

REFERATE GENERALE

STRATEGII PENTRU ÎMBUNĂȚIREA CALITĂȚII ASISTENȚEI MEDICALE (PRELUĂRI METODICE)

STRATEGIES FOR IMPROVEMENT OF THE QUALITY OF HEALTH CARE

Lilia MORARU

Centrul Național de Management în Sănătate

Rezumat

Lucrarea noastră a inclus marile schimbări necesare atingerii gradului înalt al calității asistenței medicale, utilizarea noilor metode eficiente: brainstormingul, brainwritingul, grupul nominal, strategiile perceptive, schimbările de comportament, meta-analiza, părerile liderilor, remindererele, medierea grupurilor de pacienți, educația resurselor umane medicale la locul de muncă, acreditarea, licențierea etc.

Summary

Our study included necessary changes for attain the high level of quality of Health care and new efficacy, efficient, methods: brainstorming, brain writing, nominal groups, perceptive strategies, behavior changes, meta-analysis, leader mind, reminders, patients groups mediation, education of the medical human resources, accreditation, license examination.

Introducere

Personalul medical din toată lumea întâmpină dificultăți, dat fiind multiplele schimbări. Expectanțele publicului continuă să crească. Datorită constrângerilor fiscale rezultante ale condițiilor economice, acesta încearcă să mărească nivelul calității serviciilor de sănătate. În același timp, cunoștințele, dexteritățile, percepțiile, profesionalismul ar trebui să se perfecționeze continuu. Personalul medical trebuie să posede informația necesară și cunoștințele pe care le acumulează să fie rapid implementate în practică.

Există multiple definiții ale calității asistenței medicale. Comune pentru ele sunt următoarele caracteristici: eficiența, echitatea, accesibilitatea, înțelegerea, acceptabilitatea, percepția corectă, corespunderea, continuitatea, confidențialitatea, mijloacele utilizate și alte atribute ale calității asistenței medicale, precum educația pacienților și a familiei în ce privește obiectivele trasate în sănătate, participarea familiei și a pacientului în planificarea tratamentului, în luarea deciziilor și satisfacerea nevoilor pacientului.

Mulți indicatori descriu calitatea proceselor în asistența medicală.

Monitorizarea este o necesitate de a îmbunătăți calitatea. Studiile au determinat că 10-30% dintre serviciile de sănătate nu sunt acordate la nivelul necesar și nu corespund situației date. Nu există o anumită corelație între incidența bolilor și cerințele pacienților. S-au înregistrat mari variații în incidența diverselor proceduri chirurgicale (de exemplu, între histerectomiile și mastectomiile radicale) de la o regiune la alta din aceeași țară și ratele de spitalizare pentru diverse boli. Au fost determinate

erori însemnate în utilizarea necorepunzătoare a tehnologiei și mari variații în comportamentul practic.

Scopul lucrării a fost:

Atingerea gradului înalt al calității.

Astfel, **au fost** identificate soluții, servicii de sănătate mai eficiente, umane, ce satisfac expectanțele pacienților și a familiilor acestora.

Factorii care influențează calitatea asistenței medicale.

Procesul de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate are drept obiectiv dexteritățile, atitudinile, cunoștințele, comportamentul personalului medical și numeroși alți factori care influențează calitatea asistenței medicale. Sistemul de sănătate este structurat, include numărul și tipul de personal medical necesar, modul în care acesta este distribuit. Sunt necesare noi tehnologii, elaborate în scopul atingerii unei noi calități, nu mai puțin însemnate sunt expertiza și stilul managementului resurselor umane, formele de motivație a acestora. Mai este nevoie și de un sistem educațional axat pe calitate, capacitatea de învățare, modele de cooperare multidisciplinară.

Mijloacele de asistență a

personalului pentru îmbunătățirea calității.

Este utilizată o varietate de strategii pentru îmbunătățirea asistenței medicale. Unele influențează direct calitatea serviciilor, altele indirect.

Mijloacele directe sunt: informația, detalierea academică a noii informații, influența educațională, fluxul pacienților în

spital, standardele practice, ghidurile procedurale, glosarele, sistemele „reminder”, intervențiile bazate pe computer, audit-ul, feedback-ul, educația continuă, educația formală și informală. Autoevaluarea și evaluarea determină personalul să învețe.

Numeroase activități din domeniul calității pot fi utilizate la nivele locale de sănătate. Acestea includ standardele adaptate, ghidurile, mapele de asistență și îngrijire, comitetele de standardizare și monitorizare a activităților cheie, gradele profesionale acordate personalului medical pentru calitate și performanță, educația personalului la nivel managerial local, sistemele informaționale clinice, cursurile de educație continuă, elaborarea criteriilor licențiale, acordarea posibilităților de învățare, legislația în acest domeniu pentru îmbunătățirea cunoștințelor, abilităților, formelor de activitate.

Strategia perceptivă

Abordarea perceptivă în determinarea calității înalte a asistenței medicale devine politică regională și legislativă pentru facilitarea schimbărilor și îmbunătățirilor întreprinse la nivel local. Acestea pot impulsiona personalul medical spre acumularea de noi cunoștințe și abilități, acordând oportunități pentru educația continuă.

Implementarea sistemelor computerizate cu bănci de date permit feedback-ul, informarea managerilor în luarea deciziilor, studiul cazurilor grele sau specifice de boală, informarea personalului medical, ce anume se așteaptă de la acesta.

Strategia perceptivă de derulare continuă a calității include: elaborarea mecanismelor de încurajare și atingere a nivelului înalt al calității, structurile manageriale stricte, acordarea unei atenții sporite tuturor nivelurilor sistemului de sănătate.

2. Promovarea schimbărilor comportamentale în îmbunătățirea calității practicii medicale. Model conceptual.

Îmbunătățirea calității în practica medicală include performanța angajaților în acordarea serviciilor de sănătate. **Competența** (capacitatea personalului medical de a ști cum să facă, cum să acorde asistenta medicală etc.) nu reflectă întotdeauna **performanța** (nivelul acordării asistenței medicale în diverse situații clinice).

Stadiile schimbărilor comportamentale

Modelul Prochaska, Di Clement, 1988, 1992 presupune schimbarea treptată a comportamentului uman, prin 5 stadii de dezvoltare, motivând personalul și impulsionând intenția acestuia spre schimbare. Progresul nu este întotdeauna o modelare direct lineară a persoanelor, ci deviază sau poate deveni reversibil la momentul inițial sau stadiul precedent.

În perioada stadiului **precontemplativ** persoanele nu au nevoie de schimbări sau au nevoie, dar nu consideră schimbarea necesară și nu dau importanță metodelor care i-ar putea schimba. În stadiul **contemplativ** persoanele nu iau în considerație schimbările comportamentale și caută mai multă informație în ce privește avantajele și dezavantajele schimbărilor. În acest stadiu persoanele analizează mai mult dificultățile în atingerea performanței, dar sunt ambivalente în ce privește costul și beneficiile comportamentului actual. Contemplatorii sunt deschiși mai mult spre feedback și informația despre calitatea problemelor.

Pe parcursul **stadiului de preparare** sau luare a deciziilor, persoanele își fac activ planuri de schimbare și întreprind anumiți pași spre acțiune (de exemplu, adunând mai multă informație care ar putea să le ajute).

În stadiul **de acțiune** persoanele își schimbă activ comportamentul și aici trebuie creat mediul necesar pentru aceasta. Și, în final, survine **stadiul de menținere**. Persoanele se simt confortabil prin comportamentul lor, dar încă mai au dubii privind întoarcerea la comportamentul din trecut. Aici ar fi bine ca mediul și intervențiile manageriale să încurajeze acest comportament. Suportul acesta spre schimbare devine foarte important în faza de menținere. În mod contrar, există riscul întoarcerii la vechiul comportament.

Procesul de influențare a schimbărilor

Personalul medical trebuie asistat în dinamică de la un stadiu la altul, prin elaborarea unor strategii congruente fiecărui stadiu. Inserția este posibilă, formând la acesta conștiințozitate, reevaluând condițiile de mediu, estimând sentimentele acestora sau influențându-le predispoziția de a se gândi la o schimbare.

Se crede că personalul poate și trebuie ghidat spre schimbare. Capacitatea de autoevaluare poate mișca oamenii de la nivelul contemplativ spre prepararea activă de schimbare.

Derularea activităților pentru susținerea procesului de schimbare. Este un model care sugerează unele strategii ce predispon personalul medical spre schimbarea comportamentului (precum diseminarea noilor informații). Dar pentru succesul intervențiilor în schimbarea nivelului performanțelor și a stării de sănătate avem nevoie de schimbări ale mediului ambiant, care ar susține procesul de schimbare; de anumite strategii viabile în practică (diverse schimbări ale mediului, care ar facilita noul comportament sau noile dexterități practice) și de metode noi (care ar menține noul comportament). Schema acestei metode este echivalentă modelului Prochaska, care recomandă influențarea treptată.

Importanța factorilor ambiantali. Ambele modele conceptuale sunt congruente cu stadiile efectuate în domeniul educației continue a profesioniștilor în sănătate. Autorii indică o meta-analiză, care încearcă să identifice moderatorii cauzali, dar se limitează la menționarea că educația continuă este unica sursă de informație care influențează practica medicală.

Astfel, Wering și colegii (1988) indică drept factori care determină schimbarea comportamentului: politicile spitalicești, facilitățile și echipamentul, utilizarea educației continue care ar avea efect direct asupra performanței.

Comportamentul este influențat de **mediul imediat** (organizația particulară, practicile de grup sau facilitățile publice); de modul de interacțiune cu pacienții, conducerea, colegii din acest mediu. Este dificil să se influențeze **mediul personal** al practicienilor, dar acesta ar avea efect mare asupra comportamentului.

Mediul educațional constă din modul de structurare a sistemului educațional în bazic avansat și continuu. Acest mediu ajută la lansarea unor oportunități de învățare.

Mediul profesional constă din colegiile profesionale și asociațiile (de certificare, acreditare și acordare a licențelor). Acest mediu impulsionează spre noi implementări în domeniul practic, promovarea profesiilor medicale și sponsorizarea activităților de învățare.

Mediul comunitar determină modul în care practicienii perseverează în comunitate, media, sau dacă autoritățile sunt responsabile de starea de sănătate a populației, nivelul asistenței medicale sau opțiunea liderului de a facilita formarea mediului ambiant.

Mediul ambiant determină unele forme de management și forme reglatorii care ar governa unele aspecte, precum: comportamentul practic, condițiile de muncă, educația pentru sănătate, facilitățile în asistența medicală. Aceasta creează un set de inițiative și sancțiuni. Mediul administrativ poate fi divizat la nivel local, regional și național, precum și creat, structurat și derulat în alte forme la toate aceste nivele. Procedeele sunt influențate și informate de cultură, politicile specifice și legislație.

În final, mediul social, cultural, economic și politic, care poate influența indirect, doar dacă politicile și legislația de personal vor fi formulate.

Strategiile de promovare a schimbărilor comportamentale

Schimbările comportamentului clinic includ **decizii și intervenții specifice** de acordare a asistenței medicale. Schimbările individuale de comportament pot fi facilitate, creând condiții și evenimente predispozante pentru a genera percepția și nevoia de a derula schimbări, precum și dispersia informațiilor despre diversele opțiuni în ce privește schimbarea.

Strategiile predispozante. Strategiile generale, obișnuite au fost descrise mai sus. Cele specifice sunt:

Materialele educative sunt predestinate punerii personalului medical în alertă în ce privește noutățile ce apar în domeniul său și care cheamă la schimbare. Astfel, se folosesc materialele tipărite, lucrările științifice publicate, revistele profesionale, informația transmisă electronic, pachetul de activități de învățare care explică cum se acordă asistența medicală de înaltă calitate.

Conferințele. Participarea la conferințe, comunicarea unor evenimente petrecute în spital, seminarele, workshop-urile, predestinate îmbunătățirii calității, ar determina nevoile practice sau ar facilita schimbările.

Meta-analiza care ar evalua eficacitatea (ar evalua schimbările comportamentului practic). Diverse tipuri de educație continuă (David Tomson, ș.a., 1992, 1995 și Oxaman Tomson, 1995).

Vizitele efectuate de corpul academic în analiza cazurilor grele de boală.

Părerea liderilor la nivel local, unde s-ar cere ajutor în soluționarea unor probleme clinice, cercetătorii ar identifica informațiile necesare specifice locului, posibilitățile financiare care pot sponsoriza schimbările comportamentale și facilita cercetările științifice în domeniul calității.

Efectele observate în domeniul calității nu sunt uniforme, ele pot fi substanțiale sau nesemnificative, iar liderii locali pot observa și inovațiile particulare pentru a le implementa în continuare sau a crea o atmosferă festivă pentru premiera sau consemnarea acestora.

Autoevaluarea poate fi indusă formal (performanța în carieră) sau informal. Aceasta este o formă a strategiei predispozante, care facilitează mișcarea persoanelor de la o treaptă la alta a schimbărilor comportamentale.

Strategiile predispozante sunt utilizate pentru influențarea personalului medical care nu este apt să-și schimbe comportamentul, dar care odată îndeplinit, ar avea un impact mare în domeniul serviciilor de sănătate, înregistrând eficacitate.

Redobândirea unor practici se face în timpul educației continue și înregistrează rezultate pozitive.

Ghidurile clinice asistă întotdeauna practicienii în luarea deciziilor în circumstanțe practice specifice. Field and Lohr,

1990, subliniază că acestea au un efect enorm când suntacompaniate de evaluări riguroase. Rapoartele examinărilor efectelor prin utilizarea ghiurilor pot fi publicate în revistele de specialitate, transmise prin e-mail, pentru diseminarea acestora, și pot servi drept material consultativ pentru alți practicieni, unde ar fi binevenit și un feedback despre procesele de implementare și schimbarea de comportament.

Mapele de asistență medicală și algoritmul practic. Desigur că practicienii pot devia uneori de la acestea în cazuri grave și specific rare, dar atunci își vor justifica acțiunile. Acțiunile vor fi întreprinse de obicei în mod organizat, conform severității bolii, răspunsului organismului pacientului la tratament etc. Se înregistrează o anumită eficacitate în utilizarea acestor mape.

Reminderele readuc aminte ce obiective trebuie puse în acțiune, cum să se evite unele acțiuni (de exemplu, în cazul pacienților alergici la penicilină), mai ales în cazul tinerilor specialiști care se află în perioada de schimbare a comportamentului și acumulare de experiență.

Intervențiile de mediere a pacienților. Această categorie facilitează a schimbărilor descrie situațiile direct la patul pacientului, pentru a preveni malpraxis-ul și a permite o schimbare directă a comportamentului.

Sprijinul clinic bazat pe computer. Johnson, Langton, Haznes și Mathieu (1994) au efectuat 28 de cercetări științifice și au observat multiple schimbări pozitive prin utilizarea computerului. Acesta consultă, reamintește, asistă și impulsionează o asistență medicală calitativă, propune noi abordări față de pacientul dat, determină tratamentul în cazul de față, permite evaluarea intervențiilor efectuate, reduce posibilele greșeli.

Strategiile de accelerare a schimbărilor comportamentale. Pentru a deplasa asistența medicală corelată de personalul medical spre stadiul contemplativ (cu scopul alertării personalului spre schimbări în practicile sale, crearea nevoilor de schimbare și chiar a schimbării), un climat pozitiv de examinare a intervențiilor, cu scop de intrajutorare în timpul schimbărilor, prin remediarea mediului de activitate (profesional, comunitar și administrativ).

Auditul și feedback-ul. Această strategie include examinarea hărților practice de către o altă persoană, de obicei un alt practician, prin mecanismele utilizării feedback-ului spre creșterea performanței persoanei audiate. De obicei, criteriile de audit sunt explicite și puse în acordul persoanelor evaluate. Personalul poate genera feedback general sau specific și include nu numai feedback-ul sau performanța unui individ ci și a altor persoane sau informația despre extinderea standardelor de calitate. Toate acestea depind de rapiditatea feedback-ului, specificitatea acestuia, cum este derulat (cu scop de ajutor), percepția din partea personalului medical.

Reviizile pot fi privite drept forme de audit sau feedback. Astfel se poate cere completarea unor chestionare despre experiența precedentă și utilizează criterii explicite. Criteriile implicite pot determina dacă intervenția a fost adecvată, dacă poate fi îmbunătățită sau este acceptabilă.

Auditul poate intervieva despre managementul cazului dat, specific, nou. Metodele impulsionează performanța.

Strategiile multiple. Această abordare include educația continuă în grupe mici, pentru a participa în practică prin abordarea bazată pe probleme și soluționarea acestora, parteneriatul prin corpul academic cu practicienii. Aceasta implică conștiinciozitate, acceptarea intervențiilor (prin workshop-uri)

și strategiile practice (ghiduri, remindere) ca suport pentru facilitarea comportamentului, rezultatelor și schimbărilor în performanța profesională. Consiliul local, de obicei, acționează strategiile multiple, permițând cercetările cauzale.

Strategiile utilizate de către grupurile locale de facilitare a activităților pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale practice, la nivel local.

Strategiile care au drept scop schimbarea comportamentului grupurilor sunt mai puțin studiate decât cele individuale, deoarece formarea e mai complexă, dar variabilele cheie sunt mai greu definite și izolate.

Echipele de îmbunătățire a calității fac parte dintr-un plan mai rar și includ nu doar o organizație. Este creat un anumit climat de schimbare. Cursurile de scurtă durată sunt oferite pentru formarea dexterităților, priceperilor de grup (precum funcționarea grupului, formarea grupurilor, leadership-ul, estimarea calității, îmbunătățirea calității, dar și a celor specifice (cum să se formeze un consensus în grupul dat, cum să activeze în grup etc.).

Membrii acestor grupări trebuie să știe să aplice brainstorming-ul și să utilizeze o varietate de mijloace, pentru a examina și monitoriza calitatea serviciilor acordate de aceștia. La început vor fi lansate cursuri ori predate noțiunile de bază. Apoi vor învăța cum să găsească benchmark-uri (standardele externe de performanță în organizațiile externe), la care aceștia aspiră.

Angajamentul de îmbunătățire a calității pentru toți angajații trebuie să includă o activitate bună, îmbunătățirea performanței sale și a acestui program. Se spera ca atitudinea și dexteritățile de grup să fie găsite și în cadrul organizației.

Tehnicile de echipă includ: Brainstormingul, Checklist-ele, Hărțile, Histogramele, Diagramele cauză-efect, Matricele de opinie.

Grupurile de succes au obiective clare, un mediu colaborativ, știu la ce să se aștepte și cum să efectueze un leadership eficient. Acestea, de obicei, au suport extern și sunt recunoscute de către administrația organizației în care aceștia activează.

Programele pentru sugestii din partea angajaților exprimă îmbunătățirea calității serviciilor, asistenței, formelor organizatorice.

Comitetele spitalicești sunt mandatate prin legislație ori reguli și pot face parte din grupul de acreditare. Aceste comitete monitorizează aspectele importante ale funcționării spitalului (de exemplu, morbiditatea, mortalitatea, controlul infecțiilor intraspitalicești, controlul stării igienice, evaluarea practicii profesionale, în prisma calității acesteia).

Ghidurile și mapele de asistență medicală. De obicei sunt elaborate de grupul de experți, dar utilizate de practicieni, aplicabile pentru comitete, revizii, recomandări, sancțiuni și schimbările adaptate condițiilor locale, organizarea corectă a climatului psihosocial în conformitate cu cerințele față de înalta calitate a serviciilor de sănătate.

Managementul și sistemele clinice de informare nu îmbunătățesc direct performanțele, dar sunt necesare pentru prelucrarea datelor, monitorizarea activităților, organizarea datelor în forma unor informații utile pentru personalul medical.

Echipele de educație continuă

Această strategie este utilizată pentru facilitare și încurajare, pentru acumularea de cunoștințe și formarea dexterităților. Acestea nu schimbă comportamentul, ci doar formează nevoile de a însuși noi priceperi și dexterități, care influențează pozitiv performanța.

Educația continuă formală în interiorul spitalului.

Această activitate poate avea succes în atingerea unei calități înalte, satisfacerea angajaților, efectuarea unor activități pertinente și formarea unor nevoi specifice de învățare. Ele au efect pozitiv în transferul practic direct.

Instruirea în alt loc include rotația locului de muncă, detașarea la alte departamente sau organizații, pentru a forma noi priceperi și dexterități prin mentori sau participarea în grupuri și proiecte speciale, comitete, grupurile de îmbunătățire a calității.

Revizuirea performanțelor se face prin observare și interviu, focalizate pe activități sau nevoile de învățare. Autoevaluarea, evaluarea de către superiori poate favoriza autodezvoltarea, includerea unor activități de învățare.

Evaluarea imediată poate fi numită și „orice sistem de estimare, care identifică alte forme de tratament al pacienților”. Indicatorii acestora trebuie să fie realizabili, clinic valizi, măsurabili, specifici, relevanți.

Managementul total al calității are trei componente: planificarea calității, controlul calității, îmbunătățirea calității. Aceste strategii locale pot fi utilizate și în managementul regional și național, incluzând o planificare strategică bună, facilitată de o informație de înaltă calitate, care ar ghida toate aspectele activității organizaționale.

Abordări care asigură, controlează sau îmbunătățesc calitatea la nivel regional și național. Abordările structurale în controlul calității și implementarea procesului constau din politici, legislație și regularizări, care ar atinge minimumul de standarde educaționale pentru diferitele tipuri de personal medical pentru acordarea titlurilor profesionale sau includerea lor în acțiunile de perfecționare. Aceste abordări pot fi utilizate, de asemenea, pentru acreditare, monitorizarea facilităților pentru atingerea unei calități înalte a asistenței medicale.

Strategii ce îmbunătățesc educația personalului medical: legislația guvernamentală pentru instruirea și educația personalului medical, acreditarea, acordarea de facilități pentru personalul medical, studierea voluntară, auto-didactică, codificarea curriculumului pentru personalul medical prin legislație.

Educația personalului medical, de obicei, se face în sistemele educaționale complexe mandatate prin legislație, care reglează funcția și procesele acestor instituții. Tot de guvern depinde baza tehnico-materială și standardele pentru acestea, care au drept scop atingerea anumitor obiective de nivel național. Prin legislație se stabilește și sistemul de acreditare, scopul acestuia.

Acreditarea în general înseamnă capacitatea (viabilitatea) personalului medical. Acreditarea este un proces declanșat periodic de către guvern sau delegat unor agenții, care se află în relații strânse cu acesta, sau unor organizații sponsorizate de profesioniști. Acreditarea se face prin selecția unei echipe de evaluare a calității programelor educaționale, în comparație cu rezultatele precedente. Criteriile estimatoare trebuie să fie explicite, iar procesul deschis și transparent, introdus treptat cu o perioadă de autoevaluare precedentă.

Standardele sunt adoptate în diverse țări prin agende care reflectă nevoile țării. Aceste standarde sunt utilizate cu succes pentru instruirea specialiștilor și include de asemenea promovarea sănătății, prevenirea bolilor, asistența medicală primară.

Autoevaluarea este adaptată altor programe educaționale ale personalului medical descrise mai sus.

Curriculum codificat în legislație. Sistemele educaționale adesea sunt flexibile și se bazează pe legislația în vigoare în determinarea priorităților educaționale. Altele sunt apte să promoveze și să implementeze rapid schimbările în sistem, devenind și responsabile de nevoile populației în diverse servicii de sănătate.

Strategiile pot fi orientate sau nu spre eficacitatea în pregătirea unui personal medical bine instruit, care ar produce rezultate calitative.

Strategiile care facilitează angajarea personalului medical sunt: legislația care guvernează spitalele și alte organizații medicale, acreditarea unităților medicale, inspectarea unităților medicale, crearea băncilor de date pentru monitorizarea unităților medicale, crearea standardelor și a structurilor de acreditare.

Legislația care guvernează organizațiile medicale. Există o anumită legislație care include facilitățile medicale și misiunea diverselor unități medicale. Fiecare legislație specifică, structură administrativă, bază tehnico-materială și mecanisme de acordare a asistenței medicale și dacă aceste instituții sunt valabile pentru public, sau dacă au rolul de a menține și îmbunătăți starea de sănătate și starea de bine a populației, sunt incluse în standardele minime de acreditare, ghiduri, pentru a facilita performanța.

Acreditarea unităților medicale. Este un proces similar acreditării programelor educaționale și poate fi utilizat în monitorizarea și controlul activității unităților medicale și a altor forme de facilități. Standardele recente de acreditare includ calitatea asistenței medicale și impactul acestora.

Inspectarea unităților medicale, de obicei, include examinarea oficială a facilităților, securitatea în utilizarea aparaturii și echipamentului medical și a resurselor tehnice. De obicei reviziile sunt privite negativ de către personalul medical.

Crearea băncilor de date și monitorizarea unităților medicale. Uneori sunt elaborate standarde regionale și un set de indicatori, apoi se înregistrează feedback-ul. Acreditarea în general asigură calitatea asistenței medicale și îmbunătățirea acesteia.

Strategiile care controlează și îmbunătățesc calitatea asistenței medicale individuale: creditarea, licențierea, elaborarea acordurilor publice, rezoluțiilor și proceselor disciplinare, educația pacienților, diseminarea informației în jurisdicția dată, mandatarea pentru educația continuă, abordarea multiplă, reînnoirea criteriilor practice, certificarea, restricționarea licențelor, schimbarea licențelor.

Creditarea. Criteriile bazate pe educație și experiență pot fi aplicate pentru recunoașterea personalului medical, calificarea acestuia și repartizarea în grupuri profesionale. Creditele pot fi alocate de anumite agenții sau de anumite persoane. Pot fi date unor grupuri de personal.

Licențierea implică criteriile necesare unui titlu profesional:

- Managementul profesioniștilor. Pentru licență se dă un examen sau se fac cursuri specifice. Legislația definește locul utilizării titlului, remunerarea, implementarea practică, dreptul de acțiune.

- Corpul de licențiere monitorizează, controlează și îmbunătățește competența membrilor.

Mecanismul de atingere a unei înțelegeri publice. Multe jurisdicții investighează comunitatea despre compor-

tamentul personalului medical, identifică dificultățile, examinează standardele, credibilitatea, propun îmbunătățiri, uneori sponsorizări.

Educația pacienților se face cu scopul unei inter-relații mai bune între pacient și personalul medical, instruirea acestora în domeniul percepției calității asistenței medicale primite, participării active în luarea deciziilor pentru tratament, a comportamentului adecvat care ar facilita însănătoșirea, promovarea sănătății, educația pentru sănătate.

Mandatarea educației continuei. Sunt organizate cursuri speciale pentru schimbarea performanței în muncă, acumularea de competențe, deprinderi practice, cunoștințe.

Mandatarea re-licențierii se face pentru persoanele care vor să-și schimbe specialitatea sau să însușească competențe. Pentru aceasta sunt elaborați indicatori ai competenței pentru reexaminarea formală.

Abordarea multiplă. Sunt alcătuite planuri, în care profesioniștii își iau angajamentul îmbunătățirii calității. Evaluarea eficacității planurilor se face prin chestionare, care mai informează și despre nevoile de a învăța și formele acestora, materialele scrise, workshop-uri, pagini web, audit, cursuri periodice.

Recenzarea criteriilor practice. Programele, criteriile practice, dexteritățile, abilitățile sunt revizuite, îmbunătățite la nivelul celor de top.

Certificarea. Periodic sunt atestate competențele profesioniștilor prin programe speciale, utilizând titlurile ocupaționale, și se face prin examinare.

Restricționarea licențelor vizează maldistribuția resurselor umane, strategiile de personal, planurile și politicile guvernamentale.

Revocarea sau suspendarea licențelor include trei categorii distincte: dizabilitățile personalului (bolile fizice sau mentale); dizabilitățile personalului (bolile fizice sau mentale), dizabilitățile legale (comiterea crimelor, fraudelor sau comportamentul nonprofesional (neglijența, implicarea sexuală cu pacientul)).

Alte strategii: legislația ce implică malpraxisul, schimbările din sistem, inițiativele de mai bună distribuție a personalului și a facilităților, managementul sistemelor de informare, crearea structurilor și a proceselor de facilitare a calității.

Legislația ce implică malpraxis-ul.

Acest sistem face parte din dreptul medical care vizează comportamentul corect al personalului medical în timpul acordării asistenței medicale, a discuțiilor cu pacientul, gândirea corectă, dreptul pacientului, responsabilitatea juridică a personalului medical.

Schimbările și reviziile. Mai recent sistemul de sănătate tinde să se decentralizeze, creează procese de marketing, relații publice, diferite facilități.

Inițiativele de distribuție mai corectă a personalului medical și a facilităților. Inițiativele legislative se fac pentru a atinge echitatea în distribuție, îmbunătățirea formelor de accesibilitate.

Managementul sistemelor de informare.

Sunt utilizate trei tipuri de management al sistemelor de informație: pentru resursele umane; pentru utilizarea clinică și estimarea externă; pentru informarea populației.

Informarea populației influențează direct performanța, utilizarea clinică, licențierea, sistemul de credite, vizează revocarea licențelor etc., care îmbunătățesc indirect calitatea sistemelor.

Crearea structurilor și implementarea proceselor care facilitează îmbunătățirea calității, vizează sistemul de educație și instruire, elaborarea ghidurilor, lansarea de studii științifice,

ghiduri de evidență a calității, analize și rapoarte despre nivelul calității.

Bibliografie

1. Sherman H, Koss RG, Castro G, Loeb JM. From the Abstract to the Concrete: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. SAGE Reference Project Encyclopedia of Health Services Research. In press.
 2. Braun BI, Kusek L, Larson E. Measuring Adherence to Hand Hygiene Guidelines: A Field Survey for Examples of Effective Practices. American Journal of Infection Control. In Press
 3. Loeb JM, Schmaltz S, Hanold LS, Koss RG. Statistical Tools for Quality Improvement. The Healthcare Quality Book, 2nd edition. Ranson ER, Maulik MS, Nash DB, Ransom SB, editors. Health Administration Press, 2008; 131-167.
 4. Farley DO, Haviland A, Champagne S, Jain A, Battles J, Munier WB, Loeb JM. Adverse Event Reporting Practices by U.S. Hospitals: Results of a National Survey. Quality and Safety in Health Care 2008; 17:416-423.
 5. Hafner JM, Williams SC, Morton DJ, Koss RG, Loeb JM. From Bad to Better: A Qualitative Assessment of Low-Performing Hospitals that Improved Their Smoking Cessation Counseling Performance. Journal of Clinical Outcomes Management 2008; 15(7).
 6. Williams SC, Koss RG, Morton DJ, Schmaltz SP, Loeb JM. Case Volume and Hospital Compliance with Evidence-Based Processes of Cardiovascular Care. International Journal for Quality in Health Care 2008; 20(2):79-87.
-