المؤتمر القومى الأول
لجودة الرعاية الصحية

وقـائـع المـؤتمـر

٢٦ - ٢٨ سبتـمبر ١٩٩٥
القـاهرة

وزارة الصحة
مشروع تطوير المستشفيات
COST RECOVERY FOR HEALTH PROJECT
RHP
USAID PROJECT No.: 263-0170

ESQua
THE EGYPTIAN SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE
الجمعية المصرية لجودة الرعاية الصحية

Q.A.
THE QUALITY ASSURANCE PROJECT
APPLIED RESEARCH IN CHILD SURVIVAL SERVICES

USAID

Improving The Quality of Health Care By Monitoring and Readjusting Clinical Performance

الإرتقاء بجودة الرعاية الصحية عن طريق مراقبة الأداء الإكلينيكى وتعديله

أ. د. أفيديس دونابيديان

أصدقائى الاعزاء:

قد لاتستطيعون تصّور قدر ما أشعر به من فخر واعتزاز حين أتحدث اليكم اليوم من مكان يعيد الى ذاكرتى بقوة مسقط رأسى فلسطين التى تراودنى الآمال فى أن يتاح لى قريباً ان اتحدث منها بنفس الحريه مثلما افعل هنا تماماً.

أرجو أولاً ان يكون كل منكم قد حصل على نسخه من مجموعة الرسومات والاشكال التى أعددتها وقمت بتوزيعها عليكم والتى قصدت بها أن تكون وسيلة نافعة للإيضاح ومتابعة حديثى معكم «مرفق فى نهاية المحاضرة مجموعة الرسومات والأشكال المشار إليها أعلاه».

موضوعى اليوم :

موضوعنا اليوم يندرج تحت عنوان عريض هو ضمان الجودة "Quality Assurance" ولكن بمفهوم خاص جداً. وأقول بدءاً إن ضمان الجودة فى الرعاية الصحية يتضمن كل شئ نفعله من أجل تطوير

جودة هذه الرعايه بصفه عامه والعمل على النهوض بها والحفاظ على مستواها - وكما نرى فى الصفحه رقم (١) من

الكتيب يمكن تقسيم ضمان الجودة الى جزئين :

الجزء الإول: يتعلق بتصميم النظام

الجزء الثانى: مراقبة الآداء وتعديله

وهذا الجزء الثانى هو المعنى الاكثر شيوعاً لضمان الجودة وهو موضوع حديثى .

إن مراقبة الآداء تشمل الحصول على معلومات عن محتوى الرعاية الصحية ونتائجها :

- تقرير ما إذا كانت الرعاية الصحية ذات جودة عالية واكتشاف أسباب عدم جودتها .
- إتخاذ الاجراء المناسب لتحسين نوعية الخدمة

وهناك نوعان من هذه الاجراءات:

النوع الأول : التحسين من خلال إدخال تعديلات على النظام الصحى وذلك بهدف التأثير بطريقة غير مباشرة على سلوك القائمين بهذه الرعاية .

النوع الثانى : يتمثل فى إتخاذ تدابير مباشرة لتحسين السلوك عن طريق انشطة تعليمية وتحفيزية .

ونتيجه لذلك تبرز على الفور خاصيتان من الخصائص الهامة لموضوع "ضمان الجودة" .

أولاً : إن تصميم النظام ومراقبة الآداء هما جزءان متعاضدان اى يعتمد كل منهما على الآخر.

ثانياً : إن مراقبة الآداء وتعديله هو نشاط مستمر لاينتهى أبداً ويتضح فى صفحة رقم (١) خطواته المتكررة التى نطلق عليها اسم "دورة تحسين الجودة" "Quality Improvement Cycle"

مستلزمات النهوض بالجودة:

كما نرى فى صفحه رقم (٢) إن هذا يتطلب أولاً إلتزام ثابت، حقيقى ونابع من داخل الشخص نحو الجودة .. إلتزام يشمل التنظيم بأكمله على كافة المستويات .

ويكون هذا الإلتزام حقيقى وغير زائف عندما يتجاوز الكلمات ويُترجم الى أفعال .. إن العمل المتناغم يحتاج أولاً الى ان نتفق على ماهو المقصود بالجودة فى الرعاية الصحية بصفة عامة وفى نشاطها المهنى بصفة خاصة.

ماهى الجودة فى الرعاية الصحية :

كما هو مبين فى صفحه رقم (٣) من الكتيب نرى ان الجودة فى الرعاية الصحية يمكن إعتبارها ناتجاً لإثنين من المكونات :

١ - علم وتكنولوجيا الرعاية الصحية والذى يحدد لنا إمكانيات تحقيق الجودة وكيفية ذلك .

٢ - مدى قدرتنا على تطبيق العلم والتكنولوجيا كمتخصصين فى مجال الرعاية الصحية .

إن المقصود من مراقبة الآداء هو تقييم درجة نجاحنا في تطبيق العلم والتكنولوجيا المتاحة لنا .

ماهى خصائص الجودة فى الرعاية الصحية ؟

وردت فى صفحة رقم (٤) قائمة بأهم خصائص الجودة قد لايتوفر الوقت لكى نتناولها الواحدة بعد الأخرى .. ولكن ربما نتفق على ان أكثر الخصائص إرتباطاً بعملنا الإكلينيكى كل يوم هى الخصائص التالية :

١- فعالية الرعاية **Effective** واعنى بذلك ان تؤدى الرعاية الى أفضل تحسن فى متوسط العمر المتوقع مع توافر القدره على الآداء الوظيفى والشعور بالرفاهية والسعادة بشكل مستمر.

٢- كفاءة الرعاية **Efficient** ومعنى هذا انه مهما كانت درجة التحسن فى الصحة والقدرة على الآداء الوظيفى فلابد أن يتيسر ذلك بأقل تلكفة ممكنة.

٣- مدى قبول الرعاية ونتائجها **Acceptable**من جانب المرضى وان كان ذلك يخضع لإعتبارات اجتماعية معينة - مما يؤدى الى تفاوت درجة القبول.

وبعد ترسيخ هذه الخصائص فإنه يمكننا ان ننتقل الى وصف الخطوات العديدة **Several Steps** التى نحتاجها لتنفيذ مراقبة الآداء وهذه الخطوات مبينة فى صفحة رقم (٥) من الكتيب، وسوف أتناولها بإيجاز :

الخطوة الأولى: تحديد مايتطلب المراقبة والرصد:

كما نشير فى صفحه رقم(٦)من الكتيب ينبغى لنا أن نلاحظ أولاً انه عادة ماتكون هناك متطلبات للمراقبة مفروضه علينا من خارج المؤسسة بواسطة الجهات الحكومية، جهات التأمين ...الخ، وهذه المتطلبات يتعين تنفيذها ولكن الانشطة الأكثر أهمية هى تلك التى ننفذها نحن بأنفسنا بناءاً على التعرف على مشاكل فى الجوده" Problems in Quality" او التعرف على فرص تحسين الجودة "Opportunities for improving quality"

إن التعرف على المشاكل ينقسم الى قسمين:

١- الأول يمكن أن يسمى الاحساس بالمشكلة Trouble Shooting :

فقد نلمس وجود مشكلة بسبب امور تحدث بطريقة خاطئة مما يثير تذمر الناس وبذلك تنشأ احداث غير سارة او حتى مأساوية. وفى هذه الحالة ليس علينا فقط ان نتعامل مع هذه المشاكل حين نضطر لمواجهتها ولكن يجب علينا ان نجعل من السهل على الناس ان يبلغوا عن المشاكل ويقدموا الاقتراحات (بما فى ذلك موظفونا وزملاؤنا)

وفى هذا الجانب هناك عاملان أساسيان يتحكمان فى النجاح:

أولاً: أن نتفهم المعنى العام للاحداث المتفرقة وبالتالى نعمل على عدم وقوعها.

ثانياً: أن نداوم الإتصال مع هؤلاء الذين يعطون تقريراً عن الاحداث والآخرين المتصلين بها او المرتبطين بأعمال تنتج عن هذه الأحداث ويجب ان نتقبل الاقتراحات بشكر وتقدير ونتابعها جيداً وإلا سوف تتوقف هذه الاقتراحات اذا كنا لانبدى ترحيباً بها ونعمل على متابعتها بل إنه يمكننا حتى ان نفكر فى مكافأة الاقتراحات ذات الفائدة القصوى.

٢ - والقسم الثانى للتعرف على المشاكل هو عدم إنتظار عرض المشكلة علينا بل نسعى لاكتشافها قبل أن تتفاقم وهذا يمكن الوصول اليه بطريقتين:

أولاً: بتكوين مجموعات صغيرة من المتخصصين يتقابلون بصورة دائمة لمراجعة عملهم، وان يقترحوا الأساليب التى يمكن بها تحسين العمل، واحياناً تسمى هذه المجموعات "حلقات الجودة" "Quality Circles" او "مجموعات تحسين الجودة "Quality Improvement Teams".

ثانياً: هناك طريقة أخرى وذلك بانتهاج اشراف روتينى لاحداث معينة والذى يمكن على أساسه الحكم بما إذا كان نظام الرعاية الصحية يؤدى دوره كما هو متوقع أو أنه ينحرف عن هذه التوقعات.

إن الاشراف الروتينى "Routine Surveillance" لابد وان يحتوي على متطلبات أداء واقتراحات العملاء وهو أيضاً لابد أن يتضمن مراقبة الاحداث الحرجة مثل: إنتشار العدوى داخل المستشفى، المضاعفات الأخرى، الوفيات ،،، الخ.

وقد تتساءلون ألا تؤدى كل هذه المجهودات للتعرف على المشاكل الى إكتشاف الكثير جداً منها مما يشتت جهودنا ويعوق نشاطنا !

نحن نحتاج بطبيعة الحال الى طريقة لتحديد الأولويات "Assigning Priorities" وقد قمت بمحاولة فى هذا الصدد فى صفحة رقم (٧) من الكتيب ولكن اعتبارات كثيرة تداخلت فى تحديد الأولويات لاأستطيع إلا أن أشير اليها كلها ولكن أهم مبدأ توجيهى فى اعتقادى هو مبدأ "أقصى فائدة يمكن الحصول عليها" والذى ذكره ويليامسون منذ سنوات عديدة، ومعناه اننا نركز على تلك الحالات أو المواقف التى تتعرض أكثر من غيرها لخطأ ضار ومتكرر الحدوث، والتى يمكن عن طريق مجهود بسيط ومعقول أن نفعل الكثير من أجل تصحيحها.

والآن دعونا نفترض اننا تعرفنا على طريقة الرعاية فى حالات Strokes كمجال يوجد به نقص باستمرار فى الرعاية وتتواجد فى الوقت ذاته فرص لتحسينات كبيرة - كيف يمكننا اذن ان نتعرف ما إذا كانت نوعية الرعاية فى حالات السكتات جيدة أم لا ؟ وكيف يمكننا التعرف على أوجه النقص ؟ أو بدلاً من ذلك نريد تكوين نظام للمراقبة ليدلنا على ما إذا كانت الرعاية الجراحية فى إحدى المعاهد جيدة أم لا:

ماهى أنواع المعلومات التى نجمعها ؟

أرجو الاطلاع على صفحة رقم (٨) من الكتيب

منذ سنوات عديدة اقترحت ثلاثة أنواع من المعلومات تتيح لنا ان نستنتج او نتعرف على الجودة وقد اسميتها الهيكل "Structure"، والعملية "Process" والمحصلة "Outcome" وهى مسميات تستخدم الآن على نطاق واسع.

الهيكل "Sturcture" : يصف الظروف التى فى ظلها تعطى الرعاية وهى تقابل ماأسميته مسبقاً فى هذا الكلام بـ "تصميم النظام"

"System design" إن مواصفات الهيكل هى التى تجعل الرعاية الجيدة أكثر سهولة او أكثر صعوبة.

العملية او الاجراء "Process"

تصف ماالذى نقدمه للمرضى من رعايه ومستوى جودة هذه الرعايه وايضاً تصف ماالذى يفعله المرضى لانفسهم والى اى درجه من الجودة ."العملية" هى تطبيق علم وتكنولوجيا الرعاية الصحية فى الممارسة الحقيقية من أجل تحسين الصحة.

المحصلة "Outcome"

تصف الانجازات المتوقعة أو الفعلية والتى تنتج عن عملية الرعاية، هذه النتائج لاتتضمن فقط التغييرات فى القدرة على الأداء الوظيفى والشعور بالرفاهية والسعادة بالنسبة للمرضى بل أيضاً تغييرات فى المعرفة والسلوك ، كذلك شعور المريض بالرضاء التام.

ولهذا أنتم ترون أن الهيكل الجيد "Structure" يُحسن من إحتمالات او فرص العملية الجيدة "Process" والعملية الجيدة تحسن من احتمالات المحصلة الجيدة "Outcomes". إن هذه العلاقات هى التى تسمح لنا بأن نستخدم واحدة أو أخرى من الأنواع الثلاثة من المعلومات كمؤشر "Indicator" عن الجودة لكننا نحصل على المعلومات المكتملة، الموثوق بها والمفيده عن طريق دراسة الهيكل والعملية والمحصلة مجتمعين معاً.

ونفترض اننا قد حصلنا على معلومات عن النواحى المتعلقة بالهيكل والعملية والمحصلة فكيف يمكننا ان نعرف ما إذا كانت هذه تدل على الجودة أم لا ؟

واضح اننا نحتاج إلى خصائص قياسية "Criteria" ومعايير "Standards" وقد أوضحت فى صفحة رقم (٩) ما الذى تعنيه هذه الكلمات.

الخصائص القياسية "Criteria" تنسب إلى الهيكل أو العملية أو المحصلة والتى يمكن لنا أن نرسم بها استدلالاً عن الجودة.

المعايير "Standards"

هى قياس كمى معين ويُعرِّف مدى الجودة.

والامثلة الموجودة فى صفحة رقم (٩) ربما تساعد فى إيضاح هذه التعريفات على سبيل المثال: ربما تكون الخصائص القياسية للهيكل هى مجموعة العاملين فى وحدة الرعاية المركزة. وأقصد أنه لو نظر أحد الى مجموعة العاملين فى مثل هذه الوحدة فإنه من الممكن ان تتكون لديه فكرة عن مدى جودة الآداء المحتملة. والمعايير المعينة ربما تتمثل فى وحدة علاجية يتواجد فيها على الأقل ممرضة قانونية (مؤهلة) لكل سريرين.

وبالمثل: مدى تكرار نقل الدم من الممكن أن يكون أحد معايير جودة عملية "Process" الرعاية الجراحية. ومعدل الوفيات يكون أحد معايير جودة محصلة هذه العملية. ولكن لكى نقيس الجودة فعليا، نحن نحتاج الى معايير كمية مثل تلك الموجودة في الرسم.

سوف تتساءلون عن كيفية إستنباط المعايير والمواصفات القياسية !

وللإجابة على ذلك .. أرجو الرجوع إلى صفحة رقم (١٠) من الكتيب.

يتم إستخدام المعايير والمواصفات القياسية أساساً من مجموع ماتم تأليفه ونشره عن هذا الموضوع ، ويبين بالمستندات الحالة الحالية للمعرفة القياسية التى تأتى من معرفة وآراء الخبراء الذين درسوا واستخدموا كل ماهو مؤلف ومنشور فى هذا المجال. أى أنه اشتقاق صائب "Normative" لأنه يقدم لنا ما الذى ينبغى أن نفعله وماهو أفضل شئ ممكن.

إن المعايير والمواصفات القياسية يمكن أيضاً ان تستحدث تجريبياً "Empirically" أى من الممارسة الحقيقية. وقد يكون من الممارسة العادية أو الممارسة فى معاهد رائدة، أو بواسطة متخصصين قياديين، ولكن من الممكن أيضاً أن تقل عن الحد الأمثل . ولهذا فإنه فى كثير من الحالات يكون مناسباً إستخدام نوعين من المعايير المستجدة من التجربة تكون أكثر واقعية، ولكن من الممكن أيضاً أن تقل عن الحد الأمثل. ولهذا فإنه فى كثير من الحالات يكون مناسباً إستخدام نوعين من المعايير أحدهما لوضع الأهداف قصيرة الأجل والآخر لارساء أهداف المستقبل (طويلة الأجل).

وهناك طريقتان لإستخدام المعايير والمواصفات القياسية فى تقييم جودة الرعاية: واحدة تسمى بـ "الطريقة الضمنية "Implicit" والاخرى بالطريقة الصريحة أو المحددة "Explicit".

الطريقة الاولى:

هى ببساطة أن نعطى الخبير مجموعة من الحقائق، مثلاً سجل طبى وبناءاً على المعلومات عن عملية الرعاية و/أو محصلتها نطلب من الخبير أن يبلغنا بما اذا كان يمكن الحكم على ما إذا كانت الرعاية "جيدة" ، معتدلة أو غير مقبولة. بالطبع إن الخبير، عند وصوله إلى حكم يستخدم معايير ومواصفات قياسية ولكنها لاتكون صريحة. إذ أنها مفهومة ضمناً ولكن من الممكن على أى حال أن نسأل الخبير أن يحدد لنا، فيما بعد أسباب الحكم أو الرأى، حيث يوضح المعايير والمواصفات القياسية والتى يمكن تقييمها.

الطريقة الثانية :

وهى مختلفة تماماً وتتمثل فى:

أولاً: إستحداث معايير ومواصفات قياسية صريحة ومحددة، عن طريق إستدعاء مجموعة من الخبراء لكى يحددوا لنا ماهى الرعاية المناسبة، وماهى النتائج المنتظمة لهذه الرعاية، فى أى موقف معين. هنا نحن نعرف مسبقاً كيف نقيّم التصرف فى الحالة التى تعطى كل ما نحتاج أن نفعله هو أن نحصل على المعلومات الضرورية ونقارنها بالمعايير والمواصفات القياسية المحددة.

إن أياً من هاتين الطريقتين له مزاياه ومحدوديته. فمثلاً المعايير الصريحة متى تمت صياغتها تكون سهلة وغير مكلفة فى إستخدامها ولكنها صعبة فى صياغتها ولا يمكن أن تغطى جميع فئات الحالات بسهولة أو كل التنوعات داخل الفئة فهى تميل إلى الجمود.

ومن الناحية الاخرى الحكم بواسطة المعايير الضمنية مرن للغاية ولكنه مكلف حيث أنه يستنفذ كثيراً من وقت الخبير، والخبراء يميلون الى عدم موافقة أحدهم مع الآخر كلية.

وإذا أردنا أن نعرف مدى نجاح المعايير المحددة فى تقسيم الحالات الى قسمين (مقبولة وغير مقبولة) ينبغى أيضاً مراجعة عينة من السجلات المقبولة بدقة.

نرى إذاً أن أحد الكفاءات المرغوبة للمعايير المحددة هو مدى نجاحها فى التمييز بين المقبول وغير المقبول.

هل توجد كفاءات أخرى لهذه المعايير ؟

الكفاءة الأكثر أهمية هى أن تكون المعايير ذات فاعلية بمعنى أنها تقيس ما هو المقصود قياسه أى الجودة نفسها.

النتائج المرغوبة الأخرى هى:

- الأهميه إزاء إدارة الحالات ونتائجها
- التكيف إزاء الاختلاف فى الحالات
- توفر المعلومات فى السجل
- المستوى المناسب من التشدد - ليس المبالغة فى التشدد بحيث لاتسمح بقبول اى شئ ولا التهاون لدرجة قبول أى شئ.

ولايزال هناك الكثير جدا مما يمكن قوله عن كيف يمكن تصميم

وصياغة المعايير والمواصفات القياسية ولكن الوقت ضيق (هناك المزيد الذى يمكن الرجوع اليه فى البليوغرافيا [المرجع في نهاية الكتيب]).

ولو إفترضنا الآن أنه قد توافرت لدينا المعايير والمواصفات القياسية بصورة او باخرى فإن السؤال الذى يثور هو من أين نحصل على المعلومات التى تمكننا من تحديد درجة الوفاء بهذه المعايير والمواصفات القياسية ؟

إن جانباً من الاجابه على هذا التساؤل موجود فى صفحة رقم (١١) من الكتيب.

بالطبع إن أهم مصدر لهذه المعلومات هو السجل الطبى. ولهذا فإن التقييم السليم للجودة يتطلب سجلات طبية دقيقة كاملة واضحة ويمكن الوصول اليها بسهولة حيث يمكننا التأكد من صحة المعلومات الموجودة فى السجل الطبى وأيضاً الزيادة عليها بالرجوع الى مصادر ثانوية أخرى تتضمن مسوحات عن جموع العملاء، والمزاعم المختلفة ومجموعة متنوعة من التقارير الإحصائية. إن التقارير الإحصائية للأحداث الهامة والتى تُستمد من نظام الرعاية الصحية نفسه، تستخدم بصورة متزايدة للمحافظة على إنتشار الرقابة الإحصائية لتقدير اداء النظام.

فى بعض الحالات من الممكن ملاحظة عملية الرعاية مباشرة سواء كان ذلك شخصياً أو باستخدام شرائط الفيديو. وربما كانت هذه هى الطريقة الوحيدة التى نحصل بها على صورة جيدة للتفاعل الشخصى بين المريض والممارس.

ومن المفيد أيضاً من وقت لآخر ان نجرب او نختبر قدرة النظام على الاستجابة لموقف معين. وبعد هذا أود أن أتحدث عن توقيت تدفق

المعلومات فى المراقبة وتوقيت إتخاذ الاجراء كنتيجة لهذا. هذا يظهر كخطوة سابقة في القائمة صفحة رقم (٥).

متى نراقب ؟

نجد فى صفحة رقم (١٢) من الكتيب الاستراتيجيات الثلاث الزمنيه المألوفة للمراقبة المستقبلية، الحاضرة والماضية.

١ - المراقبة للمستقبل:

نحن نحصل على معلومات عن الرعاية المخططة والمفترضة حتي يمكن مراجعتها تمهيداً للموافقة أو الاعتراض عليها.

٢ - المراقبه للحاضر:

نحن نحصل على معلومات أثناء عملية الرعاية وهكذا يكون ممكنا التدخل فى اى شئ يسير فى طريق خاطئ واصلاحه

٣ - المراقبه للماضى:

نحن نراجع معلومات عن الرعاية بعد استكمالها الا انه فى هذه الحالة لايمكننا التدخل. ولكن لايزال علينا ان نتعلم كثيرا عن كيفية منع تكرار الاخطاء التى وجدناها فى المستقبل.

من المرجح ان نظام المراقبة الكامل لابد وان يتوفر فيه عنصر من عناصر الاستراتيجيات الثلاث الزمنية.

نأتى الآن الى الخطوة رقم (٧) فى القائمة.. كيف نراقب ! وبمعنى آخر ماهى الوسائل المحددة لمراقبة الآداء الإكلينيكى ؟

إن الإجابة هى انه لدينا الكثير من الوسائل المختبرة جيداً لدرجة ان عددا قليلاً جداً منها فقط يمكن وصفه فى محاضرة قصيرة كهذه - وبعض هذه الوسائل مذكور وموضح باختصار فى صفحات رقم (١٣)، (١٤) من الكتيب.

أولاً: إستعراض الرسم البيانى أو مراجعة الرسم البيانى

هذه هى افضل الطرق إنتشاراً والطريقة الاكثر إستعمالاً للمراقبة وأحد الامثلة هو عندما تسأل لجنة من الاطباء أمين مكتبة السجلات الطبية أن يرتب او يصنف ١٠ او ٢٠ او ٣٠ سجـــلاً للمرضى ممن لديهم تشخيص معين مثلا جلطه بالقلب باستخدام طريقة مناسبة لاختيار العينة فإنه يتم مراجعة هذه السجلات بواسطة طبيب او أكثر باستخدام المعايير والمواصفات القياسية الصريحة**Explicit Criteria and Standards**" او باستخدام المعايير والمواصفات القياسية الضمنية "**Implicit ones**" او مزيج من الاثنين ثم يعطى حكم عن دقة واستكمال التشخيص. وفعالية الاختبارات المعملية والفحوصات الأخرى او صحة العلاج ومدي تقبل المضاعفات والنتائج الاخرى .. وهكذا .. ولو كانت الرعاية لاتفى بالمعايير فسوف يحاول الاطباء إكتشاف سبب حدوث هذا وما الذى يجب عمله للتحسين.

طريقة ثانية: رصد الحالات الشاذة (او مراقبة الإنحراف):

تعتمد على وضع طريقة للتعرف واحصاء وجدوله ورسم بيانى على حدوث الامور غير المرغوبه مثل العدوى والمضاعفات الأخرى والوفيات .. إلخ وكلما حدث امر خطير غير مرغوب او ارتفع معدل حدوث الامور الاقل خطورة اكثر مما هو متوقع او مرغوب فيه فإن الموقف يمكن دراستة وفحصه

بالتفصيل لاكتشاف أسباب الاحداث المعاكسه وكيف يمكن تجنبها أو تقليل معدلها. ان مراجعة السجلات والبيانات عادة ما تكون جزءاً من هذا الفحص التفصيلى.

طريقة ثالثة: يمكن تسميتها رصد بلوغ الهدف:

" Goal Attainment Monitoring "

كى ننفذ هذه الوسيلة تتقابل لجنه مكونة من الاطباء والممرضات والاداريين وغيرهم ويضعون اهدافاً ينبغى تحقيقها فى مجموعات مختارة من المرضى خلال فترة معينة من الوقت. مثلاً فى مجموعة من مرضى السكر الذين تم تشخيصهم حديثاً ماهى النسبة التى ينبغى أن تحقق التحكم فى مستوى السكر فى الدم خلال ستة أشهر، ماهو معدل تفاعلات الانسولين، عدوى الفم او زيادة الحموضة في الدم acidosis... الخ. ولو لم تتحقق هذه الاهداف فإنه يمكن القيام بمراجعة عامة لاكتشاف الاسباب واتخاذ الاجراء الاصلاحى.

طريقة رابعة: هى رصد تقدم الحالة "Status Progress Monitoring"

ويعنى هذا ببساطه اننا نلاحظ المرضى لنرى ما اذا كانت حالتهم تتحسن كما هو متوقع. واذا كانت لاتتحسن نحاول ان نكتشف اسباب ذلك ونقوم بالتحسينات الضرورية. من الممكن عمل هذا التقييم لحالة المريض بصورة ادق باستخدام احدى الادوات (tools) العديدة المتاحة الآن لقياس الحالة وشدة المرض.

طريقة خامسة: موجودة فى صفحة رقم (١٤) يمكن تسميتها رصد المسار الجماعى "Cohort Trajectory Monitoring"

بمعنى إننا نختار مجموعة من المرضى المتشابهين (مثلاً كل الذين تم تشخيصهم على إنهم حالات اشتباه قرحة خلال ستة أشهر) واكتشاف ما الذى

حدث لهم فى كل مرحلة خلال خبرتهم فى العيادة والمستشفى.. وبعد ذهابهم لمنازلهم. بهذه الطريقة نستطيع أن نكتشف ماهى نقاط الضعف ونقاط القوة فى نظام تقديم الرعاية، ويمكننا بذلك التخطيط للتحسينات المناسبة.

مراقبة نتائج التجربة: "Challenge Monitoring"

هى سادس وآخر طريقة فى القائمة. هذه الطريقة تختلف قليلاً عن غيرها لاننا الآن نختبر النظام عن عمد، مثلاً بإستدعاء حالة طوارئ محتملة من حيث الوقت الذى يستغرقه توفر الطبيب وما النصيحة التى سوف يقدمها وهل ستذهب سيارة الاسعاف للمريض وكم من الوقت ينبغى إنتظاره فى حجرة الطوارئ .. الخ. وهناك بطبيعة الحال الكثير من الطرق من هذا النوع. بعض مصادر المعلومات الاضافية عن هذا الموضوع مذكورة فى البليوغرافيا (ثبت المراجع).

اسمحوا لى أن أتحدث الآن عن الخطوة الثامنة فى تقدم المراقبة وتعديل الانشطة الموجودة فى صفحة رقم (٥) وهى:

إنشاء نظام للمراقبة "Constructing a Monitoring System"

وأعنى بذلك أن نشاط المراقبة لابد من تخطيطه وتنظيمه بحيث تعمل أجزاؤه المختلفة بسلاسة مع بعضها ويقوى كل منها الآخر وينتج عنها قدر اكبر من الفعالية والكفاءة.

إحداث تغيير فى السلوك: "Behavior Change"

ربما تكون هذه هى أصعب الخطوات جميعها. وهى تتطلب أن تتم عدة أنشطة بصورة مترابطة لينتج عنها التغيرات المطلوبة في الآداء - كما

نرى فى صفحة رقم (١٥) فى الكتيب وهذه الانشطة من نوعين:

أ - التعديلات فى تصميم النظام:

ب - أنشطة تعليمية وتحفيزية:

ويمكن تقسيم هذين النوعين من الأنشطة الى مايلى:-

أ - أنشطة طويلة الأجل

ب ـ أنشطة قصيرة الأجل

إن التعديلات طويلة الأجل للنظام تتطلب اولاً تقديم الموارد البشرية والمادية. لاينبغى ابداً أن ننسى أن تقديم الرعاية الصحية الجيدة يتطلب اناساً أكفاء، معدات ، مؤسسات، وقت .. الخ. علاوة على ذلك نحن نحتاج الى إعادة تشكيل النظام بحيث يمكن تمييز العمل الجيد ومكافأتة مهنياً ومادياً وان ندرك ايضاً العمل الذى لايفى بالمعايير وبالتالى يمكن تحسينه. إن تمييز العمل الجيد والعمل الردئ يمكن تحقيقه بالطبع من خلال نشاط مراقبة الجودة ذاته والذى ينبغى أن يكون جزءاً متكاملاً من النظام.

إن التعديلات قصيرة الأجل فى النظام من الممكن أن تتخذ اشكالاً عديدة. كما نرى فى صفحة رقم (١٥) بواسطة:

التيسير: Facilitation

واعنى انه ينبغى ان يتيسر للاطباء والممرضات وغيرهم القيام بعملهم بشكل جيد. اى ينبغى إزالة ماقد يوجههم من العقبات وتقديم المساعدة لهم.

الروتينية: " Routinization "

جعل بعض الأنشطة روتينية، مثلاً بتطوير بعض الاشكال الخاصة او إدخال الانظمة Protocols، يساعد أيضاً فى تنظيم العمل وجعله معقولاً ويعزز الجودة.

الاجتناب : " Bypassing "

هذا يعنى إنه لو لم يمكن إزالة عقبة فقد يكون من الأسهل الإلتفاف من حولها. مثلاً: لو كان الاطباء لايرغبون فى ملأ نماذج معينة، او إنجاز بعض الروتين فقد يكون من الأسهل ان ندرب شخص اضافى ليقوم بهذا العمل.

التدخل المباشر : " Direct Intervention "

هو أكثر الطرق بيروقراطيه فمثلاً: ربما يكون من الضرورى الحصول على موافقة مسبقة قبل دخول مريض الى المستشفى بإستثناء حالات الطوارئ وفى حالات الطوارئ ينبغى الحصول على الموافقة بمجرد دخول المريض، او قد يتطلب الامر رأياً ثانياً قبل السماح بإجراء جراحة إختيارية .. وهكذا.

والمجموعة الثانية الكبيرة من الأساليب للحصول على تغير فى السلوك تتكون من أنشطة تعليمية وتحفيزية **Educational and Motivational Activities** وفى الأجل الطويل نحن نحتاج أن نتحرك على مسارين:

الأول: لابد وان يتعرف الأطباء، الممرضات وغيرهم من المهنيين على مبادئ وأساليب ضمان الجودة مبكراً جداً عند تعليمهم وأن يستمروا فى التعلم عن هذه الاساليب وأن يشتركوا مباشرة أكثر وأكثر فى إستخدام هذه

الاساليب كلما تقدم مستوى تعلميهم وتدريبهم .. الخ سوف يتوقعوا ويتقبلوا مراقبة الجودة كجزء طبيعى من حياتهم المهنية.

وفى نفس الوقت لابد لنا من تعليم المنتفعين بالخدمة حتى يقدروا ويطالبوا بالجودة وأيضاً يتعلموا كيف يساهمون بفعالية مع أطبائهم وممرضاتهم فى الرعاية المقدمة اليهم.

وهناك عدد من الأنشطة التعليمية والتحفيزية قصيرة الأجل ترد فى صفحة رقم (١٥).

١ - تذكيرات " Reminders "

وتكون عادة فى شكل رسائل من الكمبيوتر تُذكر الطبيب ان هناك شيئاً هاماً لم يلاحظه أو تم نسيانه. مثلاً: أن إختبار معملي غير طبيعى قد سجل، أن أثنين من الأدوية المتناقضة تم وضعها أو أن الوقت المناسب قد حان للتطعيم ... الخ. مثل هذه التذكيرات عادة ماتلقى ترحيباً من جانب الأطباء المشغولين وتساعدهم فى عملهم.

٢ -التغذيه الراجعة (التبليغ الراجع) " Feedback "

هذا يعنى ببساطة انه يتم إبلاغ الأطباء عن كيفية أدائهم وأداء زملائهم خلال الفترة السابقة. مثلاً: كيف تم استخدام المضادات الحيوية ؟ أو ماهى المضاعفات التى حدثت ؟ وهناك عادة معلومات مدونة كودية عن كل طبيب - وكل طبيب يعرف الرقم الخاص به فقط - بهذه الطريقة يستطيع كل واحد أن يقارن بين أدائه الشخصى وأداء زملائه - هذه المعرفة ربما تكون كافية لتحسين السلوك ولكن في حالات كثيره نحتاج الى إنشاء الخطوة التالية الا وهى:

٣ -**التعليم المتواصل:** " Continuing Education "

إن التعليم المتواصل هو بالطبع جزء أساسى من الحياة المهنية وبتحديد أكثر الذى تستطيع المراقبة ان تفعله هو تسجيل نقاط القوة والضعف الشخصية لكل طبيب او ممرضة ... الخ. وبهذا يمكن تدبير برنامج تعليمى وتدريبى معين يلبى الإحتياجات الشخصية ويعتقد أن هذا النشاط التعليمى المركز يكون أكثر فعالية من النماذج الاخرى للتعليم المتواصل.

٤ - **المكافآت:** " Rewards "

لقد أكدت بالفعل على أهمية تميز ومكافأة العمل الجيد وليس هناك المزيد لكى يقال فى هذا المجال.

٥ - **الجزاءات:** " Penalties "

هل ينبغى أن يكون هناك جزاءات للعمل الردئ ؟

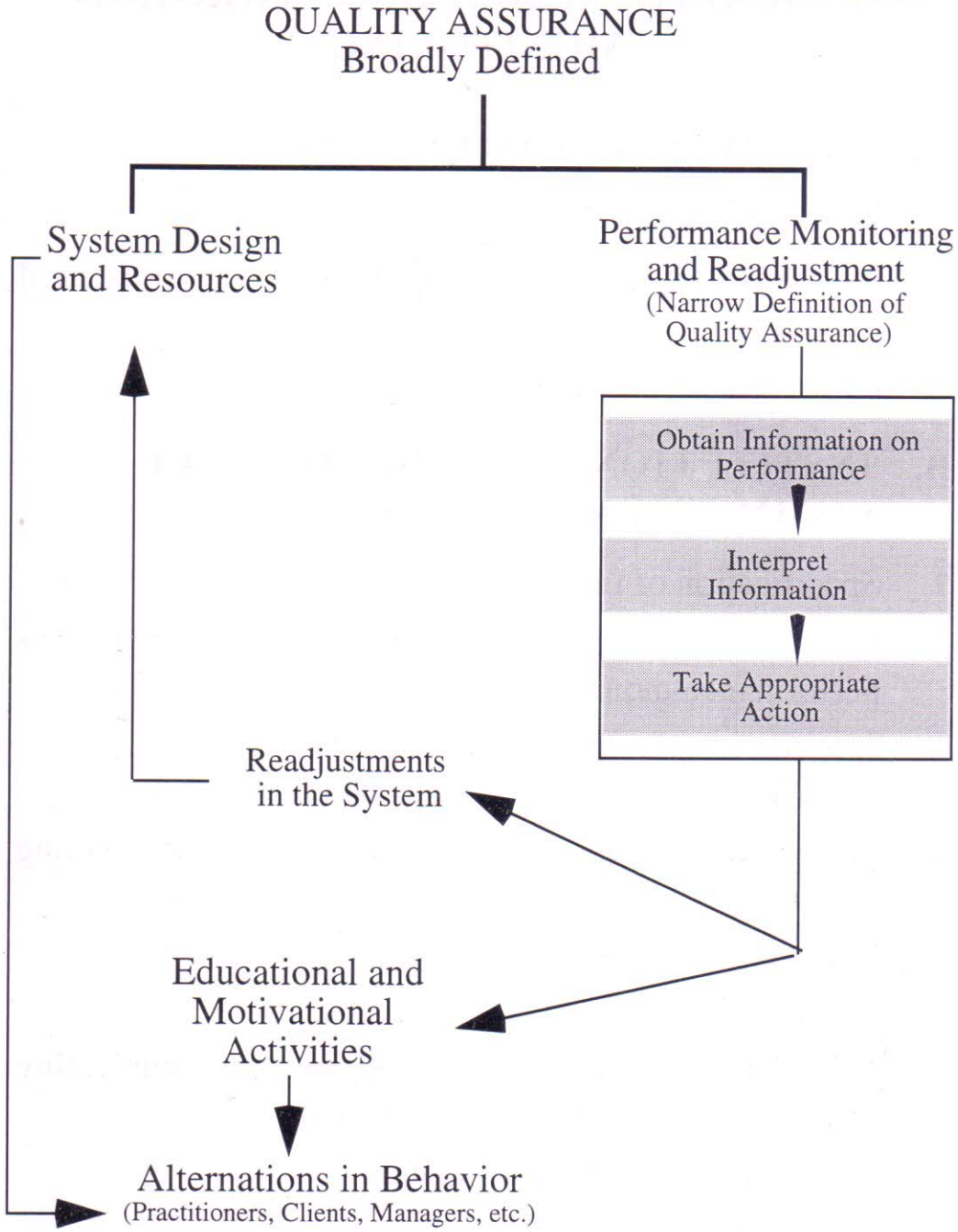
عموماً نحن نعتقد أن كل المتخصصين تقريباً يفخرون بقيامهم بالعمل الجيد وعندهم الرغبة فى التعلم لو اكتشفوا إحتياجهم اليه وكانت لديهم الفرص لذلك. وهكذا فإن معظم الضغوط لأنشطة ضمان الجودة ينبغى ان تكون تعليمية واصلاحية وليست عقابية ؛ولكن لاتزال هناك مواقف تستلزم إستخدام الجزاءات ولكن لابد من استخدامها بصوره تنطبق مع القانون.

وأخيراً أسمحوا لى أن أوجز إستنتاجاً إستخلصته : فلقد شرحت لكم التطور الصعب والمعقد للأنشطة التى تستهدف مراقبة الأداء الأكلينيكى وتحسينه. وأرجو الا يكون ذلك عاملاً على تثبيط عزائمكم بهذه التعقيدات والصعوبات الظاهرية.

إن مراقبة الجوده في جوهرها ليست صعبة. من الممكن دائماً ان نبدأ بخطوات صغيرة وباختيار طريقة سهلة تناسب الموقف الذى يعمل فيه أي منكم.

إن سر النجاح ليس في الوسيلة نفسها. أنه بالاحرى فى تصميم الاشخاص الذين يستخدمونها وتفانيهم وفى هذا المجال انا أثق انكم تحتلون المقدمة.. فليباركم الله ويوفقكم فى عملكم وأشكركم جداً على حسن إستماعكم.

COMPONENTS OF QUALITY ASSURANCE



SOME FOUNDATIONS OF QUALITY ASSURANCE THROUGH MONITORING

A. A COMMITMENT TO QUALITY:

1. Genuine
2. Internally motivated, Not simply a response to external pressures
3. By everyone, at all levels in an organization

B. INSTITUTIONALIZATION OF THAT COMMITMENT:

1. Specification of institutional goals
2. Establishment of an organizational structure for performance monitoring

a. Specification of responsibility for monitoring
b. Allocation of resources: personnel, money, etc.

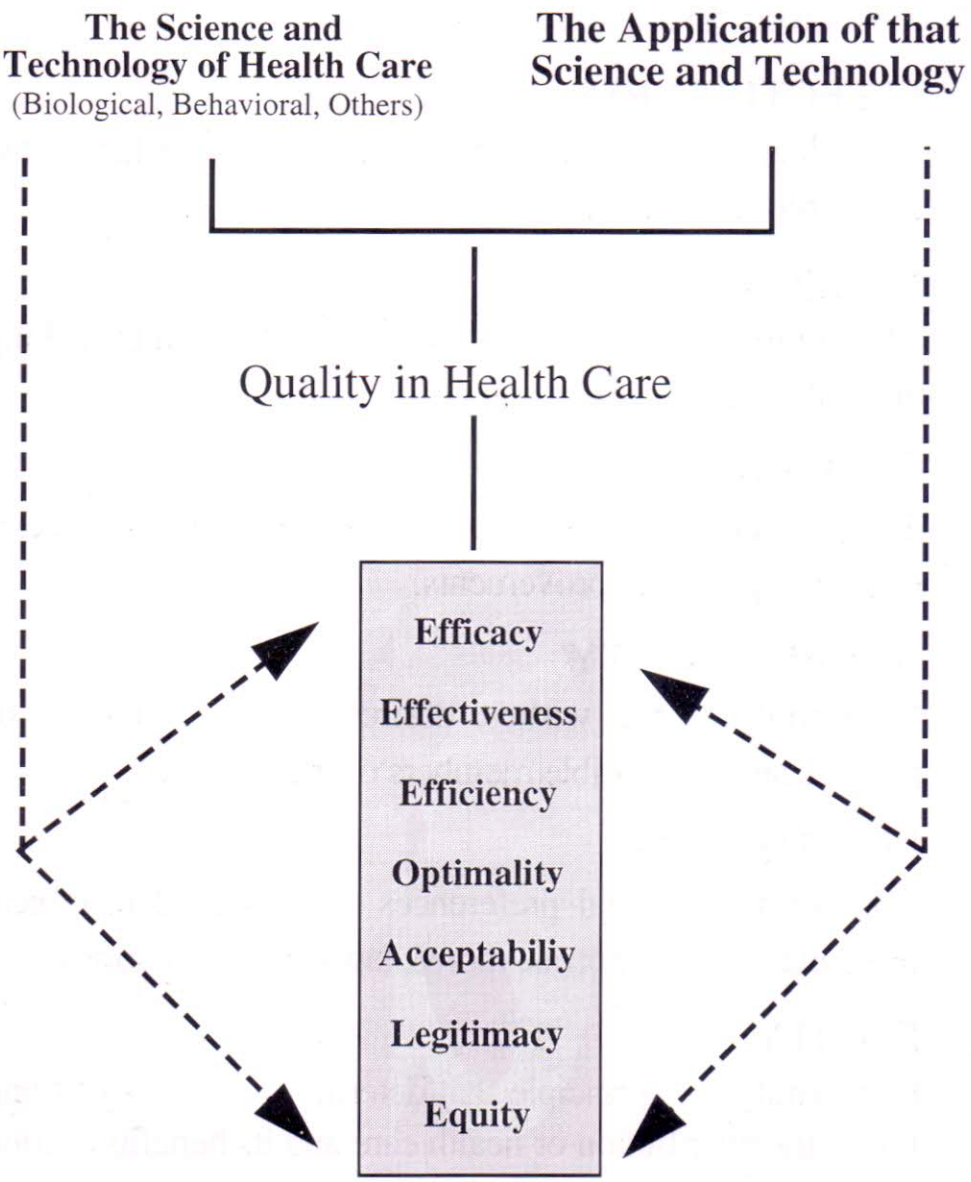
3. Design and implementation of a set of formal monitoring activities

a. Routine and occasional
b. Centralized and decentralized

4. Establishment of mechanisms for communicating information and implementing action
5. Creation of a tradition or "culture"

C. AGREEMENT ON THE MEANING OF "QUALITY":

COMPONENTS OF QUALITY IN HEALTH CARE



COMPONENTS OF QUALITY: DEFINITIONS

1. EFFICACY
   The ability of the science and technology of health care to bring about improvements in health when used under the most favorable circumstances.

2. EFFECTIVENESS
   The degree to which improvements in helath now attainable are, in fact, attained.

3. EFFEICIENCY
   The ability to lower the cost of care without diminishing attainable improvements in health.

4. OPTIMALITY
   The balancing of improvements in helath against the costs of attaining such improvements.

5. ACCEPTABILITY
   Conformity to the wishes, desires, and expectations of patients and responsible members of their families

6. LEGITIMACY
   Conformity to social preferences as expressed in ethical principles, values, norms, mores, laws, and regulations.

7. EQUITY
   Conformity to a principle that determines what is just and fair in the distribution of health care and its benefits among the members of a population.

STEPS IN MONITORING CLINICAL PERFORMANCE

1. Determining what to monitor
2. Determining priorities in monitoring
3. Selecting approaches to assessing performance
4. Formulating criteria and standards
5. Obtaining the necessary information
6. When to Monitor
7. How to monitor
8. Constructing a monitoring system
9. Bringing about behavior change

FINDING WHAT TO MONITOR

1. Externally required monitoring activities

II. Internally motivated monitoring activities:

Identification of "problems" or of "opportunities for improvement"

A. Trouble shooting: the problem finds us

1. Unsolicited problem-reporting
2. Facilitated problem-reporting

B. Planned reconnaissance: we find the problem

1. Group problem-identification and problem-solving
2. Routine surveillance
   a. Opinion surveys (of patients, other clients, practitioners, managers, etc.)
   b. Performance monitoring
      i. Clinical (or anecdotal)
      ii. Statistical (or epidemiological)

CONSIDERATIONS IN THE CHOICE OF WHAT TO MONITOR

A. Importance to patients: "Maximum achievable benefit" as judged by the following characteristics

1. Phenomenon is frequent
2. Error is frequent
3. Error has serious consequences, and is costly
4. Error is correctable

B. Additional institutional interests

1. Meeting externally imposed requirements : Legal or others
2. Risk reduction
3. Institutional enhancement
   a. Cost reduction
   b. Public approval
4. Representativeness
5. Fairness

C. Feasibility

1. Organizational readiness
2. Operational feasibility
   a. Accurate information
   b. Valid criteria and standards

D. Completeness of documentation and specificity of plans for action

Three Approaches to Assessing the Qulity of Care

A. The Triad

1. Structure

The factors that constitute the conditions under which care is provided. They include:

a. Material resources, such as facilities and equipment .

b. Human resources, such as the number, variety, and qualifications of professional personnel

c. Organizational characteristics, such as the organization of the medical and nursing staff, presence of teaching and research functions, kind of supervision and performance review, and methods of paying for care.

2. Process

The activities that constitute health care, including diagnosis, treatment, rehabilitation, and patient education, usually as carried out by professional personnel, but also including other contributions to care, particularly those of the patient and family.

3. Outcomes

Changes (desirable or undesirable) in individuals or populations that can be attributed to antecedent health care. They include:

a. Changes in helath status

b. Changes in knowledge acquired by patients or family that may influence future health

c. Changes in the behavior of patients or family that may influence future health

d. Statisfaction with the care and its outcomes by patients and family members

B. Relationships among Members of the Triad

Structure ---(p)--- Process ---(p)--- Outcome

(P signifies a probability)-

Criteria and Standards Defined and Illustration

A. DEFINITION :

Criterion : Attribute of structure , process , or outcome capable of leading to an inference about quality .
Standard : A specific , quantitative measure that defines goodness

B. EXAMPLES :

	Structure	Process	Outcome
Criterion	Staffing of intensive care unit	Blood transfusion during surgery	Case fatality
Standard	Not less than one R.N. per two occupied beds	Not less than 5% and not more than 20% of "average" cases	Not to exceed 0.1% for a specified procedure

"Norm": Some alternative meanings:

1. A general rule of goodness: for example, reduce mortality to a minimum
2. A description of current practice or current outcomes, such as the mean, mode, median, quartiles...
3. A standard based on the above (second definition)

SOME ATTRIBUTES OF CRITERIA AND STANDARDS

A. DERIVATION

1."Normative" derivation

a. From the scientific literature
b. From the opinion of professional experts, leaders

2."Empirical" derivation

a. Prevalent practie (mean, median, range, quartiles...)
b. Practice of leading professionals and institutions

B. DEGREE OF SPECIFICATION AND EXPLICITNESS

A continuum with two extremes

1. Implicit:Internalized, unspeifiecd in advance; sometimes specified after judgment is made; sometimes "structured, "or" guided.
2. Explicit:Specified before assessment is made with varying degrees of completeness.

C. VALIDITY

Most important single issue;If in doubt, entire assessment is in doubt 1. Scientific 2. Consensual Interim validity; also important for acceptability

D. ADAPTABILITY TO CASE VARIATION

E. IMPORTANCE

To case management and the outcomes of care

F. RECORDABILITY

Availability of accurate, complete information relevant to compliance

G. STRINGENCY

Level of performance expected; how "strict"

H. SCREENING EFFICIENCY

Ability to separate "good" from "not good" without overlap

Some Sources of Information Aspects of Health Care

1. Medical Records

a. Some problems

(1) Of completeness

(2) Of accuracy of date

b. Some solutions

(1) Checks on accuracy

(2) Improvements in recording
Compliance with current procedures; New formats of recording

(3) Supplementation of information
Other records in the institution; Other sources (see below)

2. Opinion Surveys

a. Of patients (and family)

b. Of providers of care (may include administrators)

3. Population Surveys

a. Information on accessibility

b. Information on acceptability

c. Information on health status, disability, absenteeism, etc.

4. Payment Claims

5. Statistical Reports

a. Vital statistics

b. Data available to programs that finance or provide care

(1) Abstracted from claims for reibursement

(2) Abstracted from medical records

6. Direct Observation: Personal or recorded

Of structure; of process; of outcomes

7. Test Situations

WHEN TO MONITOR

1. Prospective or anticipatory monitoring

Approval or disapproval of planned or proposed care. (For example: certification of hospital admissions and stays; second surgical opinion programs.)

2. Concurrent monitoring

Assessment of process and outcomes during the course of care, permitting intervention to correct or improve it. (For example: "status progress monitoring," as shown in Appendix Figure 1.)

3. Retrospective monitoring

Assessment of process and outcomes after care has been completed, so as to learn from past successes or failures. (For example: "audit" by review of medical records.)

4. Combinations of the above.

BRINGING ABOUT BEHAVIOR CHANGE

A. Readjusting the system

1. Provide the necessary resources:
   human, and material.

2. Redesign procedures to make them less subject to error.

3. Create incentives for good performance:
   (a link between performance and professional advancement).

B. Motivating practitioners more directly

1. Reminders

2. Feedback

3. Continuing education

4. Rewards and penalties

SELECTED READINGS

DEFINITION OF QUALITY

Donabedian, A. "The Seven Pillers of Quality." Archives of Pathology and Laboratory Medicine 114: 1115-1118, November 1990.

PROBLE IDENTIFICATION

Rhee, K.J., Donabedian, A., and Burney, R.E., "Assessing the Quality of Care: A Framework and its Appliation." Quality Review Bulletin 13: 4-16, January 1987. (A "linical" approach to "planned reconnaisance".

Knapp, R.G. and Miller, m.C., "Analytic Procedures for Evaluation and the health Professions 6:345-362, September 1983. (A statistical approach to "planned reconnaisance."

Aharony, L. and Strasser, S, "Patient Satisfaction: what We Know About and What We Still need to Explore." Medical Care Review 50: 49-79, spring 1993. (The problems and potential of canvassing patient opinions about the quality of health care.)

MEASUREMENT

Donabedian, A.,"Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring." Quality Review Bulletin 12: 99-108, March 1986. (Definitions, evaluation, methods of formulation, and some examples.)

SOME SPECIFIC METHODS

Demlo, L.K., "Assuring quality of Health Care: An Overview." Evaluation and the Health Professions 6: 161-196, June 1983. (Describes the more established methods of studying quality in health care. For more detailed information see Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume III: Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring, An Illustrated Analysis. Ann Arbor: Helath Administration Press, 1985.)

المؤتمر القومى الأول
لجودة الرعاية الصحية

وقـائـع المـؤتمـر

٢٦ - ٢٨ سبتـمبر ١٩٩٥
القـاهرة

وزارة الصحة
مشروع تطوير المستشفيات
COST RECOVERY FOR HEALTH PROJECT
CRHP
USAID PROJECT No. 263-0170

ESQua
THE EGYPTIAN SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE
الجمعية المصرية لجودة الرعاية الصحية

Q.A.
THE QUALITY ASSURANCE PROJECT
APPLIED RESEARCH IN CHILD SURVIVAL SERVICES

USAID

إعادة النظر فى المسئوليات المهنية والمؤسسية لضمان الجودة فى الرعاية الصحية

د.أفيدس دونابيديـــان

لقد أصبح من الضرورى من وقت لآخر أن نتوقف برهة لنعيد النظر فى كيفية إنتقاء هؤلاء الذين يقدمون خدمات الرعاية الصحية وتحديد مدى مسئوليتهم عن جودة هذه الرعاية. إن الإحتياج لهذا النوع من إعادة التقييم هو الذى يدفعنى أن أعود مرة أخرى لموضوع سبق وأن ناقشته مراراً وتكراراً، وأرجو بدلاً من التكرار أن أتقدم خطوة أخرى للأمام فى توضيح موضوع لاشك وإنه يجتذب إنتباهنا جميعاً خصوصاً هذه الأيام حيث أننا فى مستهل تغيرات هامة جداً فى مجال تنظيم وتمويل الخدمات الصحية . من المفيد دائماً أن يبدأ المؤلف والقارئ مرحلة الإكتشاف الفكرى بالأشتراك معاً فى وضع تعريفاتهما "Definition" ومصطلحاتهما "Terms" المرجعية.

وبالنسبة للتعريفات سوف أتخذ مصطلح ضمان الجودة "Quality Assurance" للإشارة إلى كل مايفعله المجتمع لإنشاء الجودة وإستمرارها وتعزيزها.

إننى أرى أن ضمان الجودة يشتمل على مكونين:-

١ - **تصميم النظـام** "System Design"

٢ - **المراقبـــة** "Monitoring"

وأعنى **بالمراقبـة** الحصول على معلومات عن أداء النظام وأن نفسر هذه المعلومات ونتخذ الإجراء المناسب ويمكن تقسيم الإجراء الذى يُتخذ إلى نوعين:-

أ - **إجراء مباشر** "Direct Action":
والمقصود به التغيير فى تصرفات ممارسين معينين

ب - **تغيرات فى تصميم النظام** "Changes in System Design"
والمقصود بها تحفيز وتيسير التغيرات المرغوبة فى تصرف معين بشكل غير مباشر.

وبالنسبة للمصطلحات المرجعية التى سوف أستخدمها فهى لكلمتى **مهنيين** "Professionals" **ومؤسسات**"Institutions" وسوف أستخدم الكلمتين للأشارة إلى عنصرين أساسيين يمكن فى الواقع إضافة عنصر ثالث لهما يتمثل فى "**المنتفعين**" الذين هم ليسوا مجرد منتفعين سلبيين بل بالأحرى مشاركين بفعالية وينبغى أن يتحملوا عبء المسئوليات الخاصة بهم. إن المنتفعين وإن كانت مسئولياتهم تنحصر بطبيعة الحال فيما يتعلق بأنفسهم إلا أنهم مسئولون أيضاً عن التأكد مما إذا كنا نحن الذين نقدم الرعاية الصحية ننهض على الوجه الصحيح بالمسئوليات المنوطة بنا. ونحن بدورنا لسنا مسئولين فقط عن تصرفنا ولكن أيضاً عن تمكين المنتفعين من ممارسة هذا الدور. وهكذا فإن مسئولياتنا العديدة مترابطة ولا يمكننا تجاهل إلتزاماتنا المشتركة.

من أين تأتى هذه المسئوليات العديدة ؟ ماهو مصدرها ؟ كيف يمكن تبريرها ؟

إن الاجابة الجزئية على هذه التساؤلات سوف تخرجنا بعيداً عن مجالنا - ربما يكفى أن نقول أن مسئولياتنا المشتركة تنشأ عن طبيعة الصحة والرعاية الصحية - لأن الصحة على المستوى الخاص والعام هى ثروة جيدة. والرعاية الصحية لها خصائص تتطلب المشاركة بين الخاص والعام حتى يمكن تقديمها بتماسك وكفاءة وتأخذ فى الإعتبار الفوائد والأهداف الشخصية والجماعية.

وبعد هذه الملاحظات التمهيدية من الممكن الآن أن نركز على وجه التحديد على المسئوليات المهنية والمؤسسية وأختار منها هذه المسئوليات الست:-

١ - إرساء الأسس Laying the Foundations

٢ - تيسير إمكانية الوصول للخدمات Managing Accessibility

٣ - تمكين المنتفعين (المستهلكين) Empowering Consumers

٤ - تصميم النظام وحوافزه Designing the System and its Incentives

٥ - مراقبة أداء النظام Monitoring System Performance

٦ - ممارسة الحكمة وحسن التمييز Exercising Fudiciality

١- إرساء الأسس

تتركز المسئولية بوضوح فى القطاع المهنى وقطاع المؤسسات على إرساء الأساس الضرورى للجودة فى الرعاية الصحية. وتتضمن مكونات هذا الاساس:-

أ - قاعدة من المعرفة Knowledge Base

ب- إنتشار المعرفة The Propagation of Knowledge

جـ- توفير الموارد المادية والبشرية The Provision of Material and Human Resources

أ- خلق قاعدة من المعرفة: Creating the Knowledge Base

ليس من الممكن الحصول على الجودة فى الرعاية الصحية إلا بعد معرفة كيفية الحصول على هذه الجودة. هذا يعنى أن الحصول على الجودة لايكون ممكناً بدون أن يكون لدينا العلم والتكنولوجيا الضروريين والمرتبطين بالجودة المتاحة، وبالطبع أن يكون القطاع المهنى وقطاع المؤسسات يضطلعان

بإخلاص بهذه المسئولية ويحشدان جهودهما بشكل مستمر للنهوض بعلم الرعاية الصحية، ولكن قد نحتاج إلى تغيير فى إتجاه هذا المجهود أو على الأقل إحداث بعض التحول فى مساره الرئيسى. وفيما يلى بعض هذه التغيرات الضرورية فى الإتجاهات. مع أن الإسهامات فى إطالة العمر مهمة إلا إنها إختيار غير كاف. إن إختيارات المفعول "Efficacy" لابد وأن تستخدم تعريفاً موسعاً عن النتائج. عند البت فى موضوع الفعالية لابد من الغوص بعمق إلى أجزاء المركب فى حالة الوظائف التى تتكون منها "نوعية الحياة". إن هذه الاختبارات لابد وأن تأخذ فى الإعتبار ليس فقط النتائج الحالية ولكن بالأحرى أيضاً التأثيرات على المدى الطويل. ربما على مدى حياة المريض كلها. ومن الضرورى إستكمال إختبارات المفعول "Efficacy" التى هى تحت الظروف المثالية بالإختبارات تحت الظروف الأقل مثالية والموجودة فى حياتنا اليومية وهى إختبارات كفاءة "Effectiveness" بيد أنه فى ظل ظروف الحياة اليومية هذه يتم تطبيق الجودة.

وعلاوة على ذلك فإنه لم يعد يكفى دراسة النتائج المرتبطة بالصحة فقط، إن التكلفة أصبحت موضوعاً هاماً يوماً بعد يوم بل وحتى موضوعاً حرجاً فنحن نحتاج الى وسائل الرعاية التى تحسن الصحة ولكن بتكلفة أقل. ومن المهم ان نعرف لكل وسيلة كم من المال يتعين إنفاقه من أجل الحصول على أى الانواع والكميات من المزايا للصحة. ولابد من إيجاد التوازن مابين التكاليف والمزايا حتى يمكن إتخاذ القرارات الحكيمة بناءاً على المعرفة بدلاً من الإنفعال او التخمين.

باختصار هناك إحتياج لعلم جديد للرعاية الصحية : علم أقل فى التبذير والإسراف وأكثر إقتصاداً وتدبيراً.

إن علم الرعاية الصحية ليس قاصراً فقط على مايسمى بالمكون التقنى "Technical Component" ، نفس الحاجة الملحة نحتاجها لتطوير

علم يمكننا من الإدارة الأكثر فعالية فى التعاون المتبادل بين المريض والممارس. وليس هناك مايبرر ترك المهارة فى توظيف هذه الأداة "Tool" والتى هى أداة أساسية جداً للرعاية الناجحة كى تتلاعب بها الخبرات والأهواء الخاصة كيفما اتفق.

لايزال هناك نوع آخر من العلم، نوع آخر من التكنولوجيا والتى بدونهما لايمكننا الإدراك الكامل للجودة فى الرعاية الصحية ألا وهو علم وتكنولوجيا تخطيط وإدارة الخدمات الصحية بما يحتويه ذلك من علم وتكنولوجيا مراقبة الجودة. نحتاج إلى ألا نستسلم إلى مدى تخلف هذه المجموعة من العلوم. حقيقة أن أنصار العلوم الأكثر ترسخاً وصلابة يقللون من قيمة أصحاب المزاعم وأدعياء العلم بما فى ذلك تحقيرهم لموضوع إدارة عملية العلاقات بين الأشخاص غير أنه مالم تتقوى هذه العلوم القاصرة فسوف نستمر فى ممارسة رعاية صحية باهظة التكاليف وغير فعالة.

وكخطوة أولية صوب التقدم نحو علم أكثر تكاملاً للرعاية الصحية نحتاج أن نتفهم أكثر توزيع الجودة فى نظامنا للرعاية الصحية ولدى الناس الذين تخدمهم وهكذا يتم التعرف على العوامل المرتبطة بالدرجات المختلفة للجودة.

هناك "علم أوبئة الجودة" Epidemiology of Quality تماماً مثلما أن هناك "علم أوبئة الصحة أو المرض" Epidemiology of Health or of Illness .

وعلم الأوبئة هذا له نفس المقدرة على إنشاء الإفتراضات السببية "Causal Hypothesis"القابلة للإختبار، بالمثل نحن نحتاج أن نطور نظرية مراقبة الجودة "A Theory of Quality Monitoring"بحيث تقودنا إلى العلم والتكنولوجيا المناسبين لهذه المساعى.

إنه لمن الخطأ إعتبار هذه المقترحات مجرد تفكير بعيد المنال. إننا نحتاج إلى مجرد قرار للمضى قدماً للأمام.

ب - إنتشار المعرفة "The Propagation of Knowledge"

المسئولية الثانية تحت العنوان العام للأسس هى بالطبع إنتشار المعرفة. يتفق الكثيرون على أن التعليم والتدريب المهنى الأساسى هو حجر الزاوية لضمان الجودة فى الرعاية الصحية. ربما ليس هناك عاملاً آخر له نفس الأهمية. ولكن يحتاج التعليم والتدريب إلى تجديد ومراجعة مستمرتين. لابد من نقل العلم والتكنولوجيا الحديثة وتحديث المعرفة القديمة وإلغاء التكنولوجيا التى تقادم عهدها. ولابد من وجود الضوابط المشددة على الإستخدام المبكر للتكنولوجيا قبل التأكد من إختيارها.

وإرتباطاً بموضوعنا الحالى فإن إنتشار عدم الإلمام بمبادئ وأساليب مراقبة الجودة يؤدى إلى إعاقتها. وبالتالى يتولد الشك والتعارض الذى عادة مايكون غير مؤثر وقد يكون أحياناً حاد التأثير. إن العلاج الفعال هو تعريف كل ممارس للرعاية الصحية بفلسفة مراقبة الجودة ومبادئها وأساليبها مبكراً جداً أثناء تعليمهم المهنى. وينبغى أن يتعزز هذا التعليم ويتعمق فى كل خطوة تالية أثناء تقدمهم نحو الممارسة المهنية الكاملة.

إن إستمرار الإرتباط الشخصى هو أمر حيوى لتقدم مراقبة الجودة مثل ما هو فى الممارسة الإكلينيكية (العملية). والخطوات فى التقدم ربما تكون متشابهة. أولاً: كنظرية ثم الممارسة فى ظروف تحت التكيف والملاحظة. وأخيراً المشاركة فى الممارسة الفعلية. هذا النوع الأساسى من التعرض والمشاركة يتسم بالأهمية خاصة لمكونات المراقبة التى تعتمد على مبادئ ووسائل إنتشارية إحصائية كشئ متميز عن الوسائل الإكلينيكية المألوفة أكثر فى مراجعة الحالات.

ومع مضى الوقت سيصبح من المعتاد أن أى رعاية إكلينيكية تقدم لابد من الحصول على تغذية مرجعية من المعلومات عن الأداء ليس فقط فيما يتعلق بالمرضى كلا على حدة ولكن يؤخذ فى الإعتبار أيضاً مجموعات

المرضى والمجتمعات.

هذا الجزء عن إنتشار المعرفة "Propagation of Knowledge" لايكتمل بدون الإشارة إلى العلاقة الهامة مابين تقييم التكنولوجيا وتقييم الجودة.

إن معطيات تقييم التكنولوجيا تحتاج إلى إدماج سريع فى المعايير التى يسترشد بها فى "تقييمات الجودة" وفى نفس الوقت أثناء نشاط "تقييم الجودة" يمكن ملاحظة ظاهرة من الممكن أن تحث على إجراء فحوصات أكثر تدقيقاً بواسطة الجهاز الأكثر ترسخاً لتقييم التكنولوجيا.

وسوف أتناول فيما بعد موضوع إنتشار المعرفة للمنتفعين من الخدمة.

جـ -توفير الموارد المادية والبشرية "Providing Material and Human Resources"

العنصر الثالث لإرساء الأساس لضمان الجودة هو توفير الموارد المادية والبشرية الضرورية لممارسة الرعاية الجيدة. إنه لمن المهم بالطبع أن يكون لدينا الموارد الكافية ذات النوعية الجيدة خاصة عند النظر إلى كفاءة الأشخاص العاملين فى الرعاية الصحية.

ومن الجدير بالذكر أن تقديم أو منع الموارد (إلى درجة التحكم أو التلاعب فيها) هو فى حد ذاته وسيلة لتنظيم كمية ونوعية الرعاية. هذا لأن سهولة الوصول إلى الرعاية هو مكون للجودة وشرط أساسى لها على حد سواء.

هذه الأفكار تقودنا إلى المسئولية الثانية الكبيرة التى تقع على عاتق المهنيين والمؤسسات ألا وهى تيسير إمكانية الوصول للخدمة بالنسبة للكفاية والملاءمة.

٢ - تيسير إمكانية الوصول
Managing Accessibility

إن الحواجز بالنسبة لتيسير الوصول للخدمة نوعين:

جغرافية أو مرتبطة بالمكان **وإجتماعية تنظيمية** ونحن نحتاج إلى مواجهة الإثنين معاً للحصول على الكفاية الكمية. ولكن هذا ليس بكاف إذ لابد وأن يكون الهدف هو تحقيق المساواة فى الوصول إلى جودة متساوية ولابد من تعريف الجودة لتشمل معنى أكثر إتساعاً حيث تحتوى ليس فقط على المكونات التقنية "Technical" للرعاية ولكن على الجوانب غير التقنية أيضاً وهذه الأخيرة هى التى غالباً ما تُكون الخصائص المميزة للرعاية المتاحة للشرائح المختلفة من السكان مثل: الملاءمة - الراحة - الخصوصية - التحضر - والفرصة للتفاعل المتمهل مع ممارس الرعاية الصحية على قدم من المساواة الودية.

وهناك فرصة لتيسير إمكانية الوصول للرعاية لكى يمكن الحصول على كفاءة فى التوزيع والمساواة بصورة افضل.

من الذى يحصل على الرعاية ؟ ومامدى حصوله عليها ؟ ومن أى الأنواع تكون الرعاية ؟ هذه كلها عوامل تقرر مدى إستخدام الموارد بحكمة والى أين تقود .

٣ - تمكين المنتفعين (المستهلكين)
Empowering Consumers

إن تمكين المنتفعين وضعت كمسئولية ثالثة لأن الذين يقدمون الرعاية لايمكنهم النجاح بمفردهم ولاينبغى لهم أن يحاولوا ذلك.

وعلى كلٍ فإن الهدف هو خدمة المنتفعين. فلذلك من الحكمة أن يذكر المنتفعون ماالذى يريدونه، ويشاركون فى تحقيق مايريدون، ومن الممكن أن يحدث هذا بطرق عديدة :

- فى المجال غير التقنى للرعاية "Non Technical". إن رغبات وإنتظارات المنتفعين تحدد المعايير عامة. وفى المجال التقنى للرعاية يكون المنتفعون أقل معرفة بكثير ولكنهم يستطيعون أن يقولوا ماهو نوع النتائج الذى يقدرونه أكثر من غيره وهكذا يوجهون الرعاية نحو أهدافهم المرغوبة.
- إن المنتفعين يمكنهم أيضاً أن يشاركوا فى إرساء الجودة عن طريق المساهمة. فإن مقدمى الخدمة قد يعطون الجودة ولكن ما يقوم المرضى بتنفيذه قد يكون أقل كثيراً من هذه الجودة.
- من الممكن أيضاً أن يعمل المنتفعون كمنظمين أقوياء للجودة مستخدمين لتحقيق أهدافهم واحداً من أسلوبين للتصرف أو كليهما سوف أُطلق عليهما الإختيار "Choice" والصوت "Voice" مستفيداً من صياغة إقترحها هيرشمان.

من الواضح أن المنتفعين لديهم القدرة على إختيار أحد مصادر الرعاية دون غيره. بل ينبغى أيضاً أن تعطى لهم بدائل لإختيار نوع الرعاية التى تمنح أفضل الإحتمالات لتحقيق نتائج ذات قيمة عظيمة بالنسبة لهم.

فى الماضى كان ممارسو الرعاية الصحية يتباهون لتصرفهم بطريقة أبوية لما فيه أفضل الفوائد بالنسبة لمرضاهم.

ولذا كان "القبول الواعى" Informed Consent خطوة نحو إستقلال أكبر للمريض. ولكنه يمكن أن يفشل لو لم يكن الممارس يقف بجانبه وحتى لايسمح له بإتخاذ قرارات قد تسبب كارثة. ربما يكون "القبول التعاونى" هو الأسلوب المناسب لتفاعل المرضى والممارسين فى إتخاذ قرارتهم. وينبغى أن يكون الهدف هو إرساء تعاون فعال للوصول إلى أفضل حل بالنسبة لكل شخص.

وهكذا الإختيار"Choice" يعمل كمعرف، منتج ومنظم للجودة بالإضافة إلى أنه شئ ذو قيمة إلى جانب أيضاً المساهمة فى العلاقة الأكثر إيجابية بين المريض والممارس. أما الصوت "Voice" هو النظير المتمم للإختيار "Choice" لأن صوت المنتفع لابد وأن يكون مسموعاً، ليس فقط فى العلاقات التبادلية بين المريض والممارس ولكن أيضا فى عمل مراقبة الجودة.

كخطوة أولى: إن أجهزة مراقبة الجودة لابد وأن تكون سريعة فى تلقى الشكاوى والمقترحات التطوعية للمنتفعين.

وكخطوة ثانية: لابد من عمل الترتيبات للتيسير على المنتفعين حتى يقدموا الشكاوى ويقترحوا الآراء عن كيفية تحسين الرعاية.

ثم كخطوة ثالثة: إن أجهزة مراقبة الجودة لابد وأن تبحث بإيجابية ونشاط عن الشكاوى، الآراء، المقترحات .. إلخ. فإن جهاز المراقبة يتقدم فى مجهوده لإشراك المنتفعين من التلقى، للتيسير وإلى الحث الفعال. ولكن كل هذه الخطوات التمهيدية لن يحالفها النجاح مالم يعرف المنتفعون أن كل مايقدمونه من المعلومات يتم تدوينه، ويؤخذ فى الإعتبار وإن كان مناسباً فسيتم التصرف فيه. ولهذا فإنه من الضرورى أن نعبر عن الشكر لكل الشكاوى والمقترحات ونبلغ عن مدى إستجابة المؤسسة لها.

وهكذا فإن صوت المنتفع يُسمع أثناء العلاقة التبادلية بين المريض والممارس وفى أنشطة جهاز مراقبة الجودة، وهو أيضاً يُسمع فى الميدان الإجتماعى.

وفى كل هذه الأماكن فإن الصوت يمكن أن يحث على الجودة أو يكون ضاراً بها.

إن بعض الإختيارات التى يأخذها المنتفعون ربما تكون ضارة لهم وأخرى قد تكون ضارة بالمجتمع . وكنتيجة لهذا فإن المؤسسات والمهنيين هم المسئولون عن تعليم المنتفعين وتقديم المعلومات المطلوبة لأجل إختيارات خاصة وعامة متعقلة وحكيمة. وقد يكون من الضرورى أحياناً "إدارة الإختيار" بحيث يُسمح ببعض الإختيارات دون الأخرى بغية الحصول على أفضل توازن بين الرفاهية الفردية والجماعية.

٤ - تصميم النظام وحوافزه
Designing the System and its Incentives

لا تزال هناك مسئولية أخرى لابد وأن تتحملها المؤسسات ويتحملها المهنيون ألا وهى تصميم نظام الرعاية الصحية بحيث يشمل الحوافز التى تشجع على جودة الأداء ويثنى عما هو غير ذلك. إن الحوافز من الممكن أن تؤثر إلى الأحسن أو إلى الأسوأ على تصرف ممارس الرعاية الصحية، ومديرى المؤسسات والمنتفعين.

هذه الحوافز قد تكون مادية أو مهنية أو رمزية. مثلاً كيف يدفع المنتفعون للحصول على الرعاية وكيف يتم تعويض المؤسسات والمهنيين هى ملامح تصميم النظام الذى يؤثر على تصرف كل منهم بعمق. وعلى أى حال لاينبغى لنا الوقوع فى شرك الإعتقاد بأن المال فقط هو أهم الحوافز، هناك

أشكال أخرى لتمييز التصرف الجديد بالمكافأة أو التقدير. ومن الممكن أن يحفز الأشخاص بمنتهى القوة، بعض هذا التقدير قد يكون مهنياً او رمزياً.

وكما ذكرت مسبقاً، حقاً إنه لايزال أمامنا الكثير قبل أن يكون لدينا علم قوى يرشدنا إلى تصميم النظام. ولكننا قد عرفنا الكثير أو يجب أن نضعه موضع الإستخدام الجيد لتشجيع التصرفات المؤيدة للجودة.

من الصعب أن نقول إلى أى مدى يحتمل أن ننجح ومع هذا من الممكن أن نقترح المبادئ الأربعة للفعالية على الأقل حتى نناقشها:

المبدأ الأول: وربما الأهم هو "**المواءمـــة**" "Congruence":

والذى يعنى أن التصرفات التى يحفزها أو يحث عليها عن طريق تصميم النظام لا ينبغى أن تكون متعارضة مع التصرفات المعترف بها على أنها تستحق التقدير والشكر من قبل جهاز مراقبة الجودة. أنا أجازف بالقول إنه مادام يتم مكافأة الجراحين بسخاء لأجل إجراء عمليات جراحية غير ضرورية، فليس هنا أى قدر من اللوم أو التحذيرات بواسطة جهاز مراقبة الجودة من الممكن أن يتحكم فى الممارسة.

المبدأ الثانى: هو "**الترابـــط**" "Linkage":

والذى يعنى رؤية مكونات الرعاية الصحية كنظام لأجزاء مترابطة وهكذا فإن الإخفاق فى أحد هذه الأجزاء يؤثر على أداء الأجزاء الأخرى ثم كنتيجة لذلك بالنسبة لأداء النظام ككل - كمثال ترابط أشكال وأوجه الرعاية كل على الآخر فى المستشفى، العيادة، المنزل، ودار الحضانة.

المبدأ الثالث: هو "**الإتســـاق**" "Consistency":

والذى يعنى أن يكون التصرف الذى يجدر تشجيعه متسقاً مع القيم المهنية المتأصلة فى الأعماق، التقاليد، والمعتقدات بالنسبة لما تعنيه الجودة وماهى أنواع التصرفات التى تستحق الشكر والتقدير أو التى لاتستحق.

المبدأ الرابع: هو "**المثابـــرة**" "Persistence" :

ويعنى ببساطة أنه مهما كانت الحوافز فإنه ينبغى أن تكون ثابتة، راسخة ومستمرة وهكذا تكون مظاهرها أمراً محققاً يمكن التكهن به بدلاً مما يبدو أنه أحداث عشوائية لايمكن التكهن بها.

٥ - مراقبة أداء النظام
Monitoring System Performance

إن مراقبة الأداء هى رفيق ضرورى لتصميم النظام. والأخير يضع حدوداً متشددة للأداء هو مماثل للضبط غير الحساس للميكروسكوب. فالمراقبة تقوم بدور الضبط الحساس وتكشف مدى تشكيل التصرف بنجاح بواسطة تصميم النظام.

هى تبلغنا كيف يعمل النظام فى المتوسط ومامدى ماتصادف من تغير فى الأداء. المراقبة تقف كأعين وأذان النظام - بدونها لانستطيع أن نعرف ما إذا كنا على الطريق الصحيح أو أننا نسير بغير هدى.

إن المراقبة تعنى أكثر من مجرد وجود نظام للمعلومات. إنها تتضمن التعديلات التى تقود إليها المعلومات أو بمعنى آخر الضبط الدقيق للنظام المبنى على المعلومات عن أداء هذا النظام.

ومسئولية المراقبة تعتبر مهنية فى ناحية منها، وهى جزء من مسئولية المؤسسة من ناحية أخرى.

المهنيون مسئولون عن أن يكونوا على مستوى تعهداتهم بالنسبة للجودة وأن ينشغلوا بالفحص الذاتى والإصلاح المستمر وأن يظلوا متفتحين دائماً للأولويات المعقولة الصحيحة للمؤسسة.

إن الكوادر الادارية للمؤسسة ينبغى أيضاً أن تلتزم بالجودة ومن الأساس أن المديرين والمهنيين (والمنتفعين أيضاً) يتفقون على مفهوم الجودة. هذا هو مبدأ الإتساق الذى وصفته وبدونه سوف تعمل الإدارة ويعمل الممارسون بأهداف متعارضة تؤدى إلى إلحاق الضرر بالجميع.

إن مديرى المؤسسات لهم دور مستقل فى تجميع وتفسير المعلومات ولكن أكثر مساهماتهم تقع فى مساعدة الآخرين على إتمام عملية المراقبة. بعض هذه المراقبة تكون بواسطة مهنيى الرعاية الصحية، وبعضها بالعاملين الآخرين والبعض الآخر بالمنتفعين.

والمديرون مسئولون أيضاً عن تقييم مساندة المؤسسة لجهاز المراقبة. هذا النوع فقط من التعاون وإمكانية التبادل هو الذى يمكن من تحقيق النجاح.

٦ - ممارسة الحكمة وحسن التمييز (أو التقدير)

Exercising Fudiciality

آخر مسئولية تذكر فى هذه المقالة هى الحكمة وحسن التمييز أو التقدير "Fudiciality" بمعنى تصرف شخص من أجل تحقيق أفضل المصالح لشخص آخر.

إن ممارسة الحكمة وحسن التقدير أصبحت وظيفة ضرورية فى الرعاية الصحية لأن تقديم المعرفة للمرضى يعتبر أمراً غير فعال، فى مجال أنواع الرعاية التى تحقق أفضل مصلحة لهم.

هم يحتاجون إلى صديق ليقودهم .. صديق تقليدى هو طبيبهم ولكن طبيب المريض لابد له من أن يخلق التوازن بين مسئوليته أن يتصرف

لصالح مريض وبين مسئولية المريض فى أن يتصرف لأجل نفسه.

هناك توازن مماثل بالنسبة لمسئولية مدير المؤسسة وهو أن يخدم مصالح المؤسسة والمصالح الجماعية، مع الإحتياج للمحافظة على السيطرة الشخصية المهنية والإستقلالية. هناك توازن دقيق مابين الإمتيازات، الواجبات والمسئوليات التى تخدم الرفاهية العامة بأفضل الطرق.

وأيضاً فى تقديم الرعاية الإكلينيكية توازن مماثل مابين رفاهية وسعادة الفرد والمصلحة العامة. لحسن الحظ هما هدفان متطابقان فى معظم الوقت ويتم خدمتهما على نحو متبادل. ولكن من الممكن أن يتعارضا خاصة حين تقوم الحكومة بتمويل الرعاية الصحية ويطلب الأفراد مايعتبره المسئولون عن المال العام أنه رعاية زائدة. إن الجيد بالنسبة للأشخاص والعامة قد يختلف أيضاً عندما يكون تقبل الرعاية أو عدم تقبلها بالنسبة للأفراد له أيضاً مزايا أو مضار للآخرين فى المجتمع. عندما تظهر مثل هذه التناقضات فإنه يكون للمهنيين دوراً صعباً لإنجازه فى تسوية الخلافات حيث أنهم يحاولون أن يوحدوا التوازن بين ماهو جيد بالنسبة للفرد وماهو جيد بالنسبة للمجتمع.

أود أن أقول إنه ليس عندى مع الأسف أى إجابة واضحة عن كيفية إيجاد مثل هذا التوازن .. أستطيع فقط أن أقترح إن المصلحة العامة يمكن أن تعرف على المستوى الجماعى ويتم متابعتها من خلال ماأسميته "تيسير إمكانية الوصول" والإختيار المنظم.

وفى نطاق الحدود الموضوعة بواسطة هذه القيود المفروضة جماعياً فإنه يكون متوقعاً من كل ممارس أن يفعل أقصى المتاح والممكن لأجل كل مريض على حدة.

ولكن هناك المزيد ، أعتقد أن ممارسى الرعاية الصحية هم مسئولون على المستوى الفردى والجماعى أن يجعلوا مرضاهم وكذلك الرأى العام يتفهمون طبيعة القيود التى تقدم فى نطاقها الرعاية. ليس هذا باعث للخلاف ولكنه مجرد تحضير لمواطن أكثر تحملاً للمسئولية.

الإستنتاجات:

ليس هناك أى إستنتاجات شاملة. فى هذه المقالة حاولت أن أبين إلى أى مدى تترابط المسئوليات العديدة للمهنيين والمؤسسات والمنتفعين كل له دوره ليقوم به وكل يستطيع أن يساعد الآخر على القيام بدوره.

لو أن الجودة للجميع .. فالجميع ينبغى أن يكونوا للجودة.

المؤتمر القومى الأول
لجودة الرعاية الصحية

وقـائـع المـؤتمـر

٢٦ - ٢٨ سبتـمبر ١٩٩٥
القـاهرة

وزارة الصحة
مشروع تطوير المستشفيات
COST RECOVERY FOR HEALTH PROJECT
CRHP
USAID PROJECT No. : 263-0170

ESQua
THE EGYPTIAN SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE
الجمعية المصرية لجودة الرعاية الصحية

Q.A.
THE QUALITY ASSURANCE PROJECT
APPLIED RESEARCH IN CHILD SURVIVAL SERVICES

USAID

المستفيدون من الخدمة الصحية ودورهم فى الإرتقاء بجودتها

محاضـــــرة للدكتور افيدس دونابيديان

قدمت فى المؤتمر الدولى الحادى عشر لضمان الجوده

مدينة البندقية - إيطاليا - ٢٨ مايو ١٩٩٤

السادة الزملاء والإصدقاء

يشرفنى ويسرنى أن اتحدث إليكم فى نهاية هذا المؤتمر الذى كان لكل منا غذاءً للعقل وينبوعاً للإبتهاج ... نتقابل كأصدقاء لنجدد الروابط القديمة ونرسخ أخرى جديدة.

لقد طلب منى فى ختام سلسلة جلساتنا - التى سادها جو من البهجة - أن أقدم بعض الأفكار عن دور المستفيدين من الخدمة الصحية فى الإرتقاء بجودتها، وتحقيقاً لذلك ، فإنه يتعين تحديد المستفيدين والمهام التى يضطلع بها كل منهم:-

١- **معرفون لمعنى الجودة** (Definers)
بمعنى أنهم يحددون مفهوم الجودة ومواصفاتها.

٢- **مقيمون للجودة** (Evaluators)
أى مسئولون عن تقييم جودة الخدمة الصحية.

٣- **ناقلو المعلومات عن الجودة** (Informants)
وبالتالى فهم مصدر للمعلومات المرتبطة بجودة الخدمة كمتحدثين عن الجودة.

٤- **مشاركون فى تقديم الخدمة الصحية** (Coproducers)
بمعنى أنهم مشتركون جنباً إلى جنب مع مقدمى الخدمة.

٥ - **مستَهدَفون من ضمان الجودة** (Targets)
أى أنهم أنفسهم هدف لضمان جودة الخدمة.

٦- **مراقبون لسلوك مقدم الخدمة** (Controllers)
وبالتالى فهم المتحكمون فى الطريقة التى تؤدى بها الخدمة.

٧- **مصلحون للخدمة الصحية** (Reformers)
أى مسئولون عن إصلاح أى إنحراف عن المسار المطلوب فى أسلوب تقديم الخدمة.

واكـــــرر

معرّفون، مقيمون، ناقلو المعلومات، مشاركون، مستَهدَفون، مراقبون ومصلحون

سبعة أدوار أو بالأحرى سبعة أوجه لدور واحد تتداخل بصورة تلقائية ، ولسوف أتحدث بإيجاز عن كل من هذه الادوار.

١ - المستفيدون كمعرّفين لمعنى الجودة (Definers)

بالنظر إلى الرعاية الصحية يتضح أنها ذات شقين:

أ - **العناية التقنية** (Technical Care)

ب - **اسلوب العلاقات والتعامل بين الاشخاص** (Interpersonal Process)

ومن الواضح أنه فيما يتعلق بالشق الثانى فإن رغبات وتوقعات المستفيدين من الخدمة هى التى تلعب الدور الفاصل فيما يمكن إعتباره ملائماً ومقبولاً عند تعريفهم لمعنى الجودة .

أما بالنسبة للعناية التقنية فإن مايعرفه المستفيدون فى هذا المجال قد يكون محدوداً مع أنهم يمكنهم التعلم ليستطيعوا أن يفرقوا بين الجيد

والردئ، خاصة إذا كانت لديهم خبرات وتجارب مشابهة سابقة، وبشكل اكثر تحديداً ... بما أن الحكم على جودة الرعاية الصحية يبنى أساساً على نتيجتها أو تأثيرها على الصحة والرفاهية، فإنه بالتالى لو تم تزويد المستفيدين بكل المعلومات الدقيقة المطلوبة، فإنهم لابد وأن يساهموا فى تحديد ماهو الأفضل بالنسبة إليهم ... وبعبارة أخرى فإن الهدف من الخدمة الصحية لابد وأن يوضع بالتعاون بين مقدمى الخدمة والمستفيدين منها، وعن طريق المشاركة فى الإختيار يمكن للمستفيدين أن يساهموا فعلياً فى تعريف العوامل التى تحدد الجودة.

٢ - المستفيدون كمقيمون للجودة (Evaluators)

عندما يقوم المستفيدون بتقييم جودة الخدمة الصحية يكون ذلك بالتعبير عن رضائهم أو عدم رضائهم عن جزء معين من الخدمة أو عن الخدمة الصحية ككل .. إن المستفيدين من الخدمة يمكنهم أن يساهموا فى نجاحها بإظهار رضائهم عنها. إن رضاء المستفيدين يعتبر فى حد ذاته هدفاً وكذلك نتيجة مطلوبة للخدمة الصحية.

٣ - المستفيدون كناقلى المعلومات عن الجودة (Informants)

بالإضافة إلى أن المستفيدين يحكمون بأنفسهم على الخدمة الصحية بالتعبير عن رضائهم أو عدم رضائهم، فإنه يمكنهم أن يقدموا المعلومات عن خبرتهم خلال هذه الخدمة وعن نتائجها .. علماً بأن هذه المعلومات قد يصعب الحصول عليها بطريق آخر للوصول إلى تقييم أكثر شمولاً عن جودة الخدمة الصحية. وجدير بالذكر أن المعلومات ذات الفائدة الكبرى هى التى يمكن الحصول عليها أثناء عملية تقديم الخدمة ذاتها، وكلما أمكن سؤال المريض أكثر عن رأيه كلما تيسر عليه الملاحظة والتذكر والفهم.

٤ - **المستفيدون كمشاركين فى تقديم الخدمة الصحية** (Coproducers)

لاينبغى أن نعتقد أن الرعاية الصحية هى شئ يقدمه المتخصصون ويتلقاه المستفيدون ولكنها نتيجة لمشاركة إيجابية فعالة بين المرضى ومقدمى الخدمة. وفى الغالب فإن جودة الرعاية الصحية تعتمد على:

أ - **مشاركة المريض بنقل المعلومات للطبيب حتى يتمكن الطبيب من إتخاذ القرار الصحيح.**

ب - **أيضاً مشاركة المريض بتنفيذه لنظام العلاج الموصوف.**

٥ - **المستفيدون كمستَهدَفين من ضمان الجودة** (Targets)

إذا كان المستفيدون مشاركين فى تقديم الرعاية الصحية فينبغى أن تركز أنشطة ضمان الجودة على أسلوب أداء المستفيدين ودوافعهم وما الذى يمكن عمله لتحسين أدائهم ومشاركتهم ؟

إن تسجيل نوايا وأفعال مقدمى الخدمة يعطى صورة جزئية عن عملية الرعاية الصحية وإمكانية تحسينها. لذلك فإن الإستراتيجيات التى توضع لتحسين سلوك المستفيدين تتساوى فى أهميتها مع تلك التى توضع لتحسين أداء مقدمى الخدمة.

٦ - **المستفيدون كمراقبين لسلوك مقدم الخدمة** (Controllers)

عن طريق هذا الدور يشترك المستفيدون ليس فقط كمستَهدَفين ولكن أيضاً كوسائل وأدوات لضمان الجودة.

إن محاولة الحد من النفقات تضع بعض المسئوليات على كاهل المستفيدين من الخدمة، ومثالاً لذلك مساهمة المستفيدين فى تكاليف الخدمات حتى يكون لهم دور فى تقييد رغبة مقدمى الخدمة إلى تقديم خدمات أكثر حتى

ولو كانت هذه الخدمات غير مطلوبة. وفى حالات أخرى ترسل مطالبات الدفع إلى المستفيدين للمراجعة وذلك للموافقة أو الأعتراض عليها، وبهذا الأسلوب يكتسب المستفيدون دور المراجع أو المراقب بالنيابة عن الجهات الممولة. وبصفة عامة فإن المريض الذى يتم تزويده بالمعلومات الصحيحة يساهم بفعالية فى إتخاذ قرارات الرعاية الصحية ويمكن أن يكون له تأثير عميق على تصرفات مقدمى الخدمة.

٧ - المستفيدون كمصلحين للخدمة الصحية (Reformers)

يمكن للمستفيدين من الخدمة أن يلعبوا دوراً هاماً فى إصلاح الرعاية الصحية وذلك بأربعة طرق:

١ - **المشاركة المباشرة**

٢ - **الدعم الإدارى**

٣ - **تأثير قوى السوق**

٤ - **دور المؤثرات الإجتماعية**

وإسمحوا لى أن اتحدث قليلاً عن كل من هذه الطرق ..

سبق لى أن حددت كيف يمكن للمريض أن يؤثر على سلوك مقدم الخدمة من خلال المشاركة المباشرة والفعالة فى عملية الرعاية الصحية.
ويمكن تقوية الدور الإصلاحى للمستفيدين من الخدمة عن طريق المساندة والدعم الإدارى وذلك بتشجيعهم على تقديم المقترحات، بل وأكثر من هذا بمحاولة التعرف على هذه المقترحات والأراء بشكل فعال من خلال عمليات المسح المنظمة، ولا تكون هذه الأنشطة فعالة إلا إذا تأكد المستفيدون من الخدمة عملياً من أن مقترحاتهم وآراءهم سوف توضع فى الإعتبار ويستفاد

منها لتحسين الرعاية الصحية. ولهذا فإن الإداريين ومقدمى الخدمة لابد وأن يعربوا عن شكرهم وتقديرهم لهذه المقترحات والآراء التى يتلقونها ويقوموا بتوضيح مايمكن ومالايمكن فعله كإستجابة لهذه المقترحات.

ومن الممكن أن تلعب قوى السوق دوراً هاماً فى إصلاح الرعاية الصحية. فلو توفرت المعلومات الدقيقة للمستفيدين من الخدمة لأمكنهم الإختيار من خلال بدائل الرعاية الصحية، بحيث يعتمد نجاح مقدمى الخدمة ومؤسسات الرعاية الصحية على هذا الإختيار، وإلا إعتبرت قوى السوق أداة فاشلة وغير حساسة. وينبغى للمستفيدين من الخدمة أن يتعرفوا على تأثير العوامل الإجتماعية والشعبية المختلفة كعنصر مكمل لإختيارهم القائم على أساس المعلومات فى حالة توفر مناخ الإقتصاد الحر، أو أن يلجأوا لهذه العوامل كبديل عند عدم إتاحة هذا الإختيار أو توافره بشكل محدود.

وبعد إلقاء الضوء على الأدوار المختلفة للمستفيدين من الخدمة إسمحوا لى أن أستعرض معكم المشاكل التى يتحتم مواجهتها وحلها وسوف أذكر ستة من هذه المشاكل :

١ - مشكلة التحول عن الهدف الرئيسى Goal Displacement

وأعنى بذلك أن مقدمى الرعاية الصحية قد يعطون قدراً كبيراً من الإهتمام لرضاء المريض على المدى القصير بينما تلقى رفاهية المريض على المدى الطويل إهتماماً أقل. يحدث هذا فى الغالب فى الحالات التى يكرس فيها مقدموا الخدمة كل جهودهم لجذب العملاء مركزين على الكماليات الأقل أهمية بهدف صرف الإنتباه عن أوجه الضعف فى مكونات الرعاية الأكثر أهمية.

٢ - **مشكله الصلاحيه** Validity

إن إصطلاح "الرضاء" أو "عدم الرضاء" عادة مايكون مثار تساؤل لأن المرضى قد لايقولون مايعتقدون به أو مايتفكرون فيه، خاصة لو تم سؤالهم بطريقة تنقصها المهارة وتحت ظروف غير ملائمة أو حين يكون لدى المرضى توقعات تفوق الواقع أو تقل عن الواقع، كما أن المعلومات الواقعية قد تكون ناقصة أو خاطئة خاصة عندما يتم الحصول عليها بعد فترة طويلة من الخبرة المكتسبة من تجربة الرعاية الصحية.

وكما سبق ... فإنه لا يزال هناك الكثير الذى يجب أن نتعلمه عن كيفية الحصول على هذه المعلومات بأفضل الطرق.

٣ - **مشكلة الأفضليات المتعارضة** Perverse Preferences

فى بعض الأحيان قد يكون لدى المريض أفضليات يعتقد مقدم الخدمة أنها تتعارض مع مصلحة المريض أو أن هذه الافضليات تناقض الإلتزامات الإجتماعية لمقدم الخدمة أو تتعارض مع إقتناعه الشخصى. فى مثل هذه الحالات لابد وأن يكون مقدم الخدمة قادراً على أن ينسحب من علاج الحالة بشرط أن يوجد البديل.

وفى حالات اخرى فإن المريض قد لايتمكن من إختيار آراءه والتعبير عن أفضلياته بحرية ولكنها تكون ناتجة عن الإحساس بعدم المساواة بينه وبين مقدم الخدمة بسبب الأوضاع الإجتماعية. فهل ينبغى لمثل هذه الآراء والأفضليات أن تتحكم فى الرعاية الصحية أم ينبغى على مقدم الخدمة أن يكون هو صاحب القرار بطريقة ما ؟ وكيف ؟؟

٤ - مشكلة التناقض الثقافى Cultural Dissonance

إن المساواة الإيجابية الفعالة فى المشاركة بين المريض ومقدم الخدمة يتناقض تماماً مع المعايير المترسخة بالمجتمع، حيث تتمثل هذه المعايير فى تفويض مقدم الخدمة كصاحب الكلمة الوحيد فى إتخاذ القرار بفرض انه سيتصرف بما فيه أفضل مصلحة للمريض .. كما أن هذا الأسلوب التقليدى فى التفويض تدعمه المفاهيم المترسخة بالمجتمع عن التمييز بين الطبقات وأسلوب السيطرة. ويتطلب تغيير هذا الأسلوب تغييراً كبيراً فى مفاهيم مقدمى الخدمة والمستفيدين منها وربما يستلزم تغييراً فى النظام الإجتماعى ككل.

٥ - مشكلة نوعية المعلومات Information

دائما مانواجه بنقص المعلومات وعدم إلمام مقدمى الخدمة بالكثير عن مخاطر وتكاليف ومزايا الإستراتيجيات البديلة للعلاج، وأحياناً يرجع ذلك إلى أن علومنا محدودة بينما يحدث ذلك فى أحيان أخرى بسبب عدم إطلاع مقدم الخدمة وعدم إلمامه بأحدث التطورات العلمية. وحتى فى حالة توفر المعلومات الكافية عن المخاطر والتكاليف والمزايا لدى مقدمى الخدمة فإنه لايتم إبلاغ المرضى بسهولة بهذه الأمور، خاصة عندما تكون العواقب غير مألوفة بالنسبة إليهم أو فى حالة عدم فهم المريض وتخوفه من العواقب.

إن المعلومات الشاملة ذات المصداقية والتى تعطى فى الوقت المناسب عن نوعية الرعاية المقدمة بواسطة مصادر الرعاية الصحية البديلة نادراً ماتكون متاحة كدليل للإختيار من بين هذه البدائل المتوفرة .. أما فى حالة توفر هذه المعلومات فقد يكون من الصعب على المستفيدين تفسيرها بأنفسهم بسبب وجود عوامل أو إعتبارات أخرى مبنية على معلومات خاطئة.

٦- **مشكلة عدم الإستجابة فى نظام الرعاية الصحية** Non responsiveness

وأخيراً تكمن أكبر العقبات التى تمنع المستفيدين بالخدمة من الوفاء بإلتزاماتهم كمساهمين فى الجودة فى نظام الرعاية الصحية نفسه .. إن هذه العقبات تنشأ كنتيجة لطريقة تدريب المتخصصين فى الرعاية الصحية وطريقة تكيفهم مع المجتمع وعن أسلوب تنظيمهم الإدارى ومن يشرف عليهم وعن كيفية هذا الإشراف. بل إن الأكثر أهمية هو أن هذه العقبات تنتج عن الثقافة السائدة فى مجال الرعاية الصحية نفسها ومن القيم التى تنشأ عنها هذه الثقافة. وحيث أن نظام الرعاية الصحية لايتكون فقط من مقدمى الخدمة وأن المستفيدين من الخدمة هم جزء لايتجزأ فى هذا النظام، فإنه فى حالة فشل هذا النظام فى الوصول إلى الجودة سيكون السبب هو أن المستفيدين من الخدمة لم يمارسوا حقوقهم ولم يتحملوا مسئولياتهم كاملة.

نحن نحتاج جميعاً إلى أن ندرك كل هذه الصعاب وغيرها من الصعاب الأخرى ولكن بدلاً من أن نشعر بالإحباط أو بدلاً من أن تعوقنا الصعاب لابد أن نعمل لكى نتغلب عليها. إن مايجب عمله يمكن إستنتاجه بسهولة مما ذكرته بالفعل .. ولا شك أننا نستطيع الآن، بعد هذه الإيضاحات أن نستنتج بسهولة مايتعين عمله، وهو إجراء يمكن أن أوجزه فى نقطة واحدة، تتمثل فى المسئولية المشتركة إذ يبدو لى أن المسئولية هى مسئولية كل شخص متخصص فى الرعاية الصحية على المستوى الفردى كما أنها مسئولية جميع المتخصصين فى الرعاية الصحية على المستوى الجماعى، ويتعين على مقدمى الخدمة أن يناصروا ويؤيدوا مرضاهم الحاليين والمتوقعين وبهذا الأسلوب سيتمكن جموع العاملين بالرعاية الصحية من خدمة المجتمع ككل بالأضافة إلى أنهم على المدى الطويل يخدمون إهتماماتهم الشخصية بأفضل الطرق والأساليب.

إن المجتمع الواعى والمتعاطف لهو أكبر حماية فعالة لإستقلالنا المهنى الحقيقى.

المؤتمر القومى الأول
لجودة الرعاية الصحية

وقـائـع المـؤتمـر

٢٦ - ٢٨ سبتـمبر ١٩٩٥
القـاهرة

وزارة الصحة
مشروع تطوير المستشفيات
COST RECOVERY FOR HEALTH PROJECT
RHP
USAID PROJECT No. : 263-0170

ESQua
THE EGYPTIAN SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE
الجمعية المصرية لجودة الرعاية الصحية

Q.A.
THE QUALITY ASSURANCE PROJECT
APPLIED RESEARCH IN CHILD SURVIVAL SERVICES

USAID

مقاييس الأداء من أجل تقييم جودة الرعاية
Performance Measures to Assess The Quality of Care

د. جانيت كوريجان
الباحث الرئيسى: مركز دراسة تغير النظام الصحى

معلومات اساسية :

فى خلال العشر سنوات الأخيرة كان هناك قدر كبير من الإهتمام فى الولايات المتحدة بإيجاد مقاييس يمكن الإعتماد عليها لتحقيق جودة الرعاية المقدمة من الأطباء والمستشفيات ومن خلال الخطط الصحية ويوجد العديد من المشروعات يجرى إعدادها لعمل مقارنات بين الجودة والنتائج التى يحققها مختلف مقدمى الرعاية.

وهناك سببان أساسيان لهذا الإهتمام بقياس الجودة وعمل المقارنات:-

السبب الأول وهو أن تكلفة الرعاية الصحية تتزايد بسرعة شديدة فى الولايات المتحدة كما هو الحال فى مصر والبلدان الأخرى. فقد طرأت تغييرات كثيرة على تقديم الرعاية الصحية ونظم التمويل والحد من التكلفة. فعلى سبيل المثال هناك كثير من الأفراد مشتركون الآن فى التأمين الصحى الذى تحصل عنه إشتراكات مالية والذى يوفر كل الخدمات الصحية التى قد يحتاج إليها الأفراد خلال العام القادم وذلك مقابل مبلغ من المال كان قد سبق تحديده.

وتعمل برامج التأمين الصحى فى إطار ميزانية محددة، ولابد لها أن تستغل مواردها المحدودة بحكمة من أجل توفير أفضل رعاية لكل

الأفراد المشتركين فى التأمين الصحى ولا يستطيع هؤلاء الأفراد المشتركون فى التأمين الصحى طلب خدمات من أى طبيب فى مجتمعهم ... ذلك أن التأمين الصحى وحده هو الذى يغطى خدماتهم المقدمة أو التى توافق عليها البرامج الصحية.

وتبقى البرامج الصحية على أية أموال متوفرة فى نهاية العام ، وهذه الأرباح يتم إقتسامها عادة بين أصحاب البرنامج الصحى والأطباء.. إن هذا النظام الجديد لتمويل الخدمة وتقديمها أدى إلى إثارة القلق من أن بعض البرامج الصحية قد لا توفر كل الخدمات الضرورية. وهناك محاولات يجرى القيام بها فى الوقت الحاضر لقياس إمكانية الوصول إلى الرعاية وقياس جودتها وذلك من أجل جعل هذه البرامج الصحية أكثر مسئولية مع إمكانية الإعتماد عليها.

السبب الثانى للإهتمام الحالى بقياس الجودة هو الإعتراف الواسع الإنتشار بوجود تفاوت كبير فى طريقة ممارسة الطب ونتائج ذلك بالنسبة للمرضى.

إن الدراسات التى قارنت النتائج بالنسبة للمرضى الذين يجرون جراحة فى مستشفيات مختلفة وفى ظروف معينة، على سبيل المثال جراحة ترقيع وتحويل الشريان التاجى.. قد وجدت أن معدل الوفيات فى بعض المستشفيات أعلى بكثير من مستشفيات أخرى. وفى بعض الحالات تبين أن المستشفيات ذات النتائج الأسوأ يكون المرضى الذين تعالجهم أشد علة، غير أنه فى المستشفيات الأخرى يرجع السبب فى إرتفاع معدل الوفيات إلى نقص المهارة فى أداء هذه العمليات. وقد حملت هذه الأنواع من الدراسات الكثيرين من المهنيين فى مجال الرعاية الصحية على إستنتاج أن هناك فرصاً عديدة لتحسين الرعاية الصحية وأنه بمقارنة المقاييس التى يمكن حسابها لعملية الرعاية الطبية ونتائجها يكون من الممكن تحديد "العلاج الصحى الأفضل" ومساعدة الأطباء والمستشفيات على تحسين

أدائهم لتحقيق "**المستوى المستهدف**" بما يمكن أن يعتبر عملية تطبيق لتجارب ناجحة فى أماكن أخرى (Benchmarking).

ومن المهم أن نفهم أن معظم الجهود الجارية فى الولايات المتحدة لقياس ومقارنة وتحسين الجودة - تبذل بصورة تطوعية وليس مفوض بها أو مطلوبة من الحكومة. إن هيئات الرعاية الصحية والمستشفيات ومجموعات الأطباء يعملون جميعاً على تحسين الجودة عن طريق قياس النتائج ومتابعتها. وتدرك قيادة نظام الرعاية الصحية الآن أن أداء نظام الرعاية الصحية ليس جيداً كما ينبغى أن يكون عليه، وإنه تقع عليها مسئولية محاولة تحسين الأداء.

لقد أصبحت الشواغل المتعلقة بالجودة وتكلفة الرعاية مألوفة لدى المجتمعات والمستهلكين لها والموظفين، ويواصل قادة المجتمع ممارسة ضغوطهم على نظام الرعاية الصحية لمعالجة هذه المشاكل.

مشاريع قياس الأداء فى الولايات المتحدة

وأود أن أصف باختصار ثلاثة أنواع من المشاريع المقارنة لقياس الأداء:-

النوع الأول: يتضمن إجراء مقارنة بين جودة الرعاية المقدمة من هيئات الرعاية الصحية المختلفة أو بين المتعهدين بتقديم الرعاية الصحية.

والنوع الثانى: يتضمن مقارنة الخدمات التى يحصل عليها مختلف السكان المشتركون فى التأمين الصحى ونتائج هذه الخدمات.

والنوع الثالث: يستعرض مدى تلبية النظام الصحى لإحتياجات المجتمع.

وفى السنوات الأخيرة، جرت محاولات عديدة لقياس الجودة وتحديد أى المستشفيات والأطباء الذين يحققون أفضل النتائج لمرضاهم ، وكان أحد المشاريع الناجحة على نحو خاص هو مشروع بنسيلفانيا (مجلس بنسيلفانيا للحد من تكلفة الرعاية الصحية). إن هذا المشروع الذى يبلغ عمره نحو ست سنوات يركز بصفة مبدئية على جراحة ترقيع وتحويل الشريان التاجى.

وقد تم حساب معدل الوفيات ومتوسط تكاليف حالات جراحة ترقيع وتحويل الشريان التاجى فى ٤١ مستشفى ولدى ١٧٧ جراح قلب ونشرت البيانات المقارنة بصورة عامة فى شكل "دليل للمستهلك" وقد جرت العادة على نشر النتائج فى الصحف المحلية والتليفزيون .

وتنشر هذه البيانات المقارنة للجمهور فى محاولة لمساعدة هؤلاء الأفراد الذين يعتزمون إجراء جراحة ترقيع وتحويل الشريان التاجى من أجل إختيار جراح القلب ومستشفى ممن يحققون نتائج طيبة (معدل وفيات منخفض) وتكاليف معقولة، ونطلق على هذه الطريقة "الحصول على أفضل

قيمة لأموالك"، وكما هو متوقع فأن المستشفيات والجراحين يعملون الآن بشكل جاد من أجل تحسين نتائجهم وكفائتهم لأنه لو كان أدائهم ضعيفاً، فأن أعداداً قليلة من المرضى ستلجأ إليهم للحصول على خدماتهم.

ومن الواضح أن مشروع بنسيلفانيا قد حقق النجاح. فقد إنخفض معدل الوفيات من٩ر٣ فى المائة فى عام ١٩٩٠ إلى ٩ر٢ فى المائة فى عام ١٩٩٣. وإزداد متوسط تكاليف الجراحة بمعدل أبطأ عما هو الحال فى مناطق أخرى فى الولايات المتحدة. وعلى الرغم من أن مشروع بنسيلفانيا يتضمن نشر البيانات للجمهور فأن هناك مشاريعاً أخرى مماثلة تديرها مجموعات من المستشفيات وغرضها الوحيد هو تحسين الجودة الداخلية.

والآن أود أن أتحدث عن مشروع أخر يركز على عمل مقارنات بين مجموعات مختلفة من السكان وذلك لتقييم إلى أى مدى يستجيب النظام الصحى لإحتياجات هؤلاء السكان. وكما أوضحت من قبل فأن هناك أفراداً كثيرين فى الولايات المتحدة مشتركون فى التأمين الصحى الذى يوافق على تقديم كل خدمات الرعاية الوقائية العاجلة والمزمنة (المستمرة) مقابل تسديد مبلغ متفق عليه.

وهناك العديد من المشروعات يجرى إعدادها فى الولايات المتحدة لتقدير إلى أى مدى يعتنى التأمين الصحى بالسكان المشتركين به وأحد المشاريع من هذا القبيل هو مشروع كاليفورنيا الذى يعرف بأسم :
California Cooperative HEDIS Reporting Initiative .

وقد تضمنت هذه المحاولة إجراء مقارنة بين ٢٣ برنامجاً من برامج التأمين الطبى على أساس ستة مقاييس للأداء ، وقد شملت هذه المقاييس: تحصينات الاطفال، فحص نسبة الكولستيرول، فحص سرطان الثدى، فحص سرطان عنق الرحم، رعاية ماقبل الولادة، وفحص الشبكية لمرضى السكر.

وكما نرى من بيانات تحصين الأطفال، فأن برامج التأمين الصحى تؤدى عملها بصورة متباينة تماماً. وهناك مجال كبير لتحسين الخدمات الوقائية ورعاية ما قبل الولادة والرعاية المزمنة (المستمرة).

إن فكرة حساب المقاييس على اساس السكان تعتبر فكرة هامة، كما أن المقياس القائم على أساس السكان هو المقياس الذى ينطبق على السكان المعنيين وعلى سبيل المثال فأن نسبة تحصين الأطفال على أساس السكان تحدد كما يلى:

$$\frac{\text{عدد الإطفال البالغ عمرهم سنتان المحصنون تحصيناً شاملاً}}{\text{عدد الأطفال البالغ عمرهم سنتان فى المجتمع}}$$

وتعكس النسب القائمة على أساس السكان تجربة جميع الأفراد فى برنامج صحى أو فى مجتمع وليس فقط هؤلاء الأفراد الذين إستفادوا مصادفة من النظام الصحى. وتعكس النسب القائمة على أساس السكان بقدر أكبر من الدقة إلى أى حد من الجدة يتم خدمة إحتياجات قطاع معين من السكان وتتيح لنا أن نوجه الموارد النادرة بشكل أفضل من أجل تحسين الصحة العامة فى مجتمع ما.

وهنا أصل إلى ثالث وآخر مثال لى فى مشروع قياس الأداء، إنه يتمثل فى محاولة تركز على "مجتمع" وتقارن الأداء الحالى مع الأداء فى السنوات السابقة ومع الأهداف القومية المقررة بالنسبة للولايات المتحدة. وأثناء السنوات الاخيرة من الثمانينات إضطلعت الحكومة الفيدرالية بعملية تخطيط من أجل تحديد "أولويات الصحة العامة" وكجزء من هذه العملية جمعت البيانات الأساسية عن مدى إنتشار الأمراض والظروف المختلفة وحالة البرامج الحالية لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، وإستناداً إلى هذه البيانات تم تحديد الأهداف وعلى سبيل المثال تقرر هدف تيسير الحصول

على الرعاية قبل الولادة، وعلى وجه التعيين يدعو هذا الهدف إلى أن تحصل ٩٠ فى المائة من النساء الحوامل على رعاية ما قبل الولادة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل.

وهذه الأنواع من البيانات الأساسية والأهداف من الممكن أن تكون مفيدة على وجه الخصوص للمشاريع القائمة على أساس المجتمع والمشاريع الإقليمية ويكون بأستطاعة المجتمعات أن تقيم على نحو أفضل إلى أى مدى يخدم النظام الصحى السكان وأن تقيس التقدم المتحقق نحو بلوغ الأهداف.

وعلى سبيل المثال أنشأت ولاية هاواى مؤخراً نظام متابعة وأصدرت تقريراً يبين المعدلات الحالية لنقص وزن المواليد ومعدلات الزيادة قبل الولادة مقارنة مع أهداف السكان الأصحاء فى عام ٢٠٠٠ ، وتحدث فى الوقت الحاضر تدخلات مختلفة من أجل تحسين هذه المعدلات وسوف يصبح بمقدور هاواى الآن، بعد وضع نظام المتابعة موضع التنفيذ، أن تحدد أنواع التدخلات الأكثر نجاحاً.

وفى إيجاز يمكن القول إن الإهتمام بقياس جودة ونتائج الرعاية قد إزداد فى السنوات الأخيرة فى الولايات المتحدة. إن هذه المشروعات توفر معلومات قيمة لمديرى الرعاية الصحية والأطباء المشتركين فى جهود تحسين الجودة وقيادات المجتمع عن تقييم فعالية مبادرات الصحة العامة ونظام الصحة فى المجتمع.

وتعتبر مقاييس الأداء التى يمكن حسابها بمثابة أدوات قيمة تتيح لنا توجيه الموارد صوب المجالات ذات الأولوية مما يؤدى الى أكبر قدر من التحسن فى الحالة الصحية للسكان.

إن مقاييس الأداء التى يمكن حسابها، حينما يتم تطبيقها عاماً بعد آخر تتيح لنا أيضاً متابعة التقدم صوب تلبية الأهداف والفهم الأفضل لأنواع التدخلات التى يكون لها التأثير الأكثر فائدة.

الخصائص المرغوبة لنظام قياس الأداء

بعد أن قدمت بعض الأمثلة لمشاريع قياس الأداء فى الولايات المتحدة أود أن أتحول إلى مناقشة بعض الخصائص المرغوبة لنظام قياس الأداء وإلى بعض أنواع مقاييس الأداء التى يمكن إدماجها فى مثل هذا النظام.

ومن أجل تقديم صورة كافية عن الأداء ولتلبية إحتياجات المستفيدين المتعددين فإنه ينبغى لنظام قياس الأداء أن:

- يتكون من مجموعة متوازنة بشكل دقيق من المقاييس التى تعالج نواحى هامة من الأداء من قبيل إمكانية الوصول إلى الرعاية ، الرضاء، الجودة التقنية للرعاية، الخدمة (مثل فترة الإنتظار) والكفاءة والجدوى الإقتصادية.
- إدراج المقاييس للإستخدام فى المجالات الإكلينيكية المختلفة (مثل طب الأطفال، طب الأسرة، الجراحة العامة) ومستويات الخدمة (مثل الرعاية الوقائية، الرعاية فى حالة الطوارىء والحالات الحرجة والرعاية الحادة والمزمنة {المستمرة}).
- إدارج عملية الرعاية الطبية ومقاييس النتائج على حد سواء.
- الإستفادة من مصادر البيانات المتعددة (مثل السجلات الطبية، البيانات الإدارية، والدراسات الإستقصائية عن المريض).

وإحدى الطرق الخاصة بتحديد مقاييس الأداء التى يمكن إدراجها فى نظام قياس الأداء هى البدء بتحديد مجموعة من الأحوال الإكلينيكية ذات الإنتشار الواسع حيث يحتمل أن يسفر تحسين خدمات الرعاية الصحية عن إحداث خفض أكبر فى معدل المرض ومعدل الوفيات.

وإستناداً إلى البيانات الوبائية المتعلقة بالولايات المتحدة الأمريكية

قام فريق من العلماء من معهد "RAND" بتحديد ثلاثة عشر مجالاً من المجالات المستهدفة ذات الأولوية العليا والمتعلقة بقياس الجودة .

وإستناداً إلى مثل هذه القائمة من المجالات ذات الأولوية العليا، يمكن للمرء أن ينتقى بعد ذلك مقاييس الأداء التى تعالج كل مجال من هذه المجالات.

وعلى سبيل المثال: فأنه لوكانت وقاية الأطفال ناقصى الوزن عند الولادة بمثابة أولوية فسوف يرغب المرء فى إدراج مقاييس تتعلق بملاءمة التوقيت والتكرار ومحتوى الرعاية قبل الولادة. وفى إيجاز فأن وضع نظام لقياس الأداء يبدأ بفهم الخصائص الوبائية للسكان (الأحوال الإكلينيكية) الذي سوف ينطبق عليهم، ومعطيات الخبراء من أجل تقرير الأحوال الإكلينيكية الأكثر قبولا للتدخل من جانب النظم الصحية العامة والطبية.

أنواع مقاييس الأداء

حينما يحدد المرء الأحوال الإكلينيكية ذات الأولوية العليا فأن الخطوة التالية تتمثل فى إستحداث مقاييس للأداء تعالج كل حالة. وأود أن أضيف فى إيجاز بعض الأنواع المختلفة لمقاييس الأداء.

الجودة التقنية للرعاية:

وهذه المقاييس تكون عادة خاصة بحالة معينة وتشمل بعض الأمثلة مثل: معدل إنفجار الزائدة الدودية، زيارات قسم الطوارئ لحالات ربو الأطفال، فحص سرطان الثدى ومعدلات زيادة الرعاية قبل الوضع.

رضاء المستهلك:

من الممكن أن توفر الدراسات الإستقصائية عن مدى الرضاء معلومات بشأن الرضاء العام إزاء نظام الصحة ، فضلاً عن الرضاء عن

بعض الجوانب المعينة من الأداء من قبيل إمكانية الوصول للرعاية الأولية. وفى الولايات المتحدة ، تتواجد أدوات عديدة للدراسات الإستقصائية وذلك لقياس مدى رضاء الأفراد عن الرعاية التى يحصلون عليها.

مقاييس الحالة الصحية العامة:

هناك أداة شائعة لإجراء دراسة استقصائية عن الحالة الصحية فى الولايات المتحدة تعرف بأسم "(War & Sherbourne g2) SF 36" وهذه الأداة تتيح تقييم ثمانية مفاهيم صحية:

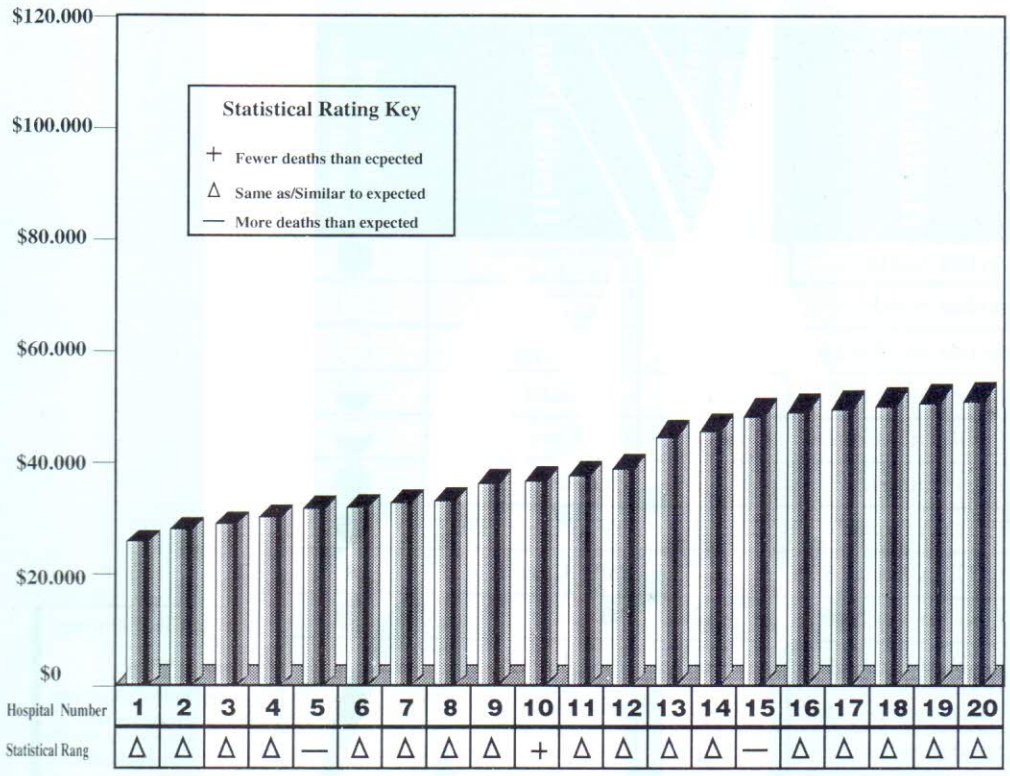
- القصور فى الأنشطة البدنية
- القصور فى الأنشطة الاجتماعية
- القصور فى الأنشطة العادية بسبب وجود مشاكل بدنية
- الألم البدنى
- الصحة العقلية
- القصور فى الأنشطة العادية بسبب وجود مشاكل عاطفية
- الحيوية
- تصورات الصحة العامة

إمكانية الوصول إلى الخدمات والإستفادة منها:

وهذه الفئة تشمل مقاييس من قبيل فترات الانتظار ، معدلات الإحالة وإستخدام قسم الطوارئ.

وأرجو أن تكونوا قد حصلتم على نسخة من بحث وضعته مع زميلة لى وهو بعنوان "قياس الأداء المقارن المتعلق بالخطط الصحية" وفى هذا البحث تتواجد إشارات كثيرة لمطبوعات عن مشاريع قياس الأداء وأدوات وآليات إجراء الدراسات الإستقصائية . وأتمنى أن يكون هذا البحث ذو فائدة لكم.

Average Coronary Bypass Charge and Statistical Rating of Patient Deaths
by low to high 1993 hospital charge



Source : The Pennsylvania Health Care Cost Containment Council. A Consumer Guide to Coronary Artery Bypass Graft Surgery. Volume IV. Harrisburg PA. June 1995.

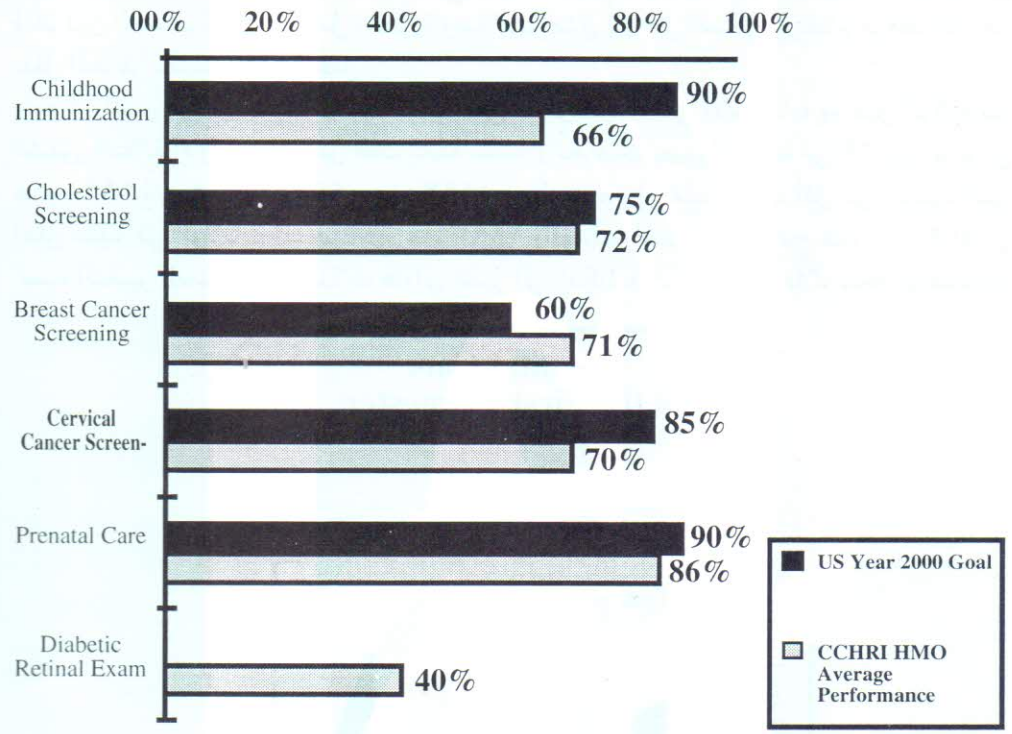
1993 Childhood Immunization Performance

Health Plan	Childhood Immunization	Health Plan	Childhood Immunization
Aetna North	★	Health Plan of the Redwoods	●
Aetna South	◒	Kalser Permanente Northern California	○
Aetna San Diego	○	Kalser Permanente Southern California	○
Blue Shicid HMO	◒	Lifeguard	◒
California Care	◒	Maxicare	◒
Care America	◒	MetLife	●
CIGNA North	○	OMNI Health Plan	●
CIGNA LA IPA	◒	PacifiCare	★
CIGNA LA Staff	◒	Pru Care	●
FHP, Inc.	◒	Take Care	○
Foundation Health Plan	◒	Valu Care	●
Health Net	◒		

○ Above Average
◒ Average
● Below Average
★ Insufficient Data submitted by the plan
N/A Not Applicable

* Copyright 1995, California Cooperative HEDIS Reporting Initiative

Public Health Goals

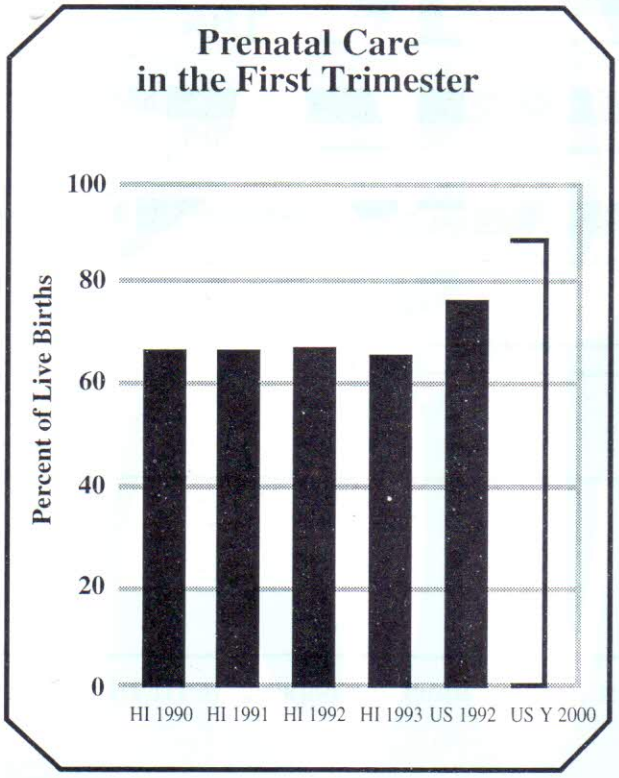


* Copyright 1995, California Cooperative HEDIS Reporting Initiative

الرعاية قبل الولادة

تركز الرعاية قبل الولادة على تقدير المخاطر وتعزيز الصحة، والتدخلات اللازمة لذلك، ومن الناحية المثالية تبدأ رعاية فترة ما قبل الولادة فى الشهور الثلاثة الأولى من الحمل حيث يمكن أن يؤدى تقديم المشورة عن التغذية والتأثير العكسى للسلوكيات مثل التدخين وتعاطى الكحول والعقاقير غير المشروعة ـ إلى إجتناب النتائج غير المرغوبة مثل التدخين وتعاطى الكحول والعقاقير غير المشروعة ـ إلى تجنب النتائج غير المرغوبة مثل إنخفاض وزن المولود وإضافة إلى ذلك فإن الكشف المبكر لعوامل الخطورة وعلاجها مثل أمراض السكر وإرتفاع ضغط الدم قد يقلل المخاطر بالنسبة للأم والطفل.

وأود أن أشير إلى أن نسبة المواليد الأحياء فى هاواى حيث تلقى الأم رعاية ما قبل الولادة فى الشهور الثلاثة الأولى من الحمل ظلت ثابتة نسبيا وإنخفضت بصورة طفيفة من ٦٩ فى المائة فى عام ١٩٩٠ إلى ٦٨ فى المائة فى عام ١٩٩٣. وبالرغم من إن هذه النسب أقل من النسبة التى أعلن عنها فى الولايات المتحدة فى عام ١٩٩٢ والهدف المحدد فى برنامج عام ٢٠٠٠ إلا أن نسبة التغيير الضئيلة فى معدلات هاواى تشير إلى إمكانية التحسن من خلال تدخلات مناسبة.

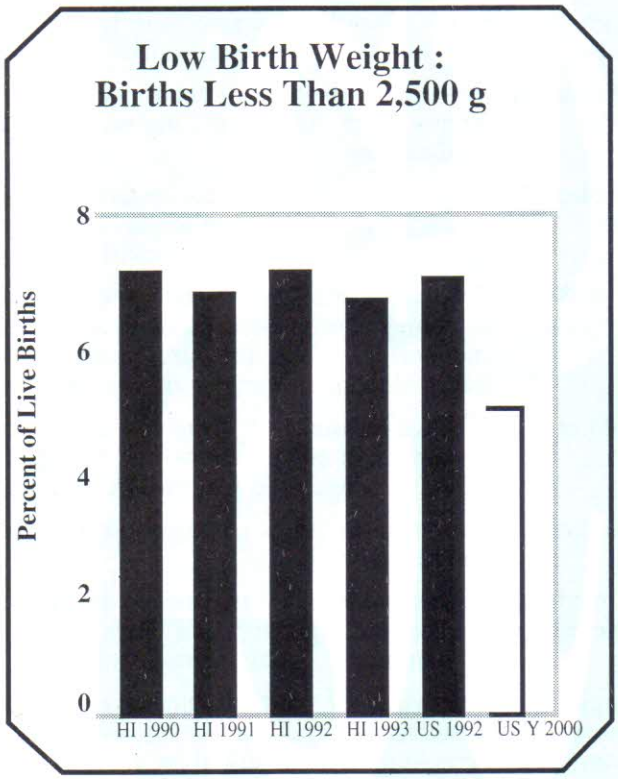


Source : Hawaii Health Department, Office of Health Status Monitoring. "Vital Signs Hawaii". Honolulu, HA 1994.

نقص وزن المواليد

قد يقلل نقص وزن المواليد من فرص الأطفال للبقاء على قيد الحياة والوصول إلى المستوى الأمثل للصحة وتشمل بعض عوامل الخطر : عمر الأم وإنخفاض مستوى الحالة الإقتصادية والاجتماعية والتأخير فى الخضوع لرعاية ما قبل الولادة والتدخين وإساءة إستعمال الأدوية.

وقد ظلت نسبة الأطفال ناقصى الوزن المولودين فى هاواى عند مستوى ٧ فى المائة. وهذه النسبة تماثل النسبة القومية ولكنها أعلى من معايير الخمسة فى المائة التى وضعها برنامج عام ٢٠٠٠ وقد تعكس هاواى التنوع العرقى للسكان وميل مجموعات عرقية معينة لأن يكون لديها أطفال ناقصى الوزن عند الولادة. ومع ذلك توضح البيانات الحاجة إلى برامج تهدف إلى تحسين نتائج الولادة.



Source : Hawaii Health Department, Office of Health Status Monitoring. "Vital Signs Hawaii". Honolulu, HA 1994.

Table 6-1 High-Priority Topics for Quality Measurement

Target Issue	***Proposed Measures***
Prevention of low birth weight	Process measures to focus on the timeliness, frequency, and content of prenatal care
Childhood infectious disease	Immunization rates (by the age of 2) for measles, mumps,rubella, diphtheria, pertussis, tetanus, Haemophilus influenzae b
Treatment of otitis media	Process measures to focus on use of antibiotics for primary treatment and prophylaxis, and the use of ancillary diagnostic tests and surgery
Treatment of childhood asthma	Process measures to focus on timeliness and thoroughness of the treatment of asthma, with special attention to counseling and self-care behaviors; functional outcomes (e.g., lost school days) adjusted for disease duration, age, and race
Breast cancer early detection	Mammography rates among women over 50, stratified by age
Prevention of coronary artery disease	Rates of cholesterol screening by age and sex; adequacy of follow-up received for elevated cholesterol levels
Treatment of myocardial infarction	Process measures to focus on timeliness of treatment attention to recurrent angina, and appropriateness of medications
Treatment of diabetes mellitus	Process and intermediate outcome measures to focus on access, glucose monitoring, patient education, eye screening, and cardiovascular risk factor modification
Prevention of strokes	Process measures to focus on hypertension screening,appropriateness of treatment, and blood pressure monitoring; blood pressure results adjusted for age, sex, initial blood pressure, comorbidity and treatment duration
Treatment of hip fractures	Process measures to focus on the preoperative evaluation, prevention of complications, and postoperative care; outcomes adjusted for age, race, sex, fracture type, and comorbidity
Prevention of influenza	Immunization rates among those over 65, stratified by age and resistance
Attention to the medical problems of the frail elderly	Process measures to focus on the appropriateness of medication regimens and attention to common geriartic problems (e.g., incontinence, confusion)
Overuse of surgical procedures and prevention of complications	Proportion of cardiac catheterizations,cholecystectomy,and hysterectomy, performed for indications rated appropriate; completion rates adjusted for age, sex,and comorbidity

Source: Adapted from Siu, A.L. et al., Choosing Quality of Care Measures Based on the Expected Impact of Improved Care on Health, *Health Service as Research,* Vol. 27, No, 5, pp. 629-631, with permission of the Hospital Research and Educational Trust. Copyright 1992

References:

Californaia Cooperative HEDIS Reporting Initiative. Report produced by The MedStat Group, Santa Barbara, CA. February 1995.

Hawaii Health Department, Office of Status Monitoring. "Vital Signs Hawaii"

Pennylvania Health Care Cost Containment Council. "A Consumer Guide to Coronary Artery Bypass Graft Surgery." Volume IV. Harrisburg, PA. June 1995.

U.S. Public Health Service, "Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objective. "Washington DC 1991.

Siu, A.L. et al., "Choosing Quality of Care Measures Based on the Expected Impact of Improved Care on Health. "Health Services Research, Vol. 27, No. 1992.

Ware, J.E. and C.D. Sherbourne. "The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual Framework and Item Selection." Medical Care 30, No. 6 (1992): 473-483.

THE FIRST NATIONAL CONFERENCE ON QUALITY IN HEALTH CARE

PROCEEDINGS

26 - 28 SEPTEMBER, 1995
Cairo - Egypt

وزارة الصحة
مشروع تطوير المستشفيات
COST RECOVERY FOR HEALTH PROJECT
RHP
USAID PROJECT No. : 263-0170

ESQua
THE EGYPTIAN SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE
الجمعية المصرية لجودة الرعاية الصحية

Q.A.
THE QUALITY ASSURANCE PROJECT
APPLIED RESEARCH IN CHILD SURVIVAL SERVICES

USAID

Comparative Performance Measurement for Health Plans

Janet M. Corrigan and Lisa S. Rogers *

In recent years, increased emphasis has been placed on the development of a common set of measures to assess the performance of health plans (e.g., health maintenance organizations [HMOs], preferred provider organizations [PPOs]) and the reporting of comparative quality information to purchasers, consumers, and others. Large private employers, whose employees represent a sizable proportion of health plan enrollment, have been particularly vocal in their demands for greater accountability and demonstration of "value", and many small and medium-sized employers have begun to form coalitions to use their joint purchasing power as leverage when contracting with health plans. More and more often, the cost of health care benefits appears to determine the competitiveness of a business in both national and international markets.

Standardized performance reporting requirements are integral components of health care reform proposals and efforts at both the national and state levels. The Clinton Administration's health care reform proposal not only provided for the development of a set of national performance measures, but also required health plans to maintain certain standardized data sets and to report on specified aspects of performance in the areas of access, satisfaction, appropriateness, outcomes, utilization, and financial viability. Although the likelihood of significant national health reform legislation has diminished considerably, similar provisions for performance monitoring and reporting are evident in various state health reform initiatives.

* Janet M. Corrigan and Lisa S. Rogers. "Comparative Performance Measurement for Health Plans." in The Epidemiology of Quality, Edited by Vahe A. Kazandjian. Aspen Publications, Gaithersburg

A system of standardized reporting will serve several objectives. Health plans will have access to benchmarking information to identify areas for improvement. The availability of information on health plan performance across a diversified set of performance measures will also provide consumers, purchasers, regulators, and others with the information necessary to select the health plan that best satisfies their needs, thus giving health care plans an incentive to improve their performance and value.

Characteristics of Health Plans

Falling under the rubric of managed care are many different types of health plans, including PPOs, point of service (POS), independent practice associations (IPAs), and group and staff model health plans. Little, if any, objective data are currently available to assess and compare the performance of these various types of plans. Because of their financing and organizational structure, however, health plans offer the opportunity to assess aspects of performance that are difficult, if not impossible, to assess in less integrated, fee-for-service environments. More specifically, health plans generally serve an enrolled population and provide comprehensive benefits through a defined network of institutional and individual providers. Enrollment in managed care organizations has grown steadily. In 1993, there were approximately 45 million individuals enrolled in HMOs and more than 121 million in PPOs. Having and enrolled population makes it possible to study both users and nonusers of services. For example, instead of counting the number of diabetic individuals referred for an annual eye examination by a physician group practice, it is possible to calculate the proportion of diabetics in a health plan's enrolled population who received an annual eye examination. The second figure is far more useful than is the first in assessing the extent to which a population is receiving adequate and appropriate health care.

Population-based measures for geographical areas have revealed wide variations in practice patterns and raised concerns about the appropriateness of care. Geographically defined population-based measures are of limited use for ongoing

performance monitoring or for consumer/purchaser decision making, however, because there is generally no organizational entity that has accepted responsibility for serving the population and, thus, can be held accountable.

By assessing the performance of health plans with enrolled populations, federal and state governments, as well as community groups, can also gauge progress toward meeting public health priorities. In 1990, the U.S. Public Health Service established national goals for health promotion and disease prevention by the year 200. For example, because it was estimated that only about 70 to 80 percent of children aged 2 were fully immunized, the following goal was established: "Increase to at least 90%, completion of the basic immunization series among children under age 2 ". Holding health plans accountable for monitoring childhood immunization rates and demonstrating improvement over time represents a potential strategy for attaining the year 2000 goal.

Because most health planed provide a comprehensive package of benefits, enrollees receive the majority of their care from plan providers (i.e., "in network" hospitals and physicians). Therefore, it is possible for health plans to assemble reasonably complete information on tan enrollee's service utilization across various sites and levels of care. Only a small proportion of health plans currently have such information available in an automated system that allows for efficient retrieval, but more are now investing in the information systems necessary to give them this capability in the future.

Enrolled populations that are reasonably stable afford researchers the opportunity to assess changes in health status over extended periods of time. Once again, only a minority of health plans have large, stable populations and the necessary data collection mechanisms to take advantage of this opportunity. As the population ages and chronic diseases increase in prevalence, it is likely that there will be a greater emphasis on the collection and linking of necessary data across various sites and over time to allow for more longitudinal analysis of health care interventions and outcomes.

The health plan has certain advantages over the individual physician practice as the unit of analysis for quality measurement. First, at the level of a health plan, the number of specific types of clinical occurrences is large enough to allow for assessment of numerous clinical issues. In contrast, analysis of individual physician practices must take into account the fluctuating results that stem from small numbers of cases, making interpretation and evaluation of performance difficult.

Second, population- or system-based measures have the advantage of focusing on health plan processes that are not individual provider-based. They recognize that the health care system consists not only of a linked network of physicians, but also of complex processes between and among components of the system. Experience with total quality management in non-health care sectors clearly indicates that the majority of problems are system problems rather than individual operator problems. In health care, improving system processes is as important as improving individual provider performance.

Menu of Performance Measures

To provide an adequate picture of health plan performance and to meet the needs of multiple users (e.g., consumers, purchasers, regulators, individual providers, and the health plans themselves), a performance assessment system should satisfy several criteria. First, such a system should include a well balanced set of measures that reflect important aspects of health plan performance:

* accessibility of care
* enrollee satisfaction with care
* technical quality of care
* efficiency and cost-effectiveness
* financial solvency and stability of the health plan

Second, the performance measurement system should include measures applicable to various clinical areas and levels of services, such as preventive care, emergency / critical care, acute care, and chronic care. It should also address major clinical areas, such as pediatrics, obstetrics and gynecology, family medicine, internal medicine, general surgery, mental health, and various subspecialities.

Third, the performance measures should include both medical care process and outcome measures. Although it is appropriate to question the impact of certain common medical care practices on patient outcomes, there is a convincing body of medical literature and considerable medical consensus on the effectiveness of many medical care processes. Medical care process measures have certain advantages. They are frequently easier and less expensive to measure than are patient outcomes, and they are, for the most part, directly attributable to the actions of a health plan and its providers. On the other hand, outcome measures are probably more relevant to the concerns of consumers and purchasers; furthermore, they contribute to the knowledge base on medical care effectiveness. In summary, each of these approaches has merit, and there is the potential for synergy from the thoughtful combination of both types of measures.

Fourth, a performance measurement system should involve multiple data sources. The three most common sources of data are (1) administrative data sets, (2) medical records, and (3) enrollee surveys. Administrative data sets contain only limited information and are not uniformly available across the managed care industry, but when relevant information is available, the cost of retrieval is usually less than that of medical record retrieval, and the results apply to all enrollees rather than to a sample. Although medical records generally contain far more detailed information than do administrative data sets, the accuracy, completeness, and organization of medical records are variable. Enrollee surveys provide information frequently not contained elsewhere (e.g., information on enrollee expectations, satisfaction, and health outcomes). Surveys can be quite expensive, however, and there are often methodological issues of nonresponse and poor recall.

Fifth, there must be well defined mechanisms to ensure ongoing refinement and adaptation of a performance measurement system over time. Designating a specific set of performance measures to be used for reporting and monitoring purposes may cause health plans to focus much on their internal quality improvement efforts on the conditions selected. Furthermore, during the early years of such a system, the conditions chosen are likely to be those that are relatively easy to specify and measure. Refining the performance measurement system on an ongoing basis makes it possible to incorporate new conditions that offer the greatest potential for improved health status through improved health care delivery, and to remove existing conditions for which the costs of continued reporting are likely to outweight the potential benefits.

Types of Performance Measures

In the development of performance measures, a good deal of work has been accomplished in the following areas: (1) condition-specific measures, including the development of a framework to guide the selection of condition-specific performance measures and the specification of valid and reliable measures; (2) measures of satisfaction; (3) general health status measures; and (4) system measures of access and use of service.11

Condition-Specific Measures

The RAND HMO Consortium, consisting of 12 health plans in collaboration with RAND, was formed to test the reliability and validity of quality-of-care measures that could be publicly released to compare health plans.12 Based on estimates of the prevalence and health impact of various conditions, and the efficacy of available treatments, the Consortium identified 13 high-priority "target issues" for evaluating the quality of health care provided by various plans (Table 6-1). In identifying a set of conditions for health plan evaluation, the Consortium considered various practical issues, including (1) the availability and feasibility of collecting necessary information on the quality of care, (2) the

Table 6-1 High-Priority Topics for Quality Measurement

Target Issue	***Proposed Measures***
Prevention of low birth weight	Process measures to focus on the timeliness, frequency, and content of prenatal care
Childhood infectious disease	Immunization rates (by the age of 2) for measles, mumps,rubella, diphtheria, pertussis, tetanus, Haemophilus influenzae b
Treatment of otitis media	Process measures to focus on use of antibiotics for primary treatment and prophylaxis, and the use of ancillary diagnostic tests and surgery
Treatment of childhood asthma	Process measures to focus on timeliness and thoroughness of the treatment of asthma, with special attention to counseling and self-care behaviors; functional outcomes (e.g., lost school days) adjusted for disease duration, age, and race
Breast cancer early detection	Mammography rates among women over 50, stratified by age
Prevention of coronary artery disease	Rates of cholesterol screening by age and sex; adequacy of follow-up received for elevated cholesterol levels
Treatment of myocardial infarction	Process measures to focus on timeliness of treatment attention to recurrent angina, and appropriateness of medications
Treatment of diabetes mellitus	Process and intermediate outcome measures to focus on access, glucose monitoring, patient education, eye screening, and cardiovascular risk factor modification
Prevention of strokes	Process measures to focus on hypertension screening,appropriateness of treatment, and blood pressure monitoring; blood pressure results adjusted for age, sex, initial blood pressure, comorbidity and treatment duration
Treatment of hip fractures	Process measures to focus on the preoperative evaluation, prevention of complications, and postoperative care; outcomes adjusted for age, race, sex, fracture type, and comorbidity
Prevention of influenza	Immunization rates among those over 65, stratified by age and resistance
Attention to the medical problems of the frail elderly	Process measures to focus on the appropriateness of medication regimens and attention to common geriartic problems (e.g., incontinence, confusion)
Overuse of surgical procedures and prevention of complications	Proportion of cardiac catheterizations,cholecystectomy,and hysterectomy, performed for indications rated appropriate; completion rates adjusted for age, sex,and comorbidity

Source: Adapted from Siu, A.L. et al., Choosing Quality of Care Measures Based on the Expected Impact of Improved Care on Health, *Health Service as Research,* Vol. 27, No, 5, pp. 629-631, with permission of the Hospital Research and Educational Trust. Copyright 1992

cost-effectiveness of the relevant improvement in care, and (3) the ability of the health plans being evaluated to influence the relevant improvements in quality of care.13

For most of the target issues listed in table 6-1, there are numerous process and outcome measures that can be used to assess performance. Some measures (e.g., use of medications in the treatment of myocardial infarction) require more complex assessment tools that rely on medical record audits or special data collection efforts, while others (e.g., mammography rates) may be estimated from administrative data sets available within many health plans.

For many of the target areas, performance measures already exist. For example, the RAND HMO Consortium has developed very comprehensive and sophisticated instruments for the assessment of prenatal care and the appropriateness of hysterectomies.14-16 Certain managed care organizations have invested considerable resources in the specification of condition-specific performance measures, such as:

* newborn birth weight distribution
* premature delivery rate
* prenatal care visit rate
* chemical dependency recidivism rate
* appendectomy perforation rates
* pediatric asthma emergency department visits
* suicide rates
* influenza and pnemococcal immunization rates of the elderly
* admission rates for selected conditions (e.g., pediatric asthma, perforated or hemorrhaging peptic ulcer)
* breast cancer screening and follow-up

* cervical cancer screening and follow-up
* diabetic eye care17-21

InterStudy, the Health Outcomes Institute, and others have been pioneers in the development of the outcomes management system.22 Date collection protocols (i.e., special questionnaires to be completed by patients or providers) either have already been developed or are currently being developed for a total of 28 conditions. Among there conditions are hypertension, hip fracture, angina, cataract, chronic obstructive pulmonary disease, hip replacement, low back pain, stroke, osteoarthritis of the knee, prostatism, and rheumatoid arthritis. Some measures have been subject to feasibility testing and been found to be reasonably reliable and valid.23

Some of the projects funded by the Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) to translate practice guidelines into review criteria may yield useful information for the derivation of population-based performance measures. For example, the American Medical Review and Research Center is developing guideline-based review criteria for acute post-operative pain and urinary incontinence.24

In summary, the list of currently available performance measures specific to particular conditions is quite substantial, and there are some promising developmental projects under way.

Measures of Satisfaction

Enrollees are the ultimate consumers of health care services, and the long-term success of a health plan depends, in part, on its ability to meet the expectations of its enrollees. Enrollee surveys can provide information on overall satisfaction with the health plan, as well as satisfaction with various aspects of plan performance, such as (1) accessibility of the health plan, (2) satisfaction with the medical and nursing care provided, and (3) satisfaction with outcomes. Information obtained through enrollee surveys on certain aspects of performance may serve as early warning signs of

plan difficulties (e.g., a measure of enrollee use of out-of-plan providers).

The majority of health plans survey their enrollees, and several well developed survey instruments are currently in use. IN fact, standardization of enrollee surveys has been increasing in recent years. The Group Health Association of America (GHAA), in collaboration with Allyson Ross Davies and John Ware of New England Medical Center, developed a survey instrument that has gained considerable acceptance within the managed care industry; some organizations use it in its original form while others use adapted versions.25 More recently, the New England Medical Center, in Conjunction with a consortium of employers, has developed the Employee Health Care Value Survey.26 This survey not only incorporates many of the questions included in the GHAA survey, but also includes a health status assessment component and builds on a new collection of measures tested in the state of Iowa.27 Other instruments have gained considerable acceptance in certain geographical areas, such as Minnesota,28 the San Francisco Bay Area,29 and Michigan.30

Unless health plans use a standardized instrument and survey process, the possibilities of comparisons across health plans are very limited. Differences in survey instruments (e.g., ordering of questions), survey questions (e.g., wording of questions, item response choices), approaches to conducting surveys (e.g., mail versus telephone) and approaches to sample selection will make comparisons difficult to interpret in a meaningful manner

General Health Status Measures

The field of health status measurement has developed rapidly in recent years, and some measures may be useful for external reporting and assessment. In addition to the condition-specific measures discussed earlier, there is 36-item short-form general health survey, known as the SF-36. Constructed to survey health status in the RAND Medical Outcomes Study, the instrument permits an assessment of eight health concepts:

1. limitations in physical activities because of health problems

2. limitations in social activities because of physical or emotional problems
3. limitations in usual role activities because of physical health problems
4. physical pain
5. general mental health
6. limitations in usual role activities because of emotional problems
7. vitality
8. general health perceptions31

The SF-36 and related instruments have been used extensively, and there is considerable evidence in support of their validity.32,33 Extensive work is also underway to validate an abbreviated health status questionnaire, known as HSQ-12.34

General health status measures such as the SF-36 have been used to evaluate the effectiveness of alternative settings (e.g., the treatment of HMO patients through a special geriatric unit versus routine care)35 and to assess the relative "health burden" of the enrolled populations of different health care plans.36 These types of measures have generally not been used to monitor the quality of care provided by health plans,37 however, and additional work is needed to establish the linkages between the overall health status changes in an enrolled population and a health plan's systems and processes for delivering care.

System Measures of Access and Use of Service

Various system measures may be useful in assessing certain aspects of health plan's performance. Waiting times can provide a picture of health plan access, for example. A composite of health plan utilization measures, such as the following, is another mechanism for identifying possible barriers to access:

High rates of emergency department use may indicate difficulties in obtaining access to primary care providers.

Very low referral rates to specialists may indicate either excessive financial incentives to primary care providers to minimize referrals or perhaps a lack of qualified specialists within the network.

Low use of mental health care providers and programs may indicate a failure to diagnose and treat mental health problems.

A high proportion of enrollees having no contact with a health plan in a given year may indicate access problems.

Disenrollment rates, especially voluntary disenrollment (i.e., not necessitated by factors such as change of employment or location), have long been used as a possible indicator of enrollee dissatisfaction with health plan service.

For the most part, these types of measures do not permit definitive conclusions about performance. Furthermore, because of differences in plan organization and benefit structure, patient mix, and local circumstances, caution is essential in making comparisons across health plans. In the same way that interrelated measures of financial performance (e.g., net worth, profit and loss statements, net income, cash flow) reveal and organization's financial status, a composite of utilization measures accompanied by benchmarking information can provide early warning signs of difficulties in health plans.

Common Data Sources

At present, there are four major options for deriving information on health plan performance: (1) administrative data sets, (2) medical record audits, (3) enrollee surveys, and (4) special data collection efforts. There are some very promising projects under way to automate medical records and to build information infrastructures that link data from various transactions, such as

ambulatory encounters, hospital episodes, medication orders, and laboratory tests.38,39 Over the coming years, there efforts will have a significant impact on many application areas, including performance assessment. Only a small percentage of health plans are currently involved in these project, however.

Administrative Data Sets

Most health care plans have some or all of the following types of administrative data sets:

* enrollment files that include patient identification, demographic information, and insurance data
* hospital episode data that include some or all of the standard billing data captured on common billing forms, such as the UB-92 used by the Health Care Financing Administration (HCFA) for Medicare billing
* encounter data that includes the type of visit, diagnosis, date of service, and other information captured on the common billing forms, such as the HCFA 1500 used by HCFA for Medicare billing
* ancillary services and pharmacy data

The majority of health plans currently have automated enrollment files and hospital episode data; fewer collect ambulatory encounter data in a systematic fashion. There is much variation in the collection of ancillary services and pharmacy data.

For the most part, administrative data sets have not been constructed for the purposes of quality assessment, and they are often limited in content, completeness, and accuracy. Health plans that compensate individual and institutional providers on a fee-for-service basis generally have more extensive administrative data sets, because the providers must complete and submit claims in order to obtain payment. Many group and staff models, and IPAs that compensate providers by means of a capitation payment (i.e., predetermined payment per enrollee), have only limited

administrative data sets. Health plans that "bundle" payment for types of services (e.g., a single predetermined payment for all prenatal care during a pregnancy) are likely to have only limited information on the specific services coding of clinical diagnoses and procedures is also problematic.

Administrative data sets are useful for (1) estimating certain performance measures and (2) drawing appropriate samples of cases for focused medical record audits. Many performance measures can be derived directly form administrative data sets commonly available in many health plans, such as mammography rates, childhood immunization rates, Papanicolaou smear rates, Caesarean section rates, and prenatal care visit rates.40 In other instances, administrative data sets may be the starting point of a focused medical record audit, for example, to identify enrollees with diabetes in order to draw a sample of cases for detailed medical record review.

For health plans that do not collect ambulatory encounter data, automated data on diagnoses are generally available only for enrollees who have been hospitalized. This poses constraints on a plan's ability to monitor performance and underscores the need for the collection of a minimum, uniform encounter data set by all health plans.

Medical Record Audits

Most managed care organizations currently invest significant resources in the conduct of focused medical record audits. They would benefit greatly form improvements in the design of these focused audits (e.g., selection of appropriate sample sizes, use of appropriate statistical analysis techniques, standardized abstraction tools). Through the development of public domain study designs and instruments, it should be possible to achieve significant economies of scale, as well as to enhance the value of these audits.

Medical record audits are labor-intensive, and errors can easily occur during the abstraction process. In some instance,

information may be missing from the medical record because of a failure to document or illegible entries. One study showed that the charts of only 50 percent of diabetic patients contained the results of their fundoscopic eye examinations.41 Part of the reason for this situation may be that medical records are not always integrated across sites; all of the information required for a focused audit may not reside in a single medical record, and there may be no easy way to link one hospital's record with another or with a physician's office record.

Enrollee Surveys

As noted earlier, member satisfaction surveys are commonly used within the managed care industry, but to date the standardization of survey instruments and data collection methodologies has been limited. For the purposes of obtaining comparable data for public reporting and monitoring, there are two possible approaches: (1) encourage the common use of a comprehensive survey instrument and methodology, or (2) encourage the incorporation of a limited number of key survey questions into existing health plan surveys.

Health plans use of a common survey instrument would have certain advantages. For example, detailed comparative information from patients regarding the medical care process and their satisfaction with many aspects of performance would be available. There would also be a potential to achieve certain economies of scale and to ensure uniformity in the conduct of the survey by arranging for a limited number of organizations with survey research expertise to carry out the survey (rather than having each health plan conduct its own).

An alternative approach is to identify a set of key questions that health plans may incorporate into various survey instruments. One advantage of this approach is that, although health plans may need more detailed information for internal quality improvement purposes, outside users interested in making comparisons across health plans may benefit from a more limited, but carefully selected, set of key performance measures. Standardization of a

limited, core set of measures provides more flexibility for both innovation and the tailoring of surveys to meet local needs.

The standardization of only a few key questions poses certain methodological challenges. First, caution must be taken to ensure that the set of questions selected is not biased for or against particular types of health plans but rather provides a balance picture of each type's strengths and weaknesses. Second, because the context of the questions can influence respondents' answers, it is important to consider how best to incorporate standard questions into commonly used surveys.

Special Data Collection Efforts

In certain instances, it may be desirable to rely on special data collection efforts. The use of special instruments that record data as care is being provided, in particular, has a great deal of potential both to enhance performance measurement and to assist physicians in medical decision making. If designed properly, these instruments afford a structured approach to provider on performance. Such concurrent data collection tools can sometimes be more cost-effective mechanisms for the collection of certain data than is retrospective medical record retrieval.

Comparisons of Health Plan Performance

Interest in establishing a"report card" on health plans' performance has surged in recent years, with the plans themselves, private purchasers, consumer groups, and more recently, the public sector promoting the concept. The report card concept is the latest manifestation of what has been dubbed the "third revolution in health care", namely, the call for accountability.42 An encouraging aspect of the efforts that have contributed significantly to shaping a framework for the development of a system of comparable performance measurement is their collaborative nature - most involve some combination of health plans, purchasers, labor, consumers, and the public sector.

Interstudy's Outcomes Management System

Ellwood and others associated with InterStudy have emphasized the need to measure "patient outcomes" and to establish a central mechanism for accumulating such comparative data.43 At the core of interStudy's out-comes management system is the SF-36,44 the general health status measurement tool discussed earlier, which is used in conjunction with various condition-specific data collection protocols.45

There are currently two major collaborative efforts under way to collect comparative outcomes data from health care organizations by using outcomes management system measurement tools, known as TyPEs (i.e., Technology of Patient Experience).46 The first, sponsored by the American Group Practice Association, involves single and multispecialty group practices in the collection of data on various conditions (e.g., angina, cataract development, diabetes) and procedures (e.g., hip replacement). The Managed Health Care Association, an association of major employers, is sponsoring the second effort. Working collaboratively with leading health care plans, the Association is collecting and pooling outcomes data on angina and asthma, and assessing the usefulness of such information for benefit plan management and quality improvement.

Building on the work of InterStudy, the Jackson Hole Group, a health care policy organization, has developed a model for a health outcomes accountability system in which a private sector board establishes standards for data collection and reporting by health plans.47 Three data collection methods are proposed:

1. an annual sample survey of plan members to assess health behaviors, health status, and satisfaction with services
2. tabulations of selected providers activity records to document performance of desirable services, such as mammograms and immunizations
3. prospective collection of standardized clinical and outcomes data for selected conditions

The implementation schedule calls for gradually phasing in these reporting requirements.

Consortium Research on Indicators of System Performance (CRISP)

In 1992, the Center for Health System Studies, a research department within the Henry Ford Health System, began a study entitled Consortium Research on Indicators of system Performance (CRISP). Approximately 20 of the leading health care systems in the United States are actively involved in this initiative. They are testing and refining a set of performance indicators designed for a vertically integrated health care system responsible for providing health care to specific populations within a defined geographical area.48

The study is being conducted in two phases. The firs phase focuses on the capabilities of current information systems, indicators presently in use, and the possibilities of producing additional indicators. The second phase involves developing, testing and validating a common set of indicators for use as benchmarkers. Measures currently being tested include hospital readmission rates and low-birth-weight incidence. Various condition-specific medical care process and outcome measures are in the early stages of development.49

The Massachusetts Purchaser / HMO Collaborative Effort

In 1990, a collaborative effort began between Digital Equipment Corporation, the Massachusetts Medicaid agency, and three area health plans (i.e,. Fallon Community Health Plan) to develop and report on clinical indicators.50 Six indicators were developed:

1. mental health inpatient readmissions and inpatient days per patient

2. Caesarean section rates
3. prenatal care in the first trimester
4. breast cancer screening rates
5. asthma inpatient admissions
6. high blood pressure screening

In 1992, each of the four participating health plans began to use the indicators. The comparative performance reports based on 1991 and 1992 data are among the earliest regionally based, purchaser-health plan efforts to assess health plan performance. This effort has subsequently been expanded to include many additional health plans and purchasers.

The Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS)

In late 1989, the HMO Group (an association of group and staff model HMOs) worked with four large employers (i.e., Bull HN Information Systems, Digital Equipment Corporation, GTE, Xerox) and Towers Perrin to establish a set of performance measures that would allow employers to assess the "value" of a health plan.51 In September 1991, this effort culminated in the HMO Employer Data and Information Set (HEDIS 1.0), which included performance measures and reporting formats for quality, access and satisfaction, utilization, and financial data.

About this same time, another important effort was under way to identify utilization-based performance measures and to develop common porting formats and specifications for use by health plans. The Minnesota health plans, in conjunction with the state government, established a Utilization Data Definitions Committee that, in 1992, released detailed specifications for extracting utilization data from common administrative data sets resident within most managed care organizations.52 These detailed specifications are an essential step toward refining a methodology that will allow for true health plan comparisons.

Building on these two prior efforts, the National Committee for Quality Assurance, a national accreditation and quality oversight organization for managed care, established a Performance Assessment Committee (PAC) in October of 1992 to revise and refine HEDIS 1.0. The PAC membership included representatives of the original four employers as well as AEtna Health Plans, Harvard Community Health Plan, Kaiser Permanente, The Prudential Insurance Company, United Healthcare Corporation, and U.S. Healthcare. In addition, the PAC drew on the technical expertise of representatives from The HMO Group and Minnesota Utilization Data Definitions Committee.

The effort has resulted in the release of The Health Plan Employer Data and Information Set, Version 2.0 (HEDIS 2.0) in November of 1993.53 The HEDIS 2.0 core set of more than 60 measures covers five major areas of performance: (1) quality of care, (2), access and member satisfaction, (3) membership and utilization, (4) finance, and (5) descriptive information on health plan management and activities. Selection of measures was based on three criteria: relevance and value to the employer community, reasonable ability of health plans to develop and provide the requested data in the specified manner, and potential impact on improving the process of care delivery. Future iterations of HEDIS will contain refinements of current measures, the addition o new measures, and deletions of measures that do not provide useful data and information.

Medicare Performance Measurement Demonstration

In September 1993, the Health Care Financing Administration (HCFA) contracted with the Delmarva Foundation to identify and appropriate set of performance measures that peer review organizations can use to monitor the performance of HMOs with Medicare contracts.53 This effort involved the review of more than 250 existing performance measures and resulted in the selection of three core measures (access to services, influenza immunization, and breast cancer screening) and two diagnostically-related measure sets (diabetes mellitus and ischemic

heart disease). Currently, HCFA is pilot-testing these measures in several regions.

Public Reporting of Performance Data

The demands of purchasers and others for greater accountability and the subsequent collaborative efforts to develop common sets of performance measures have given impetus to the release of numerous "report cards" on health plan performance. In some instances, individual managed care organizations have issued report cards, while in other cases, report cards are part of a national or regional collaborative effort.

Early Efforts

Although the reporting of comparative performance information on hospitals is quite commonplace,55 reporting such information on health plans in a relatively new phenomenon. The development of HEDIS serves as an ongoing catalyst for many health plan reporting initiatives.

The release of report cards by individual health plans has played a pivotal role in challenging others in the industry to release such information. In 1993, United Health Care Corporation released a report card describing its health plans' performance, based on measures developed by the corporation's Center for Health Care Policy and Evaluation.56 Shortly thereafter, both Kaiser Permanente Northern California and U.S. Healthcare released report cards based in part or entirely on HEDIS 2.0 specifications.57-59 These groundbreaking efforts of individuals health plans to measure and report their performance represent important steps toward making information on quality and access more readily available to guide decision making by consumers, purchasers, public sector representatives, and others. They are also tangible examples of the types of measures that may be included n a "report card" and the presentation of such information to consumers.

The report cards released by these leading health plans were only the beginning of a groundswell of public reporting efforts by the managed care industry. A very sizable proportion of managed care organizations responded to requests from employers for HEDIS 2.0 performance measurement data in 1994 and early 1995.

Several noteworthy community or state-based initiatives have also resulted in report cards. Building on the work of the Massachusetts purchaser / HMO group discussed earlier, the Massachusetts Healthcare Purchaser Group (a brad coalition of 23 purchasers) published comparative data for health plans in Massachusetts.60 Working with a local business coalition in St. Louis, Missouri, HealthPages (a consumer publication) issued comparative data based on selected HEDIS 2.0 measures.61

In 1994, The National Committee for Quality Assurance also launched a national report card pilot project to test HEDIS 2.0 measures and to produce performance profiles for 21 health plans. This 1-year pilot project culminated with the release of a technical report in February 1995.62 This project broke new ground with its emphasis on external auditing of health plan data. The 21 health plans participating in this project underwent an external audit to ascertain the strength of their internal data systems; and the accuracy and completeness of their source data sets and software programs used to generate HEDIS data.

Key Issues

The principle of public accountability through the reporting of performance data is well rooted in the managed care industry. There now appears to be cautious optimism that it is possible to compare health plans on the basis of cost and *quality*. At the same time, there are several concerns regarding the public reporting of performance data. These concerns relate to the limited set of performance measures currently available, the absence of adequate methods of adjusting for differences in the risk factors of health plans' enrolled populations, the status of health plans' internal data capabilities, the absence of external auditing functions, and limited knowledge of the information needs of consumers and other users of performance data.

Limited Set of Performance Measures

The types of performance measures currently being used in report cards do not represent a well balanced set. Most report cards place a great deal of emphasis on preventive services, and maternal and child care; there are fewer measures that address chronic conditions, mental health, and substance abuse. Specifying performance measures for the treatment of chronic conditions and mental health / substance abuse problems in particularly challenging because of the lack of clinical consensus regarding the appropriate care and the complexity of these conditions, the scarcity of practice guidelines, and the more extensive data requirements associated with performance measurement.

Performance measures currently available also tend to be medical care process indicators; only a limited number are outcome measures. Outcome measures tend to be more expensive to collect; many require special data collection instruments. Furthermore, it is difficult to attribute changes in outcomes to health plan interventions.

Risk Adjustment

One of the greatest concerns regarding the release of health care plan comparative data is the potential for unfair and unwarranted conclusions, owing to the lack of appropriate risk adjustment. For example, current report cards do not stratify health care plan results by socioeconomic status, even though certain conditions (e.g., asthma) are known to occur more frequently in lower socioeconomic groups, and those in lower socioeconomic groups are less likely to seek preventive services or early acute care interventions.63,64 The data to adjust for many such risk factors are not readily available, the cost of collecting the information is significant, and there is a lack of consensus on how such information should be collected.

Health Plan's Data Capabilities

Thus far, the performance measures included in health plan report cards have ben derived from the administrative data sets that many plans already have available. This is for two reasons. First, it is generally less expensive to produce performance measures from commonly available administrative data sets than to conduct medical record audits, to implement concurrent data collection mechanisms, or to carry out enrollee surveys. Second, administrative data sets allow a health plan to derive measures based on its entire enrolled population, rather than a sample, and to analyze results pertaining to various provider / patient groups (e.g., physician groups or individual hospitals). Analyses that can be "rolled down" to the individual provider level are more useful for quality improvement efforts.

Little information is currently available on the completeness and accuracy of information contained in health plans' administrative data sets. Unless supplemented with information form medical records, enrollee surveys, and other sources, however, administrative data sets are unlikely to prove a complete picture of the services / procedures received by a health plan's enrollees. A great deal of work is needed both to improve the completeness and accuracy of health plan administrative data, and to develop sound methodological approaches to the use of those data in combination with data obtained from other sources.

External Auditing

With the exception of the National Committee for Quality Assurance report card pilot project, the health plans' data presented in report cards released to date have not been subject to external verification by a third party. If consumers, purchasers, public representatives, and others are to rely on these data to select a health plan or to make purchasing decisions, it is imperative that an external auditing function be established. The external auditors should assess the integrity of the underlying data sets used by the health plans to generate performance measurement information and the adherence of the health plans to the specifications for the measures in the performance measurement set.

Information Needs of Consumers

The performance measures included in HEDIS, the Massachusetts Purchasers Coalition effort, and the Medicare demonstration project are ones that purchasers and / or health care professionals deem important to assess and feasible to implement at this time. The selection process has not been grounded in consumer research. Both research and evaluation are needed to ascertain how report cards may better serve the interests and needs of the lay public.

Conclusion:

Comparative performance measurement and public reporting of health plan comparative data offer much promise. There is the potential to use the buying power and decision of purchasers, labor consumers, and public representatives to pressure the managed care industry to improve its performance continually. It is imperative, however, that adequate resources and attention be focused on addressing key concerns and developing the infrastructure necessary to produce reliable comparative data.

NOTES:

1. Washington Business Group on Health, Coalition Quality Initiatives: Twenty Case Studies (Washington, D.C.: April 1992).
2. U.S. Congress, Health Security Act, Bill introduced before 103rd Congress, 1st session (Washington, D.C.: 1994).
3. See, for example, State of Maryland, Health General Article Section 19-501 et seq., 1993.
4. Group Health Association of America, HMO Market Position Report (Washington, D.C.: 1993).
5. Marion Merrell Dow, Inc., Managed Care Digest: PPO Edition 1993 (Kansas City, Mo.: 1993).
6. J.E. Wennberg et al., The Need for Assessing the Outcome of Common Medical Practice, Annual Review of Public Health 1 (1980): 277-295.

7. J.E. Wennberg and A. Gittelsohn, Health Care Delivery in Maine: Part I. Patterns of Use of Common Surgical Procedures, Journal of the Maine Medical Association 66, no. 5 (1975).

8. U.S. Public Health Service, Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives, DHHS 91-05213 (Washington, D.C.: Government Printing Office, 1990).

9. Ibid., 521.

10. J.M. Corrigan and M.E. O'kane, Assessing the Quality and Accessibility of Patient Care Provided by Health Plans (Paper prepared for the Physician Payment Review Commission, Washington, D.C., 1993).

11. Ibid.

12. A.L. Siu et al., Choosing Quality of Care Measures Based on the Expected Impact of Improved Care on Health, Health Services Research 27, no. 5 (1992): 619-650.

13. A.L. Siu et al., A Fair Approach to Comparing Quality of Care, Health Affairs 10, no.1 (1991): 62-75.

14. S.J. Bernstein et al., A Literature Review of Indications for Non-Emergency, Non-Oncology Hysterectomy and Complications from This Procedure, WD-5264-1-HF (Santa Monica, Calif.: RAND, October 1991).

15. P.J. Murata et al., Prenatal Care: A Literature Review and Quality Assessment Criteria, JR-05 (Santa Monica, Calif.: Rand HMO Quality of Care Consortium, 1992).

16. M.J. Sherwood et al., Medical Record Abstraction Form and Guidelines for Assessing the Quality of Prenatal Care, RAND Working Draft #6095-HF (Santa Monica, Calif.: RAND, June, 1992).

17. L. Heinen et al., Quality Evaluation in a Managed Care System: Comparative Data To Assess health Plan Performance, managed Care Quarterly 1, no. 1 (1993): 62-76.

18. L. Heinen and S. Leatherman, Quality Evaluation: A New State of the Art, Group Practice Journal (1992) 38-43.

19. U.S. Quality Algorithms, Performance Measures Manual (Blue Bell, Pa.: 1993).

20. Kaiser Permanente Northern California Region, 1993 Quality Report Card (Oakland, Calif.: 1993).

21. M.A. Bloomberg et al., Development of Clinical Indicators for Performance Measurement and Improvement: An HMO / Purchaser Collaborative Effort, Joint Commission Journal on Quality Improvement 30, no. 12 (1993): 586-595.

22. InterStudy, Measurement and Management of Clinical Outcomes, Quality Edge 1, no. 2 (1992): 1-71.

23. See, for example, D.M. Steinwachs et al., Feasibility of Outcomes Management System Implementation by Employers and Their Managed Care Organizations (Unpublished paper prepared for the Managed Health Care Association OMS Project Consortium, Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, Baltimore, November 13, 1992).

24. American Medical Review and Research Center, Develop, Apply, and Evaluate Review Criteria and Education Programs Based on Practice Guidelines, Phase I Report, Washington, D.C., April 1994.

25. A.R. Davies and J. Ware, Consumer Satisfaction Survey and Users Manual, Second Edition (Washington, D.C.: Group Health Association of America, May 1991).

26. H.M. Allen, The Employee Health Care Value Survey (Boston: The Health Institute, New England medical Center Hospitals, 1993).

27. H.M. Allen, Consumer Assessment of Health and Health Care: The Central lowa Pilot Study (Boston: New England Medical Center, 1993).

28. J.McGee, Minnesotal Survey of Employees on Health Plans and Medical Care (Highland Park, III.: McGee and Associates, 1993).

29. Washington Business Group on Health, Coalition Quality Initiatives.

30. National Committee for Quality Assurance and J. McGee, Michigan Project Consumer Satisfaction Survey (Available from NCQA, Washington, D.C., or McGee and Associates, Highland Park, III., 1993).

31. J.E. Ware and C.D. Sherbourne, The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): 1. Conceptual Framework and Item Selection, Medical Care 30, no. 6 (1992): 473-483.

32. A.L. Stewart and J.E. Ware, Jr., Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach (Durham, N.C.: Duke University Press, 1992).

33. C.A. McHorney et al., The Validity and Relative Precision of MOS Short- and Long-Form Health Status Scales and Dartmouth Co-op Charts: Results from the Medical Outcomes Study, Medical Care 30, no. 5 (1992): MS253-MS265.

34. Health Outcomes Institute, Update, The Newsletter of the Health Outcomes Institute, 2, no.1 (1995).

35. A.M Epstein et al., Consultative Geriatric Assessment for Ambulatory Patients: A Randomized Trial in a Health Maintenance Organization, Journal of the American Medical Association 263 (1990): 538.

36. Allen, Consumer Assessment of Health and Health Care.

37. S. Greenfield and E.C. Nelson, Recent Developments and Future Issues in the Use of health Status Assessment Measures in Clinical Settings, Medical Care 30, no. 5 (1992): MS23-MS41.

38. The John A. Hartford Foundation, Community Health Management Information System: General Overview (New York: Benton International, 1992).

39. Workgroup for Electronic Data Interchange, Report of the Workgroup for Electronic Data Interchange (Available from Blue Cross and Blue Shield Association, Chicago, 1993).

40. S. Leatherman et al., Quality Screening and Management Using Claims Data in a Managed Care Setting, QRB: Quality Review Bulliten 17, no. 11 (1991): 349-359).

41. W. Herman et al., An Approach to the Prevention of Blindness in Diabetics, Diabetes Care 6 (1983): 608-613.

42. A. Relman, Assessment and Accountability: The Third Revolution in Health Care, New England Journal of Medicine 319 (1988): 1221-1222.

43. P.M. Ellwood, Outcomes Management: A Technology of Patient Experience, New England Journal of Medicine 318 (1988): 1549-1556.

44. Ware and Sherbourne, The MOS 36-Item Short-Form Health Survey.

45. InterStudy, Measurement and Management of Clinical Outcomes.

46. Ibid.

47. D. Lansky et al., Health Outcomes Accountability: Methods for Demonstrating and Improving Health Care Quality (Draft Discussion Paper, The Jackson Hole Group, Jackson Hole, Wyo.: March 16, 1993).

48. Dr.R. Nerenz and B.M. Zajac, Ray Woodham Visiting Fellowship Program Project Summary Report: Indicators of Performance for Vertically Integrated health Systems (Chicago, III.: Hospital Research and Educational Trust, American Hospital Association, 1991).

49. D.R. Nerenz et al., Consortium Research on Indicators of System Performance (CRISP), Joint Commission Journal on Quality Improvement 30, no. 12 (1993): 577-585.

50. Bloomberg et al., Development of Clinical Indicators.

51. The HMO Group, Kaiser Permanente, Towers Perrin, Bull HN Information Systems, Digital Equipment Corporation, GTE Corporation, Xerox Corporation, HMO Employer Data and Information Set: Final Draft (New Brunswick, N.J.: The HMO Group, 1991).

52. Utilization Data Definitions Committee, Minnesota Department of Human Services, Minnesota Department of Health, and Minnesota Health Plans, Reporting Standards for health Care Utilization Data (Minneapolis, Minn.: February 1992).

53. National Committee for Quality Assurance, Health Plan Employer Data and Information Set, Version 2.0 (Washington, D.C.: November 1993).

54. Delmarva Foundation for Medical Care, External Review Performance Measurement of Medicare HMOs/CMPs, Draft Final Report, HCFA Contract 500-93-0021 (Easton, Md.: HCFA, June1994).

55. U.S. Department of Health and Human Services, Medicare Hospital Mortality Information (Washington, D.C.: 1989).

56. Center for Health Care Policy and Evaluation, A Report Card on Health Care: Performance Indicators for Evaluating a Health Care Delivery System (Minnetonka, Minn.: United Health Care Corporation, 1993).

57. G. Anders, Three HMOs Evaluate Themselves, Wall Street Journal, November 16, 1993, B-1.

58. Kaiser Permanente, 1993 Quality Report Card.

59. U.S. Quality Algorithms, U.S. Healthcare 1992 Quality Report Card (Blue Bell, Pa.: 1993).

60. Massachusetts Healthcare Purchaser Group, The Cost/Quality Challenge (Boston: March 1994).

61. HealthPages: A Consumer's Guide, St. Lois Edition (New York: HealthPages, 1994).

62. National Committee for Quality Assurance, Report Card Pilot Project Technical Report (Washington, D.C.: February 1995).

63. L.I. Iezzoni, Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes (Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press, 1994).

64. G. Friday and P. Fireman, Morbidity and Mortality of Asthma, Pediatric Clinics of North America 35 (1988) 1149-1162.

THE FIRST NATIONAL CONFERENCE ON QUALITY IN HEALTH CARE

PROCEEDINGS

26 - 28 SEPTEMBER, 1995
Cairo - Egypt

وزارة الصحة
مشروع تطوير المستشفيات
COST RECOVERY FOR HEALTH PROJECT
CRHP
USAID PROJECT No. : 263-0170

ESQua
THE EGYPTIAN SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE
الجمعية المصرية لجودة الرعاية الصحية

Q.A.
THE QUALITY ASSURANCE PROJECT
APPLIED RESEARCH IN CHILD SURVIVAL SERVICES

USAID

Continuous Quality Improvement

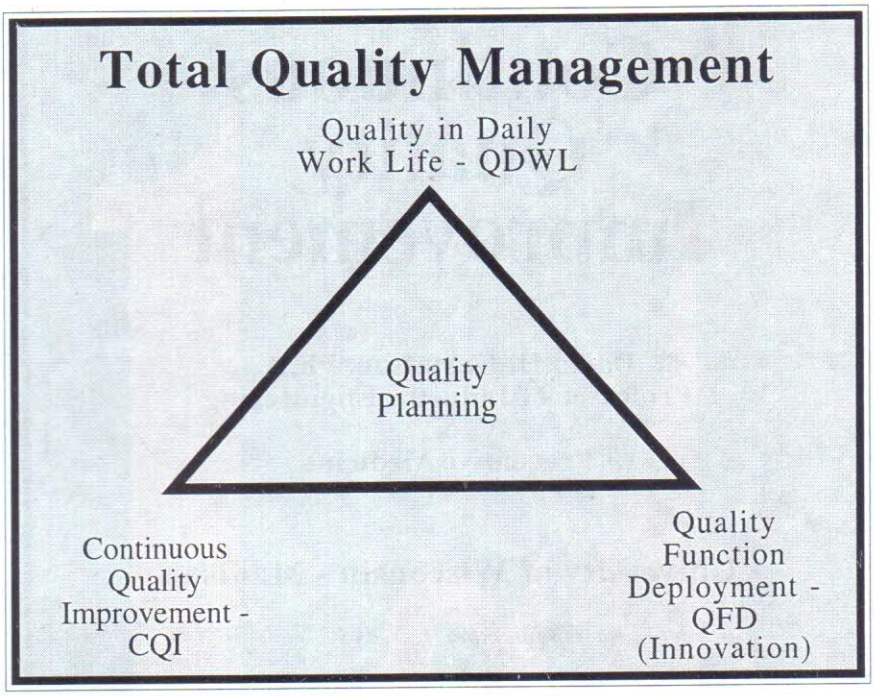
David H. Gustafson, Ph.D.
Professor of Industry Engineering
&
Preventive Medicine

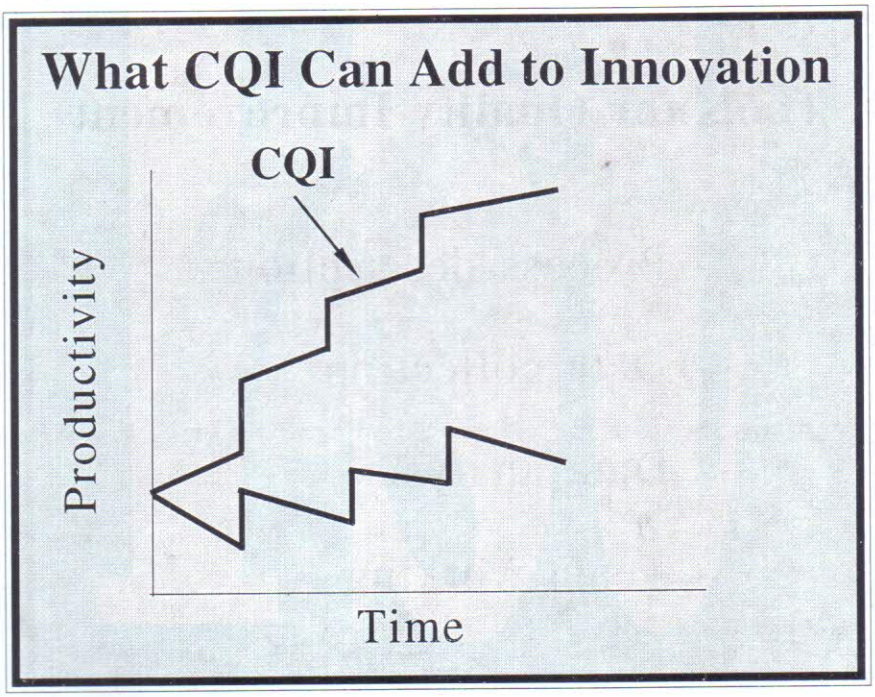
University of Wisconsin - Madison

September 13, 1995

Tools for Quality Improvement

- Process description
- Data collection
- Data analysis
- Team working


Total Quality Management
Quality in Daily
Work Life - QDWL
Quality
Planning
Continuous
Quality
Improvement -
CQI
Quality
Function
Deployment -
QFD
(Innovation)


What CQI Can Add to Innovation
CQI
Productivity
Time

The "New" Organization

- Focused on Quality
- Leadership committed
- Customer-minded
- Employee-minded
- Process-minded
- Statistically-minded
- Continuous improvement
- Supplier partners
- Innovative/benchmarks
- Regulatory proactiveness

Old Way/New Way Management

Old Way	Quality is fine.
New Way	Quality can and must be improved.

Old Way/New Way Management

Old Way Poor quality and defects Come from people.

New Way Poor quality and defects come from complex processes.

Old Way/New Way Management

Old Way Checking and data reporting insure quality.

or

Old Way Exhorting people and giving them incentives insure quality.

New Way Analysis and understanding of processes insure quality.

Old Way/New Way Management

Old Way — Use intuition and the latest technology to address problems.

New Way — Collect data and act with knowledge to address problems.

Old Way/New Way Management

Old Way — Improvement must occur within functional areas.

New Way — Improvement must occur among functional areas, as well as within.

Old Way/New Way Management

Old Way	Customers are problems.
New Way	Customers are partners.
Old Way	Suppliers are problems.
New Way	Suppliers are partners.

Old Way/New Way Management

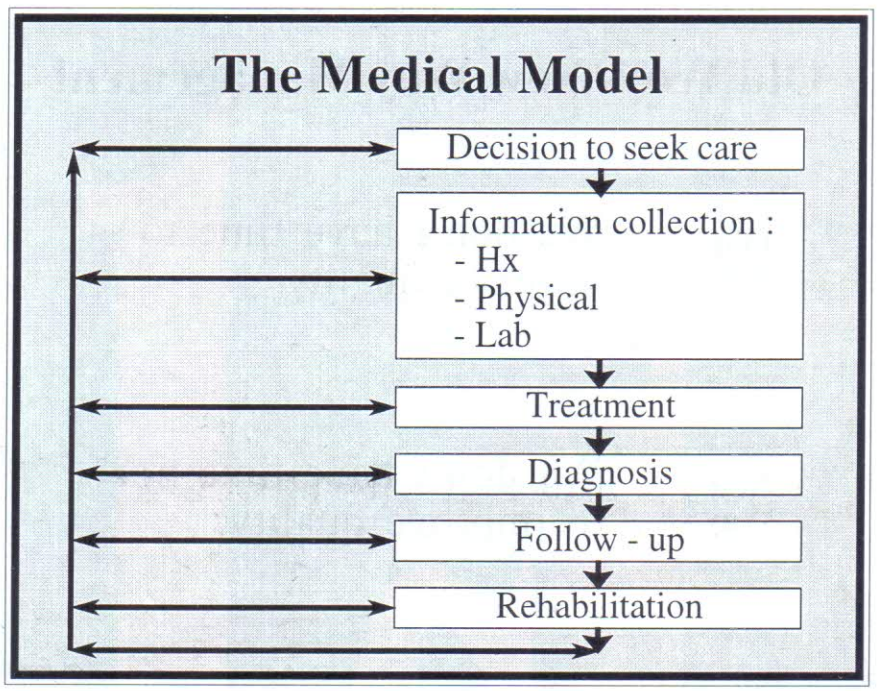
Old Way	Quality costs money.
New Way	Quality saves money.

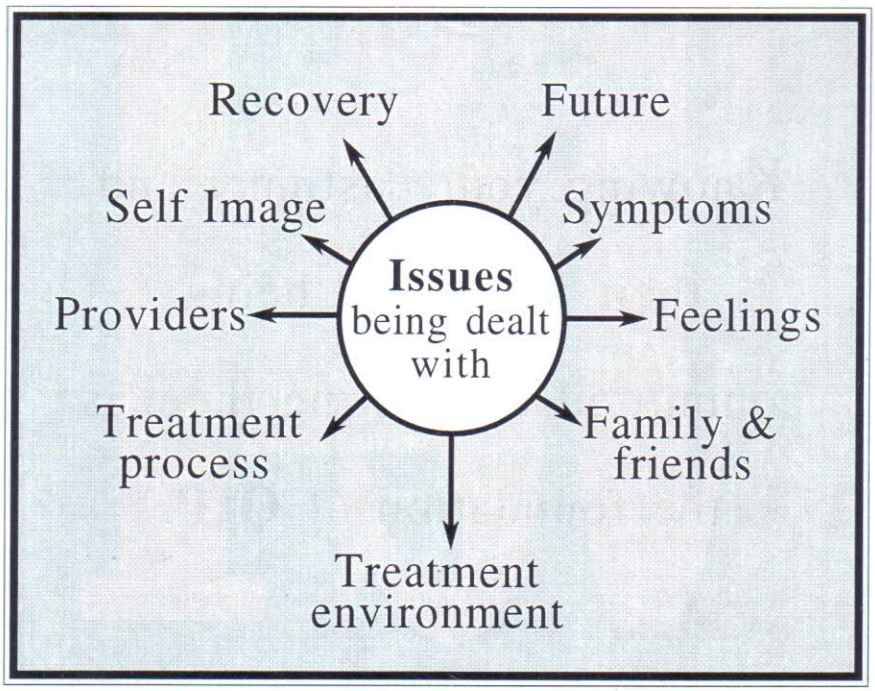
Old Way/New Way Management

Old Way — We don't have time to improve quality.

New Way — We don't have time not to improve quality.

Knowing your customer and their needs and being committed to meeting them is the foundation of **QIP.**


The Medical Model
Decision to seek care
Information collection :
- Hx
- Physical
- Lab
Treatment
Diagnosis
Follow - up
Rehabilitation


Recovery
Future
Self Image
Symptoms
Issues
being dealt
with
Providers
Feelings
Treatment
process
Family &
friends
Treatment
environment

Example

- Compare patient satisfaction surveys to customer needs surveys
- Describe a customer needs survey process for breast cancer

Patient Satisfaction Surveys

	Excellent 1	2	3	4	*Poor* 5
Courtesy of admitting staff	☐	☐	☐	☐	☐
How quick nurses responded to calls	☐	☐	☐	☐	☐
The skill of your doctors	☐	☐	☐	☐	☐
Comfort of your hospital room	☐	☐	☐	☐	☐

How do you like us? vs. What did you need?

Responses typically very positive, not much range

Results somewhat unstable

Guidance for improvement limited

Natural to resist collaboration

Customer Needs Survey

	Excellent Need 1	2	3	4	*Poor Need* 5
How to relax while living with uncertainty?	☐	☐	☐	☐	☐
Choosing between mastectomy and lumpectomy?	☐	☐	☐	☐	☐
How to find a support group of people like me?	☐	☐	☐	☐	☐
What symptoms are normal during recovery	☐	☐	☐	☐	☐

Focuses on customer rather than on hospital

Asks questions customers are qualified to answer

Identify opportunities for new business

Focuses on issues where collaboration would be easier

Case Study

- Development of customer needs assessment
- Identification of customer needs
- Design of a system to meet those needs (another time)

Formation of a Work Group

- Two women with breast cancer
- Two husbands
- Two daughters
- One breast cancer surgeon
- One nurse practitioner
- Two nurse researchers

Identify Possible Needs

- Interview each person by telephone

  Think about the time of diagnosis, surgery, radiation, chemotherapy.

  What were your biggest fears, frustrations, needs, difficulties, uncertainties?

- Create a straw model from the interviews
- Meet to review and refine
- Review and revise by a second group of women, daughters and husbands...

Convert to Three Surveys

- Women with breast cancer
- Daughters of women with breast cancer
- Husbands of women with breast cancer

Pilot test with group of customers

In the following questions, please check the box corresponding to the importance of the information to you.

	Not Important	Slightly Important	Important	Very Important	Essential

3. Diagnosis

A. What this diagnosis of breast cancer really means ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

B. How much time is reasonable between diagnosis and treatment ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

C. What questions the doctors may ask and why they will ask them ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

D. What questions you as the patient's partner may want to ask ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4. Prospect of Recovery

A. What factors influence the likelihood of a cure ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

B. What does the future hold (hair loss, change in lifestyle, sexuality) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

C. What are the chances of another cancer developing ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

In the following questions, please check the box corresponding to the importance of the information to you.

5. Treatment (What it is, Effectiveness, & Site Effects)

A. Surgery	☐	☐	☐	☐	☐
B. Radiotherapy	☐	☐	☐	☐	☐
C. Tamoxifen (Nolvadex)	☐	☐	☐	☐	☐
D. Chemotherapy	☐	☐	☐	☐	☐
E. Non-Traditional treatments	☐	☐	☐	☐	☐

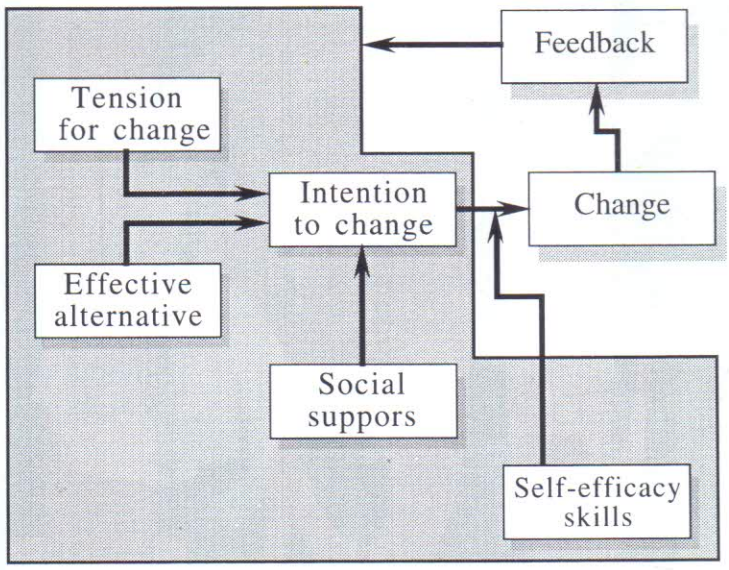
6. Help with Decisions

A. Mastectomy vs. lumpectomy (surgery that would not take the whole breast)	☐	☐	☐	☐	☐
B. Chemotherapy or hormonal treatment (or both)	☐	☐	☐	☐	☐
C. Reconstruction of breast or prosthesis (artificial breast)	☐	☐	☐	☐	☐
D. How can we take control of the decision	☐	☐	☐	☐	☐

Change Model

Materials in this section have been largely authored and assembled by David H. Gustafson, Ph.D.

Components of Change





Presentation of Dr. DAVID GUSTAFSON



Participants Working on " CASE STUDY "

THE FIRST NATIONAL CONFERENCE ON QUALITY IN HEALTH CARE

PROCEEDINGS

26 - 28 SEPTEMBER, 1995
Cairo - Egypt

وزارة الصحة
مشروع تطوير المستشفيات
COST RECOVERY FOR HEALTH PROJECT
RHP
USAID PROJECT No. : 263-0170

ESQua
THE EGYPTIAN SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE
الجمعية المصرية لجودة الرعاية الصحية

Q.A.
THE QUALITY ASSURANCE PROJECT
APPLIED RESEARCH IN CHILD SURVIVAL SERVICES

USAID

Case Study

Operating Room Delays

Step 5: Identify Problems and Select Opportunities for Improvement

The Operating Room Supervisor reported to the Quality Council that the Operating Room Surgical Unit has experienced delays in the surgery schedule. The Chief of Surgery has complained that these delays adversely affect the quality of patient care he and his staff are providing to the patients. the delays result in patients, prepared and ready for the operating room, having to wait before being taken into surgery; delays during surgery result in patients remaining under anesthesia for longer periods of time. In addition to postponing and lengthening surgery times, the delays disrupt scheduled follow-on surgeries, increase personnel overtime, lower operating room utilization and cause low morale among his staff and nursing service personnel.

In response to the Chief of Surgery's complaint, the Operating Room (OR) Supervisor wanted more information about the delays. For two weeks the OR Supervisor gathered information on the number (frequency) of delays and facts associated with the delays. At the end of the two weeks the supervisor found there were 50 case delays and in 21 of the 50 cases (42%), the delays were associated with sending for additional or replacement items for the surgical set-up trays from the Central Supply Room (CSR).

Step 6: Define The Problem Operationally

Problem Statement

There is a problem with lack of equipment in some surgical cases. We know it is a problem because we experience delays in room set-up and during surgical procedures. The delays are associated with getting items from CSR. The problem starts with ordering supplies for surgery and ends at the completion of the surgical procedure. The problem will be solved when there is a reduction in the number of surgical cases delayed due to the need to get supplies.

Your charge is to reduce the delays in surgery that are caused by sending for replacement items for surgery trays.

Step 7: Identify Who Needs to Work on the Problem

The next step in the process is for the Quality Council to select the team who will work on solving this problem.

The Quality Council knows that it is important to have team members who know the process participate in the analysis of the problem and the development of solutions. The Quality Council asked themselves the following questions. The answers to these questions assisted them to identify the members of the problem solving team.

- Who works within the process containing this problem? Who are customers, who are suppliers, what does each need? Central supply room clerk, the operating room nurse, the operating room staff member.
- Who is affected by the process? The patient, the surgeon, the operating room nurse.
- Who makes decisions about the process? The central supply room supervisor, the operating room supervisor
- Who has technical expertise about the process? The surgeon, the central supply room clerk, the operating room nurse, the supervisors of the central supply room and the operating room.

As a result of their discussions, the Quality Council selected the following team members. Although the patient is affected by the process, the patient was not included on the team because the patient is not active in the process of preparing the instruments.

Problem Solving Team

A surgeon, an operating room nurse, a central supply room clerk, the supervisor of the central supply room, the operating room supervisor, an operating room staff member.

(**Note :** Some of the ways in which team members can be selected are by doing brainstorming, a top down flow chart of the process or simply asking the above questions. Due to time constraints for this exercise we used answering the above questions.)



Team Members



Central Supply Room Clerk

Surgeon

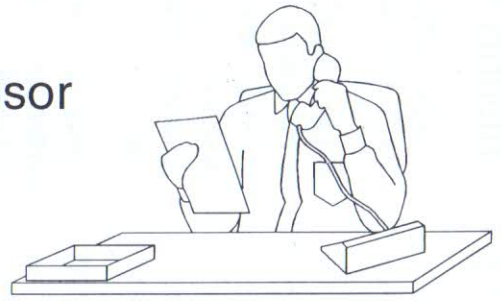
OR Nurse

OR Staff member



Central Supply Room Supervisor

OR Supervisor



Step 8: Analyze the Problem and Identify Major Causes

The process of Supplying Correct Equipment For Surgery

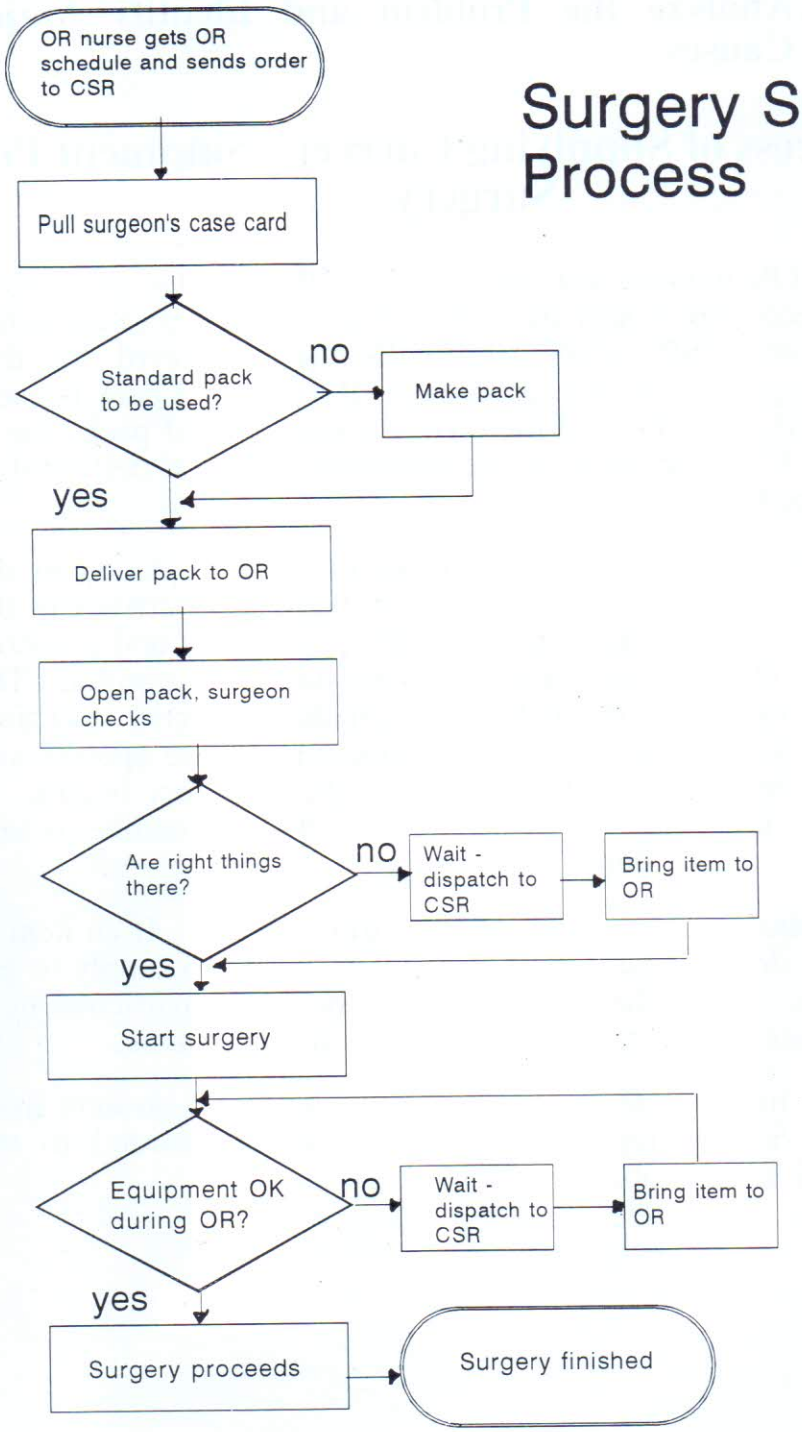
The OR nursing staff receives the OR schedule and orders supplies needed for a particular case. The order goes to a Central Supply Room (CSR) clerk who pulls the case card for that particular surgeon doing that procedure. If a standard pack is used, it is delivered to the OR. If there isn't a standardized pack, one is prepared by CSR according to the physician card and delivered to the OR by the CSR clerk.

On the day of surgery, equipment pack is placed in the operating room. At the appointed time, the patient arrives in the OR where the scheduling staff completes paper work and prepared the patient. When the patient is ready, the surgeon is notified. The surgeon arrives 30 minutes before the scheduled surgery start time to check the patient and the OR. Equipment packs are opened, and checked by the surgeon. If all items are there surgery begins. If items are missing, the case is delayed as an OR staff member is sent to CSR to get missing items.

Supplies in the packs are used during surgery. If an item is damaged, or dropped, an OR staff member is sent to supply to get needed items. Also, when there are not enough of a particular item an OR staff member is sent to CSR to get additional items.

Each time an OR staff member is sent to get an item from supply, an incident report is completed and forwarded to the Director of Surgery's office.

Surgery Supply Process



Data Sheet

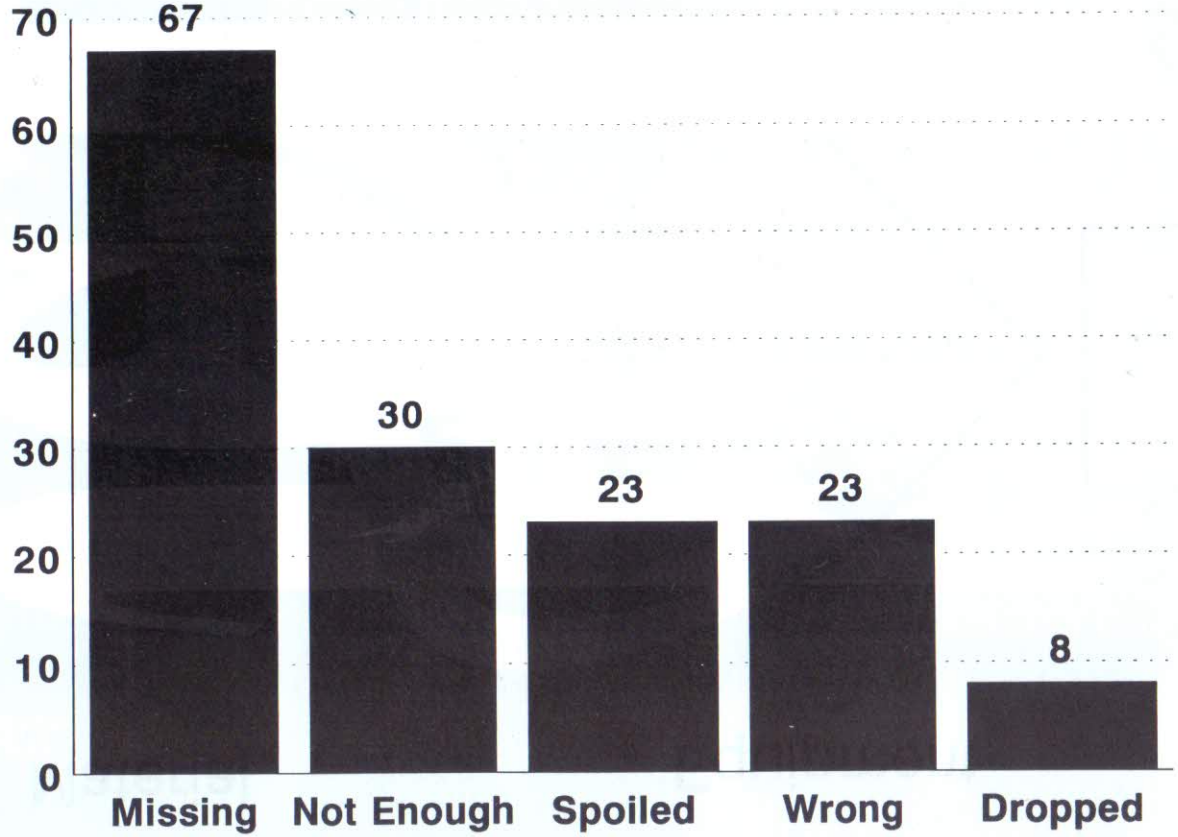
Week:

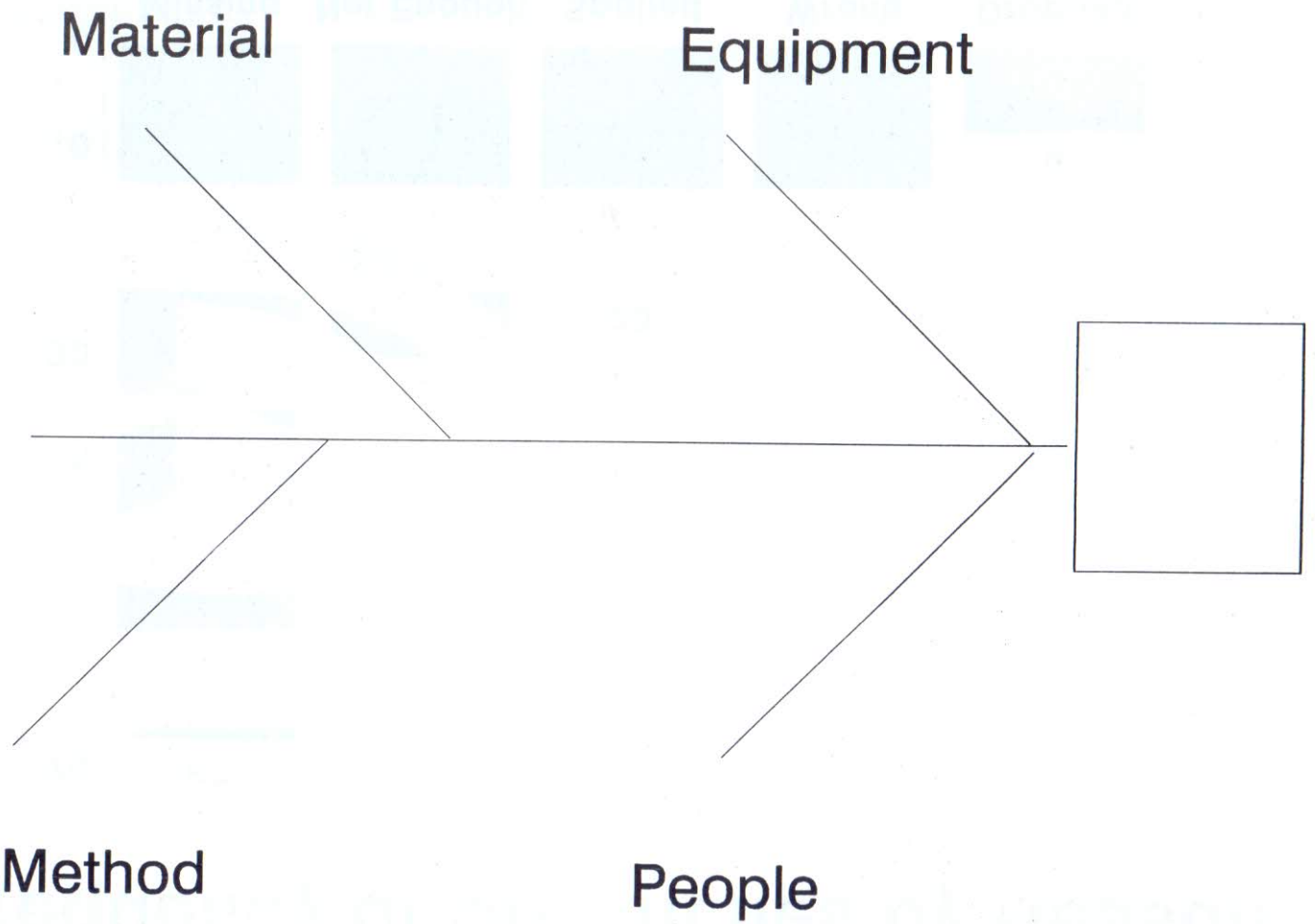
Item	Quantity	Wrong	Spoiled	Not Enough	Dropped	Missing	Explanations *To be completed by Supply*

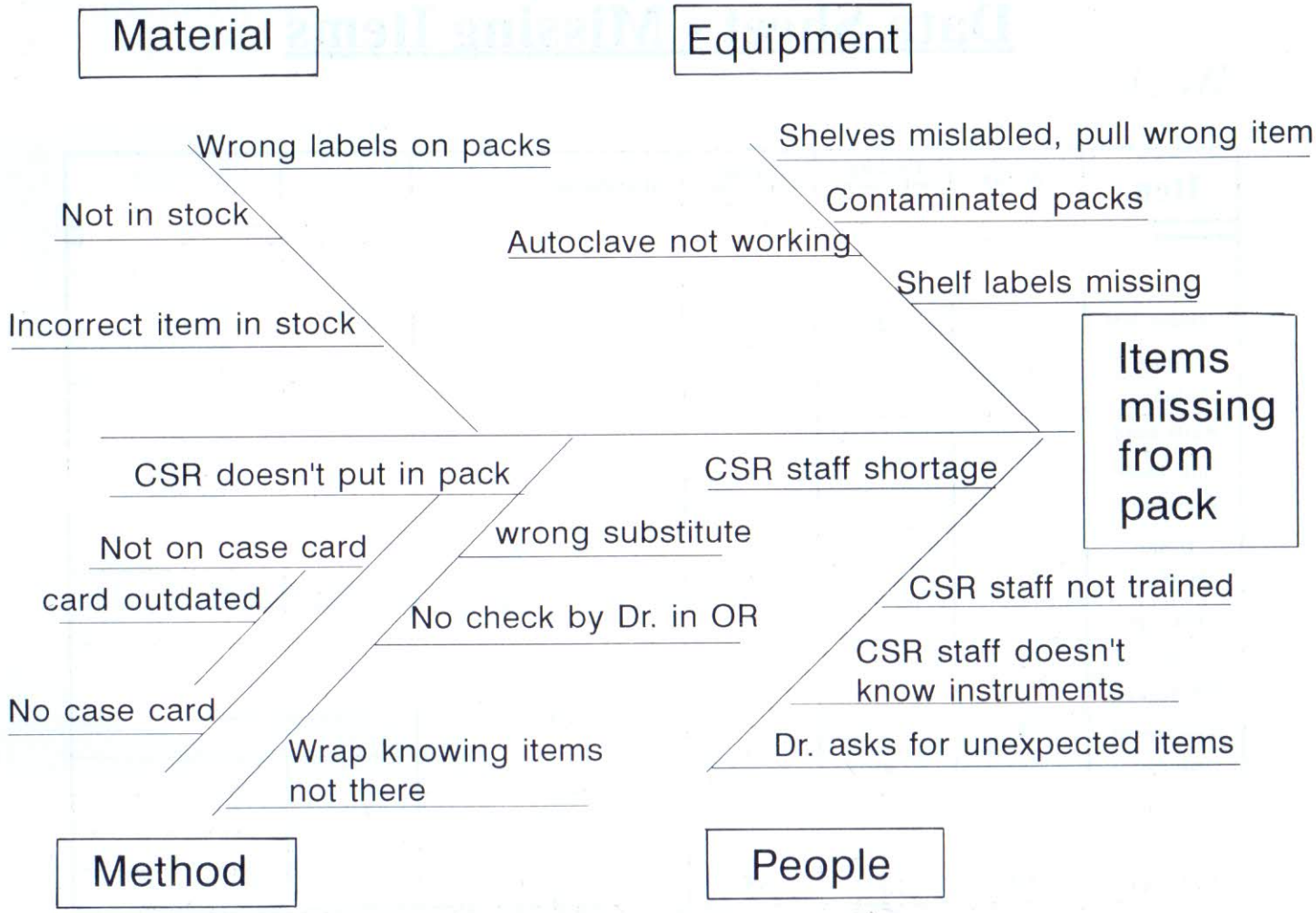
Data Sheet - Dispatches

Item	Number of dispatches	Wrong	Spoiled	Not Enough	Dropped	Missing	Comments
Swabs	7	0	1	1	0	5	
Ringed Inst.	6	1	0	2	1	2	
Saline	12	2	2	3	0	5	
Gauze	4	2	1	1	0	0	
Knife handle	9	0	3	1	1	4	
Knife blade	9	2	0	3	1	3	
Retractors	8	2	0	2	1	3	
Drape	13	1	5	2	1	4	
Syringe	12	2	2	0	1	7	
Silk tape	16	3	3	5	0	5	
Staples	6	2	1	1	1	1	
4x8 sponge	12	2	0	2	0	8	
4x4 sponge	6	0	2	0	0	4	
needles	17	2	3	4	0	8	
tubing	14	2	0	3	1	8	
TOTALS		**23**	**23**	**30**	**8**	**67**	

Frequency of Dispatches by Reason




Material
Equipment
Method
People

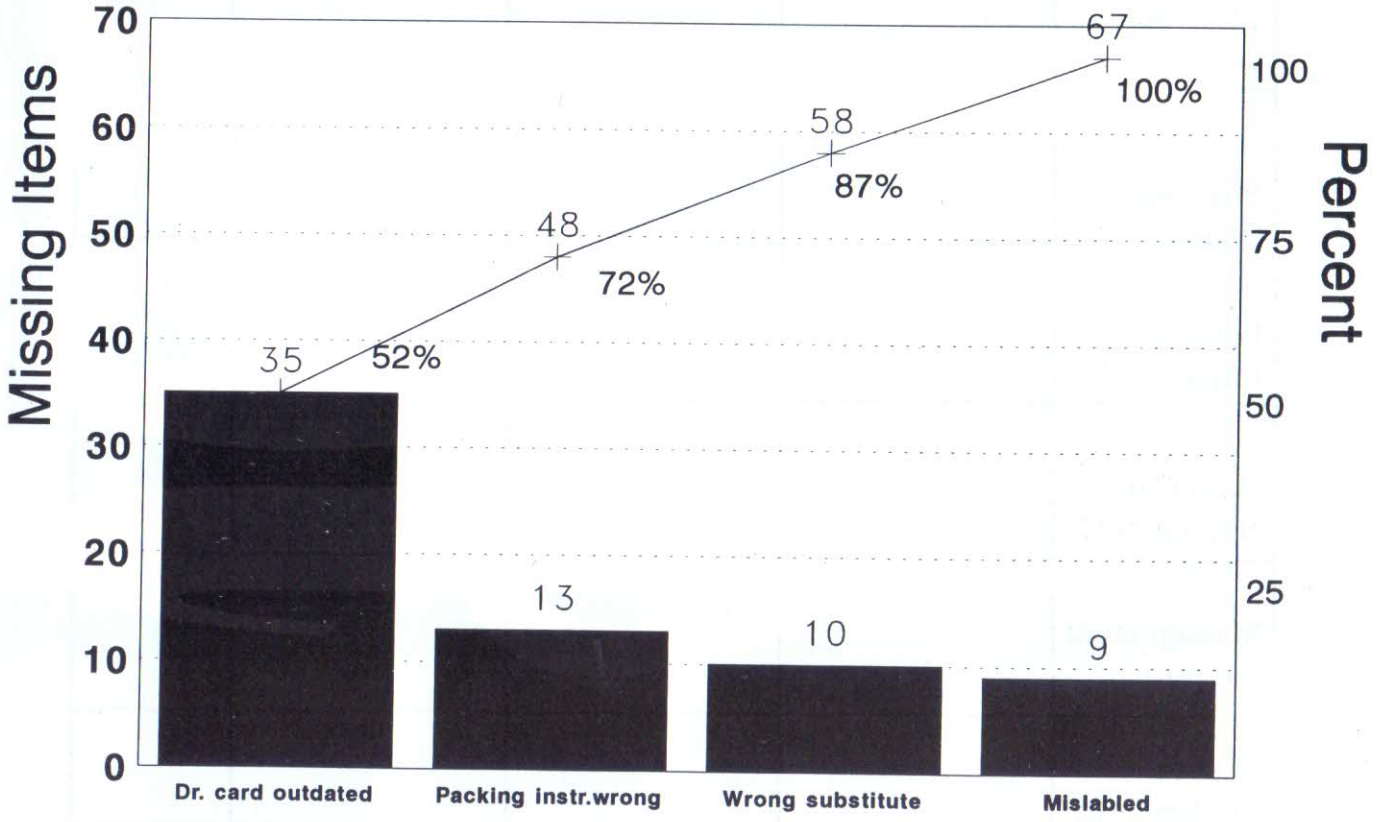

Material
Equipment
Wrong labels on packs
Not in stock
Incorrect item in stock
Shelves mislabled, pull wrong item
Contaminated packs
Autoclave not working
Shelf labels missing
Items missing from pack
CSR doesn't put in pack
Not on case card
card outdated
No case card
wrong substitute
No check by Dr. in OR
Wrap knowing items not there
CSR staff shortage
CSR staff not trained
CSR staff doesn't know instruments
Dr. asks for unexpected items
Method
People

Data Sheet - Missing Items

Week:

Item	Wrong substitute	Packing instrument wrong	Doctor's card out of date	Mislabeled			
Swabs	5						
Ringed Inst		2					
Saline			5				
Gauze							
Knife handle				4			
Knife Blade		3					
Retractors			3				
Drape			4				
Syringe			7				
Silk tape				5			
Staples	1						
4X8 Sponge			8				
4X4 Sponge	4						
Needles		8					
Tubing			8				
TOTALS	**10**	**13**	**35**	**9**			

Reasons for Missing Items



Solution Matrix

Solutions / *Criteria*				
Fixes Root Cause				
Positive Impact				
Who Can Implement?				
Management Support				
Cost to Implement				

Solution Matrix

Solutions / *Criteria*	**Have Dr. Update Card**	**Store More Items in OR**	**Retrain Doctors**	**Create New Card**
Fixes Root Cause	***Yes***	***Maybe***	***Yes***	***Yes***
Positive Impact	***Yes***	***Yes***	***Yes/No - resentment***	***Yes***
Who Can Implement?	***Surgeons, CSR Chief of Surgery***	***Chief of Surgery***	***Chief of Surgery***	***Chief of Surgery***
Management Support	***Yes***	***Unlikely***	***No***	***Yes***
Cost to Implement	***Minor***	***Major***	***Minor***	***Minor***

Step 9: Develop Solutions and Actions for Quality Improvement

Problem Solution

Surgeons will be asked to complete case cards and give them to CSR when they are accepted as a member of the hospital surgical staff. Every 6 months the CSR staff will send the cards to the surgeons for review and updating. The surgeon will return the card to CSR with corrections or marked "no change". The card will be filed in CSR for use in preparing the packs.

Surgeons are asked to return the card to CSR whether they have or have not made changes in the card. If a surgeon does not return the card, CSR will contact the surgeon or the Chief of Surgery to seek a response.

(**Note :** There are a variety of methods and tools which might be used in this step, such as force field analysis and flow charting the proposed solution. They are not included here due to time factor.)

Step 10: Implement and Evaluate Quality Improvement Efforts

Evaluating and Monitoring the Solution

The team developed a plan for implementing their solution. They implemented the plan but decided they wanted to know if they had really solved the problem. They decided they would know they were successful if there were no surgical cases delayed due to outdated surgeon's cards. They decided to monitor the solution by continuing to collect data each time a case was delayed, on the reason for the delay. They set a threshold of 3% for acceptable variation for delays in surgery caused by outdated cards. By setting this threshold, they knew they would return to the problem for continued study any time 3% or more of the patients had surgery delayed by outdated cards in any one month period of time.