

計畫編號 C09100724

## 行政院所屬各機關出國報告書

(出國類別 其他)

九十年年度出國報告

參加「第十八屆國際健康照護品質研討會」

服務機關：全民健康保險爭議審議委員會

出國人職稱：執行秘書

姓名：蔡素玲等十人

出國地點：阿根廷

出國期間：中華民國九十年十月一日至十月五日

報告日期：中華民國九十一年二月十八日

J3/  
C09100724

系統識別號:C09100724

## 公務出國報告提要

頁數: 26 含附件: 否

報告名稱:

參加「第十八屆國際健康照護品質研討會」

主辦機關

全民健康保險爭議審議委員會

聯絡人/電話:

逢秀英/23885666-229

出國人員:

蔡素玲等十人 全民健康保險爭議審議委員會 執行秘書

出國類別: 其他

出國地區: 阿根廷

出國期間: 民國 90 年 10 月 01 日-民國 90 年 10 月 05 日

報告日期: 民國 91 年 02 月 18 日

分類號/目: J3/醫療 J3/醫療

關鍵詞:

內容摘要:

本次出國參加 ISQua 國際健康照護品質協會舉辦第十八屆國際健康照護品質研討會，本次大會主題可歸納為醫療服務品質的外部評估方式與發展、組織文化，人員策略與醫療品質之探討、護理，管理及醫師等專業人員於醫療品質提昇的角色探討、醫院評鑑制度之發展和評量技巧、病患權益和病患參與方式、醫療品質改善實務之個案經驗等六大類。各主題除已在醫療界廣受應用的全面品質管理(TQM)、ISO、臨床路徑等自主性品質改善應用再輔以週期性外在評估系統(如評鑑)的維持外，病人參與、病人安全、證據醫學及臨床指標等概念及手法更是在各專題討論及個案發表中多被強調，病人安全的議題更是目前各國極力改善及確保的範圍。醫療品質當為現階段醫療政策重點之一，病人為中心的醫療照護已進一步發展為以病人安全為主要考量的趨勢，醫療品質改善模式，賴於系統性品質監測機制之建立及領導階層之充分參與。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

# 第十八屆國際健康照護品質研討會出席人員

姓名	職稱	機構名稱
蔡素玲	執行秘書(代執行長)	爭審會(醫策會)
陳榮基	院長	恩主公醫院
周照芳	副執行長	醫策會
林齊宜	副院長	台北縣立板橋醫院
白玉珠	護理長	台北榮總
林金龍	經理	健保局
楊哲銘	副院長	萬芳醫院
陳如華	董事長	中台醫護技術學院
何蕪蕪	教授	中台醫護技術學院
廖熏香	管理師	醫策會



# 目 錄

壹、摘要	1
貳、前言	4
參、年會活動	5
肆、外部評估	7
伍、護理照護在醫療品質之角色	10
陸、病患參與	13
柒、病人安全	14
捌、個案發表	18
玖、心得及建議	22

## 附錄

- 一、第十八屆 ISQua 年會大會議程(英)
- 二、「醫療品質指標系統實施成效的評估方法-以台灣醫療品質指標計畫為例」口頭發表書面資料

## 摘 要

出國目的：ISQua (The International Society for Quality in Health Care Inc.)國際健康照護品質協會成立於1986年，是一個藉由學術交流，提供分享醫療品質促進經驗的國際性組織，目前有60多個國家加入該組織成為會員。參與該國際組織每年於世界各地輪流舉辦的年度研討會，以參考各國推行醫療品質改善經驗，對國內醫療品質工作之提升，有正面性之鼓勵，一方面有助開展國內醫療品質工作推展之視野，並可拓植台灣在國際醫品舞台上的參與度。

活動內容：本次大會主題可歸納為醫療服務品質的外部評估方式與發展、組織文化，人員策略與醫療品質之探討、護理，管理及醫師等專業人員於醫療品質提昇的角色探討、醫院評鑑制度之發展和評量技巧、病患權益和病患參與方式、醫療品質改善實務之個案經驗等六大類主題，分別以專題演講、專題討論、個案報告或海報展覽等方式進行。

心得：在各主題的發表或討論中，除已在醫療界廣受應用的全面品質管理(TQM)、ISO、臨床路徑等自主性品質改善應用再輔以週期性外在評估系統(如評鑑)的維持外，病人參與(Consumer empowerment)、病人安全(Patient Safety)、證據醫學(Evidence Base Medicine)及臨床指標(Clinical indicator)等概念及手法更是在各專題討論及個案發表中多被強調。尤其病人安全的議題更是目前各國極力改善及確保的範圍，澳洲衛生部在二000年成立了「澳洲健康照護品質與安全委員會(The Australian Council for Safety and

Quality in Health Care)」，該組織主要任務在於結合所有相關機構之共同努力，建構健康照護安全網絡，促使健康照護信賴度能由目前的百分之九十提升至百分之百安全。

研討會的活動參與除了多元性的學習外，經了解外界而肯定自己更是很重要的。根據 ISQua 二 000 年十二月調查國際間三十六個全國性醫院評鑑計畫，結果發現 1999 年各國醫院評鑑家數以澳洲 (500+) 最多，美國 (350+)、加拿大 (300+) 次之，台灣 (200+) 排行第四，日本 (180+) 第五。雖然醫院評鑑家數多寡未必代表評鑑工作之良窳，但從台灣醫院評鑑發展歷史和一年評鑑家數均名列國際第四之優秀記錄，對於多年致力於評鑑工作者亦是種鼓勵。另外，台灣亦於大會進行三篇品質改善實例發表，與會人員對這三篇報告均給予極高的肯定，全體團員也對我國推動醫療品質活動能與國際先進國家同步，甚至居於領先地位（尤其亞洲地區）而感到十分驕傲。大會閉幕演講由前任協會會長 Christopher Brook 發表談話，他以流行病學臨界點 (tipping point) 的觀點來強調，個別的努力累積到臨界點就會爆發全面的風潮來鼓勵與會各國代表，我們亦應以此自勉以持續致力於國內醫療品質促進的工作。

**建議：**

- (一) 行政院衛生署「籌建台灣地區醫療網計畫」十五年來解決了醫療資源可近性的問題，全民健康保險的實施解決了民眾就醫貧窮的問題，醫療政策「量、質、財務問題」三角習題於前二個階段性任務達成時，醫療品質當為現階段醫療政策重點之一。

- (二) 參考國際間以病人為中心的醫療照護已進一步強調以病人安全為主要考量的趨勢，醫療品質的內涵未來應更關心病人安全相關議題。
- (三) 成功的醫療品質改善模式，有賴於系統性品質監測機制之建立及領導階層之充分參與，以確保醫療品質之持續改善。
- (四) 應鼓勵國內衛生醫療機構多參與並發表醫療品質促進經驗，提昇國際觀並增加台灣於國際舞台的參與度。

## 前言

組團赴阿根廷參加今年國際健康照護品質協會年會是本會（醫策會）既定之年度計畫，緣於去年愛爾蘭盛況經驗，原以為今年組團應不致太困難，沒想到南美洲固然有它神秘的魅力，無奈路途實在遙遠（單程飛行時間須三十小時，含轉機時間共四十小時，相當於美國來回一趟），致報名參加人員迭次變更飛航安全蒙上陰影，且美國反恐怖攻擊箭在弦上，以主辦單位立場，加上 911 恐怖事件發生，全球深感責任重大，在去與不去間輾轉掙扎，難以決定。最後在殘存團員堅定的支持下，一行十人（團員名單詳附件一）終於九月二十九日勇敢出發，經過東京、洛杉磯、聖保羅，全程 40 小時（飛行時間 30 小時），終於抵達地球上離開台灣最遠的另一端的阿根廷(Argentina)首府布宜諾愛麗斯市（Buenos Aires），參加第 18 屆國際醫療照護品質協會（International Society for Quality in Health Care, ISQua）年會。

## 南半球的樂土

阿根廷地大物博，面積 376 萬平方公尺，有三千六百萬人口，大都是白人，其中一千萬集中在大布宜諾斯愛麗絲地區。其面積將近台灣的十倍，而人口為台灣的一倍半，因為天然資源豐富，得名「銀之國」。阿國 60% 為可耕地，以農牧立國。布宜諾愛麗斯意為「好的空氣或好的環境」，沒有地震、風災或水災等天災，很適於居住。可惜人禍不斷，政治及經濟混亂。據當地親切的台僑導遊傳述，約二十年前，台灣移民在出發前，算命師告以：「你在兩年內將成為百萬富翁，出門乘坐賓士車，有司機開車。」抵達布宜諾後，果然坐的是賓士牌公車，車資以百萬計！經過數次刪除三或六個零的貶值之後，目前阿幣 1 匹索相當於 1 美元。市面上美金也可通用，對旅客很方便。此次國



際大會的地點於 Crowne Plaza Hotel，該飯店位於市中心的獨立四百週年紀念碑旁，地下鐵就在附近交通便利。

## 年會活動

受到 911 事件影響本次年會參加人數雖明顯比往年少，仍有來自四十七國三百多位代表出席，其中亞洲代表日本一人、南韓三人、新加坡二人、菲律賓二人、馬來西亞六人，仍以我們台灣代表團十人最多。大會議程安排，前二天分別有以醫院評鑑和品質指標為主題之研討會，其後三天除專題演講外，共有近二百篇口頭及海報論文發表。

本次大會期間的研究主題確屬相當廣泛，經歸納的各類主題為：

- (一) 醫療品質的外部評估方式與發展。
- (二) 組織文化、人員訓練、人力策略與醫療服務品質之探討。
- (三) 護理、管理、醫師等人員對於醫療服務品質的角色探討。
- (四) 醫院評鑑制度之發展和評量技術。
- (五) 醫療品質與病患權益和病患參與方式。
- (六) 醫療服務品質改進策略、實務之國際經驗（包含台灣經驗）。

除了 ISQua 外，還有很多國際組織參與提升醫療照護品質的推動，從不同方向，共同致力於全球人類健康之維護。如 WHO, PAHO, World Bank, USAID, WONCA, IHI, CBO, ISO, ALPHA...等機構，以及很多醫學書籍的出版商，從這些機構可以獲得有用的資訊或協助，這也是參與活動的附加價值。

本屆年會，由阿根廷醫院評鑑機構的負責人 Hugo Arce 醫師主辦，大會於 10 月 2 日晚上揭幕，阿國衛生部部長 Dr Hector Lombardo 蒞臨致辭，酒會的同時邀請國家民俗舞蹈團表演，現場氣氛熱烈。令人印象深刻的是會場不斷以字幕顯示不久前去世的醫品大師 Avedis

Donabedian 的名言：「什麼是品質的秘密？很簡單，它就是”愛”，愛知識、愛人民、愛上帝。」與思主公醫院所倡導的「以人為本，視病猶親」、「敬天愛人」的精神不謀而合。

10月3日的大會在為美國911的受難者默哀致敬中開場，因為恐怖活動和戰爭的陰影，有一些演講者放棄出席，因之有許多的行程改變。大會的開場演講由國際醫療照護品質學會的理事長亦是加拿大評鑑協會負責人 Mrs. Elma Heidemann 和 Dr. Charles Shaw (英國) 在開幕典禮中以「健康照護品質現況」為題發表演講，根據 ISQua 二 000 年十二月調查國際間三十六個全國性醫院評鑑計畫，有二十八份問卷完成，結果發現 (1) 自 1990 年以後各國醫院評鑑計畫蓬勃發展，每二年呈加倍成長；(2) 各國醫院評鑑計畫多為政府立法支持；(3) 約一半醫院評鑑計畫部分為政府辦理；(4) 新的醫院評鑑計畫由籌劃至第一次實地評鑑約須二年時間；(5) 醫院評鑑重點從管理轉為以病人為中心；(6) 評鑑範圍包括結構、過程和結果。1999 年各國醫院評鑑家數以澳洲 (500+) 最多，美國 (350+)、加拿大 (300+) 次之，台灣 (200+) 排行第四，日本 (180+) 第五，其他國家當年醫院評鑑家數都在二位數之內。雖然醫院評鑑家數多寡未必代表評鑑工作之良窳，但從台灣醫院評鑑發展歷史和一年評鑑家數均名列國際第四之優秀記錄，於遠在地球異端的我們看到這張資料時，臉上分外有光。

主講人指出，現階段各國健康照護品質工作重點莫過於 (1) 病人滿意度 (2) 健康照護團隊工作 (3) 持續性改善，和 (4) 醫學倫理；而未來健康照護品質工作將愈來愈重視 (1) 領導階層，因為良好的醫療照護品質需要由有品質的機構來提供，而有品質的機構則需要高品質的領導者來促成。如何培養有品質的領導者並給予支持，是未來的課題！(2) 品質照護需要有消費者參與，(3) 風險管理，健

康照護環境中，對病人可能造成的各種危險必須被重視，換句話說「病人安全」是品質照護之核心，(4) 醫療資訊科技，畢竟有品質的資訊才能有利於有品質的決策！第二個大會演講是談墨西哥的醫療品質改善計畫，在墨西哥 50% 民眾覺得醫療品質不好，相較之下台灣民眾對醫療的滿意度通常在 80% 以上，台灣社會比許多國家幸運多了。

大會畢幕演講由前任協會會長 Christopher Brook 發表談話，他以流行病學臨界點(tipping point)的觀點來強調，個別的努力累積到臨界點就會爆發全面的風潮來鼓勵與會各國代表。

## 外部評估

所謂「外部評估」除了評鑑外，如 ISO 認證、頒發品質獎、外部同儕審查等等都是，國內目前也都在做。國際上值得特別注意的新發展是國際標準組織(簡稱 ISO)針對醫療業新增的技術協定。目前 ISO 並沒有醫療專用的標準，由於北美汽車業者付員工醫療保險的費用比買鋼鐵的開銷還大，鑑於 ISO 在汽車製造業對品質及費用控制的成功，北美汽車業者和美國品質學會(American Society of Quality)合作希望透過標準化來提升醫療品質並降低成本，幾經討論，提出建議案於 2001 年 3 月經 ISO 通過為 ITA(international technical agreement)，此 ITA 只是將 2000 年版 ISO 標準根據醫療的特殊性加以解釋，未來是否會發展出醫療專用的 ISO 標準仍待觀察。醫療管理在管理學上的進展總是慢半拍，美國國家品質獎在 1995 年開始研究如何適用於醫療業，台灣的國家品質獎也於 2001 年開始擴大至醫療業，看來 ISO 也在迎頭趕上。至於這些評估的結果和內容適不適合向社會大眾公佈也是大家關心的焦點，雖然事涉隱私權和誤用將影響民眾對醫療界的信心，許多人站在病人權利及資訊透明的立場仍贊成開放。

多元化健康照護外部評估模式為分組研討主題之一，因為「沒有任何單一模式可以解決所有的問題」，目前歐洲健康照護外部評估模式包括以下幾類：訪查、(EFQM) 歐洲品質獎、ISO 認證、評鑑、專案調查等。與會人員談到機構為何要參加 ISO 認證？主要因為 ISO 是國際間廣為運用的認證制度，它不作量化要求，容易實施，是組織建立標準工作流程之第一步。然而對健康照護機構而言，卻因為醫療行為的自主特性而不易適用。Mrs. Elma Heidemann 補充道，目前並無所謂的「國際健康照護 ISO 標準」。西班牙代表介紹該國以平易近人的方式推動 EFQM 之三部曲：(1) 追求卓越的承諾：機構必須先自我評估，再接受一天的實地查證；(2) 追求卓越的實踐：機構不但要自我評估，要熟悉 EFQM 規定，要有推行 TQM 之具體成果，還要準備四十頁的文件申請審查；(3) 歐洲品質獎和國家品質獎：則更為嚴謹，須準備七十五頁之文件，由六個評審委員實地訪查始能有機會過關。無論如何，所有現存的品管模式目的都在於持續改善健康照護品質，而良好的健康照護品質亦同時能降低成本。英國代表 Dr. Charles Shaw 指出外部評估計畫應具備下列要件，特別值得深思，也是作為外部評估機構之醫策會未來要繼續鞭策之方向：(1) 要揭示清楚的核心價值理念，(2) 要公布具體有效的標準，(3) 要以病人為焦點，(4) 要包括臨床過程和結果之評估，(5) 要鼓勵機構自我評估，(6) 要訓練評估者，(7) 要系統化的衡量，(8) 要提供誘因，(9) 要與其他計畫溝通、整合，(10) 要持續量化監測改善情形，(11) 評估標準、評估程序及評估結果要有對外公開之管道。

澳洲衛生部在二 000 年成立了「澳洲健康照護品質與安全委員會 (The Australian Council for Safety and Quality in Health Care)」，該組織主要任務在於結合所有相關機構之共同努力，建構健康照護安全網

絡，促使健康照護信賴度能由目前的百分之九十提升至百分之百安全。其主要內容包括如下圖所示，並與醫院評鑑工作相結合。該委員會在今年八月向衛生部提出下列幾項作為未來之工作重點：(1) 委員會摘要之安全統計報告，應蒐集更適當的訊息並將資料作更好的運用；(2) 主動促進消費者參與之機會，並加強宣導使消費者了解健康照護之危險因子；(3) 設置高層次之用藥安全專案小組，推動全國性工作，以降低健康照護之用藥錯誤；(4) 以更開放的方式處理健康照護者與病人間發生之爭議。

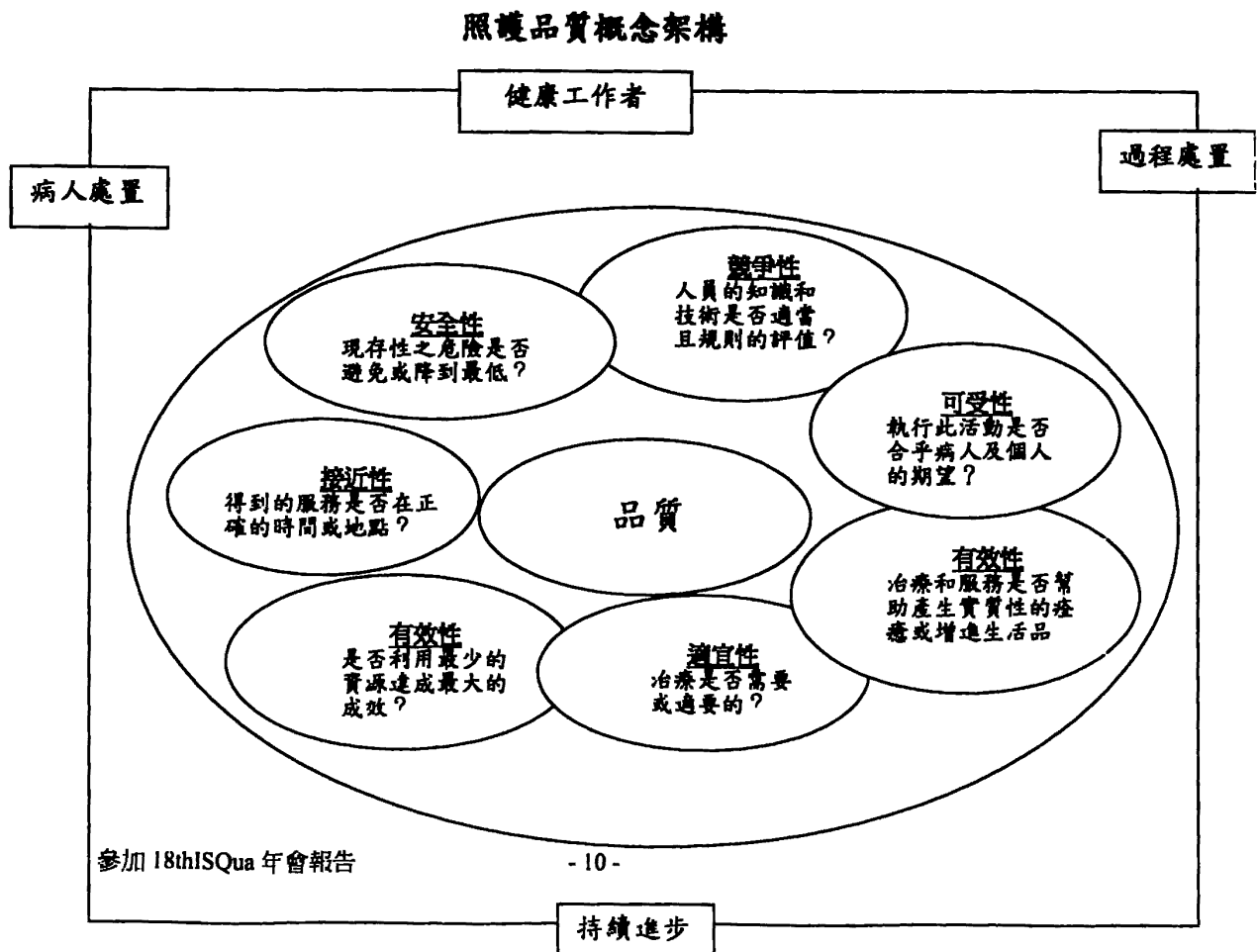


澳洲健康照護品質與安全委員會主任委員 Dr. Bruce Barraclough 不諱言的指出該委員會於推動工作時遇到三大挑戰：(1) 促成所有層級的行為改變：如何建立各個層級包括政府決策、財務、管理、臨床團隊、乃至於社區大眾之共識，願意改變傳統的思考模式，進而由個

人行為到組織行為真正改變？是最大的課題；(2) 建立一個以鼓勵代替譴責之文化：當事件發生時，要問「為何 (WHY)」、「什麼 (WHAT)」，而不是追究「誰 (WHO)」做的；(3) 確保資料實際應用於改善：畢竟資料蒐集之目的在於行動，如何蒐集完整、正確的資料，經過詳實的分析、解讀，回饋給資料使用者，再作系統性改善行動。Dr. Barraclough 同時也針對如何促使臨床醫師參與提出他的看法，他認為提供資料給臨床醫師要掌握幾個要件：(1) 必須是與臨床實務相關，(2) 提升照護品質並不意味著增加照護者的負擔，(3) 須有來自管理高階的支持，(4) 當問題確認時尋求系統性的改變。

### 護理照顧在醫療品質之角色

美國衛生評鑑組織 (pan American Health Organization, PAHO) 及世界衛生組織所推薦的品質保證之國家計畫，包含：概念架構、理由、內容、技術合作。



### **品質計畫案由**

- 一、過程轉變和範圍（部門）改變的促進包含主題
- 二、利用有限的資源，符合主要的需求
- 三、改善目前的無效措施
- 四、各種內在及外在顧客之不滿意程度
- 五、長久的不公平
- 六、高量成本的控制

### **全面管理的計畫內容**

- 一、策略、程序、標準、法規、作業流程（草案）
- 二、資源、基礎建設、技術、人性的、財政的
- 三、評估結果
- 四、計畫再設計

### **技術性合作有力的範圍**

- 一、美國照護品質保證人之角色
- 二、品質與常規的過程、服務評值、技術運用、照顧流程、指標和標準、員工動機及對提供服務者之支付方式、較大的效率和有效的衛生服務

### **護理服務願景**

護理服務是社會上必要的重要健康系統，護理人員經由訓練和實務基礎，運用公平、評估、保險項目、品質和為全部人口維持照護能力，對於個人、家庭和社區改善生活而貢獻。

### **護理人員能提供多數的基本服務**

- 一、在智利政府系統 90 % 需兒科和嬰兒健康服務
- 二、比利時需 90 % 心理衛生和精神科之服務
- 三、尼加拉瓜需 88 % 出院病人會診服務

### **護理服務行動項目**

- 一、在健康系統各種層級中護理地位之決策
- 二、增強社區護理服務
- 三、提供符合健康需求且合適護理人員的基礎教育和持續教育計畫
- 四、區分護理團隊、護理人員之間和其他專業人員角色功能
- 五、發展一致性的護理資訊系統
- 六、增強特別的護理服務

### **護理照護品質當前執行的工作**

- 一、FEPPEN-PAHO 行動計畫
  - 1.服務：增強各項護理服務項目。
  - 2.工作狀況：確認各層護理人員之工作職責。
  - 3.教育：合適之基礎教育及持續教育。
  - 4.資訊：發展護理資訊系統。
  - 5.此行動計畫實行於 19 個國家。
- 二、FIDE-PAHO 行動計畫
  - NIPE 方案：在 5 個國家執行
- 三、發展和執行臨床要點
- 四、護理管理者之工具

### **護理照顧之功能**

- 一、公平性：尊重每個個案，不分老少與貧富。
- 二、接近性：發展社區性之護理服務。
- 三、品質：提供高品質之服務。
- 四、服務內容應保持在一定水準。
- 五、保險項目的合理給付。



## 病患參與

很多學者指出，今後品質的監測，應多從病人或消費者的角度，病人滿意度來設計。有一場討論是由主持人邀請五位病人來分享他們的經驗及期待。有位病人陳述他的太太生下一位當氏症嬰兒的經驗（註：當氏症又稱蒙古症，是一種先天染色體異常的疾病，將來會有智能低下乃至多種身體異常。）：「小兒科醫師發現嬰兒心臟異常，心室中隔缺損；心臟外科醫師在病房走道上匆匆的告訴我，必須在 48 小時內開刀，嬰兒才可能活命。我們接受建議讓孩子接受了手術。術後在出院前外科醫師又說嬰兒必須在 3 個月後做第二次手術，要經過幾次手術，才能挽回心臟功能，還不知道。但是出院後孩子將喪失母親保險的給付，我們將面臨龐大的醫療費用以及孩子不可預知的未來。此時小兒科醫師則說：「如果他是我，他會選擇放棄手術。」最後我太太選擇了放棄第二次的手術，孩子在 3 個月後去世。」「為什麼醫師們不能在事先給我們詳盡的說明？為什麼不同醫師會給不同的訊息及建議？」

有位患糖尿病二十幾年的病人說：「我是一位忠誠的病人，我的醫師能力也都不錯，二十多年來，我只換過一次主治醫師，我的第一位主治醫師是內科糖尿病專家，第二位是皮膚科醫師，我決定更換由第二位醫師照顧，是因為我覺得他比較好溝通，比較會考慮病人的感受，比較能回答我的問題。」

另一位心肌梗塞接受冠狀動脈手術的病人抱怨住加護病房的經驗：「我的手錶被拿走，沒有時間觀念；為什麼全身衣服都被脫光？醫師不是不回答我的問題，就是簡單敷衍幾句。我希望知道他們在對我作什麼，但是得不到完整的答案。一切都是冰冷的。肚子餓了，也沒人理，家屬只能在特定時間見面。我希望知道的事情，關於我的病

情，未能得到答案。而學生卻來重複問相同的問題。」

「醫師表現像是他們是高你一等的人，醫師說的話不容易聽懂，他的處方更不容易看懂。在門診他可以讓你等一、二小時，但看病的時間卻匆匆忙忙。醫院的工作同仁都很冷酷，而說明往往是彼此矛盾不一致。」也許醫療人員認為理所當然的事情，對病人並非是最滿意的。值得醫療人員三思！

病人期待的是被看重，被以人相待（視病猶親！）每一個病人都是一個單獨的「重要」個體，而非「一般的病人」。病人希望醫師能適時提供適當的資訊給他，讓他能掌握自己的病情，能感受到做人的價值與尊嚴。

## 病人安全

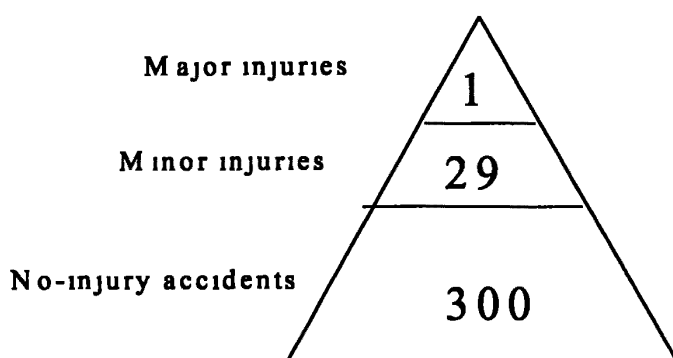
ISQua 國際指標高階會議(ISQua International Indicators Summit)自1998年於匈牙利首都佈達佩斯(Budapest)召開第一屆會議以來,受各界支持而每年持續針對成效監測(Performance Measurement)的主題在年會活動中做安排以廣收世界各國之見解。本(九十)年該指標會議已進入第四年,亦不例外地於十月一日及二日在本次會前會議中進行討論,本年度之主題第一天指標相關概念尤其是政策面之探討,第二天則以病人安全為範圍,以給藥錯誤為探討主題。

在指標範念方面,大會對於臨床性指標的五大特性定義為以量化基礎協助醫療照護改善、以臨床為導向、嚴謹的定義是必備的、發展過程需有照護提供者的參與、受有效及定期的檢視及評估,在檢視指標方面,WHO於2000年發表的醫療照護成效評估(相關訊息可於[www.who.int](http://www.who.int)網站上獲得)及美國醫學會(Institute of Medicine)皆定期以指標概念檢視特定的醫療照護範圍。另外,指標不是實證的執行標

準，不是只在做利用率的計算，亦不是單純在做特定事件的計算等迷思亦在會中有所討論。來自丹麥 Aarhus 大學的 Mainz 副教授介紹其於 2000 年自行開發且已實施的全國性指標計畫。該指標計畫為一疾病導向之指標，包括六大診斷群組之九十六個指標細項，六大類疾病分別為中風(Stroke)、精神分裂(Schizophrenics)、肺癌(Lung Cancer)、髖骨折(Hip Fracture)、心衰竭(Heart Failure)、急性手術(Acute surgery)。所有丹麥的醫院皆強制參與該計畫。該計畫特色在每項指標皆以證據醫學的方法設定所謂的標準值及可忍受度(Acceptable tolerance)，資料則依全國性、地區別、醫院別、臨床單位別及醫師別來呈現，其中除醫師別資料不對外公開外，其餘指標值皆對外公開。而在指標系統應用上的困難則以醫師層級的成效列入指標監測範圍的適切性，醫師參與臨床指標程度，成本耗用考量及資訊系統於資料收集的配合性等議題是與會人員提出較常見的問題。

美國藥物協會(Institute of Medicine ; IOM) 於 1999 年十一月提出的報告中估計每年約有 98,000 病患因醫療疏失而導致死亡，此數字馬上引起國際間對病人安全議題的注意。美國於 2001 年提撥 5 千萬美元經費給健康照護品質研究機構 (Agent for Healthcare Research and Quality; AHRQ)以深入評估醫療疏失的真象以產出全國性的提升病人安全策略。前文提及的「澳洲健康照護品質與安全委員會 (The Australian Council for Safety and Quality in Health Care)」，於二〇〇一年八月向衛生部提出的工作重點之一即為設置高層次之用藥安全專案小組，推動全國性工作，以降低健康照護之用藥錯誤。

冰山模式常被用來描述醫療照護中不良反應及錯誤事件，Heinrich 於 1941 即提出每一件主要傷害事件的背後通常隱喻二十九件輕度傷害及三百件未造成傷害的意外事件，這就如同冰山，顯露於水面上的只是小小一角，但實際於水面下的範圍更大(如下圖)，此種模式馬上顯露出此議題的重要性，但在體認問題的嚴重度之餘，重點應於眼於由錯誤中學習及由學習中求改善。在這過程中需要以系統性思考進行流程檢視以找出造成錯誤或疏忽的關節點並加以改善以避免類似事件



重覆發生於不同個案身上，這是一個學習的過程，因為醫療執行人員是人，只要是人皆會犯錯，良好的系統設計可以為各流程環節中執行者加入把關機制以杜絕錯誤的發生。

藥物使用在醫療照護環節中牽涉到複雜的過程及由多種專業人員執行且極有可能產生錯誤，雖這些錯誤不見得會對病人產生傷害，但一但發生，通常是很重大的。所以，藥物使用的監測及改善是在病人安全領域中較多實際執行的模式之一。藥物使用之監測可以是過程面的指標，如電腦處方輸入之正確率，也可以是結果面的指標，如藥物不良反應或給藥錯誤。不管監測的面向為何，重點皆在如何由錯誤中學習並發展預防措施以避免類似錯誤的再發生以確保及提昇病人的安全。來自美國第一聯合諮詢中心的 David Classen 指出臨床上與藥物使用相關 26% 的錯誤發生於行政管理，49% 的錯誤發生於藥物

核檢，14% 的錯誤發生於藥物管理，11% 的錯誤發生於藥物處方。由醫師下處方開始至藥物用在病人身上，給藥系統設計了很多關卡來杜絕錯誤的發生，但錯誤還是會因為某些關卡的疏忽而發生的錯誤，更甚者對病產生傷害或是危害生命。

在藥物使用監測實際執行時面臨較大的挑戰在於資料的取得。尤其於給藥錯誤方面，除了事件結果是負面的外，這結果的產生很明顯地是來自系統的“錯誤”，所以低報情形是可想見的。方法上可由志願性個案提報、線上審查、病歷審查及資訊系統偵測而得，但保密性及完整性是最主要考量，而最重要的是需以系統性思考取代找出犯錯個人的模式；以系統性改善取代懲罰個人的模式。

如前文所提及的「澳洲健康照護品質與安全委員會」特別針對藥物使用成立“藥物安全專案小組”(Medications Safety Taskforce)，主要任務為透過完善的資料及監測系統之應用以提昇藥物使用之安全。為達此任務，該委員會結合現有的資源，主要的有醫療照護重大事件(Things that go wrong)報告、由澳洲醫療品質研究機構(Quality in Australian Healthcare Study)經病歷審查而發現的藥物使用相關不良事件、澳洲健康及福利學會(Australian Institute of Health and Welfare)例行性收集的全國性死亡/病發資料庫及開業醫的隨機抽審個案、製藥及病碼相關資料、藥物不良反應諮詢委員會、澳洲健康照護標準協會指標系統中與藥物不良反應事件相關之六項指標資料及與藥物使用相關之研究報告等七大支援系統，希望藉這七大系統的整合資料來檢視澳洲藥物使用方面的全貌。據澳洲病中安全基金會(Australian Patient Safety Foundation)之 Runciman 教授表示，沒有一個系統可提供完整的藥物使用監測資料，但由不同面向收集資料的目的仍不止僅於了解已發生的錯誤，更重要的是要集中這些個案，找出原因及所致

結果以防患於未然，才能符合由錯誤中學習及持續改善的品質真義。

## 個案發表

分組研討中的「品質改進的原則及方法」特別受到歡迎，顯然大家都認同品質改善的重要，但是如何改善則是等待果陀，大家都在找好的方法，而會議中提到的方法在台灣或多或少都有人在使用，並沒有太多的新意只是巧妙各有不同。諸如荷蘭醫療照護改善研究院(Dutch Institute for Healthcare Improvement)提出的合作突破模式(collaborative breakthrough model)及快速改善循環(rapid cycle improvement model)實際上就是類似於臺灣常用的日本式品管故事及品管圈，品管圈循環日本是原創者，可惜的是日本醫界對參與這個會議並不熱衷，只有一個代表參加，沒辦法有效的傳播日本經驗，反倒讓其他國家奪了光彩，實在可惜。不過荷蘭的作法是由一個機構集中協助管理所有醫院的突破合作組，集體教育訓練，中央監控進度，在臺灣品管圈的推動泰半由各醫療機構自行發展，對大型醫院或許不成問題，但對小型機構而言則較困難，中央管理的品管促進模式也值得考慮。

在指標運用上，加拿大醫院評鑑組織(Canadian Council on Health Services Accreditation)在2000年公佈了評鑑用品質指標的研究報告，一共開發了五大類指標：

1. 不同層級照護天數的比率-the percentage of alternate level of care days (ALC) 、
2. 非必要住院比率-the percentage of cases classified as "may not require hospitalization" (MNRH) 、
- 3 門診手術比率-the percentage of cases which are day surgery (DS) 、

4. 低於或高於預期住院天數比率-the percentage of days over/under an expected length of stay (LOS)、
5. 病人住院前在急診室的停留時間-the average length of stay in the emergency department for patients being admitted to the hospital。

看起來都是利用率的指標，由於加拿大實施總額預算制的全民健保，以目前健保局推動總額預算的趨勢來看，這些指標可能是我國將來重要的參考。另外在標竿學習方面，值得一提的是美國的阿拉巴馬大學提出所謂ABC(achievable benchmark of care)的觀念，從事品質指標監測最難的就是闖值得設定，阿拉巴馬大學的學者專家採所有醫院表現的前10%來作為其他醫療提供者改善品質的標竿，提醒參與醫院努力，成果顯著。

此外風險管理與品質改善的關係也饒富趣味,所謂風險管理是醫療糾紛保險公司常用的觀念,保險公司分析經常出險理賠的醫療事故,針對高風險項目擬定臨床指導原則以求防患於未然,這個觀念看似保險公司和醫院保護自己的作法,但是醫療平順無事故就是病人之福,也是品質的表現,所以醫療機構如果推動風險管理也可以提昇醫療品質。

在醫療資源應用方面亦有國際經驗值得參考。荷蘭 University hospital Maastricht the Netherlands 的經驗，該醫院管理部門先行就基本資料加以分析並訂定改善目標，對於適當和不適當住院先行予以定義和分科分類，之後經過相關醫護人員共識後，依據評量工具 DAEP(The Dutch Appropriateness Evaluation Protocol)中所列出 19 項適當住院的標準進行評估，另外 DAEP 列出不適當住院的 6 個主要原因作為追蹤各科成效和原因探討的依據，在原因與實施結果獲得後，再據以分析和進行改善。其中造成各科不適當住院原因，神經科為醫療設備未

有效率運用，產科方面為新生兒的住院因素，內科的住院方面為診斷報告之延遲，而外科則是手術排程問題，尤其手術室（OR）的安排等。至於改善活動方面，以分析治療及診斷的流程和分析出院流程，並且修正產房方面的出院規定，此項修正，該院可以降低約 30% 的不當住院日。

加拿大 University of Calgary 對加拿大西部地區的 4 個省分之部分外科手術及診斷、處置等之等候名單如何管理及改善進行研究並提出一項評估工具。而發展此項評估工具的目的則在於建立一套可操作及可能轉化為臨床運用的方法以作為決定等候病患的優先順序之服務。首先該項研究擇定人工髖關節、膝關節置換、一般外科手術、白內障手術、MRI 檢查及兒童精神醫療等五項之病患為對象，本項工具一部份係利用可以評分的臨床指標如 APDRG、Glasgow Coma Score 以及訂定各項疾病具信度效度的評比項目和臨床專家實際評比。執行上先組織 12 人專家小組和發展各類試驗疾病所需評定項目和分數，所評分數和統計上的信、效度檢定後分數高的病患排在等候名單前面，反之則列在後面的順序。

### 台灣經驗發表

今年我們亦有三篇論文於會上發表，包括：

單位	主 題	作者	發表者	方式
醫策會	The Evaluation Methods of a Performance Measuring System in Taiwan	楊漢梁董事長 楊哲銘副院長 廖熏香管理師	TQIP 專案小組 召集人— 楊哲銘副院長	口頭
台北榮總	A Prevention Strategy to Reduce Falls in a Teaching	陳玉枝副院長 林麗華護理長	醫策會 廖熏香管理師	海報



	Hospital			
台北 榮總	Strategies for Prevention of Ventilator Associated Pneumonia in Respiratory Therapy Intensive Care Unit	白玉珠護理長 王家弘醫師	台北榮總 白玉珠護理長	海報

本次大會有台灣參與的二篇海報及一篇口頭報告,兩篇海報都是由台北榮民總醫院提出,題目分別是「呼吸加護病房預防呼吸器相關肺炎感染的策略」、「教學醫院預防跌倒的策略」,口頭報告是由醫策會提出,題目為「醫療品質指標系統實施成效的評估方法—以台灣醫療品質指計畫為例」。醫策會於1999年引進美國馬里蘭州的「醫療品質指標計畫」(Quality Indicator Project 簡稱 QIP)並改稱「臺灣醫療品質指標計畫」(Taiwan Quality Indicator Project 簡稱 TQIP),國內醫院可自由參加,希望藉由品質指標的收集幫助參與醫院監測自己的表現,並與國內及國際同儕比較互相學習,至2001年第二季為止,台灣地區的162家教學醫院有70家加入本計畫,98%的參與醫院皆按時繳交資料,指標使用率32%。為了確保計畫推動的成效,醫策會每年進行整體執行性的評估,去年的年度調查有80%的回收率,78.5%的整體滿意度,受訪者認為最有幫助的指標是加護病房感染相關的指標,大部分醫院認為指標系統的最大幫助是找出問題及了解現況,至於推行的兩大阻力是醫師的參與度及資訊化的不足。為了確保資料收集的信度,每一季都會針對資料收集者進行一致性問卷調查(Conformance Assessment Survey),問卷的題目是取材自指標定義的案例分析,受測者可在網路上填答而且立即知道是否答對,有助於資料收集者確實了解指標的定義以確保資料收集的正確性,過去兩年來台灣地區資料收集者整體的正確率約在83.19%,和全球的86.32%差不多。報告內容

獲得與會者的迴響，有兩位聽眾分別提出問題，其一是非教學醫院如何推動醫療品質指標監控、及因為國情的差異醫療品質指標的國際比較是否可真的可行，我們也就台灣的現況再略加說明。而榮總的二篇報告則是該院加入 TQIP 後，對預防因環境因素導致病患跌倒之全院性改善措施，以及呼吸治療加護病房院內感染控制的具體成果。與會人員對這三篇報告均給予極高的肯定，全體團員也對我國推動醫療品質活動能與國際先進國家同步，甚至居於領先地位（尤其亞洲地區）而感到十分驕傲。

## 心得及建議

新世紀的醫療照護品質應是一個能有效反應的體系，量與質兼顧，資訊及預防醫學（如疫苗）皆普及，不論城市或鄉村，都可享有同樣品質的醫療照顧。對病人提供個人化，人性化的照顧。社會安全體系能有效的提供經濟的支持。社會要求於醫療界的是：疾病及傷害的預防及治療，解除因疾病所引起的痛苦；預防早夭或提早死亡。對無法痊癒的病提供妥善的照顧，儘可能讓病人能安詳往生（妥善的安寧緩和醫療照顧。），對於不斷增加的高齡人口，要能提供適切的，以病人滿意為中心的醫療及護理之家、老人安養等的照顧。

品質是工作程序（Work process）滿意度（Satisfaction）的改善與提昇。任何一方的改善，並不一定能保證他方的改善。醫療機構在改進自己的作業程序時，應不斷注意從病人或消費者的角度去思量。隨時注意社區對好的醫療行為標準的要求。在做醫療程序計畫時，應以病人為中心去作計劃（Patient oriented process designs）。品質管理，應以結果為依歸（Result orientation），以消費者為中心（Consumer-centered）。

對有些國家，如何普及醫療照護是目前第一要務，對較先進的國家，普及已無問題，則有心致力於提升品質，使病人更安全，全民更健康。台灣在全民健保的體系下，已可達到普及與可近性的初步目標，但如何使相近水準的醫療，可以普及到每一角落，亦即不論城市或鄉下，如何使每一位（或大部份的）執業醫師，皆達可信任的標準，在必要時，並能適時將病人轉介到不遠的可靠的地區或區域醫院，接受照顧，而將艱深的嚴重的特殊照顧，交給醫學中心，將應是今後我國努力的目標。

品質的提升，當然以病人及社會大眾的需要及滿意度為首要目標；但是醫療工作人員的熱心參與及醫院管理階層的投入，才能保證成功的希望。因此工作同仁的福利，及經營者合理的利潤，或穩定的收入，也是必需含蓋的目標。而應因醫學不斷進步，醫療機構應有讓員工繼續學習的計劃，這些教學計畫，最好是以學員為中心（相對於以教員為中心），以解決問題為前提，以臨床及公眾健康（公共衛生）並重，讓員工有主動學習的動機，處處以對病人，對社會的愛心為出發點。這應是一種以解決問題為基礎（Based on problem solving）的永久健康教育（Permanent health education）的模式。

醫學資訊的普及，不止醫療工作人員需要，社會大眾及病人或病人家屬，也需要，現在國際上很多網站（Websites）可提供這些資料，發展適合國情的可靠網站訊息，並使之容易被普及利用，亦應為今後努力的目標。

本人自八十八年三月承蒙本會楊董事長及董事會之託付，忝為本會代理執行長二年多義務服務以來，時時在思考醫策會可以做什麼？我們的策略規劃是否符合本會「醫療品質」之核心理念？我們的工作方針是否吻合國際的脈動？我們該怎麼做才能將「醫療品質」的真諦

深植於我們的醫療機構？過去十幾年來，我們看到國內的醫療品質工作是外部管理多於內部管理、由上而下之目標管理多於向下紮根的文化締造，因此，我們的決策者很容易以「列入醫院評鑑」作為政策執行的速食手法，又因為醫院評鑑結果作為健保給付依據，而醫院為爭取好的給付，曾幾何時品質工作竟淪為部分醫院應付評鑑作業而已矣！而醫院基層工作人員也習慣於「滿足」上級的要求，很多資料的提供往往知其然而不知其所以然！有一次一位電台記者問，我們的醫療品質出了什麼問題？我認為這些年來，台灣的醫療科技進步、醫療資源充裕、醫院管理發達，整體而言醫療品質應比過去進步了許多，然而臨床醫療品質卻似乎被過度追求效率而沖昏了頭！行政院衛生署「籌建台灣地區醫療網計畫」十五年來解決了醫療資源可近性的問題，全民健康保險的實施解決了民眾就醫貧窮的問題，醫療政策「量、質、財務問題」三角習題於前二個階段性任務達成時，是應該正視醫療品質問題的時候了。「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」（醫策會）於斯時設置，深覺肩負時代重任與各界殷切期待，更是如履深淵薄冰！

過去二年多來，醫策會接受衛生署委託辦理區域醫院及地區醫院評鑑，自始即秉持著輔導重於評分之理念，希望能幫助醫院做好內部管理，進而提升品質。誠如衛生署醫療品質委員會黃主任委員達夫日前勉勵我「我們評鑑醫療機構的精神是要協助各醫院把事情做好，找到自己的問題去改善它」，這也是前述一個外部評估機構所應扮演的角色！我們推動的「台灣醫療品質指標計畫（TQIP）」，是一個以評估臨床成效（Clinical Performance）之計畫，希望自資料的蒐集、分析、回饋及運用，均能營造一個臨床醫師共同參與之持續性、系統性內部評估機制，二年來參加的七十家醫院雖仍不乏有「買保單」心態

者，但從十一月六日該計畫二周年研討會三十餘篇的成果報告來看，我們該欣慰這條路並沒有白白走過！

醫品圈（HQIC）比賽則是提供醫療團隊基層工作人員撥撒品質種子之舞台，基層人員如果能一改過去聽命行事的傳統觀念，主動關心怎麼做才能把日常工作做得更有成效，則品質的改善才得以持續，工作才能不斷創新！很高興看到今年的醫品圈有更多與病人照顧品質直接相關之主題。有鑑於任何計畫成功之關鍵在於組織高階的領導，在於組織文化的養成，故而我們於今年夏天辦理了醫療品質院長領航營，並自今天下半年展開高難度的「建立醫療品質學習型組織計畫」，期能將 Dr. Peter M. Senge 的五項修練推廣於醫療機構；我們於檢討醫學中心醫院評鑑標準時，評鑑委員亦一致認為醫院經營管理階層之領導將列為未來評鑑的重點。至於「以病人為中心」的理念則是這次檢討修訂九十二年版醫學中心評鑑標準之軸心思考，而我們於最近完成的「預防病人跌倒」系列衛教產品，亦無非希望喚起醫護團隊及病人家屬對「跌倒」的重視，也是貫徹以病人為中心之具體作為。

把醫策會二年來的工作和這次參加國際健康照護品質協會年會所聞粗略地檢視一番，可以發現我們推動醫療品質工作所面臨的問題，也是國際間共同的問題，有些地方我們做得還比別人進步呢！其實當我們看到在醫院經營環境並不好的情況下，仍有不少有心人士在「醫療品質」這塊園地默默耕耘，這是在外界對醫療體系一片伐木聲浪中，應該給予肯定與喝采的！我們也許做得還不夠好，還要繼續紮根並同時提升層次，但可堪告慰衛生署長官和董事會的是，醫策會在這段和醫界為醫療品質一起學習、共同成長的日子裡，並沒有走錯方向，凡走過必留下痕跡，相信曾參與、支持我們工作的醫界和學界前輩們亦是點滴在心頭！

## **誌謝**

本份成果報告，要特別感謝幾位業務相當忙碌仍撥冗執筆的專家、先進，不吝與我們分享其筆記及心得，併此誌謝。

## **共同執筆：**

恩主公醫院陳榮基院長  
中央健保局林金龍經理  
台北縣立板橋醫院林齊宣副院長  
台北市立萬芳醫院楊哲銘副院長  
台北榮總白玉珠護理長  
醫院評鑑暨醫療品質策進會蔡素玲代執行長  
醫院評鑑暨醫療品質策進會廖熏香管理師

## 附錄一

### 第十八屆 ISQua 年會大會議程(英)

**ISQua In Buenos Aires**  
**FINAL PROGRAM In DETAIL**

**Monday 1 October, 2001**

0900 – 1700 Latin American and Caribbean  
Meeting on Quality in Health Care Day 1

0900 – 1700 4<sup>th</sup> ISQua International Indicators  
Summit: Day 1

**Tuesday 2 October, 2001**

0900 – 1700 Latin American and Caribbean  
Meeting on Quality in Health Care Day 2

0900 – 1700 4<sup>th</sup> ISQua International Indicators  
Summit: Day 2

0900 – 1700 Getting audit right to benefit  
patients.

0900 – 1700 ISQua Workshop on Standards  
Development and Accreditation Issues

1930 Conference Opening & Welcome Reception  
*Panamericano*  
Dr Hector Lombardo, Minister for Health in  
Argentina

**Wednesday 3 October, 2001**

0900 Plenary Presentations

Welcome to Conference  
Hugo Arce  
Welcome from ISQua President  
Elma Heldermann

Current status of quality in health care  
Elma Heldermann, with Charles Shaw

Quality of care as a key element of health system  
performance  
Julio Frenk, paper read by Dr Enrique Ruelas

1030 Break

1100 – 1230 Workshops

Multiple approaches to external assessment of  
care – Part 1  
Leader Yves Matillon  
A1 Panamericano N

Organisational culture and health care quality  
Leader Huw Davies  
A2 Panamericano S

Training quality management to health personnel  
Strategies and methods  
Leader Pedro J Saturno  
A3 Buenos Aires

Nursing care role in health quality Present  
situation, development and management  
perspectives – Part 1  
Leader Mana Celia Oliva De Aughter  
A4 Los Andes

1100 – 1230 Oral Presentations

Improving Quality in Practice 1  
A5 Rio Colorado

Making a difference Integrating a quality  
management methodology across the health care  
continuum – *Withdrawn see C4 for replacement*  
Dlugacz Y D, Restifo A, Stier L, Greenwood A

Improving process quality by systematically  
comparing clinical process flows – Results of an  
international cooperation  
Marsolek I, Friesdorf W

A joint quality improvement programme of public  
health and social services and selected private  
social services providers, a case report  
Soukka S, Haapakoski T, Pasanen A,  
Nummenmaa J

Improved complaints handling through  
implementation of better practice guidelines  
Westgarth F

Determinants and outcomes of health worker  
motivation in two countries Findings and  
implications for intervention  
Franco L M, Bennett S, Kanfer R, Stubblebine P

National Quality Policies & Processes  
A6 Los Bosques

Quest for quality in Canadian health care  
Harrigan M, Diamond J M

Progress and barriers in the development of quality  
in health care in Slovak Republic  
Bruchacova Z, Blelik J

Colombian health quality award A strategy for  
healthcare organizations quality improvement  
Orjuela de Deeb N, Gómez de León P

Opportunities for public policies fostering pro-quality  
health practices The case of Argentina  
Cavallo Sonia M, López de Jáuregui Liliana B

Quality policies at national, regional and local level  
Quality Assurance Program, Chile 1991 – 2000  
Gnecco G T

Measuring Healthcare Performance 1  
A7 Los Lagos

Clinical outcomes improvement in hemodialysis may  
be obtained with a continuous quality improvement  
program  
Wassermann A O, Saucedo G, Puddu M, Plulats  
E, Filannino G, Chiesura G, Alpino A, Arteman  
P, Ibarra F R

Achieving major outcomes improvement in  
colorectal cancer surgery by using basic tools of  
industrial engineering – a comparative study  
Melik L A, Rennert G, Geron N, Kremer A,  
Gambash M, Bavour A, Manheim D, Hatib K,  
Shiloni E



Proposal for indicators to be used for the coordination of an emergency centre  
*Reyes V , Coll J , Gill J , Morado F , Sastre B*

Monitoring quality of care to emergencies in primary care  
*Gómez A , Coll J , Sánchez V , Liagostera M , Madero A , Caldentey M*

Is in-hospital mortality an acceptable proxy for the overall 30 day mortality rate? *Withdrawn*  
*MacLeod M C M , Kendrick S K.*

1230 – 1400 *Lunch*

1300 – 1400 *Poster Presentations – Foyer Patagonia*

#### **AP1 Measuring Healthcare Performance 1**

Should we measure the option 'Override' of the European version of the Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)?  
*Huet B*

The use of data of hospital mortality for quality assessment  
*Cunha R Q , Ferreira E M S , Marimbondo A.G , Silva C M L G C , Chaves M M S , Achá M J L , Pan S S , Caldas V R , Pereira C R C , Souza S P*

Relationship between quality of life improvement and appropriateness on total knee replacement  
*Escobar A , Quintana J M , Aróstegui I , Azkérate J , Goenaga J I , Bilbao A*

Adequacy of quality systems and practice organisation for stroke prevention in general practice in the Rotterdam region (The Netherlands)  
*De Koning J S , Klazinga N S , Pnns A , Koudstaal P J , Mackenbach J P*

Relationship between appropriateness of total hip joint replacement and quality of life improvement  
*Quintana J M , Escobar A , Goenaga J I , Azkérate J , Arostegui I , Bilbao A , Vidaurreta I*

Measuring health care performance using clinical indicators in Denmark The National Indicator Project  
*Mainz J , Bartels P D , Laustsen S*

The use of quality incentives in managing medical care for the indigent  
*Frankenstein R*

#### **AP2 Improving Quality through External Evaluation 1**

Leadership and quality management for the development of clinical analysis laboratories using the balanced scorecard  
*Beckford C , Bermann D*

The accreditation of acute hospitals by the Swiss Association for Quality in Healthcare (SwissQuaH)  
*Rose N , Schmid U , Rothenbühler M , Germann D*

Results after 5 years of a total quality system deployment (EFQM model) in a regional health service

*Sánchez E , Martínez-Conde A E , Letona J , González R , Darpón J , Villar F*

Two-year experience in the implementation and development of the EFQM system (European Foundation Quality Management) in a model of participation of professionals - *Withdrawn*  
*Vidal A , Moliner R*

Shared challenge accreditation in prevention of nosocomial infections - - *Withdrawn*  
*Casanueva J , Tapia R , Sepúlveda G , Heitmann I*

Gradual growth in the requirements of an accreditation programme for clinical laboratories  
*Peruzzetto C A , Valdata C G , Rella C , Torrea M , Grammatico J P*

Training strategies for developing clinical laboratory accreditation systems  
*Valdata C G , Peruzzetto C A , Rella C , Torrea M , Grammatico J P*

Evaluation of providers entrusted by financiers  
*Otero R A , Arce H E*

#### **AP3 Improving Quality In Practice 1**

Academic strategy for quality improvement in health services  
*Auchter M C O , Martinez C A*

An exploration of the benefits of an in patient health education class for relatives of cardiac patients - *Withdrawn*  
*McGeown L*

Gullermo Grant Benavente Hospital evaluation and monitoring process regimentation  
*Rebeco M , Micco S and Millar I*

Cost benefit analysis of influenza vaccination in the prevention of respiratory complications in the elderly  
*Bozzo R , Alberbide J , Casas D , Soriano E R , Marchetti M , Gonzalez B , de Quirós F , Beveraggi E*

Improving quality of care in Dar Es Salaam, Tanzania  
*Mbilima M*

Quality of health services a new challenge for medical schools?  
*Paganini J M , Barragán H , Praslio H , Jáuregui A*

Bellvitge art project Culture cures  
*Berengué J , Linares X , Elias J , Soley P , Guilera L L , Aguado H*

Continuity and change in the Chilean Quality Assurance Program in relation with the quality training process  
*Gnecco G T*

**AP4 Improving quality through guidelines**

Clinical pathway for inguinal hernia repair application of a methodology to manage, evaluate and improve health care

*Panella M , Marchisio S , Bazzoni C , Ongan M , Sguazzini C*

**Modifying doctors' behaviours through clinical practice guidelines - *Withdrawn***

*Valera M R , Evangelista M.A*

Functionality of job aids in supporting compliance to the integrated management of childhood illness algorithm

*Edward-Raj A., Kummwenda P R , Morrow R*

**Hospital of short stay**

*Pizzi D , Altamirano N , Bazan M , Depretto M*

Impact of the reform of the dialysis in Argentina

*Virgolini R , Lercari J*

**1400 – 1530 Workshops**

**Multiple approaches to external assessment of care – Part 2**

*A8 Panamericano N*

**Listening to Consumers**

*Leader Dante Graña*

*A9 Panamericano S (Empowering *Withdrawn*)*

**Quality Improvement principles and methods**

*Leader Rashad Massoud,*

*A10 Buenos Aires*

**Nursing care role in health quality Present situation, development and management perspectives – Part 2**

*A11 Los Andes*

**1400 – 1530 Oral Presentations**

**Improving quality in practice 2**

*A12 Rio Colorado*

Are critical pathways effective for reducing length of stay?

*Dy S E M , Garg P P , Nyberg D , Dawson P B , Pronovost P J , Morlock L , Rubin H R , Wu A W*

To stay or not to stay the assessment of inappropriate hospital stay

*Panis L J G G , Pop P , Verheggen F S W M*

Reducing cancelled operations on the day of surgery

*Wilson D , Brennan B , McDonald M*

Tools for improving quality management of waiting lists for planned surgery and diagnosis

*Noseworthy T W , McGurran J J*

**Regional quality policies and practices**

*A13 Los Bosques*

Economic and health care impact of a regional quality improvement program in the Caribbean

*Yan J*

Using collaboration to achieve breakthrough quality A strategy for developing countries?

*Vian T*

Applying patient satisfaction survey results to improve health outcomes of hard-to-reach populations

*Curtin T , McNamara K , and Laepke K. - *Withdrawn**

Provider participation in quality improvement

*Bliesner S , Lorencikova M , DeSilva R C , Martinez L H*

How much inequity is there in the quality of health care? Findings from 3 regions in Costa Rica, Panama and Honduras

*Sandiford P , Doyle V , Rojas Z*

**Reducing error and improving safety**

*A14 Los Lagos*

Introducing a no lift program in a rural setting

*McNamara K , Kinnersley F , Parker M , Free B*

Processes improvement to reduce Catheter-Related

Bloodstream Infections (CRBSI) in an adult

Intensive Care Unit (ICU) from a municipal hospital

*De Luca M , Farias A , Armendanz A , Fuente G A ,*

*Debis M , Radrizzani H , Altrudi C , Couso M*

Patterns of motives of medical complaints are

indicators of how health care settings have an

impact on medical performance

*Infante C , Abreu L F , Reyes-Lagunes I , Cravioto*

*A*

Technological solutions to addressing medication

errors – a modular approach

*Babamoto E , Eames J*

**1530 Break**

**1600 – 1700 Plenary Presentations**

**Quality of care in the new generation of health sector reforms in the Americas**

*George Alleyne*

**Auditing in elderly care some questions for debate**

*Rosa Suñol, Spain (Alicia Granados *withdrawn*)*

**1930 Social Program Dinner and Tango Show (Optional)**

**Thursday 4 October, 2001**

**0900 Plenary Presentations**

**A review of the "Welfare State" and alternative ways of delivering health care**  
*Jorge Mera*

**Public reporting of quality of care data Policy, process and pragmatic issues**  
*Prof Martin Marshall, Univ Manchester (Sheila Leatherman - withdrawn)*

**1030 Break**

**1100 – 1230 Workshops**

**Role of accreditation in improving patient safety**  
*Leader John Hekfrick, Russ Massaro*  
*B1 Pan Americano S*

**The facilitation of Breakthrough Collaboratives using rapid cycles and statistical process control to improve care, examples from ED and ICU – Part 1**  
*Leader Nleske C Heerema*  
*B2 Buenos Aires*

**Patient-oriented process design**  
*Leader Susana Lorenzo*  
*B3 Los Andes*

**The Australia Forum – Part 1**  
*Leader Bruce Barraclough*  
*B4 Pan Americano N*

**1100 – 1230 Oral Presentations**

**Improving quality through leadership**  
*B5 Rio Colorado*

**Which quality improvement model to choose?**  
*Bouchet B , Massoud R , Legros S , Boucar M , Nicholas D*

**Middle management The missing link in effective implementation of quality improvement in hospitals**  
*Balding C M*

**Management compromises in self-managed public hospital A strategy to improve quality**  
*Martínez R , Barbieri N , Perazzo A , González Prieto G , Fiorucci C , Insua M , De Lena S*

**"Let managers manage", empowering Norwegian hospital managers in a reformed public health care system**  
*Johnsen A*

**What's important about leadership?**  
*Krogstad U , Veenstra M*

**Empowering consumers 1**  
*B6 Los Bosques*

**Consumers as accreditation surveyors – an Australian experience**  
*Johnston B , Krestensen C , Tito F*

**Are provider-profile reports useful tools for informing consumers about the relative value of the healthcare provided? - Withdrawn**  
*Massarani R M , Hickman L , Mahmeister L , Bechel D*

**Consumers as active quality assurance partners in the Israeli health care system**  
*Amit N , Livni N , Bornstein J*

**Provision of appropriate, effective and efficacious discharge services - Withdrawn**  
*Wilson D , Allam C*

**The California experience with Improving quality A case study**  
*Monroe A*

**Improving quality in practice 3**  
*B7 Los Lagos*

**Quality of care and medications results from a patient survey in a UK primary care group**  
*Huttin C*

**Promoting clinical prevention guidelines in general practitioners' offices The use of marketing methods**  
*Maâroufi A , Groulx S , Halek L , Chapuis P , Donovan D*

**Evaluation of the impact of a distance education course on the quality of case management of diarrhea and cholera in Guatemala**  
*Burkhalter B R , Flores R , Robles J*

**Teaching providers how to understand and reach out to consumers experiencing domestic violence**  
*Jenckes M W , Rubln H R , Gibbons C , Friedman B , McGuire M , McCauley J*

**1230 – 1400 Lunch**

**1300 – 1400 Poster Presentations – Foyer Patagonia**

**BP1 Measuring healthcare performance 2**

**The use of Brazilian database systems for risk adjustment in hospital performance indicators**  
*Martins M , Travassos C , Noronha J C*

**Experience on the development of quality indicators in a home healthcare for the elderly**  
*Perversi L , Verdinelli H , Badalucco P , Abrevaya G*

**Quality of information on inpatient deaths due to acute myocardial infarction**  
*Léo G , Mala P , Sabino R , Martins M , Viacava F , Noronha J , Travassos C*

**Governmental development of a control system of quality services in healthcare, provided by Colombian's hospitals**  
*Rodríguez B*

What is hospital performance? How should we measure it? A French view  
*Lombrall P , Baubeau D , Cazas C , Cunéo P , Narditch M*

#### **BP2 Improving quality through accreditation**

Accreditation in Brazil – the case of Brazilian National Accreditation System by ONA (National Accreditation Organization)  
*Gastal F L Gonçalves J K Albino C*

Design and operation of the accreditation system for health insurance companies in Colombia  
*Camacho M , Kerguelen C*

Measuring quality of worklife with accreditation standards in acute care organizations  
*Taylor B , Hutchison, J*

From accreditation to reaccreditation – what comes next?  
*Wright D , Vecchio M*

#### **BP3 Improving quality in practice 2**

Improving the quality of essential obstetric care in Nicaragua  
*Hernández F , Nuñez O , Urbina L*

Medical complaint factors that predict requests for economic compensations are different in patients and their relatives  
*Infante C , Tavera E , Ortega J L , Abreu L F*

Continuity of care problems as a measure of process of quality of medical care a patient perspective  
*Ortega J L , Infante C , Abreu L F , Tavera E , Reyes-Lagunes I*

Differences between specialist and general practitioner in HIV-care according to patients  
*Hekkink C F , Bindels P J E , Yzermans C J , Brinkman K , van der Meer J T M , Danner S A , Wigersma L*

'Getting closer to our members' - continuous improvement initiative through focus groups  
*De All J , Ferran C*

"Making the link" An impact evaluation of one Dublin hospital's accident & emergency liaison nurse service  
*McBride L K*

Values and commitments challenges in involving the professionals and the users in a hospital quality system  
*Curcio Rubertini B , Sturlese V , Ravelli M , Formisano D , Locatelli U , Prandi M , Fratti L , Scalabrini L*

Quality improvement from the patients' perspective The results of a community intervention trial  
*Sixma H J , Dekker J , Friele R D*

#### **BP4 Reducing error and improving safety**

Ensure the appropriate and effective management of blood transfusions trust-wide - *Withdrawn*  
*EI- Agnaf, Allam C*

Incidence of the intrahospital infections control in the quality program in health  
*Amidel C A , Budini P M , Bottiglien M , Cornaglia J D , Glatztein E , Ludueña A M , Green C*

Drug utilization review impact determination and cost of adverse reactions  
*Izquierdo E , Rodríguez C , Pampliega E , Castiñeira G , Peluso S , Alfonso R , Díaz Tolosa P , Rohani E*

Bacteriological water quality in hemodialysis in Argentina  
*Pissano M , Grinberg N , Lavorato C , Petrolito J , Ledesma H , Perez Loreda J*

Strategies for prevention of ventilator associated pneumonia in respiratory therapy intensive care unit  
*Pai Yu-Chu, Wang Jia-Hong*

A prevention strategy to reduce falls in a teaching hospital  
*Chen Yu-Chih, Lin Li-Hwa*

#### **BP5 Improving quality in practice 3**

Telemedicine in chronic disease management The key to quality  
*Harvey F E , Carson E R*

Opioids availability in public hospitals that assist cancer patients in Buenos Aires  
*Bertolino M , Rodriguez A , Laje E , Minatel M A , Castillo N , Wenk R , and Ochoa J*

Improvement in the appropriate use of vancomycin through the implementation of the hospital infections control program advisory Committee (HICPAC) guidelines  
*De Luca M J , Radzzani H , Couso M , Amendanz A Houssay B*

Venous leg ulcers-project in County Council of Jönköping 1997-2000  
*Jokela I , Wenger H , Jarl J , Lindahl M , Törnissö M , Johnsson C*

Rates of pressure sores as quality measures in the intensive care unit at the 'Hospital Militar Santiago'  
*Fuentes C , Lopez P*

Inter-hospital comparison of cesarean section rates after risk adjustment in Korea  
*Lee S , Khang Y , Lee M , Kang W*

A comprehensive strategy for reducing the use of restraint in a public psychiatric hospital  
*Dunham S , Kasky S*

Effects of a quality assurance program in a new financing model under health sector reform in Ecuador  
*Hermida J*

**1400 – 1530 Workshops**

**Advancing patient rights and ethical behaviour through health care accreditation**

*Moderator John Heffrick  
B8 Panamencano S*

**The facilitation of Breakthrough Collaboratives using rapid cycles and statistical process control to improve care, examples from ED and ICU – Part 2**

*B9 Buenos Aires*

**Design of a quality system focused to outcomes and based on evidence**

*Leader Francisco Raul Restrepo Parra  
B10 Los Andes*

**The Australia Forum – Part 2**

*B11 Pan Americano N*

**1400 – 1530 Oral Presentations**

**Improving quality in practice 4**

*B12 Rio Colorado*

**Hospital at home for chronic respiratory failure assessment of quality as perceived by patients and general practitioners**

*Baldantoni E , Bovo C , Gasparotto A , Idotta G , Bassi N , Putignano R*

**Partnership supervision for enhancing doctor – patient communication in rural Mexico Operations research**

*Kim Y M , Figueroa M E , Martin A , Silva R , Hurtado M , Acosta S F , Richardson P*

**A comprehensive approach to a quality system in need oriented, integrated community based health care**

*Lundell K-H Schönström N*

**Problems experienced by general practitioners when responding to emergencies in the community**

*Callaghan P*

**Measuring client satisfaction in relation to the request for proposal process for community-based services - Withdrawn**

*Szabo C , Highfield M Lexow K , Macintosh J -*

**Measuring healthcare performance 2**

*B13 Los Bosques*

**Balanced Score Card as an evaluation tool within and between two primary health care organizations in Finland**

*Prinsai V -P , Pykkänen H*

**Performance indicators for effective discharge - Withdrawn**

*Ibrahim J E Buick M , Major J W , McNeil J J -*

**Results of a study on data quality in Bolivia Management implications in the use of information for decision making**

*Browder J N , Lagrava, M P , Nicholson S H*

**The evaluation methods of a performance measuring system in Taiwan**

*Liao S H , Yang C M , Yang H C*

**Ranking of Brazilian hospitals that perform coronary artery by-pass grafting surgery using administrative data**

*Noronha J C , Martins M , Mala P , Campos M , Travassos C*

**Empowering consumers**

*B14 Los Lagos*

**Parents of newborns' priorities and perceptions of the quality care in parenteral nutrition therapy**

*Alaluf M G , Tojo M R*

**Child death analysis as a tool to improve health care quality**

*Fernández Busso N , Ageitos M L , Vinocur P , de Sarasqueta P*

**Do evidence-based leaflets encourage women to become more involved in decisions about their care? Is this what they want? - withdrawn**

*Mead D , Moseley L*

**Use of a deliberative method to build consumer opinion on information needed to judge hospital's performances**

*Naiditch M , Ghadi V , Bachimont J , Amar L , Schaezel F , Letourmy A*

**What and how information is collected and used by women/couples for key decisions in maternity care**

*Develay A , Akrich M , Naiditch M , Pasveer B*

**1530 Break**

**1600 – 1715 Afternoon Plenary**

**Questions from the floor**

*Austin Leahy*

**1715 – 1815**

**Annual General Meeting and Forum of ISQua**

**1930 Social Program Conference Gala Dinner (Optional)**

**Friday 5 October, 2001**

**0900 – 1030 Plenary Presentation/s Implementing change in patient care obstacles and opportunities**

*Richard Grol The Netherlands  
(John Eisenberg, USA, Alessandro Liberati - Withdrawn)*

**Invitation to Paris**

**1030 Break**

**1100 – 1230 Workshops**

**Quality risk management – a global perspective – Part 1**

*Leader: Carol Burkhart  
C1 Pan Americano N*

**Quality in healthcare in Latin America – Different approaches**

*Leader: Maria Graciela Alaluf  
C2 Pan Americano S*

**Modifying practice patterns From measurement to 'TRIP'**

*Leader: Elinor Walker  
C3 Buenos Aires*

**1100 – 1230 Oral Presentations**

**Improving quality through accreditation 1**  
*C4 Los Bosques*

Using accreditation preparation to drive sustained quality improvement in large organisations  
*Edwards P, Miles T*

Design and operation of the accreditation system for health care organizations in Colombia  
*Kerguelén C, Orjuela N*

Regional accreditation of health care services The case of the clinical pathology department  
*Formisano D, Nigrisoli E, Bnri M, Ravelli M, Pinotti M, Curcio Rubertini B*

Consumer surveyors An Australian initiative for the empowerment of consumers ensuring quality healthcare  
*Hanlon P L*

Impact of accreditation on quality system development in hospitals Experience in The Netherlands \*\*\*\* shifted to A5  
*Wagner C, Van Gennip E M S J*

**Improving quality through guidelines**  
*C5 Los Andes*

Quality or quantity TB and HIV/AIDS programmes in developing countries  
*Haran D, Doyle V*

The RAND Appropriateness Method Linking evidence-based medicine to medicine-based evidence  
*Stoevelaar H J*

Guidelines on euthanasia and pain alleviation Compliance and opinions of physicians  
*Haverkate I, Wal G van der, Maas P J van der, Onwuteaka-Philipsen B D, Kostense P J*

Economic analysis in clinical guidelines  
*Gryseels E W M, Kok E, Rutten F F H*

Development of national guidelines in Sweden  
*Lagersten S, Lawrence M, Nyberg L*

**Improving quality via external evaluation**  
*C6 Los Lagos*

Using the Australian Quality Council's business excellence framework to enhance organisational commitment to quality improvement  
*McDonald H, Hill N, Oliver F M*

Certification in hemodialysis, peritoneal dialysis and ambulatory attention in a dialysis unit  
*Ducasse E, Ducasse C, Grosso S, Peña L*

Practice what you preach! assessing the quality of a health care improvement service  
*Nabitz U, Schellekens W*

**1230 – 1400 Lunch**

**1300 – 1400 Poster Presentations – Foyer Patagonia**

**CP1 Measuring healthcare performance 3**

Development of quality indicators on a national level in Sweden  
*Lagersten S, Lawrence M, Nyberg L*

Measuring performance with the EFQM excellence model A case study  
*Nabitz U W, Walburg J A*

Socio-economic factors that may influence the measurement of quality of care across populations – *Withdrawn* Massanan R M, Barth-Jones D, Chapleski E, Malhlmeister L, Smitherman H

Case mix and outcome tracing individual effects through to hospital variation in outcome *Withdrawn*  
*Kendrick S, Macleod M*

Diagnosis of the situation about quality regarding physical plant in dialysis facilities in Argentina  
*Diaz Williams E, Khoury M, Pissano M, Grnberg N, Olivera E, Ponce D, Lavorato C*

Sources of resource use variation in coronary interventions in Japanese hospitals *Withdrawn*  
*Imanaka Y, Ishizaki T, Kuwabara K*

Performance indicators in a risk management environment  
*Burtenshaw K B*

**CP2 Improving quality through external evaluation**

Essential requirements Licensing of health care providers in the development of a quality assurance system in Colombia  
*Luengas S*

Quality Improvement in the Dutch hospital pharmacy  
*Martens H J M, van de Vaart F*

ISO 9002 rehabilitation service outcome  
*Roncati V, Portiolli C, Przewalla S*

Quality in accreditation to the excellence  
*Rossi G , Ericher A , Barbini C , Guidi A , Righi A , Semisa D*

Implementation of the management in administration for the plan of assistance to large populations  
*Martelletti J C , Lucero J , Pardo Hugo A Juan, A*

#### **CP3 Improving quality in practice 4**

Improving process quality by analyzing and optimizing clinical process flows together with the involved hospital staff  
*Marsolek I , Friesdorf W*

Cataract surgery in a publicly funded healthcare system Contracting out – efficiency, quality, rationing and fairness  
*Bryant M J , Pöpler E*

Energising the quality control loop in an Australian tertiary referral hospital  
*Miles T , Edwards P*

Triage as an efficient tool in the emergency department  
*Peralta H , Quintana J , Berges E , Farias E , Godoy Monzon D*

One year follow up of 0800 derivation system (procedure include in the quality assurance system)  
*Godoy M D , Amado J , Peralta H*

Monitoring and evaluating waiting times at hospitals in Sweden  
*Hansson B , Hanning M ,*

Qualihosp A national quality in healthcare meeting Three years of history and quality improvement in hospitals?  
*Castellanos P L , Schiesari L M C , Osmo A A , Malik A M*

Service executives program at clinic hospital university of Chile  
*Rivas Gutiérrez R , Mora Canobra C , Pizarro Cortés M*

Decrease of 'no quality' costs by means of norms made by professionals in health care for professionals in health care  
*Iglesias S , Voitti R , Ferrari C*

Impact of a program of leadership and quality training on the level of intermediate decision of a healthcare institution  
*Bazerque F , Abed G , Pittaro A*

Electronic clinical record system deployment at Chilean National Cancer Institute  
*Castillo R , Quinteros M , Trujillo C Paredes H Gabella C*

#### **CP4 Empowering consumers**

What could be done to improve satisfaction of patients and relatives with emergency care?  
*Mira J J , Rodríguez-Marín J , Aranz J , Bull J A Vitaller J , Lorenzo S*

Empowering clients, Improving services Using informed choice to create better quality sexual and reproductive health services  
*Eschen A , Escandón I , Lorencikova M , Martínez L H , DeSilva R C , Figueroa J*

The 10-year evolution (1991-2001) of the client information program in a Catalan public hospital  
*Aguado H , Gimenez A , Delgado F , Pujol M , Castells M , Gavaso L , Fabregas R , Linares X , Soley P*

What do consumers want? A national survey on Colombians' perceptions about healthcare quality  
*Tono T M , Munera J G*

A patient empowerment approach in ambulatory setting – hypertensive and diabetic ambulatory clinics  
*Vélez J A , Sabogal J E*

#### **1400 – 1500 Workshops**

Quality risk management – a global perspective – Part 2  
*C7 Panamericano N*

Improving performance in response to a mass casualty incident  
*Leader Russ Massaro*  
*C8 Panamericano S*

The integration of total quality management and patient empowerment in the Dutch care for the elderly - *Withdrawn*  
*Session leaders Herman Sixma and Cordula Wagner, Nivel*

Medschool for managers What managers need to know about medicine and how they can find it out  
*Leader Austin Leahy*  
*C10 Buenos Aires*

#### **1400 – 1500 Oral Presentations**

Improving quality through accreditation 2  
*C11 Rio Colorado*

Promoting public confidence in the NHS in Scotland  
*Smith F*

General practice accreditation – lessons learned from the Australian experience  
*Wright D , Vecchio M*

Brazilian hospital's experience in auto-evaluation in the process of education for accreditation  
*Parada R , Rosa M L G , Miranda A T C , Santos M P C A*

Designing and implementing a national system of indicators A collaborative approach  
*Heidemann E G , Hutchison J*

**Measuring healthcare performance 3**  
**C12 Los Bosques**

Is health plan quality performance associated with withdrawal from the U S Medicare managed care program?

*Pham H H , Frick K D , Diener-West M , Rubln H R , Powe N R*

Identifying performance gaps in an Argentine teaching hospital

*Martinez Sagasta C R , Bernal A O , Delellis G*

Measuring performance in a health care plan in Argentina using HEDIS 2000

*Michelangelo H , Soriano E R , Berataerechea A , Pollán J , Marchetti M , Gonzalez Bernakdo de Quirós F , Beveraggi E*

Using MHA quality indicators to evaluate the quality of medical assistance in Russian hospitals

*Chekayda O P , Nikolayev A P , Perov Y L , Tarasov V V , Ugryumova M O , Weinstein S M*

**Improving quality in practice 5**  
**C13 Los Lagos**

Defining and deeply rooting the culture in a health organization born through merger the use of TQM tools

*De Michele E , Graña D*

Period of continuous improvement in the organization of medical record files

*Fuentes M*

Transformation of an insane asylum into a psychiatric hospital of rehabilitation

*Wertheimer C*

**1515 Plenary Presentation**

Is the tipping point coming?

*Chris Brook*

*(Bob Brook – Withdrawn)*

**1600 Farewell**



## 附錄二

**「醫療品質指標系統實施成效的評估方法-以台灣醫療品質指標計畫為例」口頭發表書面資料**

## The Evaluation Methods of a Performance Measuring System in Taiwan



**Che-Ming Yang, M D , J D**

Vice Superintendent, Taipei Medical University-Municipal Wan Fang Hospital  
Advisory Counselor, TQIP Task Force

Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation

ISQua Annual Conference  
Buenos Aires Oct 2001

## Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation (TJCHA)



- Established in 1999
- Sponsors Ministry of Health and three medical and hospital associations
- Focus areas
  - Hospital Accreditation
  - Quality Improvement
- Current projects
  - Hospital Accreditation
  - Taiwan Quality Indicator Project
  - HQIC Contest (Healthcare Quality Improvement Circle) contest
  - Learning Organization

TJCHA

## **Taiwan Quality Indicator Project**

- Collaborate with an international performance system
  - Maryland Quality Indicator Project in U S A
- Operated by Taiwan Joint commission on Hospital Accreditation, TJCHA
- Started from Sep 1999
- Participation is voluntary
- To help hospitals in
  - Assessing performance
  - Knowing better by comparison
  - Fostering international benchmarking

TJCHA

## **Evaluation for the Implementation of TQIP**

- Quarterly Evaluation :
  - Facility Participation
  - Data Submission
  - Indicators Utilization
  - Conformance Assessment Survey
- Annual Evaluation:
  - Customer Survey

TJCHA

## **Results of 2nd Quarter 2001**

- **Participation rate: 43.2%**  
70 out of 162 teaching hospitals are participating
- **Submission rate: 98%**  
64 out of 65 participating facilities actually submitted data
- **Utilization rate: 32%**  
90 out of 285 measures were selected and used

TJCHA

## **Conformance Assessment Survey**

- **Conducted on the data collectors quarterly**
- **A regular and continuous process**
- **Users respond through web site**
- **Real time feedback on the web site**
- **As a reliability survey**
- **As an educational tool**

TJCHA

## Example of CAS

Please read the following cases carefully. Indicate whether you would include or exclude them from the numerator and/or denominator. Mark "N/A" if the case doesn't apply to your facility (i.e., you don't perform the particular procedure outlined in the case study/ies.)

Assume you submit data for ALL device-associated infection rates when reading the following case studies.

5. Case One Code Reed is an 83 year-old male who is transferred to the MICU today from a general medicine unit for sepsis related to an indwelling urinary catheter that was inserted in the emergency room on admission four days earlier. His physical and lab findings clearly document a UTI.

a. Would Mr. Reed's UTI be included in the MICU numerator for indwelling urinary catheter-associated UTIs?

Response: **Answer**

Yes

No

N/A - we do not report on this measure

Note: No response was given for this question.

Rationale: The correct answer is NO. You would not include Mr. Reed's UTI in the MICU numerator for indwelling urinary catheter-associated UTIs. Mr. Reed is being admitted to the MICU with sepsis that is clearly associated with an indwelling catheter that was inserted four days prior to his admission. This indicator's numerator seeks to capture those device-associated infections which develop after admission to the MICU.

b. Would the device days for Mr. Reed be included in the MICU denominator for indwelling urinary catheter-associated UTIs?

Response: **Answer**

Yes

No

N/A - we do not report on this measure

TJCHA

## CAS Results from Oct 1999 to Mar 2001

	<u>International</u>	<u>Taiwan</u>
Average	86.32%	83.19%
Max	96.80%	93.30%
Min	72.40%	69.00%
< 80%	4 indicators	10 indicators

TJCHA

## CAS Analysis from Oct 1999 to Mar 2001

Ind	Description	International		Taiwan	
		CAS rate	Count	CAS rate	Count
1a	Device-Associated Infections in Intensive Care Unit	91.70%	372	89.50%	44
1b	Device Use in Intensive Care Unit	82.70%	317	77.10%	43
2a	Surgical Site Infections	92.70%	376	91.70%	34
2b	Prophylaxis for Surgical Procedures	91.40%	353	90.60%	29
3	Inpatient Mortality	81.90%	647	70.70%	40
4	Neonatal Mortality	93.70%	377	93.20%	38
5	Penoperative Mortality	82.10%	650	69%	24
6	Management of Labor	85.70%	787	84.20%	33
7	Unscheduled Readmissions	79.60%	762	78.30%	23

< 80%

TJCHA

## CAS Analysis from Oct 1999 to Mar 2001

Ind	Description	International		Taiwan	
		CAS rate	Count	CAS rate	Count
8	Unscheduled Admissions Following Ambulatory Procedures	87.10%	576	93%	12
9	Unscheduled Returns to Intensive Care Units	80.70%	583	81.70%	31
10	Unscheduled Returns to the Operating Room	75.70%	752	77.70%	29
11	Isolated CABG Penoperative Mortality	92.60%	92	81.30%	12
12	Physical Restraint Use	91.60%	258	84.10%	22
13	Falls	87%	376	85.10%	45
14a	Sedation and Analgesia in the Intensive Care Unit	81.70%	64	79.40%	9
14b	Sedation and Analgesia in the Cardiac Cath Lab	95.90%	48	93.30%	6
14c	Sedation and Analgesia in the Endoscopy Suite	95.50%	112	91.70%	6
14d	Sedation and Analgesia in the Emergency Department	96.80%	69	91.10%	6

< 80%

TJCHA

## CAS Analysis from Oct 1999 to Mar 2001

Ind.	Description	International		Taiwan	
		CAS rate	Count	CAS rate	Count
A1	Unscheduled Returns to the Emergency Department	72.40%	731	76%	33
A2	Length of Stay in the Emergency Department	77.20%	612	72.10%	31
A3	ED X-ray Discrepancies and Patient Management	85%	448	77.10%	5
A4	Patients Leaving the ED before Treatment is Complete	80.60%	621	77.80%	36
A5	Cancellation of Ambulatory Procedures	90.40%	466	90.90%	26
Average		86.32%		83.19%	

< 80%

TJCHA

## Annual Customer Survey

- Survey period Sep 22 to Oct 7, 2000
- Subjects the coordinators and leaders of 55 TQIP participating hospitals
- Response rate 80%
- Satisfaction rate 78.5%

TJCHA

### Which indicators are more practical and helpful?

Indicator	Count	Percentage
Device-associated infections in ICU	38	95 0%
Unscheduled Return to ED	33	82 5%
Labor Management	32	80 0%
Unscheduled returns to ICU	28	70 0%
Surgical site infection & prophylaxis	27	67 5%
Fall	27	67 5%
Unscheduled readmission	24	60 0%
Length of stay in ED	24	60 0%
Unscheduled return to OR	23	57 5%
Leaving ED prior treatment is complete	23	57 5%
Inpatient mortality	22	55 0%

TJCHA

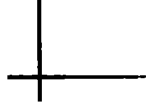
### What can the indicator system help with ?

Items	Count	Percentage
Identify problems	35	87 5%
Understand current status	34	85 0%
Data collecting skill	22	55 0%
Quality culture	20	50 0%
Quality improvement	17	42 5%
Process improvement	12	30 0%
Information system	9	22 5%
Problem solving	4	10 0%

TJCHA



## What is the obstacle for implementation?



Item	Count	Percentage
Physician involvement	22	55.0%
Insufficient Inf system	22	55.0%
Lack of knowledge & experience	21	52.5%
Lack of manpower	21	52.5%
Language difficulty	6	15.0%

TJCHA



***Thank you !!!***

**Contact email :  
tjcha@titan.seed.net.tw**