
Az akkreditáció hatására irányuló vizsgálatok és azok módszertana

Készítette:



Rendszerelemzési Főosztály

Budapest, 2011. szeptember

Tartalom

Bevezetés	3
Az akkreditáció hatását kutató tanulmányok részletesen	4
A szisztematikus szakirodalom kutatás eredményei	4
Ausztrál kutatási terv az akkreditáció hatásának vizsgálatára	7
Az EPA háziorvosi praxisokban tapasztalt hatékonyságát vizsgáló kérdőív	10
Az akkreditáció kórházi ellátás minőségére gyakorolt hatását vizsgáló before-after kutatás Dél-Afrikában	12
Hatásvizsgálatok publikációi	22

Bevezetés

Az utóbbi évtizedekben elterjedőben van az a nézet, hogy az akkreditáció alkalmas mércéje lehet az ellátás minősége fejlődésének. Elősegítheti az eljárások standardizációját, ami várhatóan jobb költség-hatékonyságot eredményez. A betegutak és folyamatok pontos szabályozottsága és ellenőrzöttsége javulást hozhat a kimenetek és a betegelégedettség terén is. Az akkreditált szervezetek számára piaci előnyt is jelenthet az elismert, akkreditált státusz. Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációja erőforrás és időigényes módszer. Az akkreditációs programok költség-hatékonyságának biztosításához szükség van az akkreditációval elért haszon, eredmények mérésére. Az akkreditáció tényleges hatását ugyanakkor nehéz értékelni, mivel az akkreditáció dinamikus minőségfejlesztési folyamat. **A hatások emiatt csak longitudinális vizsgálatokban mérhetők.** A hatásvizsgálatot nehezíti az is, hogy az akkreditáción kívül számos más változó is hat a szervezetre. A minőségfejlesztési programok is egymással kölcsönhatásban működnek.

Több minőségfejlesztési program hatását kutatta pl. a MARQuIS (Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies - Módszerek a Minőségfejlesztési Stratégiák Értékelésére) projekt. A MARQuIS projektet az EU 6. Keretprogramja finanszírozásával 2005 januárjában indította el hat európai kutatóközpont, az Európai Kórház- és Egészségügyi Szövetség (HOPE) és a Minőség az Egészségügyben Európai Társaság. A 2007 végén zárult projekt vezetésével a spanyolországi Avedis Donabedian Alapítványt bízták meg. A projekt a belső minőségfejlesztési stratégiák egymás közötti viszonyát stratégia páronkénti Pearson-féle korrelációval jellemezte. [Sunol et al., 2009] Feltáró faktoranalízissel határozták meg, hogy a stratégiák és a kimenetek kevesebb számú rejtett dimenzióba csoportosíthatók-e. Pl. külső ún. „nyomás index”-be (external pressure index) sűrítették azokat a változókat, amelyek a kórházak külső értékelésére (tanúsítás, akkreditáció, peer review, ellenőrzés, auditálás stb.) vonatkoznak. A stratégiák kimenetekre (klinikai, biztonság, betegközpontúság, határon átvívelő betegközpontúság) gyakorolt hatását többváltozós regressziós modellel, valamint Pearson-féle korrelációs együtthatóval számolták.

A before-after vizsgálatok eredményeinek validitását meghatározhatják az alábbi kérdésekre adott válaszok:

- Beválasztható-e az előzetes vizsgálat minden résztvevője az utólagos vizsgálat résztvevői közé?
- Van-e evidencia egy időlegesen uralkodó trendre? Sok kimenet ugyanis megváltozik az idők folyamán, függetlenül attól, hogy közben volt-e minőségfejlesztés vagy sem.
- A vizsgálat alanyainak kiválasztásánál szempont volt-e outlier voltak, azaz a rendestől eltérő értékeik?

A tapasztalatok szerint a before-after vizsgálatok eredményeinek ellenőrzéséhez megfelelő kontrollokat szükséges kiválasztani [A Primer on Before-After Studies].

Több tanulmány figyelembe veszi a hatásvizsgálat során az intézmények jellemzőit, pl. tulajdonforma, a kórház oktatói státusza, mérete stb.

Hasonlóképpen figyelembe veszik a minőségfejlesztés hatásaként vizsgált betegelégedettségi vizsgálatokban a beteg életkorát, nemét. Egy nagyszabású német vizsgálatban az akkreditáció hatását kutatták a betegelégedettségre Picker kérdőív [Jenkinson et al., 2002] segítségével [Sack et al., 2011]. A kutatás arra fókuszált, hogy a betegek közül ki ajánlaná a kórházat másoknak, esélyhányados- odds ratio - OR számításával. Az OR számítása többféle modell alapján történt: egyváltozós modellel, egyszerű logisztikus regresszióval és a betegek klaszterezésével: egyváltozós modellel klaszterezéssel GEE, generalized estimating equations-vel, többváltozós modellel klaszterezéssel GEE-vel, amelyben az életkor és a nem az együtváltozó (covariables).

Az akkreditáció hatását kutató tanulmányok részletesen

A mellékelt táblázatban a szakirodalom kutatás során feltárt hatástanulmányok részletei találhatóak. Ismertetjük a módszereket, a kutatásban érintett kérdésköröket.

Az alábbiakban egy, a hatásvizsgálatok témájában publikált szisztematikus szakirodalom kutatás [Greenfield és Braithwaite, 2008] eredményeit ismertetjük, és három hatásvizsgálati kutatásra térünk ki a táblázatban foglaltaknál részletesebben:

- egy ausztrál kutatók [Braithwaite, J. et al., 2006] által kidolgozott prospektív, több módszert alkalmazó, többszintű, multidiszciplináris kutatási terv az akkreditáció hatásának vizsgálatára,
- a német háziorvosi praxis akkreditációban alkalmazott EPA hatásának vizsgálatára irányuló kérdőív. [Szecsenyi et al., 2007]
- egy dél-afrikai before-after kutatás az akkreditáció hatásáról [Salmon et al., 2003]

A szisztematikus szakirodalom kutatás eredményei

A szakirodalomban publikált hatásvizsgálatok ellentmondásos képet tárnak fel. Példa erre a témában elérhető 2007-es szisztematikus szakirodalmi áttekintés [Greenfield és Braithwaite, 2008]. A szakirodalom kutatásban kiválasztott 66 tanulmány többek között arra fókuszált, milyen eredményei vannak az akkreditációnak. A publikációkat a következő 10 téma szerint kategorizálták:

1. A szakmák attitűdjei az akkreditációval kapcsolatban
2. A változás előmozdítása
3. Szervezeti hatás
4. Pénzügyi hatás
5. Minőségmérések
6. Programértékelés
7. Betegelégedettség

8. Nyilvános közzététel
9. Szakmai fejlődés
10. Felügyeleti kérdések

A változatos eredmények miatt röviden kitérünk a kutatás néhány témakörben kifejtett következtetéseire.

A szakmák attitűdjei az akkreditációval kapcsolatban

A tanulmányok egy csoportjánál az egészségügyi szakemberek támogatták az akkreditációt vagy egyetértettek az akkreditációs standardokkal. A támogatás okaiként a következőket jelölték meg:

- az akkreditációs program hatékony stratégia az ellátás minőségének biztosítására,
- az akkreditáció jobb szervezeti teljesítményt eredményez,
- lehetővé teszi a kollegiális döntéshozatalt,
- az akkreditáció iránymutatást biztosít a külső érdekelteknek arra, hogyan menedzseljék a biztonságot és minőséget a szervezeten belül.

A tanulmányok másik csoportja az egészségügyi szakemberek akkreditációval szembeni ellenérveit sorolta:

- az akkreditációs program bürokratikus és időigényes folyamat az intézmény számára,
- kevés hozzáadott értékkel rendelkezik a betegellátásra vonatkozóan,
- magasak a direkt és indirekt költségei,
- hiányzik a konzisztencia az értékelők között,
- problémák vannak az akkreditációs standardokkal.

Két tanulmány vizsgálta az orvosok véleményét a kórházi akkreditációs programokról. Az orvosok úgy vélték, ezek a programok nem relevánsak számukra, illetve a szakmai fórumokat alkalmasabbnak ítélték a gyakorlati standardok és minőség meghatározására.

Az ápoló menedzserek bizonyultak a leginkább pozitívnak és motiváltak az akkreditációban való részvételre, szervezeti felelősségük miatt.

Az egészségügyi menedzserek pozitívan nyilatkoztak az akkreditációról, stratégiai kérdésnek tekintették a betegellátás szempontjából.

Az egészségügyi szolgáltatások vásárlói szintén pozitívan viszonyultak az akkreditációhoz, mivel ez információt nyújt számukra a szolgáltatások minőségéről.

A változások előmozdítása

Az akkreditáció előkészítése és végrehajtása változásokat ösztönözhet az egészségügyi szervezetekben. Az akkreditált kórházak jelentős változásokkal különböztethetők meg az adminisztrációban és menedzsmentben, a felülvizsgálati rendszerekben, az ápolási szolgáltatások megszervezésében, a felszereltségben és a biztonságban, valamint a tervezésben.

Minőségmérések

Az akkreditáció és a minőségmérések közötti kapcsolat összetett. Néhány tanulmány nem talált közvetlen kapcsolatot a kettő között. Egy tanulmány azt mutatta, hogy az akkreditációs standardoknak való fejlettebb megfelelés csak kevés hatással van, vagy egyáltalán nincs hatással a klinikai indikátorok teljesítményére. Csak egy esetben találtak gyenge kapcsolatot az akkreditáció és a minőségmérések között.

Az akkreditációs ügynökségek minőségméréseket fejleszthetnek ki, hajthatnak végre és monitorozhatnak az egészségügyi szervezetekben. Bár ez nem mindig lényeges része az adott akkreditációs programnak, néhány minőségmérés fejlesztette a kimeneteket az egészségügyi szervezetekben. Egy másik tanulmány azonban arra a következtetésre jutott, hogy a minőségfejlesztési tevékenységek kismértékűek és nem konzisztensek. Egymással ellentmondó eredményekre jutottak az akkreditált és nem akkreditált kórházak minőségi indikátorainak összehasonlításakor. Azon kórházak minőségi indikátor eredményei, amelyek önkéntesen vettek részt minőségfejlesztésben, nem különböztek azoktól a kórházakétól, amelyek nem vettek részt abban. Hasonlóképpen nem volt különbség az akkreditált, nem akkreditált kórházak és ápolási otthonok között az orvosi hibák esetében. Egy másik tanulmány azonban arra a következtetésre jutott, hogy az akkreditált kórházak jobban teljesítenek számos minőségi indikátor terén, mint a nem akkreditált kórházak, habár az akkreditált kórházak teljesítményében is jelentős különbségeket tapasztaltak.

Programértékelés

Az akkreditációs programok érvényességét kutató tanulmányok nem jutottak következetes eredményekre. Hat tanulmány szerint az akkreditációs programok hitelesnek bizonyultak. Más esetekben megkérdőjeleződött az akkreditációs programok hitelessége, és a szerzők a standardok tisztázását követelték. Az egyik esetben az akkreditációs program, mint a megbízhatóság mércéjének érvényességét kérdőjelezték meg, arra alapozva, hogy nem sikerült azonosítani a hibára hajlamos gyógyszer-alkalmazási rendszert.

Betegelégedettség

Bár meglehetősen kevés kutatás áll rendelkezésre a betegelégedettség és az akkreditáció kapcsolatát illetően, a tanulmányok nem találtak kapcsolatot a kettő között. Az egyik vizsgálat, amely a non-profit kórházak akkreditációs pontszámai és a betegelégedettségi értékelések közötti kapcsolatot vizsgálta, nem talált összefüggést.

Összehasonlították a betegek és egészségügyi szakemberek véleményét az akkreditációs standardokra vonatkozóan. Habár részletekben különböztek a nézeteik, az elégedettségi sorrend korrelációk hasonlóságot mutattak. Egy, az általános praxisok akkreditációja során a betegek körében végzett kérdőíves felmérés azt mutatta, hogy a páciensek a gyakorlati kérdéseket (mint pl. hozzáférés, az információ elérhetősége) alacsonyabb pontszámmal értékelik, mint az orvosok interperszonális képességeit.

Nyilvános közzététel

A válaszadók többsége a nyilvános közzétételt a páciensek és kórházak szempontjából egyaránt jónak értékelte. Sok olyan kórház, amely nyilvánosságra hozta az akkreditációs jelentéseket, úgy érzékelte, hogy ez ösztönzést ad a fejlesztésre, és növeli a kórházak hitelességét közösségükben.

Szakmai fejlődés

Az akkreditációs programok és az egészségügyi szakemberek szakmai fejlődése között a kutatások pozitív kapcsolatot fedeztek föl.

Összességében az egészségügyi akkreditációra vonatkozó kutatási irodalom komplexitásából kiemelhető, hogy a változások elősegítése, valamint a szakmai fejlődés van egyértelmű pozitív kapcsolatban az akkreditációval. Inkonzisztens eredmények jellemzik a szakma képviselőinek attitűdjeit az akkreditációval szemben, a szervezeti és pénzügyi hatást, a minőségméréseket és programértékelést. A betegelégedettség, nyilvános közzététel és felügyelői kérdések területén kevés a kutatási anyag ahhoz, hogy megfelelő következtetéseket lehessen levonni.

A szisztematikus szakirodalom kutatás óta megjelent publikációk az akkreditáció más hatásaira is rámutatnak. Az akkreditáció előnyös lehet pl. a folyamatok standardizálásában, és a marketingben (a közönség szemében a minőség jeleként szerepel). [Sack et al., 2011]

Ausztrál kutatási terv az akkreditáció hatásának vizsgálatára

Ausztrál kutatók [Braithwaite et al., 2006] prospektív, több módszert alkalmazó, többszintű, multidiszciplináris kutatási tervet dolgoztak ki az akkreditáció hatásának vizsgálatára az ausztrál egészségügyi szektorban. A kutatási terv más országoknak is segíthet abban, hogyan vizsgálják az akkreditációs folyamatok egészségügyi szervezeti minőségre gyakorolt hatásait. A többmódszeres megközelítés kvalitatív és kvantitatív adatokat is magában foglal. Az ACHS (Australian Council on Healthcare Standards, Egészségügyi Standardok Ausztrál Tanácsa) folyamatos minőségfejlesztést követel meg az akkreditáció során az EQuIP (Evaluation and Quality Improvement Program) alkalmazásával. A folyamatos minőségfejlesztést összekapcsolja az egyre szigorúbb standardokkal, a fogyasztók döntéshozatalba való bevonásával.

Az akkreditáció hatását kutató program öt fő változót vizsgál: szervezeti teljesítmény, klinikai teljesítmény indikátorok, szervezeti kultúra, fogyasztói részvétel, az EQuIP-re vonatkozó szervezeti teljesítmény, valamint az ezen változók közötti kölcsönhatásokat.

A kutatási program céljai:

Cél A: megvizsgálni a kapcsolatot az akkreditációs státusz és a folyamatok, a klinikai teljesítmény és az egészségügyi szervezetek kultúrája között. Ezen belül négy célkitűzést fogalmaztak meg:

1. célkitűzés: Meghatározni, van-e kapcsolat az (EQuIP által mért) akkreditációs státusz és a szervezeti kultúra jellemzői között
2. célkitűzés: Felbecsülni, értékelni a kapcsolatot az akkreditációs státusz és a klinikai teljesítmény között
3. célkitűzés: Elemezni a kapcsolatokat a fogyasztói részvétel, az akkreditációs státusz és a szervezeti kultúra jellemzői között
4. célkitűzés: Értékelni a relatív teljesítményt az ellátás minőségét mérő indikátorokkal, az akkreditációban részt vett és részt nem vett egészségügyi szolgáltatások között

Cél B: megvizsgálni az akkreditációs felügyelők befolyását azáltal, hogy értékelik az akkreditációs folyamat megbízhatóságát és az akkreditációs felügyelők hatását a saját egészségügyi szervezeteikre.

Ezt két célkitűzésre bontották:

5. célkitűzés: Felbecsülni, értékelni az EQuIP felügyelőinek és felügyelőcsoportjainak az inter-értékelési és intra-értékelési megbízhatóságát
6. célkitűzés: Megvizsgálni a kapcsolatot az akkreditációs státusz, a klinikai teljesítmény, a szervezeti kultúra jellemzői, valamint a felügyelők száma, hálózati befolyása és jellemzői között.

A kutatási program végrehajtásakor az értékelési technikák széles körét kell alkalmazni, beleértve például objektív méréseket (pl. klinikai indikátor adatokkal) és a megfigyeléseket egyaránt. A kutatás empirikus adatokon keresztül vizsgálja a teljesítményt, hogy összehasonlítsa, milyen betegeket vesznek fel, a betegek elmondásai alapján mi történik, és mik a történésekre vonatkozó megfigyelések. Ezért a szerzők négy, egymással kapcsolatban álló tanulmány elkészítését javasolják, (három prospektív, ill. egy prospektív és retrospektív tanulmány), a korábban ismertetett célkitűzésekkel összhangban. Ezek az alábbiak:

1. *Prospektív tanulmány az akkreditáció, valamint a klinikai és szervezeti teljesítmények közötti kapcsolatról, valamint a fogyasztói részvétel jellegéről*

20 akkreditált egészségügyi szolgáltatásból álló, random módon rétegzett mintát javasolnak tanulmányozni. Az ACHS klinikai indikátor adatait függetlenül vizsgálják felül olyan kutatók, akik nem látták az EQuIP kimeneteket.

Ezzel egyidejűleg, de az EQuIP akkreditációtól függetlenül, minden egyes egészségügyi szolgáltatást átfogó prospektív kulturális értékelésnek vetnek alá. Ez magában foglalja a közvetlen megfigyelést és interjúkat a szervezeti gyakorlatokra, kommunikációs folyamatokra, munka standardizációra és fogyasztói részvételre. A tanulmány magában foglalja a menedzseri munka megfigyelését, interjúkat a releváns klinikai menedzserekkel és egyéb menedzserekkel, valamint egy felmérést, amely az EQuIP által definiált akkreditációs mérések relevanciájára és hatékonyságára irányul. Egyéb független, standardizált szervezeti teljesítmény adatokat is gyűjtenek, pl. a betegszabadságok száma dolgozónként, a személyzetre jutó sérülések aránya, a személyzet fluktuációja, illetve a szervezeti oktatási és fejlesztési programról való információ.

Az akkreditációt követően az EQuIP teljesítmény és klinikai teljesítmény, valamint a kulturális értékelés közötti kapcsolatokat vizsgálják meg. Kvantitatív módszerekként elsősorban leíró statisztikákat, regresszió-analízist alkalmaznak. Ezzel egyidejűleg kvalitatív elemzést folytatnak egy megalapozott elmélet alapján, melynek során indukciót és dedukciót is alkalmaznak, hogy összevessék az empirikus adatokat az elméleti anyaggal.

2. *Prospektív tanulmány az akkreditációban résztvevő és részt nem vevő egészségügyi szolgáltatásokról*

Minden olyan szolgáltatást beazonosítanak, amely nem vesz részt az EQuIP vagy más szervezet általi akkreditációban. Ezeket aztán ugyanannak az elemzésnek vetik alá, mint az akkreditációban résztvevő szervezeteket (1. tanulmány alapján), azaz egy átfogó prospektív kulturális értékelésnek, valamint a teljesítménymérések felülvizsgálatának. A kulturális értékelések összehasonlításával beazonosítják a hasonlóságokat és különbségeket a szervezetek között.

3. *Prospektív tanulmány az EQuIP felügyelőinek és felügyelő csoportjának inter-értékelési és intra-értékelési megbízhatóságáról*

Ez a tanulmány három részből áll. Először, a felügyelőcsoport vizsgálatát végzik el. A jelenleg akkreditálandó és az újbóli akkreditációt igénylő egészségügyi szolgáltatásokból random mintát

vesznek. Két felügyelő csapatot mérnek össze, amelyek elvégzik az EQuIP felügyeleti folyamatát két egészségügyi szolgáltatásra. A felügyeleti folyamat során a két csapat egymástól függetlenül folytat interjúkat a releváns egészségügyi személyzettel. A csapatokat megkérlik arra, hogy külön-külön tartsanak csoportmegbeszéléseket, és egymással ne tárgyaljanak. Összehasonlítják a csapatok pontszámait és kommentálásait az egészségügyi szolgáltatások EQuIP teljesítményére vonatkozóan. Megfigyeléseket és interjúkat folytatnak az egyéni csapattagokkal, valamint a csapat egészével is.

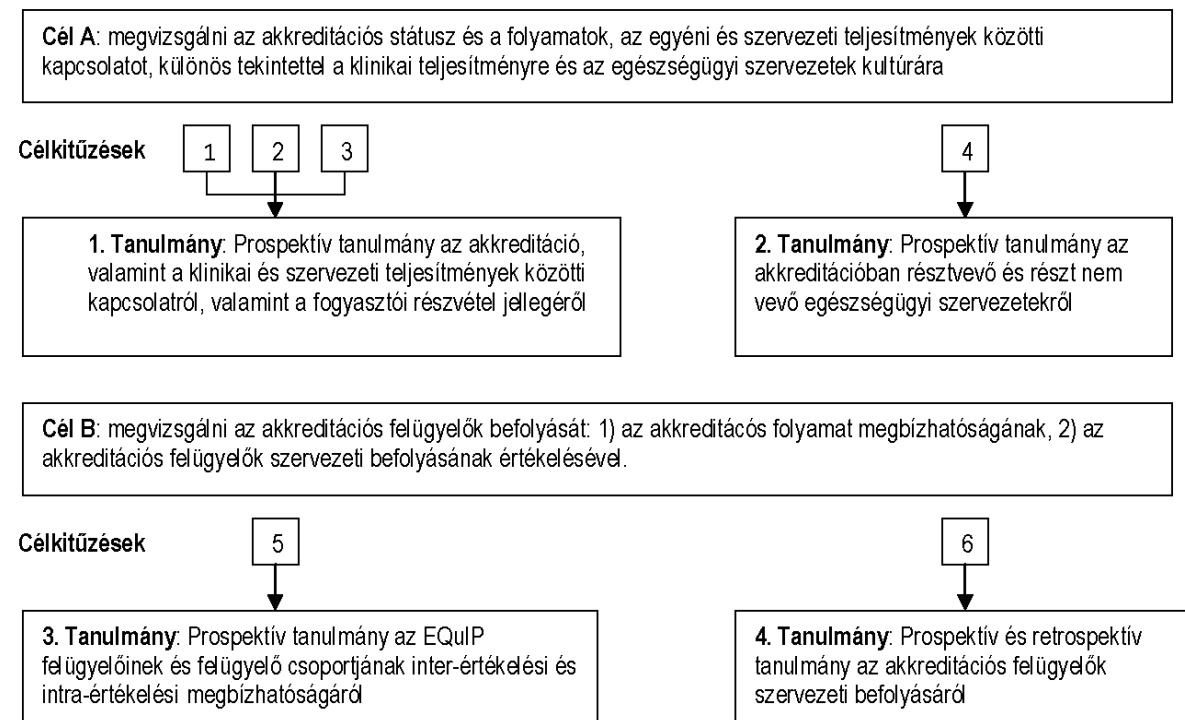
A második részben a felügyelők intra- és inter-értékelési megbízhatóságát vizsgálják, scenario-értékelési gyakorlatokon keresztül. Ezekre az ACHS felügyelő képzési ülésein kerül sor. A felügyelőket felkérlik arra, hogy anonim eseteket ítéljenek meg, majd az akkreditációs csoport egyik tagjaként dokumentálják döntésüket minden egyes pontban.

A harmadik szakaszban a felügyelők fókuszcsoportjait alakítják ki, hogy felderítsék tapasztalataikat a csapatmunka és a döntéshozatali folyamatok terén. A fókuszcsoportos vizsgálatot akkor folytatják le, amikor a résztvevők évente összegyűlnek országos szinten az ACHS éves képzésén.

4. *Prospektív és retrospektív tanulmány az akkreditációs felügyelők szervezeti befolyásáról*

Az ACHS által akkreditált egészségügyi szolgáltatások adatait elemzik annak feltárására, hogy a felügyelők tapasztalatsága befolyásolja-e, és ha igen, milyen mértékben az akkreditációs teljesítményt. A potenciális befolyásoló tényezőket, így pl. az egészségügyi szervezet méretét és a casemixet ellenőrzik az elemzés során. Az 1. tanulmányból maximum négy egészségügyi szolgáltatást választanak ki random módon, egy mélyreható prospektív esettanulmányhoz, amely magában foglalja a helyszíni terepmunkát, valamint elemzéseket a felügyelő befolyásáról a hálózati befolyás elméletét alkalmazva.

A javasolt kutatási terv sémája



A szerzők az általuk javasolt kutatási projektet úgy dolgozták ki, hogy választ nyújtson azokra a kérdésekre, amelyek az ACHS, az akkreditációs szolgáltatások felhasználói, valamint az egészségügyi ellátások állami és magán finanszírozói részéről merülnek fel az akkreditáció hitelességét, megbízhatóságát és költséghatékonyágát illetően.

Az EPA háziorvosi praxisokban tapasztalt hatékonyságát vizsgáló kérdőív

A háziorvosi praxisok akkreditációjában Németország többek között az EPA programot (European Practice Assessment német adaptációja) alkalmazza. Ennek hatásának vizsgálatára 2005-2007-ben 59 orvosi praxisban 12-18 hónappal a bevezetést követően az alábbi kérdéseket vizsgálták (többségében 5 és 7 fokozatú Likert attitűdskála segítségével). [Szecsenyi et al., 2007]

1. Milyen tapasztalatokra tett szert a praxis vezetője az EPA-val kapcsolatban?

- Az EPA a minőségmenedzsment rendszerek egy jó alternatívája.
- Az EPA arra motivált, hogy tovább foglalkozzam a praxisunkban a minőségfejlesztéssel.
- Az EPA igen nagy ráfordítást igényel.
- Nagyon elégedett vagyok az EPA-val.
- Az EPA bevezetésével növekedett a team-megbeszélések száma.
- Az EPA bevezetésével a praxis munkafolyamatai javultak.
- Az EPA bevezetésével a kapcsolattartás nyíltabbá vált.
- Az EPA-t továbbajánlom.
- Az EPA bevezetésekor ajánlott változtatásokat már megvalósítottuk a praxisban.

2. A háziorvosok munkával való elégedettsége

- Kollégákkal és dolgozókkal való elégedettség
- A saját munka elismertségének változása
- A végzett feladatok változatossága
- Felelősségi körök
- Lehetőség a saját képességek kamatoztatására
- Elégedettség összességében.
- Jövedelmi viszonyok alakulása.

3. A szakdolgozók munkával való elégedettsége

- Saját munka elismertsége
- Átruházott felelősség
- Munkaidő
- Jövedelem
- A teamen belüli felelősségek világosak

4. A dolgozói kompetenciák fejlesztése

- Munkakör leírása
- Történt-e személyes elbeszélgetés az utóbbi 12 hónapban
 - o Amennyiben igen, írásos formában dokumentált-e
- Rendszeres továbbképzésen való részvétel (orvosok körében)

5. Betegorientáció

- Betegcsoport vagy fórum
- Panaszkezelés módszere meghatározásra került-e
 - o Amennyiben igen, akkor elemzés és megvitatás történt-e
- Az idegen nyelvet beszélő betegekkel való kapcsolattartás módszere

6. Betegakta/betegbiztonság

- Írásban meghatározott módszer a nem orvos munkatársak által végzett telefonos egészségügyi felvilágosítással kapcsolatban
- A nem orvos munkatársak által végzett telefonos felvilágosítás dokumentálása
 - o Amennyiben igen, ennek feltüntetése a betegaktában
- Új betegek felvételekor módszer kidolgozása a beteget korábban kezelő orvosoktól való információtranszferhez
- Módszer kidolgozása az ismételt gyógyszerfelírások ellenőrzésére

7. Strukturált team-kommunikáció

- Az összes dolgozó részvételével megrendezésre kerülő team-megbeszélések átlagos száma évente
- A team-megbeszélések jegyzőkönyvezésre kerülnek
- A munkatársak a jegyzőkönyvekbe bármikor betekintést nyerhetnek

8. Preventív szolgáltatások a betegek részére

- Koronáriás szívbetegségek megelőzése
- Dohányzásról való leszokás
- Decubitus megelőzése
- Csontritkulás megelőzése
- Influenza átoltottság meghatározása
- Influenzaoltásnál visszahívó rendszer

9. Minden a megfelelő helyen található?

- Lista az orvosi táská/táskák tartalmáról
- Jegyzék a biztonsági eszközökről (poroltó)
- Jegyzék az orvosi felszerelésekről

- Jegyzék az elektronikus orvosi felszerelésekről

10. Minden megfelelően működik?

- A biztonsági felszerelések rendszeres ellenőrzése az érvényes előírások szerint
- Az orvosi felszerelések rendszeres ellenőrzése az érvényes előírások szerint
- Az elektronikus orvosi felszerelések rendszeres ellenőrzése az érvényes előírások szerint
- A vérnyomásmérő rendszeres méréstechnikai ellenőrzése a gyártó vagy hitelesítő által
- A praxis ellenőrzése a munkahelyekre vonatkozó rendelet szerint

11. Minőségbiztosítási jelentés/betegbiztonság

- Készít-e a praxis éves minőségbiztosítási jelentést
- A kritikus eseményekről készít-e a praxis feljegyzést
- Van-e írásos higiéniaterv

12. Betegek általi értékelés (Europep kérdőív kiemelt kérdései)

- Megkérdezett betegek száma
- Válaszadási arány
- Átlagos életkor
- Háziorvosi kontaktus az utóbbi évben
- Hogyan segített Önnek orvosa, hogy képes legyen a mindennapi tevékenységeit ellátni
- Hogyan magyarázta el orvosa Önnek a vizsgálatok és kezelések céljait
- Hogyan tájékoztatta Önt orvosa a panaszával, illetve betegségével kapcsolatban

Az akkreditáció kórházi ellátás minőségére gyakorolt hatását vizsgáló before-after kutatás Dél-Afrikában

A tanulmány [Salmon et al., 2003] célja, hogy prospektíven értékelje az akkreditációs program hatásait az állami kórházak folyamataira és kimeneteire egy fejlődő országban. A tanulmányt megvizsgálta az akkreditáció hatását:

- a) az akkreditációs szervezet (Council for Health Services Accreditation of Southern Africa - COHSASA) standardjaiban azonosított területekre,
- b) egy független kutatócsoport által kifejlesztett minőségi indikátorokra.

Módszertan

Prospektív, randomizált kontrollvizsgálat a COHSASA akkreditációs program adatai és egy dél-afrikai és amerikai felügyelőkből álló független kutatócsoport által gyűjtött minőségi indikátor adatok alapján. A kutatók az akkreditációs programban résztvevő kórházak rétegzett mintáját (intervenciós kórházak) hasonlították össze azon kórházak mintájával, amelyek nem vettek részt az akkreditációban (kontrollkórházak) egy 24 hónapos intervallumban.

A kórházakat méretük (ágyszám) alapján négy kategóriába rétegezték: 50-150, 151-400, 401-1000, 1001 felett. Minden rétegen belül egyszerű random mintavételt alkalmaztak.

Kétféle adatot alkalmaztak a tanulmány elkészítése során: az akkreditáció előtt és után mért COHSASA standardjai szerinti megfelelés adatait, és a két különböző időpontban gyűjtött kórházi minőség indikátor adatokat. A standardoknak való megfelelésre vonatkozó adatokat a COHSASA felügyelői vagy az általuk megbízott csoportok gyűjtötték, a minőségi indikátorokat pedig a kutatócsoport által megbízott kutatási asszisztensek.

COHSASA standardok

Az akkreditációs folyamat részeként a COHSASA felügyelői és a résztvevő kórházak belső csoportjai mintegy 6000 kritériumot értékelték az alábbi 28 szolgáltatási elem esetében.

1. Menedzsment
2. Adminisztratív támogatás
3. Ápolásmenedzsment
4. Egészség és biztonság
5. Fertőzésellenőrzés
6. Műtő
7. Sterilizáció és fertőtlenítés
8. Fekvőbeteg-ellátás
9. Gyógyszerezés
10. Gyermekek fekvőbeteg ellátás
11. Anyasági fekvőbeteg ellátás
12. Sebészeti fekvőbeteg ellátás
13. Mosoda
14. Tisztítás, takarítás
15. Fenntartás
16. Újraélesztés
17. Élelmezés
18. Diagnosztika
19. Kritikus ellátás 2. kategória
20. Eseti ellátás
21. Járóbeteg ellátás
22. Foglalkozás egészségügy
23. Fizioterápia
24. Laboratórium

25. Életmentés
26. Közösségi egészségügyi ellátás
27. Szociális munka
28. Orvos

Minden kritériumot a következő három kategória valamelyikébe sorolták: „nem megfelelő”, „részlegesen megfelelő”, „teljesen megfelelő”. Ezt tovább osztályozták: „enyhe”, „közepes”, „súlyos”, „nagyon súlyos” jellemzőkre. Például, ha egy elemet „nem megfelelő, nagyon súlyos”-ként értékelték, az azt jelentette, hogy nem felel meg a standardnak, nagyon súlyos szabályszegés történt. Bizonyos kritériumok nagyobb súlyt kaptak a teljes pontszám számításában és az akkreditációs pontszám meghatározásában. Minden egyes kritériumra vonatkozóan kiszámolták a teljesen megfelelőnek értékelt kritériumok százalékát (a teljesen megfelelő státusz 100 százalék, a „részleges megfelelés” és a „nem megfelelés” esetében az alábbi tábla szerint súlyozták az egyes alkategóriákat):

Részleges megfelelés	Súlyosság	Pontszám
	Enyhe	75
	Közepes	65
	Súlyos	55
	Nagyon súlyos	45
Nem megfelelő	Súlyosság	Pontszám
	Enyhe	35
	Közepes	35
	Súlyos	15
	Nagyon súlyos	5

Súlyozás segítségével határozták meg a kórház átfogó megfelelési pontszámát. (Az akkreditációs státusz eléréséhez a kórháznak meg kellett felelnie a kritériumok azon részalmazának, amelyeket kritikusnak ítélték meg, ez több mint 400 kritériumot jelentett, és legalább 80 százalékos megfelelési pontszámot kellett elérniük minden egyes szolgáltatási elemre vonatkozóan.)

A tanulmány a COHSASA standardoknak való megfelelés adatait két időpontban mérte: az akkreditáció előtt, baseline felmérésként, majd 16 hónap elteltével. A baseline felmérésben az intervenció kórházakban a kórházi személyzet végezte saját önértékelését, ahogyan az az akkreditáció elindításakor szokásos, majd ezeket az adatokat a COHSASA szakértői ellenőrizték, és szükség szerint a kórházi személyzettel konzultálva módosították. A második felmérést a COHSASA-val szerződött olyan külső felügyelők vezették, akik nem vettek részt a baseline felmérésben. A kontrollkórházakban az akkreditáció befolyásának elkerülésére a személyzet számára nem voltak ismertek az akkreditációs standardok, a COHSASA felügyelői maguk végezték el a baseline felmérést és a végső felméréseket is.

A COHSASA felmérést végző csoportjai egy orvostól és két nővérből álltak. Interjúkat végeztek a kórházi személyzettel, konzultáltak a kórlapokról, és megfigyelték az eljárásokat és műtéteket, hogy meghatározzák, hogy az egyes szolgáltatási elemek milyen mértékben felelnek meg a standardoknak. Minden felmérésben szereplő adatot a COHSASA által kidolgozott adatrögzítő nyomtatványon rögzítettek. A felmérést végző csoport tagjai rendszeresen összehasonlították az eredményeket. Ahol megmagyarázhatatlan eltéréseket találtak, az adott területeket újraértékelték. A végső felmérést végző csoport tagjai az intervenciós kórházak felmérésének végén találkoztak az intervenciós kórház személyzetével, hogy jelentést tegyenek az eredményekről. Az adatgyűjtés pontosságát és a jelentési folyamatot az intervenciós kórház személyzete értékelt, akik írásos jelentéstervezetet kaptak a felmérés eredményeiről, és lehetőségük volt azt véleményezni.

Kórházi minőségi indikátorok

A kórházi minőségi indikátorok kidolgozására workshopot rendeztek dél-afrikai egészségügyi szakemberek, a COHSASA igazgatója, a JCI képviselője, valamint a kutatási felügyelői részvételével.

Javasolt minőségi indikátorok

Indikátor	Módszer
A nővérek észrevételei a klinikai minőséggel, részvétellel, csapatmunkával kapcsolatosan	26 elemből álló kérdőív max. 50 nővérnek kórházanként 4-részes Likert-skála (nagyértékben egyetért, kismértékben egyetért, kismértékben nem ért egyet, nagyértékben nem ért egyet)
Betegelégedettség	18 elemből álló kérdőív legfeljebb 50 beteg számára (fekvő- és járóbetegek) 4-részes Likert-skála (nagyértékben egyetért, kismértékben egyetért, kismértékben nem ért egyet, nagyértékben nem ért egyet)
Tájékoztatás a gyógyszerelésről	13 elemből álló kérdőív legfeljebb 50 beteg számára (fekvő- és járóbetegek) 4-részes Likert-skála (nagyértékben egyetért, kismértékben egyetért, kismértékben nem ért egyet, nagyértékben nem ért egyet)
A kórlap adatok hozzáférhetősége és pontossága	100 kórlap lekérdezése
A kórlapok teljessége	15 elemből álló rekord audit 50 kórlapról (100 közül választva)
A peri-operatív feljegyzések teljessége	21 elemből álló audit a peri-operatív feljegyzések 50 fájljáról/aktájáról
A kórtermek gyógyszercímkézésének teljessége és pontossága	4 elemből álló felülvizsgálat a gyógyszerállomány címkézésére (megfelelő összetevők, erősség, tételszám, lejárat dátum) a kórtermekben

Indikátor	Módszer
Kórházi higiénia	A szappan, víz, wc-k, fürdő/zuhany, kézszáritó állapota és hozzáférhetősége
Újszülött halálozási arány	A kórházi mortalitási jelentések felülvizsgálata 12 hónapos periódusra vonatkozóan
Sebészeti sebfertőzési arányok	Akták auditja a nozokomiális fertőzésekről 50 sebészeti aktában
Elektív sebészet: a felvételtől a műtétig tartó idő	A felvétel és az anesztézia adminisztrációja között eltelt idő kiszámítása 50 betegre (ugyanazokat az aktákat alkalmazva, mint az előbbiek esetében)
Pénzügyi fizetőképesség	A költségvetési kiadások és hiányok felülvizsgálata az elmúlt naptári évben

A felmérésből az utolsó négy indikátor kimaradt, mivel nem volt minden kórházban sebészet vagy nem voltak megbízható adatok. Az indikátorok szerinti teljesítménymérés két időpontja között kb. 9 hónap telt el. (A viszonylag rövid időintervallum oka az volt, hogy számos, a kontrollcsoportba tartozó kórház akkreditációt szeretett volna saját magánál elindíttatni.) Az első indikátor szerinti felmérés a baseline felmérés után átlagosan 7 hónappal zajlott, a második pedig egyidőben az akkreditációs standardok szerint végzett második felméréssel. (A későbbiekben bebizonyosodott, hogy az első indikátor felmérés a baseline akkreditációs felméréshez képest túl későn történt és a két indikátor alapú felmérés között így túl kevés idő telt el a változások mérésére. Ugyanakkor az is megfontolandó, hogy minél hosszabb idő telik el egy intervenció után, annál nehezebb a bekövetkezett változást az intervencióhoz rendelni.) Mivel minden minőségi indikátor különféle folyamatokat vagy kimeneteket mért, eltérő módszerű adatgyűjtéseket használt, a kutatók úgy vélték, nincs lehetőség az indikátor eredmények egy minőségi mérőszámba csoportosítására. Ehelyett minden indikátort külön elemeztek, az intervenció és kontroll kórházakra átlag értékeket határoztak meg, és számították a két időszaki mérés közötti átlageltéréseket. Majd az átlagos intervenció hatást számították, amely indikátoronként az intervenció és a kontroll kórházak változásainak különbsége, és meghatározták a p-értékeket is.

Az adatokat az SPSS 9-es verziójával elemezték. Chi-négyzet, korrelációk és ANOVA számításokat hajtottak végre mindkét adathalmazon.

A kutatási indikátorok összevetése a leginkább kapcsolódó COHSASA standardokkal

Mind a nyolc kutatási (minőségi) indikátor esetében a COHSASA kiválasztotta a COHSASA mérhető elemeinek azon részhalmazát, amely a leginkább közel áll a kutatók által kiválasztott kutatási indikátorokhoz. A COHSASA mérhető elemeinek részhalmazát „COHSASA közelítő klaszternek” nevezték el, minden egyes klaszter megfelelt a nyolc kutatási indikátor egyikének. A COHSASA közelítő klasztereket a teljesítmény (a standarnak való megfelelés) szintje alapján pontozták a baseline és a végső értékelés során. Minden egyes közelítő klaszter átlagos pontszámát összehasonlították az első és a második mérésben nyert kutatási indikátor pontszámával. A kutatást az említetteken (pl. a felmérések időpontja, a kiválasztott minőségi indikátorok) befolyásolta a betegek és a személyzet együttműködése, a társadalmi-gazdasági és a környezeti tényezők.

A COHSASA nyolc kutatási indikátornak megfelelő közelítő klasztereknek mérhető elemei

1. A nővérek észrevételei a klinikai tevékenység színvonalával, a részvétellel és a csapatmunkával kapcsolatban

- A szakemberek tárgyalnak és döntést hoznak a fekvőbeteg-ellátásra vonatkozó átfogó irányelvekről és eljárásokról a min. háromhavonta tartott értekezleteken.
- Az orvosok részt vesznek a több szakterületet képviselő munkacsoportok megbeszélésein (pl. vizit során) a betegek koordinált ellátásának biztosítása érdekében. A konzultációk következtetéseit a betegek egészségügyi nyilvántartásában regisztrálják.
- A fekvőbeteg-ellátás dolgozókkal szembeni követelményei egy, a leterheltséget és a szakismeretek összetételét mérő rendszeren alapulnak.
- Az ápolószemélyzet allokációja biztosítja, hogy megfelelő ápolói szakértelem és tapasztalat álljon rendelkezésre a 24 órás ellátás biztosításához.
- Az orvosi osztály/részleg dolgozóinak tevékenységét megfelelő adminisztratív, kiegészítő és titkársági feladatokat ellátó személyzet támogatja.
- A klinikai ellátásban működik egy olyan rendszer, mely megkönnyíti az egyéni és a kollektív etikai döntéshozatalt.
- A dolgozók rendelkezésére áll – jelentős etikai problémák felmerülése esetén – egy támogatást nyújtó rendszer (pl. több szakterületre kiterjedő megbeszélések, a tapasztaltakkal kapcsolatos kérdéseket megvitató ülések, tanácsadó szolgálat)
- A korrekt munkavégzésre vonatkozóan, a részlegek a kórház munkaügyi stratégiája által tartalmazott irányelveket alkalmazzák.
- A fekvőbeteg-ellátás dolgozói, beleértve a sebészeti, gyermekgyógyászati és szülészeti ellátás dolgozóit is, aktívan részt vesznek a részlegben alkalmazandó irányelvek, eljárások és protokollok kidolgozásában.
- Bizonyíték-alapú tudományos ápolás folyik a gyakorlatban.
- Az ápolási gyakorlatot a Gyakorlati Szabályozások Hatáskörének megfelelően minden ápolói kategória hivatalos szerve határozza meg.
- A beteg állapotának felmérése alapján, egyénre szóló, írásba foglalt ápolási terv áll rendelkezésre minden beteg esetében.

2. Betegelégedettség

A betegek jogaival kapcsolatos COHSASA standard előírja a kórházak számára az alábbiak biztosítását:

- A betegnek joga van figyelmes és tiszteletteljes bánásmódra.
- A betegnek joga van magánéletének tiszteletben tartására.
- A betegnek joga van a kezelésében való részvételre.
- A betegnek joga van az ellátásáért elsősorban felelősséget vállaló orvos kilétének és a vele való kapcsolatfelvétel módjának ismeretére.

- A betegnek joga van az egészségi állapotára vonatkozó teljes orvosi tájékoztatásra, kivéve ha ez orvosi szempontból ellenjavallt.
- A betegnek joga van a tájékoztatásra minden elvégzésre kerülő klinikai beavatkozás jellegéről és céljáról, valamint arról, hogy ki fogja elvégezni a beavatkozást.
- Irányelvek és eljárások kerülnek kidolgozásra a beteg magánéletének tiszteletben tartásával kapcsolatban, beleértve a bizalmas jellegű megbeszéléseket a betegfelvételen dolgozókkal.
- A beteg állapotának felmérése alapján, egyénre szóló, írásba foglalt ápolási terv áll rendelkezésre minden beteg esetében.
- A beteg állapotának folyamatos értékelését regisztrálják, az ápolásért felelős ápolók teljes körű tájékoztatása mellett.
- A részlegbe, osztályra való felvétel dátumát és időpontját, illetve az orvos erről való értesítésének idejét regisztrálják.
- A betegrekord feljegyzéseket tartalmaz a folyamatos ellenőrzésről és a szükségletek értékeléséről.
- A vezetés kijelöl egy, az Egészségügyi Technológiai Tanácsadó Bizottságot, mely a felszerelés beszerzésére, fejlesztésére, alkalmazására és karbantartására vonatkozóan ad útmutatást.
- Ahol nincs regionális klinikai szakmérnök, ott a kórházvezetés jelöl ki egy felelős személyt a kórház-üzemeltetési szolgáltatások és az orvosi berendezések biztonságával kapcsolatos technikai vonatkozások napi szintű koordinálására és a külső szolgáltatókkal való kapcsolattartásra.
- A kórház gyakorlatában biztosított, hogy a kórházi ellátással kapcsolatos irányelveket és eljárásokat az üzemeltető részleg dolgozói is ismerjék és alkalmazzák.

3. Gyógyszerezéssel kapcsolatos tájékoztatás

- Az ápolásmenedzsment biztosítja, hogy a betegek gyógyszerzése a törvényi előírásoknak megfelelően történjen, az ápolási dokumentációban és találkozókban való részvétel révén.
- Irányelvek és eljárások vannak a betegek gyógyszerekkel kapcsolatos tájékoztatására.
- Irányelv és eljárás van a betegeknek és családjuknak való tanácsadásra.
- Irányelv és eljárás van a betegek vagy gondozóik számára adott tájékoztató nyomtatványokra.
- Vannak a bizalmas információkat tartalmazó konzultációkra kijelölt helyszínek.
- Van a maximálisan várható beteg-létszámnak megfelelő ülőhellyel felszerelt váróterem.
- Rendelkezésre áll a várakozási idővel kapcsolatos információ.
- A kórház betegjogi dokumentuma a gyógyszerellátó szolgálatnál van kifüggesztve.
- Félévente a vezetés elé terjesztik a betegjogi intézkedésekkel kapcsolatos jelentést.
- A betegek gyógyszerzésüket illetően egyértelmű és hiteles tanácsadásban részesülnek, mely növeli együttműködési készségüket, és garantálja a gyógyszerzés biztonságát.
- A beteg gyógyszerzésének céljáról és várható hasznáról érthető szóbeli tájékoztatást kap, melynek révén legalább arról értesül, hogy hányszor, milyen gyakran és mennyi ideig kell gyógyszereit szednie, és ennek során milyen mellékhatások léphetnek fel.

- A betegek írásbeli és szóbeli tájékoztatást egyaránt kapnak.
- Rendszer biztosítja, hogy a betegek és gondozóik megértsék a gyógyszerezésre vonatkozó tájékoztatást.
- A gyógyszerészeti részleg dolgozói alkalmazzák a kórház fordítószolgálatának szolgáltatásait.
- Minden kiadott gyógyszer felirattal van ellátva, és ezen szerepel a beteg neve, a gyógyszer elnevezése, hatásfoka és az adagolásra vonatkozó útmutatás.
- Az előírt gyógykezelés részleteit a megjegyzések között és a recepteken egyaránt rögzítik.
- Bizonyított, hogy a beteg és gondozója átfogó tájékoztatást kapott az orvosi diagnózisról, és részt vesznek a kezeléssel kapcsolatos döntéshozatalban.

4. Az egészségügyi adatok hozzáférhetősége és visszakeresésének hitelessége

- Létezik egy dokumentált rendszer, melynek révén lehetővé válik az egészségügyi adatok gyors visszakeresése és megosztása.
- Van egy hatékony monitorozó rendszer (pl. nyomkövető kártyák), melyek révén az adatok intézményen belül mindig nyomon követhetők.
- Az adatkitöltő rendszer könnyen kiszűrhetővé teszi a nem jól regisztrált adatokat (pl. színkódolás)

5. A betegrekord teljessége

- A betegrekord lényegre törő, időrendi összefoglalását adja a beteg ellátásának, és alátámasztja a klinikai döntéshozatalt.
- A részlegbe, osztályra való felvétel dátumát és időpontját, illetve az orvos erről való értesítésének idejét regisztrálja.
- A betegrekord egy, a felvételkor ideiglenesen felállított írásbeli diagnózist tartalmaz.
- A betegrekord tartalmazza a felvétel okát.
- A betegrekord tartalmazza az orvosi vizsgálat eredményeit.
- A betegrekord tartalmazza a kórtörténet jelentős részleteit.
- A betegrekord magában foglal egy, a problémákat összefoglaló jegyzéket, mely lényeges diagnózisokat és eljárásokat tartalmaz.
- A betegrekord tartalmaz egy nyilatkozatot a beteg igényeiről és elvárásairól.
- A betegrekord tartalmazza a beteg kezeléséért felelősséggel tartozó orvos kijelölését, nevét és aláírását.
- A betegrekord tartalmaz a kezeléssel elért eredményekre és a konzultációkra vonatkozó információkat.
- A betegrekord speciális diagnosztikai tesztek elrendelését és eredményeit tartalmazza.
- A gyógyszereket kvalifikált egészségügyi szakemberek írják elő, dátumozzák, és írják alá.
- A betegrekord tartalmaz egy minden alkalmazott gyógyszerről szóló jegyzéket.
- A zárójelentés a fő diagnózist a diagnóziskóddal együtt tartalmazza.
- A zárójelentés útmutatást nyújt a betegnek a follow-up vizsgálatokról.

- A zárójelentés egy másolatát megkapja a beteg vagy gondozója a kórházból való elbocsátáskor.
- A betegrekord lényegre törő, időrendi összefoglalását adja a beteg ellátásának, és alátámasztja a klinikai döntéshozatalt.
- Regisztrálják a részlegbe, osztályra való felvétel dátumát és időpontját, illetve az orvos erről történő értesítésének idejét.

6. A peri-operatív feljegyzések teljessége

- Minden beteg állapotának anesztézia előtti felmérését az anesztéziát alkalmazó aneszteziológus végzi el. Amennyiben ez nem lehetséges, ezt egy másik aneszteziológus végzi el, aki vizsgálatának eredményeit dokumentálja, és közli az anesztéziát alkalmazó orvossal.
- Bizonyított tény, hogy a beteg tájékoztatása után beleegyezését adta az eljáráshoz.
- Az aneszteziológus felelős az öntudatra ébredés időszakának figyelemmel kíséréséért és a beteg hazabocsátásáért.
- Minden beteg adatlapján szerepel egy sebészeti rekord.
- Minden egyes rekord jelzi az eljárás dátumát, és azokat az időpontokat, amikor az aneszteziológiai eljárás és a sebészeti beavatkozás elkezdődött és befejeződött.
- Minden egyes rekord tartalmazza az eljárásnál és az anesztézia utáni időszakban jelen lévő sebészek, sebész-asszisztensek, aneszteziológusok, aneszteziológiai asszisztensek és nővérek nevét.
- Regisztrálva van az operáció előtti diagnózis és az ez előtt folytatott vizsgálatok.
- Minden egyes sebészeti rekord tartalmazza az elvégzett sebészeti beavatkozás részleteit.
- Minden egyes sebészeti rekord részletes leírást ad az eltávolított, módosított vagy beültetett szövetekről.
- Minden egyes sebészeti rekord részletes leírást ad a szövettani vizsgálatra küldött mintákról.
- Minden egyes sebészeti rekord tartalmaz aláírással ellátott, operáció utáni megrendeléseket.
- Minden egyes sebészeti rekord tartalmaz részleteket a kötszerekről és a drenálásról.
- Minden egyes sebészeti rekord tartalmaz részleteket a beültetett protézisekről, amennyiben beültetés történt.
- Aneszteziológiai nyilvántartást vezetnek.
- Minden egyes aneszteziológiai rekord részletes leírást ad az aneszteziológus által az aneszteziológiai eljárás előtt felvett kórtörténetről.
- Minden egyes aneszteziológiai rekord részletes leírást ad az aneszteziológus által az aneszteziológiai eljárás előtt végzett orvosi vizsgálatról.
- Minden egyes aneszteziológiai rekord részletes leírást ad bármely anesztézia előtt végzett speciális vizsgálatról.
- Minden egyes aneszteziológiai rekord tartalmazza az aneszteziológiai eljárás leírását, a beteg erre való reakcióját és a felmerülő nehézségeket.

- Minden egyes aneszteziológiai rekord tartalmazza a beteg paramétereinek (pl. vérnyomás, szívfrekvencia és telítődés) rutin ellenőrzését.
- Minden egyes rekord részletes leírást ad az intravénás folyadék-terápiáról, amennyiben ilyen alkalmaztak.
- Az adatlapon az őrző kórteremmel kapcsolatos rekord is szerepel.
- Minden egyes őrző kórteremmel kapcsolatos rekord részletes leírást ad a beteg öntudatra ébredésével kapcsolatos megfigyelésekről, így a tudatállapotról, az arcszínről, légzésről, pulzusról és vérnyomásról, a fájdalom enyhíthettségéről, a drenálásról és a nedvező folyamatokról.
- Minden egyes őrző kórteremmel kapcsolatos rekord jelzi a beteg ide való szállításának, illetve innen való távozásának idejét.

7. A kórtermi gyógyszerkészlet feliratozásának teljessége és hitelessége

A fekvőbeteg-ellátás szolgáltatásainak menedzsmentje biztosítja a következő irányelvek és eljárások betartását.

- Léteznek irányelvek és eljárások a gyógyszerek készletellenőrzésére, megrendelésére és tárolására.
- A betervezett gyógyszerek biztonságos tárolására, ellenőrzésére és nyilvántartására vonatkozó irányelvek és eljárások megfelelnek az aktuális jogi szabályozásnak.
- Vannak irányelvek és eljárások a betegek gyógyszerekkel kapcsolatos tájékoztatására.
- Vannak irányelvek és eljárások a gyógyszerek feliratozására.
- Vannak irányelvek és eljárások a lejáratú ellenőrzésére és a lejárt gyógyszerek kezelésére.
- A hivatalos szabályozásnak megfelelő irányelv és eljárás van érvényben a gyógyszerek kórházon belüli gyógyszerészeti részlegben való tárolására és kezelésére, ideértve a kórtermi és a műtőbeli készleteket.

8. A kórházi higiénia teljessége

A belgyógyászati, sebészeti és a szülészeti-nőgyógyászati fekvőbeteg-ellátásban a betegek elhelyezése a hatékony ellátásnak és a biztonsági feltételeknek megfelelő és

- Legalább egy fürdőkád vagy zuhany van 12 beteg számára.
- Legalább egy WC van nyolc beteg számára (a férfiak kórtermében minden harmadik WC kacsával helyettesíthető)
- A WC-k és fürdőkádak száma és típusa megfelel az elhelyezett gyermekek számának, és szükségleteik és korcsoportjuk figyelembevételén alapul.

Az üzemeltető szolgálat menedzsmentje biztosítja, hogy dátummal és aláírással ellátott, írásban rögzített irányelveket és eljárásokat alakít ki, és tart érvényben.

Irányelvek és eljárások vannak a különböző felületek megfelelő takarítási módszerekkel és tisztítószerekkel való kezelésére.

Hatásvizsgálatok publikációi

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
Braithwaite J, Westbrook J, Pawsey M, Greenfield D, Naylor J, Iedema R, Runciman B, Redman S, Jorm C, Robinson M, Nathan S, Gibberd R.	A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, social-organisational design for researching health sector accreditation [LP0560737].	BMC Health Serv Res. 2006 Sep 12;6:113.	A tanulmány egy kutatási tervet mutat be, amely prospektív, több módszert alkalmazó, többszintű, multidiszciplináris megközelítést nyújt az akkreditáció hatásának vizsgálatára az ausztrál egészségügyi szektorban.	Bármilyen egészségügyi szolgáltató, köztük nagy arányban kórházak	Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) akkreditáció, EQulP program	Többmódszeres megközelítést alkalmaztak, amely kvalitatív és kvantitatív adatokat is magában foglal. Prospektív kutatás az akkreditáció valamint a klinikai és szervezeti teljesítmény és a betegek bevonásának kapcsolatáról (random rétegzett mintán, indikátorok vizsgálata, adatgyűjtések, direkt megfigyelések és interjúk, kvantitatív – leíró statisztika, regresszió analízis - és kvalitatív elemzések – indukciós, dedukciós technikák) Prospektív tanulmány az akkreditációban szereplő és nem szereplő egészségügyi szolgáltatásokról Prospektív tanulmány az EQulP vizsgálok és a felmérő team megbízhatóságáról (megfigyelés, interjúk, scenario rating exercise, fókusz csoport). Prospektív és retrospektív tanulmány az akkreditációs felügyelők szervezeti befolyásáról.	A szerzők az általuk javasolt kutatási projektet úgy dolgozták ki, hogy választ adjon azokra a kérdésekre, amelyek az utóbbi években az ACHS, az akkreditációs szolgáltatások felhasználói, valamint az egészségügyi ellátások állami és magán finanszírozói részéről felmerültek az akkreditáció hitelességét, a megbízhatóságát és költséghatékonyságát illetően. Ez a kutatási terv segítséget jelent a nemzetközi kutatók számára abban, hogyan vizsgálják az akkreditációs folyamatok egészségügyi szervezeti minőségre gyakorolt hatásait.
Braithwaite, J. et al.	Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random,	Qual Saf Health Care 2010;19:14-21 doi:10.1136/qshc.2009.033	Az akkreditáció és a klinikai, szervezeti teljesítmény hatásának vizsgálata	kórház	Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) akkreditáció, EQulP program ¹	19 akkreditált kórház (3910 ágygal) vizsgálata, vak, random, rétegzett kutatás: interjúk, fókusz csoportok, statisztikai elemzések, megfigyelések. A kutatást egy központi koordináló csoport mellett négy, egymást nem ismerő team végezte. Az akkreditációs felmérési team beszerezte és összefoglalta a kórházak utolsó akkreditációs felméréseit. A klinikai indikátor team	Az akkreditáció pozitívan korrelált a szervezeti kultúrával és a szervezet vezetésével (a vezetők és a szervezet kapcsolatával). Pozitív trend mutatható ki az akkreditáció és a klinikai teljesítmény között, nincs viszont kapcsolat az akkreditáció és a tágabb

¹ Az ausztrál kórházi ágyak 90 százalék fölötti aránya akkreditált.

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
	stratified study	928				<p>elemezte a 2001-2006 közötti rutin módon gyűjtött klinikai indikátorokat. A szervezet értékelő team előzetes helyszíni találkozókat szervezett, interjúkkal, fókusz csoport módszerrel stb. Egy különálló statisztikai elemző team végezte a statisztikai elemzést.</p> <p>Az akkreditáció teljesítménye és a klinikai teljesítmény, valamint a szervezeti változók közötti kapcsolat meghatározására Spearman rangsor korrelációt, a szervezeti változók egymás közötti kapcsolatának meghatározására rangsorrelációt használtak. Kendall-féle konkordancia együtthatóval mérték, hogy van-e szignifikáns kapcsolat a változók értékelése között. A demográfiai változók (szervezet mérete, földrajzi helye) és az akkreditáció kapcsolatát Mann-Whitney U-próbával és Kruskal-Wallis egyutas varianciaanalízissel végezték.</p> <p>Példa a vizsgált szervezeti teljesítmény indikátorokra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A személyzet kezelése: helyi és szervezeti támogató struktúrák és a személyzetnek nyújtott szolgáltatások - Kommunikáció: hogyan beszél, viszonyul, vitatkozik egymással/egymáshoz a személyzet, a személyzet és a betegek kapcsolata, kommunikációja - Team-munkára való hajlandóság, a munka harmonizációja - Hogyan születnek a döntések, és azokat hogyan fogadja a személyzet - Minőségi eszközök használata - Környezeti atmoszféra, konszenzus orientáció - A betegek bevonása hogyan történik - A hatalom és a befolyásolás gyakorlásának eszközei, hogyan tárgyalják meg a témákat, a vezetők és a beosztottak tisztelete 	szervezeti környezet, valamint az akkreditáció és a páciensek, azok rokonai, támogatói döntési folyamatokba, ellátási folyamatokba történő bevonása között.

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
						Az akkreditációs adatok az akkreditációt végzők által készített jelentésekben 5 fokozatú skála alapján értékelt területeket tartalmazták: 43 kritérium az ellátás folyamatosságát, a vezetést és a menedzsmentet, a humán erőforrás menedzsmentet, az információ menedzsmentet, a biztonságos környezetet érintette.	
Daucourt, V. Michel, P.	Results of the first 100 accreditation procedures in France	International Journal for Quality in Health Care, 2003.	A tanulmány célja az volt, hogy azonosítsa azokat a fejlesztést igénylő területeket, amelyeket az első 100 akkreditált kórházban a leggyakrabban azonosított az ANAES - Francia Akkreditációs Kollégium (FAC). További célkitűzés volt az akkreditációs eljárások kimeneteinek összehasonlítása	kórházak	ANAES akkreditáció ²	<p>Elemezték az Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (Országos Egészségügyi Akkreditációs és Értékelési Ügynökség, ANAES, 2004-ig működött) weboldalán elérhető akkreditációs jelentések első 100 összefoglalását. Adatokat gyűjtöttek kórházakra, akkreditációs folyamatokra és kimenetekre vonatkozóan.</p> <p>A döntések négy fokozatának megoszlását, valamint az akkreditációs folyamat időtartamát összehasonlították a kórházak státuszával és méretével. Minden egyes döntési fokozatra bemutatták a leggyakrabban idézett standardokat és kritériumokat. A döntések számát fejezetenként két módon elemezték: nyers megoszlás szerint (azaz az idézetek száma) és súlyozott megoszlás szerint (azaz súlyozva a kritérium relatív számával minden egyes fejezetben azért, hogy figyelembe vegyék minden egyes fejezet relatív méretét az akkreditációs szabályzatban). A statisztikai tesztek magukban foglalták a Pearson-féle Chi-négyzet tesztet a kategorikus változókra, valamint a nem paraméteres Mann-Whitney-féle U-tesztet a folyamatos változókra. Bármely $P < 0,05$ értéket statisztikailag jelentősnek tekintettek.</p>	A 100 akkreditált kórház közül (amelyek közül 40 állami, 43 magán és 17 vegyes tulajdonú) kilencet akkreditáltak további fejlesztésre vonatkozó ajánlások nélkül, 47-et ajánlásokkal, 40-et fenntartásokkal, négyet pedig főbb fenntartásokkal. Mindegyiküket további fejlesztésre kérték. Nem találtak jelentős különbséget a FAC kórházak státusza és mérete szerinti döntései között, habár megmutatkozott egy olyan trend, hogy minél nagyobb a kórház, a FAC annál több és annál komolyabb döntést hozott. A döntésekkel megcélzott fő kérdések azok voltak, amelyeknek a FAC magas prioritást biztosít (a betegeknek nyújtott információ és ennek nyomon követhetősége a betegrekordokon, gyógyszerfelírások aláírása).

² Egy 1996-os törvény Franciaországban előírja az állami és magánkórházak kötelező akkreditációját.

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
			az akkreditált kórházak státusza és mérete szerint.				
Greenfield, David; Braithwaite, Jeffrey	Health sector accreditation research: a systematic review (Az egészségügyi szektor akkreditációjának kutatása: szisztematikus áttekintés)	International Journal for Quality in Health Care, 20. évf. 3. szám, 2008.	<ul style="list-style-type: none"> - A szakmák attitűdjei az akkreditációval kapcsolatban - A változás előmozdítása - Szervezeti hatás - Pénzügyi hatás - Minőségmérések - Programértékelés - Betegelégedettség - Nyilvános közzététel - Szakmai fejlődés - Felügyeleti kérdések 	Bármely egészségügyi szolgáltató	Bármilyen akkreditáció	systematic review	<p>Az egészségügyi akkreditációra vonatkozó irodalom komplex képet mutat. Az akkreditáció hatását tekintve két kategóriában jutottak következetes eredményekre: a változások elősegítése, valamint a szakmai fejlődés terén.</p> <p>Inkonzisztens eredményekre bukkantak az alábbi öt területen: a szakma képviselőinek attitűdjei az akkreditációval szemben, szervezeti hatás, pénzügyi hatás, minőségmérések és programértékelés. Három területen – betegelégedettség, nyilvános közzététel és felügyelői kérdések – nem találtak elegendő kutatási anyagot ahhoz, hogy megfelelő következtetéseket tudjanak levonni.</p>
Jenkinson, C et al.	The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-	International Journal for Quality in Health Care 2002, Volume 14, Issue 5: 353-	A tanulmány célja egy olyan kérdőív kidolgozása és tesztelése volt, amely a betegek kórházi	Kórház	Többféle akkreditáció	A 15 kérdést (Picker Patient Experience Questionnaire, PPE-15) a Picker Institute által a fekvőbetegek számára készített felmérés tételeiből, vagyis kb. 100 kérdésből választották ki. A felmérések öt ország aktív kórházi ellátásában résztvevő betegekre terjedtek ki: Egyesült Királyság, Németország, Svédország, Svájc és az Egyesült Államok.	A tanulmány eredményei szerint a Picker felmérésből kiválasztott 15 kérdés megfelelő képet nyújt a betegeknek az egészségügyi ellátásban szerzett tapasztalatairól.

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
	patient surveys in five countries	358.	ellátásban nyert tapasztalatait értékeli			<p>A betegmintákat a résztvevő öt országban nemek szerint, kor szerint (65 év alatt/fölött) és a kórházi felvétel módja szerint (tervezett/nem tervezett) csoportosították.</p> <p>A standardizált kérdőíveket az elbocsátást követő egy hónapon belül küldték ki a betegeknek. A PPE-15 felmérést a következők szerint vizsgálták: válaszadási ráta, azon válaszadók aránya, akik a kérdőív tételeiben problémát azonosítottak, belső konzisztencia és leíró statisztika (számtani átlag, szórás, válaszadók száma). A PPE-15 ponteredményként és összefoglaló indexként is ábrázolható.</p> <p>A PPE-15 kérdése által azonosított problémák:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Az orvosok nem adtak világos választ a kérdésekre 2. Az ápolók nem adtak világos választ a kérdésekre 3. A személyzet ellentmondó információkat adott 4. Az orvosok nem beszéltek az aggodalmakról és félelmekről 5. Az orvosok néha úgy beszéltek, mintha nem is lett volna jelen 6. Nem vonták be eléggé az ellátás vagy kezelés döntéseibe 7. Nem mindig bántak vele tisztelettel és méltósággal 8. Az ápolók nem beszéltek az aggodalmakról és félelmekről 9. Nem könnyű találni valakit, akivel beszélni lehetne az aggodalmakról 10. A személyzet nem csillapította a fájdalmat 11. A családnak nem volt lehetősége beszélni az orvossal 	

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
						<p>12. A családnak nem nyújtottak elég információt a felépülés elősegítésére</p> <p>13. A gyógyszerek célját nem magyarázták el</p> <p>14. A gyógyszerek mellékhatásairól nem beszéltek</p> <p>15. Nem beszéltek arról, milyen vészjelzésekre kell otthon figyelni</p> <p>PPE-15 kérdőív:</p> <ol style="list-style-type: none"> Amikor fontos kérdésekkel fordult orvosához, érthető válaszokat kapott? Amikor fontos kérdéseket tett fel egy ápolónak, érthető válaszokat kapott? Előfordul, hogy a kórházban az egyik orvos vagy ápoló mond valamit, majd egy másik egészen más dolgot mond. Megtörtént ez Önnel? Amikor aggodalommal és félelemmel tekintett betegségére vagy kezelésére, megbeszélte Önnel ezt egy orvos? Beszélt már orvos Ön előtt úgy, mintha Ön nem is lett volna jelen? Szerette volna, ha jobban bevonják Önt az ellátás vagy kezelés döntéseibe? Összességében úgy érezte, hogy tisztelettel és méltósággal bánnak Önnel kórházi tartózkodása alatt? Amikor aggodalommal és félelemmel tekintett betegségére vagy kezelésére, megbeszélte Önnel ezt egy ápoló? A kórházi személyzet közül tudott valakivel beszélgetni aggodalmairól? Voltak valaha fájdalmai? 	

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
						<p>Ha igen...</p> <p>Gondolja, hogy a kórházi személyzet mindent megtett fájdalmai enyhítésére?</p> <p>11. Ha családja vagy egy Önhöz közelálló személy beszélni akart egy orvossal, volt erre elég lehetőségük?</p> <p>12. Az orvosok és az ápolók minden szükséges információt megadtak családja vagy egy Önhöz közelálló személy részére, hogy segítséggel legyenek felépülésében?</p> <p>13. A dolgozók közül megmagyarázta valaki érthető módon az otthon szedendő gyógyszerek célját?</p> <p>14. A dolgozók közül megmagyarázta valaki, hogy a gyógyszerek milyen mellékhatásaira kell figyelni hazatérés után?</p> <p>15. Beszélt valaki arról, milyen betegsége vagy kezelésre vonatkozó vészjelzésekre kell hazatérés után figyelni?</p>	
Jocelyn Lockyer, Herta Fidler	Comparison of Multisource Feedback Instruments Designed for GPs in UK	Royal College of General Practice, 2010 http://www.rcgp.org.uk/PDF/reevaluation_Final_Report_to_RCGP_COLL_EAGUE_AND_PATIENTS_August_19_2010.pdf	Az Egyesült Királyságban rendelkezésre álló értékelési eszközök vizsgálata, melyek az RCGP (brit háziorvosok szövetsége, Royal College of General Practice) praxis engedélyek	házi orvosok	Praxisengedélyek megújítása	<p>Vizsgálták, hogy az MSF eszközök összhangban vannak-e a Good Medical Practice (GMP) Duties és a General Medical Council (GMC) Attributes for General Practitioners előírásaival (kötelességek és attribútumok), és megvizsgálták a felmérési eszközök pszichometrikus jellemzőit.</p> <p>Az MSF specifikus folyamatokat és eszközöket ír le a munkahelyen történő információ gyűjtés, felmérés és visszajelzés tevékenységére. A különböző magatartásformák megismerését célzó MSF-ben a kérdőíveket az értékelendő GP környezetében levő személyek és a betegek töltik ki. Az MSF eszközök</p>	A munkatársakra vonatkozó 9 eszköz (Colleague instruments) vizsgálatánál azonosították azokat az eszközöket, amelyek illeszkednek a GMP kötelességekkel és a GMC attribútumokkal. Ezek közül 6 felelt meg a GMP összes kötelességének. A GMC attribútumok terén 4 illeszkedett a legtöbb attribútummal. A betegekre vonatkozó 10 eszköz (Patient instruments) vizsgálatánál 3 felelt meg a legtöbb GMP kötelességnek és komponensnek. A

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
			megújítására, a praxisok értékelésére használhat.			<p>tételei általában rövid megjegyzések, kérdések, többpontos osztályozási rendszerrel kapcsolatos kategóriákból állnak, vagy magatartást leíró jellemzők. Az MSF felmérésben az eszközöket általánosan elfogadott standardok szerint dolgozzák ki.</p> <p>Munkatársakra vonatkozó eszközök:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colleague Feedback Evaluation Tool Version 2 (CFET) - Sheffield Peer Review Assessment Tool Version 2 (GP-SPRAT) - What Is A Good GP? - EDGE CUMBE 360° Version 2 - Academy of Medical Royal Colleges MSF Version 2 (360° Clinical) - General Medical Council (GMC) Colleague Questionnaire - 2Q MSF - Medical 360 Feedback - Sample NHS 360 <p>Betegekre vonatkozó eszközök:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Improving Practice Questionnaire (IPQ) - Doctors' Interpersonal Skills Questionnaire (DISQ – Part of IPQ) - Consultation and Relationship Empathy Scale (CARE) - Consultation Satisfaction Questionnaire (CSQ) - Sheffield Patient Feedback Form (SHEFFPAT) - EDGE CUMBE 360° Version 2 - 360o Clinical - General Medical Council Patient Questionnaire (GMC) - Medical 360 Feedback - Sample NHS 360 	GMC attribútumok összevetésénél 5 eszköz esetében volt a legtöbb megfelelés.

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
Lombarts, M J M H, Rupp, I, Vallejo, P et al.	Application of quality improvement strategies in 389 European hospitals: results of the MARQuIS project	Qual Saf Health Care 2009 18: i28-i37	A kórházi minőségfejlesztési stratégiák hatásának kutatása a MARQuIS project keretében	Kórház	<p>Minőségfejlesztési stratégiákat vizsgált:</p> <p>Szervezeti minőségmenedzsment programok</p> <p>A betegek véleményének megismerésére szolgáló rendszer</p> <p>Betegbiztonsági rendszer</p> <p>Audit és a klinikai standardok belső értékelése</p> <p>Klinikai és praxis guideline-ok</p> <p>Teljesítmény indikátorok</p> <p>Külső értékelés</p>	<p>A MARQuIS project 2006 áprilisa és augusztusa között nyolc EU tagország (Spanyolország, Franciaország, Lengyelország, Csehország, Hollandia, Egyesült Királyság, Írország, Belgium) 389 kórházban végzett felmérést internet alapú kérdőívvel. Az eredményeket 89 kórházban végzett helyszíni felmérés validálta. A kérdőív négy részből állt. Az első rész a minőségfejlesztés kórház-szintű jellemzőire vonatkozott, a másik három speciális állapotok, szolgáltatások minőségfejlesztési stratégiáira, amely szolgáltatások részben azon a feltételen alapultak, hogy a határokon átívelő ellátásban jelentős volument képviselő helyzeteket válasszanak, részben pedig a kórház által nyújtott szolgáltatásokban leginkább relevánsak legyenek. A három kiválasztott szolgáltatás így az AMI, az akut vakbélgyulladás és a szülés volt.</p> <p>A webes kérdőív 199 kérdést tartalmazott, a válaszok különböző értékelési skálákat tartalmaztak (kétpontos: igen/nem, négy- és ötpontos skálák: 1= erősen egyetért, 5=erősen nem ért egyet)</p> <p>A szervezeti minőségmenedzsment programokban vizsgálta: az ISO, az EFQM használatát, aktív minőségfejlesztő team jelenlétét, kórházi bizottsághoz vagy személyhez rendelt vértranszfúzió, antibiotikum használat, felfekvés megelőzés és kórházi infekció kontroll politikáját és felelősségét.</p> <p>A betegek véleményének megismerésére szolgáló rendszer kapcsán felmérték a szisztematikus betegelégedettségi kérdőívek használatát, a betegpanaszok elemzését, a betegek bevonását a folyamatokba (protokollok, standardok fejlesztése,</p>	<p>Szervezeti minőségmenedzsment programok: leggyakrabban használt az ISO 9000 (a kórházak 51,2 százaléka), legkevésbé az EFQM elterjedt. Csehország kivételével csaknem az összes kórház egy kórházi bizottsághoz vagy személyhez rendeli a vértranszfúzió, az antibiotikum használat és a kórházi infekció kontroll politikáját és felelősségét. A felfekvések megelőzésének felelőssége 67-96 százalékban van személyhez vagy bizottsághoz rendelve.</p> <p>Szisztematikus betegfelmérések a kórházak 65 százalékában történnek. A betegek megkérdezése az ellátás minőségéről az intézményből való távozáskor is a három ellátás tekintetében 35- 45 százalék között van. Viszont a betegek bevonása kevésbé fejlett.</p> <p>A kórházak 39 százaléka rendelkezett kockázat menedzsment programmal. Fele rendszeresen jelentette és elemezte a mellékhatásokat, 56 százaléka a komplikációkat. A gyógyszerbiztonság általában biztosított.</p> <p>A kórházak 75-79 százaléka használja a kórházi szintű guideline-okat,</p>

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
						<p>betegfelmérések, betegpanaszok megbeszélése, minőségügyi bizottságokban való részvétel).</p> <p>Betegbiztonsági rendszer: a kérdőív rákérdezett a mellékhatások jelentési és elemzési rendszerére, a kockázat menedzsment programokra, a betegbiztonságért felelős személy vagy csoport meglétére, a betegazonosítás rendszerére (karszalag használata a sürgősségi osztályon vagy minden felvételnél), a gyógyszerbiztonságra (standardizált limitált gyógyszerválaszték, elektronikus gyógyszerfelírás, AMI esetében lejárat határidő ellenőrzés, gyógyszer elzárhatósága, külön tárolt HR gyógyszerek), AMI estében MRSA tesztre és a komplikációk személyzetnek történő jelentésére.</p> <p>Klinikai guideline-ok: a kérdőívben kórházi szintű guideline-okra (preoperative értékelés, antibiotikum használat, antibiotikum megelőzési célú használata), laboratóriumok működésének szabályozására (klinikai-kémiai, patológiai, mikrobiológiai, gyógyszer, diagnosztikai radiológiai) valamint a három ellátási területhez kapcsolódó klinikai irányelvekre kérdeztek rá.</p> <p>Teljesítmény indikátorok: a három ellátás indikátorai az alábbiak voltak:</p> <p>AMI: ajtótól a tüig tartó idő, reperfúzió, 2 órán belüli Aspirin használat, ACE inhibitor felírása távozáskor, Béta blokkoló felírása távozáskor, Aspirin felírása távozáskor, fekvőbeteg mortalitás.</p> <p>Vakbélgyulladás esetén: profilaktikus antibiotikum használat, negatív appendectomia, nyitott versus lap appendectomia arány, perforált appendectomia a felvétel</p>	<p>standardizált a laboratóriumok működése is, az AMI menedzsmentre vonatkozó guideline vagy protokoll a kórházak 87 százalékában, a vakbélgyulladásra 54 százalékában, a szülészeti problémákra (pl. farfekvés) 72 százalékban, pl. a császármetszés utáni hüvelyi szülésre 65 százalékban volt elérhető.</p> <p>Az AMI-ra vonatkozó teljesítmény adatok voltak a leginkább komplettek, a vakbélgyulladás esetében az indikátorok felére volt adat, a szülésre vonatkozó adatok 54-85 százalékban voltak elérhetőek.</p> <p>Az egészségügyi dolgozók teljesítményét a kórházak felénél vizsgálták szisztematikusan. Helyszíni vizsgálatokat a kórházak 25 százaléka végzett. A laboratóriumok felét periodikusan vizsgálta egy belső auditáló csoport.</p> <p>A kórházak 88 százaléka legalább részben értékelt vagy egy akkreditáló szervezet (60 százalék), vagy egy tanúsító szervezet (50 százalék), vagy betegszervezet (19 százalék), illetve egy kormányzati ellenőrző szervezet (66 százalék) által. Több kórházat (pl. Spanyolo.) több szervezet is auditált. A francia kórházak a legnyitottabbak az eredmények közzétételében (92</p>

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
						<p>után 24 órával műtve, sebfertőzés.</p> <p>Szülésnél: indukált szülés rátája, császármetszés aránya, császármetszés utáni hüvelyi szülés aránya, peridurális érzéstelenítéssel történő szülés.</p> <p>Audit és a klinikai standardok belső értékelése: a kérdőívben a kórházi részlegek belső auditja, peer review vizsgálata (helyszíni vizsgálata), a személyzet teljesítményének vizsgálata a laboratóriumok periodikus belső auditja, valamint a belső auditok formális jelentési rendszere szerepelt.</p> <p>Külső értékelés: a kutatás kiterjedt a kórházak külső értékelésének felmérésére, annak meghatározására, hogy az értékelést akkreditációs, tanúsító vagy betegszervezet illetve ellenőrzés végezte, az értékelés eredményeit nyilvánosságra hozták-e, történt-e külső értékelés a laboratóriumoknál.</p>	<p>százalék), a spanyolok pedig a leginkább zártak. Átlagban a kórházak 53 százaléka nyilvánosságra hozza az értékelés eredményeit.</p> <p>Bár mindegyik minőségfejlesztési stratégia széles körben elterjedt az európai országokban, a külső értékelés (akkreditáció, tanúsítás, engedélyezés) a leggyakrabban használt, és a betegek bevonása a legkevésbé.</p>
Lombarts,M J M H ,Rupp,I, Vallejo,P Klazinga,N, Sunol, R	Differentiating between hospitals according to the “maturity” of quality improvement systems: a new classification scheme in a sample of European	Qual Saf Health Care 2009;18(Suppl 1):i38–i43.	Osztályozási rendszert bevezetése a minőségfejlesztés szintjének (érettségének) mérésére az EU kórházaiban. Kutatás a MARQuIS project keretében.	Aktív ellátást végző kórházak	Minőségfejlesztési stratégiákat vizsgált: Szervezeti minőségmenedzsment programok A betegek véleményének megismerésére szolgáló rendszer Betegbiztonsági rendszer	Egy web-alapú kérdőíves felmérést alkalmaztak az osztályozási rendszer alapjaként, amelyet az EU kórházaiban történő minőségfejlesztés mérésére dolgoztak ki. Összesen 389 kórház vett részt a kérdőíves felmérésben. Egy 349 mintából álló végső minta alapján dolgozták ki a minőségfejlesztési érettség indexet. Azokat a tételket foglalták be a minőségfejlesztési érettség index kidolgozásába, amelyekről úgy vélték, hogy a minőségfejlesztéshez nagymértékben hozzájárulnak. A minőségfejlesztési index hét fő terület (domain) köré összpontosult, összesen 113 elemet (item) foglalt magába a kérdőív első részében. Ezek a területek a következők:	Független elemzések eredményei biztosították az index érvényességét, amelyet arra használtak, hogy megkülönböztessék a kutatási mintában lévő kórházak minőségfejlesztési rendszerének érettségét (a minőségfejlesztési rendszer az összes minőségfejlesztési tevékenységet magában foglalja).

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
	hospitals				<p>Audit és a klinikai standardok belső értékelése</p> <p>Klinikai és praxis guideline-ok</p> <p>Teljesítmény indikátorok</p> <p>Külső értékelés</p>	<p>Politika- tervezés- dokumentumok, vezetés, struktúra, általános minőségfejlesztési tevékenység, speciális minőségfejlesztési tevékenység, betegek bevonása, elszámoltathatóság.</p> <p>Az egyes elemeket 1-től (legérettebb) 4-ig (legkevésbé érett) terjedő skálán kódolták. A hét területet alátámasztó elméleti feltételezéseket globálisan értékelték minden egyes téma esetében faktoranalízissel (elsődleges komponens analízis - PCA, oblimin eljárás - oblimin procedure, kényszerített egytényezős megoldás - forced one-factor solution) és a belső konzisztencia megbízhatóságára alapozva (Cronbach α). A hét terület átlagos pontszámait összekapcsolták egy átlagos átfogó pontszámmal kórházanként, amely kifejezte az intézet minőségfejlesztési érettségének szintjét egy 1-től (legérettebb) 4-ig (legkevésbé érett) terjedő skálán. Emellett korrelációkat kalkuláltak az egyes területek között (Spearman ρ), és kiszámították minden egyes terület korrelációját az átfogó minőségfejlesztési érettség osztályozáson belül.</p> <p>Az érettség index validálására három független elemzést alkalmaztak: hipotézis tesztelést, helyszíni kórházi viziteket és szakértői értékelést a minőségfejlesztési rendszerekről szóló jelentések alapján.</p>	
Miller, M.R. et al.	Relationship Between Performance Measurement	American Journal of Medical Quality, 20, 5,	A vizsgálat a JCAHO akkreditációs ponteredményein	Kórház	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations	A JCAHO 1997 és 1999 közötti akkreditációs adatait összehasonlították 24 állam intézményeinek IQI/PSI teljesítményével. Az akkreditációban a FOES (Final Overall Evaluation Score) a végső pontérték, melyet	Kevés összefüggés van a JCAHO akkreditáció eredményei, illetve a minőségnek az AHRQ IQI és PSI mutatóival jelzett eredményei között.

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
	and Accreditation: Implications for Quality of Care and Patient Safety	Sept/Oct 2005	ek, valamint az AHRQ fekvőbeteg-ellátásra (Inpatient Quality Indicators) és betegbiztonságra (Patient Safety Indicators) vonatkozó mutatói közötti összefüggést tárgyalja (IQI/PSI).		(JCAHO, jelenleg JC) ³	<p>egyől nyolcig terjedő akkreditációs kategóriába osztottak. Vizsgálták a korrelációt a JCAHO kiválasztott elemeire vonatkozó pontértékek és a klinikailag releváns IQI és PSI ráták között. A FOES regressziós analízisét logaritmikusan transzformált indikátor-változók alapján végezték. Alapvető komponens analízist (PCA) is végeztek a logaritmikusan transzformált indikátor-változókon, az IQI és a PSI értékektől függetlenül. A FOES alapvető összetevői közötti összefüggést a FOES összetevőinek többváltozós lineáris regressziójával határozták meg. Az IQI/PSI adott intézményre jellemző értékei Bayes módszerhez hasonló technikával (multivariate signal extraction) becsült finomított (smoothed) ráták voltak. Minthogy néhány IQI változó sok kórházban gyakran nem volt elérhető, az alapvető komponensre vonatkozó analízist csak a 14-től 24-ig terjedő IQI-k alapján végezték. A 4, 11, 13 és 25 besorolású IQI-eket a feltáró elemzésekre és az indikátor-specifikus regressziókra alkalmazták.</p> <p>Doboz diagram (box plot) és variancia analízis (ANOVA) is készült a JCAHO által megállapított akkreditációs státusz-kategóriák szerint transzformált indikátorokról. Lineáris logisztikus regressziós modelleket alkalmaztak a bináris és az ordinális válaszadatokra a maximális valószínűség módszerével, a transzformált indikátor-változókat a JCAHO által megállapított akkreditációs státuszra modellezve. Mindemellett vizsgálták a korrelációt a kiválasztott JCAHO grid-elemek pontértékei és a klinikailag releváns IQI vagy PSI ráták között.</p>	

³ Az USA legtöbb állama a JC akkreditációt a működési engedély és a Medicare/Medicaid térítés feltételül szabja meg.

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
						Minden elemzést a (SAS) Statisztikai Analízis Software-rel végeztek el, és a $P < .05$ értéket tekintették statisztikailag szignifikánsnak.	
Sack, C.; A. Scherag; Lütke, P; Günther, W; Jöckel, K-H and Holtmann, G	Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37 000 patients treated by 73 hospitals	International Journal for Quality in Health Care 2011; Volume 23, Number 3: pp. 278–283	Milyen kapcsolat jellemzi a kórházak akkreditációját és a betegek kórházi ellátással való elégedettségét?	kórházak	KTQ, pCC (proCum Cert, német akkreditációs program), DIN ISO	<p>73 kórház 410 részlegén 78508 önkéntesen jelentkező betegnek négy héttel a kórházból távozás után postai úton, válaszborítékkal került kiküldésre a Picker kérdőív. A kiküldés után kétszer történt emlékeztetés a válaszadásra, a második és negyedik héten. A válaszadók közül a szülészetről és gyermekgyógyászatról elbocsátott betegeket nem vették figyelembe. A mintában 30 nem akkreditált kórház volt, 43 akkreditált. Ez utóbbiból 23-nál a KTQ szerint, 14-nél a KTQ és a pCC szerint, kettőnél csak a pCC szerint, a fennmaradó négyenél DIN ISO szerint történt akkreditáció. A Picker fekvőbeteg kérdőív a betegelégedettség 10 dimenzióját értékeli, a fókusz arra irányult: a betegek közül ki ajánlaná a kórházat másoknak (esélyhányados- odds ratio számítása).</p> <p>Először leíró statisztikát (átlagokat és standard eltéréseket, szórást vagy százalékokat) alkalmaztak a beteg és kórház jellemzők összegzésére. Ezeket a változókat tovább vizsgálták aszerint, hogy a kórház akkreditált vagy sem, amihez Pearson-féle χ^2 tesztet és Fisher-féle egzakt próbát használtak, a kvantitatív adatokra pedig Mann-Whitney-féle U-próbát.</p> <p>Egyszerű logisztikus regressziót használtak az elsődleges változókra. Utána a betegek klaszterezésére fókuszáltak a kórházadatokon belül, amihez GEE-t, generalized estimating equations alkalmaztak és általánosított lineáris kevert modelleket az egyváltozós és többváltozós elemzés során. A többváltozós</p>	<p>73 kórház 328 részlegének 36 777 elbocsátott betege válasza alapján: az akkreditáció nem jár együtt az ellátás mérhetően jobb minőségével. A kórházak akkreditációja a minőségmenedzsment irányába tett lépésnek tekinthető, de nem kulcsfaktora annak a minőségnek, amely a betegek intézményi ajánlásai alapján meghatározott (nem befolyásolja a betegeket, hogy ajánlják-e másoknak az adott intézményt).</p> <p>Nem volt szignifikáns különbség a kórházi tartózkodási idő, a nem, az életkor, a külföldi betegek aránya és a kórházak jellemzői (oktatókórház vagy sem, tulajdonosi forma állami vagy nonprofit, valamint a kórházi ágyszám) között.</p>

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
						<p>elemzéseknél beteg szinten nem és életkor változókat, kórház szinten pedig ágyak számát, és oktatókórház- e, vagy sem változókat használtak még.</p> <p>Pontbecslést is végeztek, 95 százalékos konfidencia intervallumokat határoztak meg a becslésre. Öt százalékos szignifikancia szintet alkalmaztak.</p> <p>P értékeket SAS 9.2 programmal számoltak.</p>	
Salmon, W. J., Heavens, J., Lombard, C., Tavrow P.:	The Impact of Accreditation on the Quality of Hospital Care: KwaZulu-Natal Province, Republic of South Africa.	The Quality assurance project. University Research Co. LLC USA and Joint Commission Resources. 2003. október	A tanulmány célja, hogy prospektíven értékelje az akkreditációs program hatásait az állami kórházak folyamataira és kimeneteire egy fejlődő országban.	Kórház	COHSASA akkreditáció	<p>A tanulmányt megvizsgálta az akkreditáció hatását:</p> <p>a) az akkreditációs szervezet (Council for Health Services Accreditation of Southern Africa - COHSASA) standardjaiban azonosított területekre,</p> <p>b) egy független kutatócsoport által kifejlesztett minőségi indikátorokra.</p> <p>Prospektív, randomizált kontrollvizsgálat a COHSASA akkreditációs program adatai és egy dél-afrikai és amerikai felügyelőkből álló független kutatócsoport által gyűjtött minőségi indikátor adatok alapján. A kutatók az akkreditációs programban résztvevő kórházak rétegzett mintáját (intervenciós kórházak) hasonlították össze azon kórházak mintájával, amelyek nem vettek részt az akkreditációban (kontrollkórházak) egy 24 hónapos intervallumban.</p> <p>A kórházakat méretük (ágyszám) alapján négy kategóriába rétegezték: 50-150, 151-400, 401-1000, 1001 felett. Minden rétegen belül egyszerű random mintavételt alkalmaztak.</p> <p>Kétféle adatot alkalmaztak a tanulmány elkészítése során: az akkreditáció előtt és után mért COHSASA standardjai</p>	Minden intervenciós kórház figyelemreméltó haladást ért el az akkreditációs standardok terén. A kontrollkórházak esetében csupán kismértékű a fejlődést tapasztaltak. Hasonló fejlődés a minőségi indikátorok területén nem volt tapasztalható.

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
						szerinti megfelelés adatait, és a két különböző időpontban gyűjtött kórházi minőség indikátor adatokat. A standardoknak való megfelelésre vonatkozó adatokat a COHSASA felügyelői vagy az általuk megbízott csoportok gyűjtötték, a minőségi indikátorokat pedig a kutatócsoport által megbízott kutatási asszisztensek.	
Shaw, Charles et al	Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals?	Int. Journal for Quality in Health Care, Volume 22, Issue 6, Pp. 445-451, Oxford 2010.	A tanulmány célja a minőségben fennálló különbségek összehasonlítása azon kórházak között, amelyek (a) akkreditációban részesültek, (b) tanúsításban részesültek, (c) vagy egyikben sem részesültek	Kórház	Akkreditáció vegyesen és ISO tanúsítás	<p>A minőség és biztonság menedzselésére vonatkozó adatokat a MARQuIS projektben résztvevő hét ország 89 kórházából gyűjtötték. Vizsgált országok: Belgium, Cseh Köztársaság, Franciaország, Írország, Lengyelország, Spanyolország, Egyesült Királyság. Az adatgyűjtést szakértőkből álló csoportok végezték a kórházak helyszínén. Az értékeléshez forrásdokumentumokat használtak fel és közvetlen megfigyeléseket végeztek. A vizsgálatban szereplő kérdések érintették a kórház külső értékelését is, vagyis hogy a kórház az elmúlt három évben elismerést nyert-e akkreditáció vagy tanúsítás (ISO 9001) révén. A kórházakat három csoportba osztották: csak akkreditáció, csak tanúsítás, egyik sem.</p> <p>A függő változókat 229 kritérium teljesítése alapján alakították ki és a következőképpen osztályozták: kivételes (>90%), kiterjedt (66-90%), széles (41-65%), alacsony (15-40%), elhanyagolható (<15%). Az értékeket valamennyi kritérium esetén lefordították 4-től 0-ig terjedő pontszámra. Az eredményeket hat dimenzió szerint csoportosították, összhangban az akkreditációs standardok gyakori fejezeteivel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menedzsment - Irányító testület - Minőség menedzsment - Biztonság menedzsment 	A vizsgált 89 kórházból 34 részesült akkreditációban (tanúsítás nélkül), 10 részesült ISO 9001 tanúsításban (akkreditáció nélkül), 27 nem részesült egyikben sem. A vizsgálat statisztikailag szignifikáns különbségeket talált a minőség és biztonság tekintetében a külső értékelésben (akkreditáció, tanúsítás) részt vett kórházaknál, azonban nem talált jelentős különbséget a külső értékelés típusa szerint, vagyis az akkreditáció és tanúsítás között.

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
						<ul style="list-style-type: none"> - Fertőzéellenőrzés - Gyógyszer menedzsment - betegjogok - Publikáció - Betegnyilvántartás - Tájékoztatás - Kezelésbe való beleegyezés - Titoktartás - Betegektől érkező visszajelzés - betegbiztonság - Ártalmas események - Fertőzéellenőrzés - Gyógyszer biztonság - Biztonság - klinikai szervezés - Klinikai felelősség - Újraélesztés - Külső vizsgálat - Belső vizsgálat - Klinikai nyilvántartás - Szakmai fejlődés - klinikai gyakorlat - Sebészet - Szülészet - Orvostan - környezet - Tűzbiztonság - Hulladék menedzsment - Gépekkel szembeni biztonság. <p>Az összpontszám kiszámítása a következőképpen történt: a dimenzió valamennyi tételében szereplő értékek összeadása az összes kórházban, az átlageredmény elosztása a maximum elméleti értékkel, majd 100-zal</p>	

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
						<p>megszorozva a teljesítés százalékban való kifejezésére. A maximum elméleti érték az az érték, amit akkor kapnánk meg, ha valamennyi kórház teljesítené az összes dimenzió tételeit (229). Az eredmények normális eloszlásának értékelése után a szórás elemzése (ANOVA) történt az átlagos pontszámokban megfigyelt különbségek statisztikai szignifikanciájának azonosítására. A dimenzió-specifikus pontszámokat és az összes pontszámot box-and-whisker diagramokkal ábrázolták.</p>	
Sunol,R, Vallejo,P, Thompson, A, Lombarts, M J M H, Shaw,CD, Klazinga, N	Impact of quality strategies on hospital outputs	Qual Saf Health Care 2009;18(Suppl 1):i62–i68. doi:10.1136/qs hc.2008.02943 9	A kórházi minőség-fejlesztési stratégiák hatása a kórházi kimenetekre Kutatás a MARQuIS project keretében	Kórház	<p>Minőségfejlesztési stratégiákat vizsgált:</p> <p>Szervezeti minőség-menedzsment programok</p> <p>A betegek véleményének megismerésére szolgáló rendszer</p> <p>Betegbiztonsági rendszer</p> <p>Audit és a klinikai standardok belső értékelése</p> <p>Klinikai és praxis guideline-ok</p> <p>Teljesítmény</p>	<p>A minőségfejlesztési stratégiákat a kulcsszakértőkkel történt interjúk alapján azonosították. A vizsgált (közbenő) kimeneteket (négy dimenzió) a WHO-PATH keretrendszerből kiindulva, betegekkel, szakemberekkel és finanszírozókkal félstrukturált interjúk alapján határozták meg: klinikai, biztonság, betegközpontúság, határon átívelő betegközpontúság.</p> <p>389 európai kórházban végeztek felmérést önkitöltős kérdőívvel, 89 kórházban helyszíni ellenőrzést.</p> <p>A minőségfejlesztési stratégiákat vizsgálták a kórház szintjén és további 3 területen: AMI, vakbélgyulladás, szülés (amely területek a határon átívelő ellátásban gyakoriak). A stratégiák és a kimeneti változók részletei a Lombarts et al., 2009 irodalomban található.</p> <p><i>Pl. a biztonság, mint kimenet mérésére szolgáló kérdések:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>A bizottság beavatkozása után a gyógyszerbiztonság legalább egy elemében jelentős javulás van</i> - <i>A gyógyszerterápiából érkező gyógyszerek a beteg nevével, a gyógyszer nevével, koncentrációjával/ erősségével, dozírozásával, lejárataival vannak jelölve</i> 	<p>A minőségfejlesztési stratégiák közepesen korrelálnak egymással, így lehetséges egy rejtett indexbe csoportosítani őket. Hasonlóképpen lehetséges a kimenetekenél is globális indexek alkotása. A legvilágosabban a betegbiztonsági rendszerek, a klinikai guideline-ok, és a teljesítmény indikátorok kapcsolódnak a kimenetekhez, de minden stratégia másféle kimenetet befolyásol.</p> <p>Az önkéntes akkreditáció, az oktatási akkreditáció és az ISO tanúsítás korrelál a vizsgált kimenetekkel, ennek alapján a kórházak külső értékelése pozitív stratégia. Ezt a pozitív eredményt még tovább kell kutatni. Nem találtak semmiféle bizonyítékot arra, hogy a kórházi tulajdonforma vagy a kórház oktatási státusza hatással lenne a kimeneti</p>

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
					<p>indikátorok</p> <p>Külső értékelés (kormányzati akkreditáció, önkéntes akkred., oktatási akkred., ISO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A gyógyszerek tárolási helye zárt - A nagykockázatú gyógyszerek szeparáltan tároltak - A betegek területein elérhető az alkoholos kézfertőtlenítő adagoló - Minden felnőttet karszalag azonosít - Minden gyermeket karszalag azonosít - A neonatális nővérhez zárható ajtó vezet - A bizottság beavatkozása után biztonság legalább egy elemében jelentős javulás van - Elérhető a komplett, működő újraélesztő berendezés - Minden tűzvédelmi kijárat világosan jelzett és használható <p>Az elemzéshez a 7 stratégiára és a 4 kimenetre mennyiségi indexeket alkottak. Elemezték a (belső) stratégiák egymás közötti viszonyát (stratégia páronként Pearson-féle korrelációs együtthatóval). Feltáró faktoranalízissel határozták meg, hogy a 6 belső stratégia kevesebb számú rejtett dimenzióba csoportosítható-e. Cronbach-féle alfavál becsülték ennek megbízhatóságát.</p> <p>Vizsgálták a kimenetek egymás közötti viszonyát (Pearson-féle korrelációs együtthatóval) és feltáró faktoranalízissel a kimenetek kevesebb rejtett dimenzióba csoportosítását,</p> <p>a stratégiák kimenetekre gyakorolt hatását (többváltozós regressziós modellel, valamint Pearson-féle korrelációs együtthatóval számolták, hogy a rejtett általános stratégiai index milyen kapcsolatban van a rejtett általános kimeneti index-el.).</p> <p>Lineáris regressziós modellel vizsgálták a stratégiák</p>	<p>mérőszámokra.</p>

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
						<p>kórházi és osztályszintű kapcsolatát.</p> <p>Hasonlóképpen Pearson-féle korrelációs együtthatóval vizsgálták a külső értékelések és a kimenetek kapcsolatát.</p> <p>„Külső nyomás index” (external pressure index)-be sűrítették azokat a változókat, hogy a kórháznak van-e bármilyen külső értékelése (tanúsítás, akkreditáció), a minőségfejlesztéshez kapcsolódik-e külső nyomás (peer review, ellenőrzés), működik-e EFQM modell, a laboratóriumokat rendszeresen auditálja-e akkreditáló vagy tanúsító intézet.</p> <p>A kórházi tulajdonforma és a kórház oktatói státusza szerepelt a modellben, mint olyan hatások, amelyek megváltoztathatják az eredményeket.</p>	
Szecsényi J., Broge B., Willms S., Brodowski M., Götz K.	Benchmarking in der ambulanten Versorgung am Beispiel des Europäischen Praxisassessments (EPA)	Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen Volume 105, Issue 5, 2011, Pages 404-407 Benchmarking als Instrument der Qualitätsverbesserung	EPA minőség-biztosítási rendszer bevezetésének hatásai háziiorvosi praxisokban az első (2004-2007) és az újraminősítés (2007-2009) között, illetve a 3 éve újraminősített praxisok összehasonlítása azonos	Háziiorvosi praxisok	EPA Hausarzt	<p>Módszertan:</p> <p>A tanulmány során 102 újraminősített orvosi praxist esetében vizsgálták az első és az újraminősítés közötti változásokat, valamint az újraminősített praxisokat összehasonlították egy első minősítésen átesett szintén 102 tagú kontroll csoporttal. A kontrollcsoportban előfordulható különbségek (orvosok korösszetétele, praxis elhelyezkedése, praxis jellege) kiszűrése miatt a kontrollcsoportot 209 praxis közül választották ki propensity score matching (PSM) alapján melynek konkrét kritériumai a következők voltak: praxis jellege (egyéni, csoport), praxis elhelyezkedése (város, vidék), orvosok és egyéb munkatársak száma praxisonként, átlagos esetszám negyedévente). A változások vizsgálata az EPA fő területei alapján történt: infrastruktúra, HR, információ, pénzügy, minőség és</p>	<p>Statisztikailag szignifikáns javulás volt tapasztalható az első (2004-2007) és az újraminősítés (2007-2009) esetén az egyes területeken, illetve az újraminősítés és a kontrollcsoport közötti mérések során is.</p> <p>A legnagyobb javulás (10,1 százalék) a minőség és biztonság, illetve az infrastruktúra (10 százalék) területen mutatkozott az első és az újraminősített praxisokban.</p> <p>A kontrollcsoporttal való összehasonlítás esetén a humán erőforrás (12,5 százalék) és a</p>

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
			időszakban első minősítésen átesett praxisokkal			biztonság. Az eredmények számítása során a z transzformáció módszerét alkalmazták.	minőség és biztonság (8,5 százalék) terén mutatkoztak a legnagyobb javulások. Ebben az összehasonlításban a többi terület is statisztikailag szignifikáns változásokat mutatott.
Szecsényi J., Kirst C., Klingenberg A., Reuschenbach B., Brodowski M.	Das Europäische Praxisassessments (EPA) - Wirkungen eines Indikatorengestützten QM-Systems	Stiftung Praxissiegel e.V., 9. szimpózium (előadás anyag) 2007.09.07. Stiftung Praxissiegel e.V.: http://www.praxissiegel.de/index.php?id=283&tt_news=&type=98&L=0	EPA minőségbiztosítási rendszer bevezetésének hatásai háziiorvosi praxisokban a bevezetést követő 12-18 hónapban	Háziiorvosi praxisok	EPA Hausarzt	A felmérés során 79 orvost, 208 szakdolgozót és 8040 beteget (4259 személyt 2005-ben, 3781 személyt 2006-ban és 2007-ben) kerestek fel a vizsgált 59 orvosi praxisban. A hatástanulmány módszertana: kérdőív, 5 és 7 fokozatú Likert attitűdskála (a válaszadók az egyetértés vagy egyet nem értés fokozatait fejezheték ki különböző állítások segítségével a „teljesen egyetértek” választól az „egyáltalán nem értek egyet” válaszig) alapján 12-18 hónappal a bevezetést követően végzett hatásértékelés. Az EPA bevezetést követően vizsgált kérdéskörök: 1. Milyen tapasztalatokra tett szert a praxis vezetője az EPA-val kapcsolatban? 2. A háziiorvosok munkával való elégedettsége 3. A szakdolgozók munkával való elégedettsége 4. A dolgozói kompetenciák fejlesztése (dolgozók körében végzett felmérés) 5. Betegorientáció 6. Betegakta/betegbiztonság 7. Strukturált team-kommunikáció 8. Preventív szolgáltatások a betegek részére 9. Minden a megfelelő helyen található? 10. Minden megfelelően működik? 11. Minőségbiztosítási jelentés/betegbiztonság	A tanulmány eredményei szerint a praxisokban a következő területeken következett be jelentős javulás: - Adatbiztonság - Írásos dokumentáció - Betegbiztonság - Hiba és panaszkezelés - Munkával való elégedettség - Praxison belüli kommunikáció - A dolgozói kompetencia fejlesztése Az első betegfelmérést követően tapasztalt változások: - A visszahívó rendszer alapú megelőző szolgáltatások körének szélesedése - A receptfelírás végzéséhez külön vonal fenntartása - Aktuális várakozási idővel kapcsolatos információk mobiltelefonon keresztül - Elektronikus határidőterv bevezetése, aminek következtében csökkent a várakozási idő - A magánszféra esetén a diszkréció és

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
						12. Betegek általi értékelés (Europep kérdőív) Az eredmények számítása során a z transzformáció módszerét alkalmazták.	<p>adatvédelem javult</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klímaberendezés felszerelése javította a praxis levegőjének minőségét - Telefonos fogadóóra megvalósítása - A recepció tapasztalható barátságatlan fogadást kifogásolták, a javításra kísérlet történt
-	A Primer on Before-After Studies: Evaluating a Report of a "Successful" Intervention.	Effective Clinical Practice – September/October 1999 Volume 2 Number 5 http://www.aonline.org/clinical_information/journals_publications/ecp/sept99/primer.pdf	A kimenetek minőségfejlesztés és előtti és utáni mérésének szempontjai: az előzetes és utólagos eredményeket összehasonlító vizsgálatok, before-after vagy pre-post vizsgálatok.				<p>Az eredmények validitását meghatározhatják az alábbi kérdésekre adott válaszok:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beválasztható-e az előzetes vizsgálat minden résztvevője az utólagos vizsgálat résztvevői közé? - Van-e evidencia egy időlegesen uralkodó trendre? Sok kimenet ugyanis megváltozik az idők folyamán, függetlenül attól, hogy közben volt-e minőségfejlesztés vagy sem. - A vizsgálat alanyainak kiválasztásánál szempont volt-e outlier voltak, azaz a rendestől eltérő értékeik? <p>Az eredmények validitását az alábbiak támasztják alá:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a vizsgálat alanyainak összehasonlíthatóságára a vizsgálatot végzők különösen nagy gondot fordítottak,

Szerző(k)	Cím	A publikáció ideje és helye	A kutatás tárgya	Az akkreditáció célcsoportja	Az akkreditáció módszere	A kutatás módszere és a használt kontroll változók	Eredmények, következtetések
							a megfigyelt változás jelentős mérvű, egyszeri és a minőségfejlesztő intézkedés meghozatala után hamarosan érzékelhetővé válik, azaz nem tulajdonítható időleges trendek hatásának.