drugo osoblje (npr. s dijagnostike, farmacije ili pomoćnih službi) koje je direktno upleteno. Ko može inicirati tematski pregled kvaliteta? Pojedinačna praksa, bolnička jedinica ili veća grupa kolega. Korištene vodilje i kriteriji mogu se razviti i dogovoriti unutar ustanove ili se mogu usvojiti ili nametnuti izvana.

Drugi korak

U diskusiju o kriterijima i detaljima uzorkovanja treba odmah uključiti asistenta za pregled kvaliteta kako bi se minimizirali kasniji problemi u vezi s tumačenjem rezultata. Tipično, kriteriji treba da budu zasnovani na usvojenim vodiljama za kliničku praksu i na formularu s dvanaestak jednostavnih pitanja koja u odgovorima traže brojeve ili samo upisivanje 'da/ne', što se može saznati iz medicinskog zapisa. Međutim, to nije lagan posao budući da većina kliničara ne razmišlja u pojmovima algoritama i brojčanog mjerenja. Neophodno je ovdje naglasiti da svrha ovih kriterija nije da budu protokol za klinički tretman nego da uspostave tekuće uzorke prakse i da pomognu u prepoznavanju onih slučajeva koji zaslužuju zasebni klinički pregled.

Za posebnu bolničku dijagnozu, to može biti pod slijedećim poglavljima:

Tablica 6: opći primjeri kriterija, hospitalizirani pacijent

Upućivanje	odgođeno zbog pregleda mlađeg doktora/konsultanta
Historija bolesti	zabilježen/i specifični simptom/i
Pregled	zabilježen/i specifični znak/ovi
Pretrage	dostavljen/i specifični test/ovi
Tretman	specificirani lijekovi koji su dati (vrsta, dozaža, put)
Praćenje	nadzor liječenja, zabilježen specifični progres
Ishod	otpust bez simptoma s odjela/klinike unutar dogovorenog vremena
Komunikacija	napisano otpusno pismo/upućeno liječniku opće prakse unutar <i>n</i> dana

Tablica 7: kriteriji izvučeni s liste, preoperativna antibiotska profilaksa

Polje	Opis	Broj
Ime pacijenta		
Godine		
Ime liječnika		
Datum prijema		
Da li je zabilježeno preoperativno brijanje?		0/1
Datum/vrijeme operacije		
Izvršena procedura		
Trajanje operacije		
Da li su ordinirani antibiotici?	Naziv	0/1
Vrijeme prve doze		
Propisana doza dnevno <i>mg</i>		
Put primjene	IV/IM/oralno	
Trajanje terapije u danima		
Kojeg postoperativnog dana se prešlo na oralni put?		
Zabilježen razlog za primjenu antibiotika		
Vidljivi znakovi na rani		0/1
Temperatura 38 st.		0/1
Porast broja leukocita		0/1
Pozitivna kultura		0/1
Datum otpusta		
Podatke prikupio..., datum		

Treći korak

Grupa definira koliko bi slučajeva trebalo pronaći, kako će se oni odabrati ili isključiti iz analize, na koji će se način definirati prema vremenu (npr. datum prvog kontakta), po kliničaru (npr. svaki partner u porodičnoj praksi), po lokaciji (npr. odjel gerijatrije). Uzorci ne bi trebalo da budu veći od onih za primarno istraživanje; varijacije u procesu i ishodu zaštite obično su velike tako da ih je lako uočiti već na uzorku studije od 25-30 podesnih slučajeva.

Koraci 4-7

Dobro bi bilo već u ovom stadiju testirati kriterije na veoma malom uzorku zapisa, recimo pet, radi provjere da li postoje realne šanse pronalazjenja traženih informacija. Asistent potom često ima zahtjevan zadatak da pronađe tačan i ažuran spisak pacijenata sa specifičnom dijagnozom koje su liječili doktori od interesa unutar određenog vremena. Slijedeći zadatak je pronalazjenje samih medicinskih zapisa, vodeći računa da uzorak ne bude pristran odustajanjem onih koji nedostaju (to mogu biti pacijenti s komorbidnim dijagnozama ili komplikacijama).

Sažimanje zapisa može potrajati 10-30 minuta po slučaju, ovisno o broju i kompleksnosti kriterija. Pomnoženo sa npr. 30 slučajeva, to zahtijeva mnogo sati rada. Rezultate treba prikazati kliničarima tabelarno (idealno pomoću računarskih programa za unakrsna izračunavanja (Excel) i grafičkih paketa. Oni moraju biti zadovoljni time što su nalazi tačni.

Osmi i deveti korak

Diskusija naginje ka izboru kriterija (koji se, nakon razmišljanja, dijele preciznije), ka tumačenju rezultata (koji su često neočekivani) i dogovoru o akciji koju valja poduzeti (koju je teško uskladiti, a još teže implementirati). Najčešća greška koja se napravi je ta da se ne "zatvori krug" nakon što se usaglasi plan akcije radi implementiranja promjene.

Deseti korak

Klinički pregled kvaliteta treba ponavljati, upotrebljavajući iste ili izmijenjene kriterije nakon dogovorenog vremena s ciljem da se izmjeri utjecaj promjena na zaštitu pacijenta. Ovaj korak obično je neuspješan ako ne uslijedi učinkovita akcija nakon prvog *audita*, ako obučeno osoblje napusti ustanovu i ako nema predanosti poboljšanju kvaliteta.

Većina specijalističkih disciplina i ustanova razvija opće teme za klinički pregled kvaliteta. Od nekih primjera koji slijede ne zatvaraju baš svi kružnicu ali se mogu primijeniti u bolnici ili primarnoj zaštiti.

Organizacija rada u ambulanti

Klinički dogovoreni termini za pregled: promjenom od određenih 10 minuta po susretu u sistemu zakazivanja, na različite raspone vremena koji se dodjeljuje konsultantu, prosječno vrijeme čekanja u jednoj ambulanti bilo je smanjeno sa 40 minuta na 10 minuta tokom šest mjeseci. Nije bilo promjena u broju pacijenta koji su dolazili na preglede niti promjena u dužini trajanja konsultacija.

Kliničke posjete: od 418 uzastopnih posjeta pacijenata u opću medicinsku ambulantu radi praćenja stanja, 27% je imalo zakazane preglede u drugim općim ambulantomama zbog istih ili sličnih problema; 49% od tih dvostruko zakazanih pregleda bili su uzrokovani rutinskim praćenjem nakon akutnog prijema, 30% radi drugog upućivanja od strane liječnika opće prakse, a 17% zbog ukrštenih upućivanja drugom specijalisti. Mnogi od tih pacijenata bili su starije životne dobi, živjeli su više od 8 km udaljeni od ambulante i oslanjali su se na prijatelje, rodbinu ili usluge medicinskog prijevoza; 70% njih nije vidjelo potrebu za višestrukim dolascima.

Medicinski zapisi i otpusna pisma

Klinički sadržaj: za pregled zapisa 19 hospitaliziranih pacijenata sa shizofrenijom trebalo je 13,5 minuta (konsultant) po slučaju za 17 kriterija.

Nalazi su uključivali:

Tablica 8: zapisi, shizofrenija

Kriterij	zabilježeni %
Mentalno stanje ispitano kod prijema	5
Prijemna dijagnoza	32
Diferencijalna dijagnoza	53
Fizikalni pregled unutar 24 sata	63
Plan tretmana	26
Sedmične bilješke o `drugim terapijama`	89

Jedna grupa anesteziologa uspostavila je pregled kliničkog kvaliteta kroz zapise za svakog petog pacijenta koji je imao opću anesteziju u toku dvosedmičnog perioda. Od 138 slučajeva, nedostajali su zapisi za 23 slučaja, dok su 22 bila isključena iz ispitivanja. Izuzeti podaci su upoređeni sa slijedećim kriterijima:

Table 9: zapisi, anestezija

Kriterij	zabilježeni %
Tačno popunjeni zapisi	47
Prisutan anesteziološki zapis	100
Ime pacijenta na listi	100
Ubilježena preoperativna procjena	100
Zapisan datum operacije	78
Zapisana vrsta operacije	86
Navedena tehnika anestezije	92
Ubilježen krvni pritisak	84
Upisano očitavanje oksimetra	62
Čitljivo ime anesteziologa u zapisu	80

Sažetak pri otpustu: tromjesečna studija otpusnih pisama u vezi sa 89 akutnih bolničkih prijema u jednoj grupnoj praksi pokazala je da je prva zabilješka za 89% otpuštenih pacijenata prispjela s prosječnim kašnjenjem od 8 dana: 53% tih pacijenata već je bilo kontaktiralo svog liječnika opće prakse. Drugo pismo primljeno je za 52% pacijenata (prosječno kašnjenje bilo je 24 dana). Za 11% pacijenata nijedno otpusno pismo nije bilo primljeno nakon dva mjeseca.

Raspoloživost zaspisa: jedna regionalna bolnica objavila je brojeve za zabilješke koje su nedostajale u ambulantnim slučajevima i to kao sedmični uzorak svakog trećeg mjeseca. Na primjer:

Tablica 10: bolnički zapisi

Klinika	Tražene bilješke po slučaju (n)	Nađene isprva (%)	Raspoložive u klinici (%)
Opća SPD*	713	66	97.9
ORL	290	92	98.3
Ortopedija	306	69	99.3
Radioterapija	263	76	99.6

* Služba za profesionalni razvoj

Terapeutici

Propisivanje: audit upotrebe lijekova vrijedan je kako klinički tako i ekonomski, i podaci o izboru lijeka, putu primjene, dozi i trajanju terapije općenito se dobro bilježe. Takav pregled kvaliteta također osvjetljava neke od problema implementiranja i održavanja promjena u kliničkoj praksi.

Mikrobiolozi su ocijenili da je propisivanje antibiotika bilo nepotrebno u 28% slučajeva u jednoj bristolskoj bolnici. Nakon distribucije tih nalaza, s napisanim vodiljama koje su sadržavale savjete o upotrebi laboratorijskih testova, izboru lijekova, dozažama i putevima primjene, ponovljeno istraživanje slijedeće godine pokazalo je da je nepotrebno propisivanje poraslo na 35%.

Druga studija pokazala je bolji odgovor kada su se poredile kolegijalne grupe i kada su postojale povratne informacije o navikama propisivanja, ali su ti efekti prestali kada se prekinulo sa stalnim pregledom, intervencijom i povratnim informacijama.

Druge studije o upotrebi lijekova bile su fokusirane na:

Tablica 11: opći primjeri kriterija, medikacija

Element	Primjer
Izbor lijeka	trombolitici
Podesnost	36% benzodiazepina propisano je na prijemu ili 'prije' prijema u psihijatrijsku bolnicu kao odgovor na kliničko stanje pacijenata
Put administracije	u akutnoj jedinici 86-95% intravenskih antibiotika moglo se dati oralno
Serumski monitoring	od 56 zahtjeva za serumsko određivanje koncentracije <i>digoxina</i> tokom jedne sedmice, 54% ocijenjeni su kao odgovarajući, a 43% uzoraka uzeti su u odgovarajuće vrijeme.

Drugi oblici terapije također se preporučuju za pregled kvaliteta i tu se često upliću druge kliničke specijalnosti i discipline. Transfuzija krvi je česta tema u hirurgiji, ali se također može pregledati i nehirurška upotreba krvi.

Iako primarno relevantna za dermatologiju, upotreba PUVA tretmana (fototerapija ultravioletnim zračenjem) ilustrira opći model za diskusiju o podesnosti koja može prethoditi *audit*u bilo koje terapije u vezi s kriterijima za ulazak, proces i izlazak iz tretmana (Tablica 12):

Tablica 12: kriteriji za početak i završetak tretmana, PUVA

Ulazak: na osnovu kojih kriterija su pacijenti izabrani/odbijeni?	
- dijagnoza?	
- onesposobljenost (fizička/socijalna)?	
- razmjer bolesti?	
- godine pacijenta?	
- neuspjeh terapije prve linije?	
- sposobnost za obavljanje redovitih tretmana?	
Proces: na koji način bi tretman trebalo voditi?	
- koji kapacitet mašine/snaga je odgovarajući?	
- koje osoblje nadzire terapiju?	
- procedure sigurnosti/kalibracije?	
- broj izlaganja/učestalost?	
Izlazak: kada bi tretman trebalo obustaviti?	
- procenat poboljšanja?	
- neuspjeh u odgovoru na tretman?	
- nuspojave?	

Dijagnostičko ispitivanje

Radiologija

Zbog dokaza o klinički neproduktivnim 'rutinama' u mnogim specijalnostima, indiciran je klinički pregled kvaliteta upotrebe dijagnostičke radiologije, koji u krajnjoj liniji dovodi do potencijalne poštede pacijenata od izlaganja neugodama, uštede u vremenu osoblja i bolničkih troškova i odgovara na sve veću zabrinutost zbog izlaganja medicinskoj radijaciji.

Jedna analiza u Velikoj Britaniji procijenila je da bi se sadašnje radiološko zračenje populacije moglo prepoloviti a da to ne ugrozi zaštitu pacijenta. Preostala polovina još uvijek bi bila tri puta veća od zbira svih ljudski proizvedenih izvora zračenja stanovništva. Neke od tih redukcija mogle bi se postići različitim načinima optimiziranja doziranja po ispitivanju, ali bi najveći doprinos bio, svakako, izbjegavanje nepotrebnog izlaganja X-zracima. Za barem 20% radioloških ispitivanja koja su izvedena u Velikoj Britaniji u posljednje vrijeme može se reći da nisu bila od kliničke pomoći, u smislu da je vjerovatnoća dobivanja informacija korisnih za tretman pacijenta bila krajnje mala.

Jedno istraživanje u osam bolnica pokazalo je da se upotreba preoperativnog snimanja pluća i srca u elektivnoj, nekardiopulmonalnoj hirurgiji kretala u rasponu od 12 do 54% operacija. Varijacije nisu mogle biti objašnjene na stručnim sastancima, radiološki snimci nisu utjecali na odluku za operaciju ili izbor anestetika, niti se dobila valjana poredbeno osnovica za buduća ispitivanja pacijenata. *Royal College of Radiologists* kombinirao je nalaze većeg broja istraživanja o podesnosti upotrebe X-zraka i pretočio ih u opće preporuke koje je usvojila Evropska komisija kao formalan vodič za kliničku prikladnost dijagnostičkog slikanja^{xxv}. Osim što su od pomoći, posebno mlađim liječnicima, vodilje u kliničkoj praksi lako se mogu razviti u izričite kriterije za pregled kliničkog kvaliteta uzoraka tekuće prakse.

Laboratorijska medicina

Kliničke vodilje i sedmični pregled zapisa bili su u vezi s trenutnom smanjenjem broja zahtjeva za laboratorijskim testovima u nastavnoj jedinici jedne univerzitetske bolnice. Prosječan broj hematoloških testova po pacijentu pao je sa 2,0 na 1,1 a biohemijskih testova sa 4,4 na 2,7, osobito u skupini ponovnih zahtjeva. Konsultanti su našli da su formuliranje vodilja i rasprava o njima s mlađim osobljem djelovali edukativno i poboljšali njihovo kritičko mišljenje; međutim, značaj vodilja je možda manji zbog njihovog sadržaja, one su važnije zbog toga što predstavljaju okidač sposobnosti razlikovanja upotrebe testova općenito.

Ispitivanje *post mortem*

Konzisteno se izvještava da se obdukcijски nalazi bitno razlikuju od zaživotnih dijagnoza u 10 – 25% slučajeva.

Perinatalni postmortalni nalazi: pregled 300 mrtvorodenčadi i neonatalnih smrtnih ishoda potvrdio je kliničku dijagnozu u 40%, odnosno u 19%, doprinoseći značajnim informacijama u 34% i 66%, respektivno, dok je klinička dijagnoza bila netačna u 26%, odnosno u 15% slučajeva. Čak i kod najtemeljite ispitanih kliničkih slučajeva, postmortalni nalazi daju visok prinos razrješavanju patološke osnove klinike koja se tokom života nije mogla otkriti: retrospektivni pregled 76 djece sa kliničkom dijagnozom kongenitalne bolesti srca pokazao je da se u 80% slučajeva nije sumnjalo na taj poremećaj koji je u 17% svih slučajeva pridonio smrtnom ishodu.

Tablica 13: međunarodni primjeri za klinički *audit*, primarna zaštita

Zemlja	Tema	Opis
Nizozemska ^{xxvi}	Vodilje za kolesterol	<i>Audit</i> upotrebe vodilja za kolesterol u 20 općih praksi pokazao je da nema mjerljivog utjecaja na provedbu bez obzira na strategiju diseminacije
Njemačka ^{xxvii}	Dijabetičari	Retrospektivna analiza dokumentacije pokazala je da su indikatori kvaliteta u izvještajima liječnika opće prakse bili nekompletni. Utvrđena je potreba za standardiziranim metodama dokumentiranja

Tablica 14: međunarodni primjeri za klinički *audit*, bolnička zaštita

Zemlja	Tema	Opis
Francuska ^{xxviii}	Apstrakt otpusta	Studija slučajnog uzorka 593 otpuštena pacijenta iz jedne akutne bolnice provjerila je osobne podatke i dovršenje sažetka tretmana (dijagnoza, procedure, ulazni podaci). Nađena je greška u 4% osobnih podataka, 12% u bilježenju dijagnoze, u 11% šifriranja i u 2% kod unosa u bolničku bazu podataka. U 7,5% sažetaka kod otpusta pronađene su greške sa netačnim DRGs (<i>Diagnostic Related Groups</i>)
Švedska ^{xxix}	Sestrinski zapisi	Razvoj i validacija instrumenta za mjerenje dokumentacije sestričkog procesa baziranog na međunarodnim standardima. Instrument se potvrdio kao validan i pouzdan test strukturirane dokumentacije pacijentovog blagostanja, integriteta, prevencije i bezbjednosti.
Belgija ^{xxx}	Upotreba krvi	Retrospektivni pregled zapisa u jednoj univerzitetskoj bolnici pokazao je da je 15% transfuzija s eritrocitima bilo nepotrebno, a 67% transfuzija svježe zamrznute plazme nije bilo indicirano.
Kolumbija ^{xxxi}	Carski rez	Retrospektivni <i>audit</i> sekcija 416 pacijentica u 4 bolnice pokazao je incidencu od 70% u privatnim bolnicama i 42% u javnim. Smatra se da je sveukupno 81% primarnih sekcija bilo neopravdano
Gana, Jamajka ^{xxxii}	Porodiljske komplikacije	Pregled kvaliteta zasnovan na kriteriju pet velikih komplikacija (hemoragija, eklampsija, ruptura uterusa, zapriječeni porod, genitalna sepsa); zaključeno je da je pregled kvaliteta zasnovan na kriteriju praktično sredstvo za zemlje u razvoju
Malezija ^{xxxiii}	Akutni infarkt miokarda	Prospektivna studija 165 pacijenata koji su zadovoljili kriterije SZO za akutni infarkt miokarda. 52% pacijenata primalo je trombolitičku terapiju (TT). Mortalitet pacijenata sa TT bio je 6% u poređenju sa 23% bez TT.
Venecuela ^{xxxiv}	Upotreba krvi	Prospektivna studija zahtjeva za transfuzijom u 700 pacijenata tokom 6 mjeseci u jednoj univerzitetskoj bolnici. Ukupna podesnost upotrebe je prosuđena na 51%, u rasponu od 71% u internoj medicini do 47% u porodiljstvu.

Procjena

Audit teme, zasnovan na kriteriju, metod je koji najvjerojatnije vodi do "zatvaranja kruga" i nosi poboljšanje u bolnici i primarnoj zaštiti. Postoje brojni objavljeni primjeri koji navode da je izvršenje - procijenjeno prema definiranim kriterijima i na temelju sistematično prikupljenih dokaza - otkrilo nedostatke i dovelo do posljedične akcije i kasnije barem jedne ponovljene procedure pregleda kliničkog kvaliteta radi ocjene poboljšanja u interventnom periodu.

Klinički indikatori

Sadašnja situacija

Klinički indikatori nisu razvijeni u FBiH.

Podatke koji su rutinski dostupni iz primarne i bolničke zaštite treba da razvije Agencija i lokalni davaoci usluga kako bi se mogli koristiti kao numeričke mjere kliničkog i organizacijskog izvršenja.

Vidi Preporuke 5 i 10 u Politici kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite.

Opis

Indikatori su sredstva za procjenu organizacijskog ili kliničkog izvršenja, bilo unutarnjeg, bilo vanjskog. Mogu se upotrijebiti kao sredstvo menadžmenta radi stimuliranja rasprave o varijacijama na nivou produktivnosti usluga u cijeloj zemlji i stoga usmjeriti pažnju na one oblasti kojima bi se mogli dodijeliti resursi radi razvoja novih i boljih usluga; slično tome, klinički indikatori mogu se koristiti radi poređenja kliničke prakse i ishoda unutar i između bolnica i primarne zaštite, u pogledu poboljšanja.

Indikatore bi trebalo dizajnirati da mjere postignuća unaprijed postavljenih ciljeva, ali se u praksi oni najčešće biraju na temelju rutinske raspoloživosti bilo kakvih podataka. Radi poređenja zdravstvenih organizacija bitni su i kritični - standardizacija definicija i procesiranje podataka.

Doseg

Rutinski administrativni podaci koji su obično raspoloživi u praksama primarne zaštite uključuju: izdatke; listu brojeva; broj liječnika, pomoćnog osoblja i sestara; promet pacijenata; stavke traženih usluga (npr. noćne posjete, imunizacije, savjeti o kontracepciji, insercije intrauterinih pesara, cervikalni brisevi, usluge za trudnice i porodilje). Bolnice potencijalno drže informacije o korištenju svojih usluga od strane liječnika opće prakse, ali nema poticaja da se to uveže i analizira; npr. da se pokažu stope upućivanja i upotreba dijagnostičkih usluga. Doseg kliničkih podataka ovisi uglavnom o pristupu računarima i registrima hroničnih oboljenja u općoj praksi.

Kapacitet bolnica da generiraju rutinske indikatore obično određuje minimalni skup podataka koji se prikuplja za svakog otpuštenog pacijenta, uključujući demografske podatke, dijagnozu, intervencije i stanje pri otpustu. U nekim bolnicama ovo može biti povezano s odjeljenskim bazama podataka u laboratorijima, radiologiji, operacijskim salama i farmaciji.

Opći model u bolnicama može uključiti mjere s relevantnim poređenjima tokom vremena ili između mjesta (Tablica 15).

Tablica 15: generički indikatori za bolnice

Opterećenje: numerički opis slučajeva	po vrsti, izvoru, mjestu, godinama
Pristup: mjere stopa raspoloživosti, elektivni prijemi koje je bolnica odgodila.	stope tretmana, vrijeme čekanja, nedolazak
Podesnost	operacije van radnog vremena, ponovni prijemi, djeca na odjelima za odrasle, pacijenti primljeni nakon procedure u dnevnoj bolnici
Ishod	pacijenti otpušteni kući, smrt u bolnici, komplikacije
Informacije: mjere kvaliteta (mogu biti studije uzorka).	slučajevi sa završnom dijagnozom koja je šifrirana unutar jedne sedmice po otpustu; nedostajući zapisi u vrijeme kliničke posjete/prijema; zakašnjenje otpusnih pisama prema liječnicima opće prakse
Efijencija (<i>Efficiency</i>)*	ukinuti klinički/operativni rokovi; dužina ležanja (odabrane dijagnoze/procedure), stopa novi/stari pacijent; troškovi lijekova po odjelu/klinici; tražene pretrage, dnevni slučajevi kao procenat svih planiranih procedura

* odnos između ishoda (rezultata zaštite/usluge) i upotrebljenih resursa da se pruži zaštita/usluga

Radi komparacije između organizacija zdravstvene zaštite, indikatori treba da budu više formalno razvijeni i specifikirani. Detaljan statistički opis svakog od primjera iz tablice 18 zauzima dvije stranice.

Tablica 16: Klinički indikatori, NHS Engleska 1999.

Opis
Smrtni ishodi u bolnici unutar 30 dana; Hirurgije, hitni i hladni prijemi
Smrtni ishodi u bolnici unutar 30 dana od prijema sa frakturom kuka (vrata femura). Hitni prijemi u osoba sa 65 i više godina
Smrtni ishodi u bolnici unutar 30 dana od prijema sa srčanim napadom (Infarkt miokarda) Hitni prijemi u osoba sa 50 i više godina
Hitni ponovni prijem u bolnicu unutar 28 od otpusta iz bolnice; Hitni prijemi, sve dobi
Otpust do uobičajenog mjesta stanovanja unutar 56 dana od hitnog prijema od tamo sa moždanim udarom; Hitni prijemi u dobi od 50 godina i više
Otpust do uobičajenog mjesta stanovanja unutar 28 dana od hitnog prijema od tamo sa frakturom kuka (vrat femura); Hitni prijemi u dobi od 65 i više

Tablica 17: Odabrani klinički indikatori ishoda, Škotska

Tinejdžersko začeće
Terapijski pobačaj
Incidenca morbila u djece
Smrtnost od cervikalnog karcinoma
Samoubistvo
Dijabetička ketoacidoza
Hospitalizacija djece s astmom
Ponovna operacija nakon transuretralne prostatektomije
Stopa hitnog ponovnog prijema nakon otpusta iz ustanove određene medicinske specijalnosti
Svi smrtni ishodi unutar 1 godine od otpusta iz psihijatrijskih ustanova
Prvi porodi carskim rezom
Vaginalni porođaji nakon carskog reza
Bebe primljene u neonatalnu jedinicu
Hitni ponovni prijem nakon tonzilektomije/operacije adenoida

Tablica 18: međunarodni primjeri za kliničke indikatore

Tema	Opis
Kardiovaskularne bolesti	Identifikacija indikatora izvedbe Delphi tehnikom ^{xxxv}
Stope carskog reza	Specifikacije za carski rez četiri široko korišena sistema mjerenja bila su upoređena između bolnica. Pokazano je da su se izračunate stope mijenjale ovisno o tome kako su identificirani brojnici i nazivnik, a na relativni učinak je utjecao način primjene prilagođavanja rizika. Zaključak je da je potrebno istraživanje usmjereno na stvaranje definicije jedinstvenog indikatora i metodologije standardnog prilagođavanja rizika ^{xxxvi}
Bolnički ponovni prijemi	Evaluacija ponovnih bolničkih prijema unutar 28 dana kao mjera ishoda ^{xxxvii}
Infekcija hirurške rane	Nadzor razvoja infekcije hirurške rane (IHR) kao mjera ishoda u Mađarskoj upoređena sa američkim <i>Center for Disease Control and Prevention's National Nosocomial Infection Surveillance System</i> (NNIS). Zaključak: nadzor IHR može se koristiti kao model u drugim zemljama s ograničenim iskustvom u mjerenju ishoda ^{xxxviii}
Primarna zaštita	Izvodljivost indikatora zasnovanih na dokazima ^{xxxix}

Tablica 19: indikatori na Internetu

Zemlja	Program	Sajt
Australija	Victoria, Okvir za bolnicu PIs.	http://hna.ffh.vic.gov.au/ahs/strategy/app4.htm
Kanada	CCHSA indikatori za akreditaciju	www.cchsa.ca/perfind/pimenu.htm
VB	Klinički indikatori, 1999.	www.doh.gov.uk/indicat.htm
Australija	ACHS klinički indikatori	http://www.achs.org.au/open/clin_ind
SAD	AHRQ (prethodno AHCPH) uključuje CONQUEST bazu podataka za indikatore	www.ahrq.gov

Procjena

Indikatori imaju mnogo privlačnih prednosti. Prilično su pristupačna, ekonomična i potencijalno standardna i neinvazivna sredstva mjerenja izvršenja.

Ali oni također imaju ograničenja, kao što su:

- Mnoge bolnice i ambulante ne raspolažu s adekvatnim podacima da bi sastavili standardne indikatore; troškovi prikupljanja podataka mogu nadmašiti vrijednost indikatora.
- Traženo vrijeme i ulaganja, koji su neophodni da se razviju i validiraju indikatori, često se podcjenjuju na lokalnom i nacionalnom nivou.
- Indikatori koji se baziraju na rutinski prikupljenim informacijama pokrivaju veoma mali raspon kliničkih aktivnosti.
- Mnogi kliničari su ili nesvjesni koji se klinički indikatori mogu pribaviti ili su deprimirani kvalitetom podataka.
- Indikatori koji se prikupljaju u svrhu vanjskog nadzora imaju kredibilitet kod davalaca usluga, smatraju se nepouzdanim i nedostatnim i mogu voditi do suprotnih reakcija u namjeri da se zadovolje numerički ciljevi.

Radna grupa WHO Europe^{xl} započela je 2003. god. s definiranjem mjera izvedbe za bolnice s tim da bi se te mjere mogle koristiti za dobrovoljnu samoocjenu i za vanjski 'benchmarking' u šest domena: klinička učinkovitost, centriranost na pacijenta, proizvodna efikasnost, sigurnost, razvoj osoblja, responsivna vlada.

Nepovoljni događaji za pacijenta

Sadašnja situacija

Ponovo, s izuzetkom farmacije, nedovoljno se rutinski koristi izvještavanje o incidentima, (npr. povrede nastale ubodom igle, kliničke greške ili povrede pacijenta) kao sredstva za identificiranje i smanjenje rizika za pacijente i osoblje.

Sve zdravstvene ustanove imaju dokumentirane mehanizme za identificiranje, evidentiranje, istraživanje, analiziranje uzoraka i smanjenje pojave nepovoljnih događaja koji su bili uzrokom oštećenja ili mogu biti uzrokom oštećenja pacijenata ili osoblja.

Vidi Preporuku 10 u Politici kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite.

Skrining događaja

Nepovoljni događaj po pacijenta, ili skrining 'događaja', predstavlja sistematičnu identifikaciju i analizu događaja tokom pacijentovog tretmana koji mogu označiti neku pogrešku u kvaliteti zaštite. Kriterije skrininga, usmjerene na prepoznavanje neke posebne pojave, definiraju liječnici sudionici, ali se mogu primijeniti i na pojedinačne kliničke zapise kada ih bilježe nemedicinski

asistenti. Za svaki kriterij postoji detaljna definicija događaja pomoću kojih se identificiraju, zajedno sa zabilješkama poznatih izuzetaka, vodiljama o upotrebi, primjerima i detaljima traženih informacija o svakom događaju. Kolegijalna grupa analizira nalaze da bi odredila uzroke i efekte. Te informacije mogu se potom iskoristiti za planiranje izmjena u tretmanu pacijenta.

Metod se može primijeniti u cijeloj bolnici ili unutar neke specijalnosti ili prakse i može se kompjuterizirati ako na raspolaganju stoji sveobuhvatna baza podataka. Može se koristiti za istovremeni ili restrospektivni skrining pojedinačnih slučajeva, ili kao način za utvrđivanje trendova suboptimalne zaštite. Ova tehnika je vrijedno sredstvo u menadžmentu rizika; međutim, zahtijeva mnogo rada na trajnoj osnovi, a njen fokus na neuspjehe – a ne na uspjehe - nije baš privlačan kliničarima kao sveobuhvatan sistem pregleda kliničkog kvaliteta.

Tablica 20: kriteriji za generički skrining, nepovoljni događaji za pacijenta u bolnici

<p>Prijem zbog nepovoljnih rezultata ili komplikacija u tretmanu ambulantnih pacijenata.</p> <p>Ponovni prijem zbog komplikacija ili nesvršenog tretmana problema nakon prethodnog prijema.</p> <p>Neplanirano uklanjanje, povreda ili šivanje organa ili strukture tokom hirurgije/invazivne procedure.</p> <p>Neplanirani povratak u operacionu salu.</p> <p>Patološki/histološki izvještaj značajno odstupa od preoperativne/antemortalne dijagnoze.</p> <p>Infekcija stečena u bolnici.</p> <p>Kardijalni ili plućni zastoj (arest).</p> <p>Kardiovaskularni incidenti ili akutni infarkt miokarda u periodu od 48 sati nakon hirurške procedure, ili plućna embolija u bilo koje vrijeme postoperativno.</p> <p>Neočekivani premještaj u više ovisnu jedinicu.</p> <p>Neurološki deficit kod otpusta koji nije bio prisutan na prijemu.</p> <p>Neočekivana smrt.</p> <p>Dokazi o nezadovoljstvu pacijenta/porodice.</p>
--

Inicijalno iskustvo iz opće bolnice (Brighton, VB, 1990.) pokazalo je da je od 999 pacijenata koji su bili podvrgnuti ispitivanju u jednoj specijalnosti tokom 6 mjeseci, 32% imalo nepovoljan događaj, a 9% dva ili više. Incidenca nepovoljnih događaja uključivala je:

- Neočekivani prijem nakon ambulantnog tretmana 1,3%
- Neočekivani ponovni prijem 1,6%
- Neplanirano uklanjanje/šivanje/povreda tokom hirurške operacije 0,9%
- Problem s upotrebom antibiotika/lijeka 3,5%
- Dokazi za nezadovoljstvo porodice/pacijenta 3,1%

Tokom jedne godine u tercijarnom centru u državi Iowa, 20,000 prijema bilo je podvrgnuto ispitivanju na 'nepovoljne događaje'. Na 1000 pacijent-dana incidenca je bila 7,2 (udružena s medikacijom), 18,2 (dijagnostičke i terapijske procedure), 9,3 (novi klinički problemi), 2,7 (nezgode), 2,8 (nezadovoljstvo pacijenta). Prosječna dužina ležanja za te pacijente bila je 21 dan u poređenju sa 7,8 za druge pacijente.

Izvještavanje o incidentima

Izvještavanje o incidentima postalo je ritual u mnogim bolnicama ali nije dovelo do učinkovitih promjena. Nedavno je mnogo veća pažnja poklonjena stvarnoj incidenci nepovoljnih događaja u bolnici (najjednostavniji od njih su oni koji prolongiraju otpust ili koji uzrokuju povredu); pokazano je da bi bolnice u zemljama u razvoju trebalo da više pažnje obrate menadžmentu rizika. Originalna harvardska studija, koja je koristila retrospektivni pregled zapisa, ponovljena je u Australiji i Velikoj Britaniji (Tablica 21).

Tablica 21: neke prve izvorne studije o nepovoljnim događajima

Zemlja	Predmet	Naziv
Australija	Bolničke greške	Quality in Australian Health Care Study (QAHCS) ^{xii} 16.6%
VB	Perioperativni smrtni ishodi	National Confidential Enquiry into Peri-operative Deaths (NCEPOD) ^{xiii}
VB	Bolničke greške	Nepovoljni događaji (Charles Vincent) ^{xliii} : incidencija 6.7% u jednoj londonskoj bolnici produžavala je boravak za prosječno 6 dana
SAD	Bolničke greške	Harvard Medical Practice Study ^{xliiv} 3.6%

Sistematičan nadzor sigurnosti pacijenta i medicinskih grešaka opća je karakteristika sistema kvaliteta (Tablica 22).

Tablica 22: rutinsko praćenje nepovoljnih događaja

Zemlja	Tema	Opis
Belgija ^{xlv}	Smrtni ishodi u bolnici	Studija je otkrila epidemiologiju bolničkih smrtnih ishoda, mogućnosti za poboljšanje i razvila sredstvo za rutinsko ispitivanje.
Australija ^{xlvi}	Nepovoljni ishodi za pacijenta	Statistički pristup za postavljanje praga za akciju kod plućne embolije, neplaniranog vraćanja u operacionu salu, neplaniranih ponovnih prijema, čistih i kontaminiranih infekcija rana, intrahospitalne bakterijemije
Velika Britanija ^{xlvii}	Kritični incidenti koji se mogu pripisati anesteziji	Prospektivna analiza svih odstupanja od normalnog ili predviđenog toka događaja u trenutno perioperativnom periodu. Incidenti su kategorizirani u pet sistemskih skupova: zračni put, cirkulacija, pacijenti, oprema, farmakologija.
Italija ^{xlviii}	Prema nadzoru orijentirani medicinski zapis	Modifikacija medicinskih zapisa dovela je do prepoznavanja visokorizičnih oblasti, povećanog izvještavanja o nepovoljnim događajima zbog upotrebe lijekova i potencijalno korisnih indikatora za budući monitoring.
Velika Britanija ^{xlix}	Pitanja mjerenja nepovoljnih događaja	Analizirani su i diskutirani praktični problemi u vezi s korištenjem nepovoljnih događaja u mjerenju kvaliteta, uključujući pregled definicija nepovoljnih događaja.
Velika Britanija ⁱ	Samoubistva u primarnoj zaštiti	Upotreba analize kritičnih incidenata radi prevencije. Nisu identificirane stvarne preventivne mjere, ali tehnika može podstaći na razmišljanje o praksi u emocionalno teškoj oblasti.
SAD ⁱⁱ	Greške liječenja	Dobrovoljni projekt podstaknuo je bolničke timove da naprave promjene: - Poboljšanje pristupa informacijama - Standardizacija i uproštavanje procedura medikacije - Ograničenje fizičkog pristupa potencijalno smrtonosnim lijekovima - Edukacija kliničkog osoblja o medikaciji - Povećanje učešća farmacije u edukaciju pacijenata i interakcija s timovima koji liječe pacijenta
Izrael ⁱⁱⁱ	Intenzivna njega	Priroda i uzroci ljudskih grešaka

4 Upravljanje resursima

Osnovne informacije

Pravovremene informacije o lokalnim varijacijama u troškovima i korištenju materijala i kliničkim intervencijama treba da budu dostupne osiguravateljima i menadžerima za multidisciplinarnu analizu odgovarajućeg korištenja resursa.

Vidi Preporuku 10 u Politici kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite.

Analiza prakse

Opis

Analiza prakse (AP) omogućuje liječnicima opće prakse da kvantificiraju neke aspekte svoje izvedbe i uporede rezultate s onima koje su postigli njihove kolege koristeći ista mjerenja. AP uključuje prospektivno prikupljanje podataka i njihovo bilježenje u za to posebno dizajnirane formulare, unutar određenog vremenskog perioda ili dok se ne dosegne određena kvota pacijenata u nekoj kategoriji. Potom se svi podaci liječnika koji su učestvovali u AP spajaju i analiziraju s ciljem stvaranja uporedivih informacija (obično su to stope, bazirane na nazivniku kao što su lista veličine ili broja konsultacija) o pojedinačnom ili grupnom izvršenju. Svaki sudionik prima statistički sažetak njegove/njene izvedbe, s grupnim prosjekom radi poređenja.

Doseg

Ovaj metod posebno je prilagođen za prikupljanje informacija o čestim događajima; manje zadovoljava za rijetke događaje, budući da se motivacija za prikupljanje podataka mora dugotrajno održavati. AP se često koristi za prikupljanje informacija o propisivanju (posebno antibiotika, psihotropnih lijekova i ponavljanih propisivanja); za stvaranje slike o opterećenju liječnika opće prakse (uključujući stope konsultacija, kućnih posjeta, itd.); i za istraživanje ishoda konsultacija s obzirom na propisivanje lijekova, pretrage i upućivanje.

Timovi liječnika mogu uspostaviti vlastitu AP ili učestovati u širim shemama koje organiziraju istraživačke jedinice ili fakultetska odjeljenja koji angažiraju individualne liječnike opće prakse ili partnere, te centralno povezuju i analiziraju podatke. U velikim AP, liječnici opće prakse ne moraju da znaju za druge ili da ih sretnu, ali je prava vrijednost u raspravama o rezultatima u kolegijalnim grupama kao načinu da se potaknu promjene.

Analiza prakse posebno je značajan metod za kvantificiranje radnog opterećenja i istraživanje uzoraka propisivanja i upućivanja. Međutim, kako se informacijski sistemi podržani računarima šire i poboljšavaju, mnogi od tih vrsta podataka rutinski se prikupljaju unutar praksi ili ih prikupljaju druge agencije. Rezultati skoro bez razlike pokazuju široke varijacije u izvršenju, što može potaknuti liječnike opće prakse da temeljito ispitaju aspekte svog rada i organizaciju prakse.

Resursi

Liječnici opće prakse ili timovi, koji učestvuju u AP, moraju biti predani tačnom i potpunom prikupljanju podataka, vraćanju popunjenih formulara na centralni nivo (ili vlastitoj analizi podataka). AP dizajnirana je tako da zahtijeva minimalno trošenje vremena i napora liječnika opće prakse koji u tome učestvuju. Ali, ako se AP proširi izvan granica entuzijasta, najvjerovatnije će trebati neki oblik stimulacije ili facilitacije s ciljem angažiranja liječnika opće prakse za lokalne sheme kako bi im se tako pomogne da izvuku maksimum dobiti iz učešća.

Mnoge prakse uspješno su koristile male AP, osobito za analizu radnog opterećenja i neke vidove propisivanja lijekova. Šire sheme iziskuju centralnu administraciju, uključujući ekspertizu za oblikovanje formulara u koje će se upisivati podaci, analizu podataka i organiziranje dostave povratnih informacija o rezultatima.

Procjena

Jačina AP leži u njenoj jednostavnosti i ekonomičnosti; njenom standardiziranom metodu i lakoći upisivanja podataka; njenoj fleksibilnosti da pokrije jednu ili drugu oblast po izboru; i njenoj općoj definiciji koja omogućuje agregaciju podataka iz više praksi.

AP zahtijeva od liječnika opće prakse da otvore specijalan i poseban zapis informacija o svojoj praksi, poželjno tokom ili neposredno nakon što je odgovarajuća aktivnost završena. Opterećenje dodatnim bilježenjem može destimulirati neke doktore, ali oni koji budu učestvovali najvjerojatnije će biti zainteresirani i motivirani nakon što dobiju rezultate. Tome treba dodati da kompjuterizacija ambulanti znatno olakšava i ubrzava prikupljanje podataka i njihovu analizu.

Rezultati AP pobuđuju povjerenje, jer su zasnovani na relativno velikom broju događaja. Rezultati se mogu upoređivati između partnera, a u širim shemama, s prosjekom mnogih kolega. Međutim, skupne informacije su relativno površne i ponekad ih je teško protumačiti s obzirom na kvalitet. Ne postoji mogućnost da se pažljivo istraže pojedinačni slučajevi: naprimjer, podesnost poduzetih odluka o zaštiti pojedinačnih pacijenata.

Izmjena ponašanja kao odraz dobivenih rezultata ovisi o liječnicima opće prakse i ambulantama, iako će se katkad AP raspravljati u kolegijalnim grupama. AP se vidi kao 'sredstvo facilitiranja *audita* samoevaluacijom', ali sama po sebi ne predstavlja *audit*.

Pregled utilizacije

Opis

U sjevernoameričkim bolnicama 'odbori za utilizaciju' bili su uobičajeni prije nego što su pregled kliničkog kvaliteta i poboljšanje kvaliteta tu funkciju spustili na nivo kliničkih timova. Ipak, ostaje potreba da se manipulira upotrebom resursa u cijeloj organizaciji, uključujući popunjene bolničke krevete, ispitivanja, tretmane, korištenje lijekova i transfuzije.

Koliko će se dobiti izvući iz raspoloživih resursa ovisi ne samo o efikasnosti upravljanja tim resursima, već i o prikladnosti kliničke aktivnosti (kao što su prijemi, preskripcije, procedure) i o rasipanju (kao što su komplikacije, greške, odgađanja i ponovljeni rad). Standardi su uglavnom u domeni vodilja za kliničku praksu, upravljanja rizikom i sistematičnih unutarnjih pregleda upotrebe resursa.

Doseg

Pored kliničkih razloga za analizu medicinske prakse, postoje također razlozi za analizu troškova koji su povezani s kvalitetom. Vrijedan koncept iz industrije jesu troškovi pretjerane upotrebe resursa ili jednostavno njihov nedostatak u pravo vrijeme. U zdravstvenoj zaštiti, elementi ovoga mogu se utvrditi kao troškovi za zdravstveni sistem (Tablica 23), koji su sasvim odijeljeni od humanih troškova i neugodnosti po pacijenta.

Tablica 23: primjeri za troškove zbog lošeg kvaliteta

Stanja koja se mogu otkriti	Troškovi tretmana kongenitalne luksacije kuka, defekata neuralne cijevi ili Downovog sindroma koji su se mogli izbjeći ili tretirati na vrijeme.
Dodatni materijali	Nepotrebna ili pretjerana upotreba lijekova, intravenskih rastvora, pretraga ili sterilne opskrbe
Dodatni morbiditet	Bolest, odgođeni otpust, uzrokovan ili pogoršan tretmanom (kao što su interakcije lijekova, postoperativna infekcija ili infekcija rane).
Dodatne usluge	Nepotrebno ambulantno ponovno liječenje.
Dodatni b.o. dani	Čekanje na glavnog liječnika radi otpusta, čekanje na tretman ili da se upriliče ispitivanja ili o njima izvijesti
Neodgovarajući prijem	Prijem kada se to klinički ne može opravdati ili prijem u neodgovarajući krevet (npr. u opći medicinski umjesto gerijatrijski) što na koncu dovodi do duže hospitalizacije.
Oportunitetni troškovi*	Ukinuti rokovi s kratkim obrazloženjem: liste za operacije, ambulantni pregledi, radiološki skrining

* Vrijednost dobiti zbog prethodnog neuspjeha da se resursi primijene na najproduktivniji alternativni način

Upotreba resursa procjenjivala se interno (npr. indikatori efikacije, pregled strukture i upotrebe) i eksterno (npr. metod izračunavanja kliničkih troškova).

Reference

- i Coulter A. The autonomous patient: ending paternalism in medical care. London: Nuffield Trust, 2002.
- ii Sitzia J How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care* 1999;11:319-328.
- iii Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Maloney TW et al. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Affairs* 1991;10:254-67.
- iv Charles C, Gauld M, Chambers L et al. How was your hospital stay? Patients' reports about their care in Canadian hospitals. *Can Med Assoc J* 1994;150:1813-22.
- v Bruster S, Jarman B, Bosanquet N et al. National survey of hospital patients. *BMJ* 1994; 309:1542-6
- vi Gulacsi L. Quality of health care: patient satisfaction and patient reports in Hungarian hospitals. In Gulacsi L (ed) *Hungarian health care in transition*. University of Amsterdam, 2001.
- vii Coulter A, Cleary PD. Patients' experience with health care in five countries. *Health Affairs* 2001;20:244-52
- viii Fremont AM, Cleary PD, Hargraves JL et al. Patient-centred processes of care and long-term outcomes of myocardial infarction. *J Gen Internal Med* 2001;16:800-8.
- ix NHS patients survey www.doh.gov.uk
- x Secretary of State for Health. *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*. London: Stationery Office, 2000.
- xi Polluste K Kalda R Lember M Primary health care system in transition: the patient's experience. *Int J Qual Health Care* 2000;12:503-509.
- xii Hadda S Fournier P Potvin L Measuring lay people's perception of the quality of primary health care services in developing countries. Validation of a 20-item scale. *Int J Qual Health Care* 1998;10:93-104.
- xiii Estimates of Quality Indicators from community and patient exit surveys: where do the biases lie WHO/ISQua Workshop on quality improvement for middle and low income countries. Dublin 2000.
- xiv Wensing M, Mainz J, Grol R. A standardised instrument for patients' evaluations of general practice care in Europe. *Eur J Gen Pract* (in press).
- xv Kersnik J An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *Int J Qual Health Care* 2000;12:143-147.
- xvi Qatari GA, Haran D. Determinants of users' satisfaction with primary health care settings and services in Saudi Arabia. *Int J Qual Health Care* 1999;11:523-31.
- xvii Saloman L Gasquet I Mesbah M Ravaud P. Construction of a scale measuring inpatients' opinion on quality of care. *Int J Qual Health Care* 1999;11:507-516.
- xviii Tokunaga J Imanaka Y Nobutomo K *Int J Qual Health Care* 2000;12:395-401.
- xix Tangcharoensathien V, Bennett S, Khongswatt S, Anuwat S, Mills A. Patient satisfaction in Bangkok: the impact of hospital ownership and patient payment status. *IJQHC* 1999;11:309-17.
- xx Thomas LH McColl E Priest J Bond S Boys RJ Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health care* 1996;5:67-72.
- xxi Lawthers A, Rozanski BS, Nizankowski R, Rys A. Using outpatient surveys to measure the quality of outpatient care in Krakow, Poland. *Int J Qual Health Care* 1999;11:497-506.
- xxii Moutzoglou A Dafogianni C Karra V Michailidou D Lazerou P Bartsocas C Development and application of a questionnaire for assessing parent satisfaction with care. *Int J Qual Health Care* 2000;12:331-337.
- xxiii Hansson L Bjorkman T Berglund I What is important in Psychiatric inpatient care? Quality of care from the patient's perspective. *Quality Assurance in Healthcare* 1993;5:41-47.
- xxiv Shaw CD. Criterion based audit. *Br Med J*. 1990;300:649-650.

- xxv European Commission Referral guidelines for imaging. Radiation protection 118. DG Environment: 2000 <http://europa.eu.int/comm/environment/radprot/118/rp-118-en.pdf>
- xxvi Van der Weijden T Grol R Knotternus JA Feasibility of a national cholesterol guideline in daily practice. A randomised controlled trial in 20 general practices. *Int J Qual Health Care* 1999;11:131-137.
- xxvii Liesenfeld B Heekeren H Schade G Hepp KD Quality of documentation in medical reports of diabetic patients. *Int J Qual Health Care* 1996;8:537-542.
- xxviii Colin C Ecochard R Delahaye F Landrison G Messy P Morgon E Matillon Y Data quality in a DRG-based information system. *Int J Qual Health Care* 1994;6:275-280.
- xxix Bjorvell C Thorell-Ekstrand I Wredling R Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care* 2000;9:6-13.
- xxx Schots J, Steenssens L. Blood usage review in a Belgian University hospital. *IJQHC* 1994; 6:41-5
- xxxi Gomez OL, Carrasquilla G. Factors associated with unjustified Caesarean section in four hospitals in Cali, Colombia. *IJQHC* 1999;11:385-389.
- xxxii Graham W, Wagaarachchi P, Penny G et al. Criteria for clinical audit of the quality of hospital-based obstetric care in developing countries. *Bull WHO* 2000;78:614-620
<http://www.who.int/bulletin/pdf/2000/issue5/bu0685.pdf>
- xxxiii Care pathway of acute chest pain WHO/ISQua Workshop on quality improvement for middle and low income countries. Dublin 2000.
- xxxiv Marti-Carvajal AJ, Munoz-Navarro SR, Pena-Marti GE, Comunian G. An audit of the appropriate use of blood products in a Venezuelan general university hospital. *IJQHC* 1999; 5:391-5.
- xxxv Normand S-L McNeil BJ Peterson LE Palmer RH Eliciting expert opinion using the Delphi technique: identifying performance indicators for cardiovascular disease. *Int J Qual Health Care* 1998;10:247-260.
- xxxvi Kritchevsky SB Braun BI Gross PA Newcomb CS Kellehr CA Simmons BP *Int J Qual Health Care* 1999;11:183-191.
- xxxvii Leng GC Walsh D Fowkes FGR Swainson CP Is the emergency readmission rate a valid outcome indicator? *Quality in Healthcare* 1999;8:234-238.
- xxxviii Gulacsi L Kiss ZT Goldmann DA Huskins WC Risk adjusted infection rates in surgery: a model for outcome measurement in hospitals developing new quality improvement programmes. *Journal of Hospital Infection* 2000;44(1):43-52.
- xxxix McColl A, Roderick P, Smith H et al. Clinical governance in primary care groups: the feasibility of deriving evidence-based performance indicators. *QHC* 2000;9:90-97.
- xl WHO Regional Office for Europe. Measuring Hospital Performance to Improve the Quality of Care in Europe: A Need for Clarifying Concepts and Defining the Main Dimensions. Report on a WHO Workshop in Barcelona, Spain, 10-11 January 2003. EUR/03/5038066 Copenhagen: World Health Organization, 2003.
- xli Wolff AM. Quality in Australian Health Care Study: final report. 1996. Newcastle, Health Services Research Group, University of Newcastle
- xlii National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths www.ncepod.org.uk
- xliii Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in medicine. *BMJ* 1998;316;1154-1157.
- xliv Brennan T, Leape LL, Laird N, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study. *New England Journal of Medicine* 1991;324:370-376.
- xlv Beguin C France FR Ninane J Systematic Analysis of In-patients' circumstances and causes of death: a tool to improve quality of care. *Int J Qual Health Care* 1997;9:427-433.
- xlvi Ansari MZ Collopy BT McDonald IG Establishing thresholds for adverse patient outcomes *Int J Qual Health Care* 1996;8:223-230.
- xlvii Spittal MJ Findlay GP Spencer I A prospective analysis of critical incidents attributable to anaesthesia. *Int J Qual Health Care* 1995;7:363-371.

- xlviii Maistrello I Febbrari MD Tramontini M Maistrello M Natale L The multipurpose surveillance oriented medical record: a tool for quality of care management. *Int J Qual Health Care* 1995;7:399-405.
- xlix Walshe K Adverse events in healthcare: issues in measurement. *Quality in Health Care* 2000;9:47-52.
- I Redpath L Stacey A Pugh E Holmes E. Use of the critical incident technique in primary care in the audit of deaths by suicide. *Quality in Health Care* 1997;6:25-28.
- ii Silver MP Antonow J Reducing medication errors in hospitals: A peer review organisation collaboration. *Joint Commission Journal on Quality Improvement* 2000;332-340.
- iii Donchin Y Gopher D Olin M Badhi Y Biesky M Sprung CL et al A look into the nature and causes of human errors in intensive care. *Crit Care Med* 1995;23:294-300.