

**Analysis of the successfully implemented Quality Improvement  
projects concerning cardiovascular diseases in Family  
Medicine/General Practice in Europe**

**Author: Małgorzata Bała, MD, PhD**

**Krakow, April 2011**

## V. Podsumowanie

Zgodnie z decyzją Rady Europy systemy poprawy jakości powinny zostać utworzone na każdym poziomie opieki zdrowotnej (świadczeniodawcy indywidualni, praktyki grupowe, szpitalnictwo, pozostałe publiczne i prywatne zakłady opieki zdrowotnej) i powinny obejmować wszystkie osoby związane z opieką zdrowotną (świadczeniodawców pacjentów, płatników, administratorów i osoby zarządzające, władze). Choroby sercowo-naczyniowe (CVD) są główną przyczyną zgonów w większości krajów europejskich. Przeciętnie choroby te odpowiadają za prawie połowę zgonów, od 35% w niektórych krajach zachodnich do około 60% w części krajów wschodnich. Podstawowa opieka bierze udział w wykrywaniu, leczeniu i monitorowaniu pacjentów ze zwiększonym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych.

Celem tego raportu jest zebranie i podsumowanie informacji na temat projektów poprawy jakości oraz określenie czynników koniecznych dla powodzenia projektu.

Przeszukano bazy danych, strony czasopism oraz przeglądarki internetowe z ograniczeniem wyników do publikacji w języku angielskim. Do opisu w sekcji wyników wybrano artykuły opisujące dowolny typ europejskiego programu poprawy jakości w obrębie medycyny rodzinnej/opieki podstawowej odnoszącego się do chorób sercowo-naczyniowych (nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, HF, CHD, DM), który został oceniony i odniósł sukces. Wybrano najnowsze projekty. Dodatkowe informacje dotyczące pozostałych programów będących rezultatami w/w poszukiwań zostały zawarte w Aneksie.

Do szczegółowej analizy i opisu wybrano 11 projektów. Jako przykład projektu z obszaru promocji zdrowia wybrano strategię trzech poziomów (ang. „German Three level”), program środowiskowy prowadzony przez lekarza rodzinnego (GP). Przykładami projektów poprawy jakości w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia są trzy przedsięwzięcia: Heartbeat Limburg (Hartslag Limburg) i Diabetes Support Service realizowany w Holandii i jeden projekt z Finlandii. Jak chodzi o projekty poprawy jakości w zakresie diagnozy, znaleziono jedynie jeden przykład projektu przeprowadzonego w Holandii. Co do projektów nakierowanych na poprawę jakości w leczeniu chorób układu krążenia, analizie poddane zostały 3 inicjatywy: projekt rozpoczęcia leczenia insuliną z Wielkiej Brytanii, program leczenia przeciwzakrzepowego z Belgii; i ocena programu zachęt finansowych dla zachowań lekarzy odnośnie przepisywania leków i stosowania się do wytycznych w Szwecji. W rozdziale poświęconym inicjatywom, które cechuje holistyczne podejście do poprawy jakości,

opisano trzy programy – National Service Framework (w Anglii), Quality of Outcomes Framework (w Anglii), i Disease Management Programme for Diabetes (w Niemczech).

Programy te pokazały szerokie spektrum i różnorodność interwencji, jakie podejmowane są na rzecz poprawy jakości w medycynie rodzinnej. Przykłady te pokazują, że w działalności na rzecz promocji zdrowia, uwzględniano np.: kursy edukacyjne i doradztwo stylu życia, zaś w profilaktyce chorób krążenia edukację żywieniową, programy telewizyjne, wydzielanie miejsc dla palących, skomputeryzowane rejestrowanie czynników ryzyka, zgodność z narodowymi wytycznymi postępowania opartymi na dowodach, wsparcie logistyczne dla lekarzy rodzinnych i pielęgniarek, korzystanie ze strukturalizowanych formularzy oceny chorób układu krążenia. W przypadku projektów nakierowanych na poprawę jakości w zakresie diagnostyki, podejmowano następujące akcje: szkolenie z prezentacjami, praca w małych grupach, studium przypadku i demonstracje praktyczne, udzielanie informacji zwrotnej (tzw. feedback), wspomagane komputerowo doradztwo i dodatkowe płatności związane z poziomem przestrzegania wytycznych. Przykłady programów holistycznych w Anglii pokazują, że profesjonaliści sektora ochrony zdrowia i działające w tym sektorze organizacje muszą spełniać minimalne standardy świadczenia usług zdrowotnych. Te praktyki lekarskie, które osiągają wysokie wyniki w zakresie wskaźników poprawy jakości w Anglii, mają szansę na odpowiednią gratyfikację finansową. Natomiast niemiecki program Disease Management Programme, obejmuje: standardy leczenia, wytyczne oparte na dowodach, cykle poprawy jakości, standardy dotyczące prowadzenia i gromadzenia dokumentacji, regularne planowane wizyty lekarskie, przypomnienia, przepisy skierowania i reporty lekarzy, spotkanie naukowo-edukacyjne, wizyty studyjne i edukacja pacjenta. W tym systemie zwrotu kosztów finansowych opieki, możliwy jest na podstawie udokumentowania zakresu przedmiotowego opieki świadczonej każdemu pacjentowi.

Programy poprawy jakości w zakresie chorób układu krążenia, które wybrano do analizy w niniejszym opracowaniu, wskazują na różnorodności interwencji podejmowanych w tym obszarze. Analizie i opisowi poddano tylko udane programy, niemożliwym było, zatem przeanalizowanie potencjalnego wpływu decydentów na ich przebieg, czy określenie barier, które determinują sukces albo niepowodzenie podejmowanych inicjatyw. Autorzy analiz oceniając opisane programy wskazują na kilka czynników, które mogą być postrzegane, jako niezbędne do tego by program poprawy jakości zakończył się sukcesem. Te czynniki to

między innymi: jakość, ilość i intensywność, krótka i strukturalizowana rada, łatwy dostęp do lokalnych kursów doskonalenia zawodowego, obserwacja w czasie, interwencje zorientowane na pacjenta i wsparcie logistyczne, zespół wielodyscyplinarny ds. planowania i przeprowadzenia programu, powiązanie ze specjalistami i korzystanie z ich wsparcia, audyt i sprzężenie zwrotne (tzw. feedback), wieloaspektowe i wielopłaszczyznowe interwencje, wpływ społeczny w wyniku interakcji profesjonalnej, odpowiednie podejście do kwestii szkolenia trenerów/nauczycieli medycyny rodzinnej, zachęty finansowe, połączenie badań klinicznych i organizacyjnych rozwiązań, jasne cele, dobra praca zespołowa i skuteczne przywództwo, elektroniczna dokumentacja medyczna, interwencje w oparciu o system, wieloaspektowa, skoncentrowana na pacjencie opieka podstawowa, ciągłość i koordynacja opieki.