

Yoğun Bakım Uzmanlarının Performansı Ölçülebilir Mi?

Sharon Leung, MD, MS, FCCP

Çeviri: Uz. Dr. İbrahim Mungan, Doç. Dr. Dilek Kazancı

ÖNEMLİ NOKTALAR

- 1 CMS "Doktor Karşılaştırması"nı 2010 yılının Aralık ayında başlattı ve 2013 yılında doktorların niteliğine dair bilgi içerecek şekilde genişletti. Doktorların performansını ölçme ve raporlama daha şeffaf bir sağlık bakım sistemine geçiş için olan çabayı temsil etmektedir.
- 2 IOM'nin bakım kalitesini artırmak için önerdiği strateji, performans için ödeme (P4P) veya finansal teşvikler ile daha büyük değerlere ulaşmak için davranışları değiştirmek olmuştur.
- 3 Süreç ölçümleri, bakım kalitesinin farklılıklarını ayırt etmede daha fazla duyarlıdır ve yorumlanması daha kolaydır. Öte yandan, bir süreç ölçütü yalnızca anlamlı bir sonuç ile bağlantısı var ise değerli kabul edilir. Tek başına, intrinsik değeri küçüktür.
- 4 Sonuç ölçümünün, örneğin mortalite oranının, bir avantajı farklılıkların bakım kalitesi ile ilgili olmasa bile kendi başına önemli bir ölçüt olmasıdır.
- 5 Yoğun bakımcinin performansını ölçmede ana konulardan biri doktor niteliğidir. Bakımın her bir bölümü birden çok yoğun bakım sorumlusunu ve diğer doktorları kapsar.
- 6 ICU LOS'unun bir işlem ölçütü olarak kullanılması; yoğun bakım uzmanının ICU'de önemli olmasına rağmen zaman kaybettirici olduğundan hayat sonu bakımını sağlamasında cesaretini kırar ve bakımın daha fazla dağılmasına yol açar.
- 7 Risk ayarlaması uygulansa bile, hastane mortalitesini kalite-sonuç ölçütü olarak kullanmak palyatif bakımın etkisi ve LTAC'lere transfer yeteneği için anlamlı değildir.
- 8 Mevcut sistem, kritik hastalığa sahip hastaların bakımında sorumluluk duyulması gereken değerlerin etrafında dağılmış konular arasındaki bağlantıları henüz kuramamıştır.
- 9 Hizmet verimliliğini artırmak için performansı ve onun değişkenlerini ölçmek ve izlemek, etkinliği ve en iyi pratikleri tanımlamak ve bunları sistem veya organizasyon içerisinde yaymak için temel bir gereksinimdir.
- 10 Doktor seviyesinde performans ölçümünü geliştirmek; kötü kalite, yetersiz bakım verilmesi ve kaynakların boşa harcanmasına yol açan pratiklerde dikkate değer açıklanmamış varyasyonlar varsa idari gündemde yaşamsal bir stratejidir.

REFERANSLAR

1. World Health Organization. *World Health Report 2000*. Geneva: WHO; 2000.
2. Schoenman JA. The Concentration of Health Care Spending NIH CM Foundation Data Brief July 2012.
3. Kahn JM, et al. Long-term acute care hospital utilization after critical illness. *J Am Med Assoc*. 2010;303:2253-2259.
4. National Voluntary Consensus Standards for Patient Outcomes. First Report for Phases I and II: A Consensus Report; 2010.
5. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
6. Institute of Medicine. *Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare*. Washington, DC: National Academies Press; 2007.
7. Centers for Medicare and Medicaid Services. Physician quality reporting system. <http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/PQRS/index.html?redirect=/pqrs>.
8. Tompkins CP, Higgins AR, Ritter GA. Measuring outcomes and efficiency in Medicare value-based purchasing. *Health Aff. (Millwood)*. 2009;28:w251-w261.
9. Physician quality reporting initiative: 2007 reporting experience. <http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/PQRS/downloads/PQRI2007ReportFinal12032008CSG.pdf>.
10. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *Int J Qual Health Care*. 2001;13:475-480.
11. Jweinatt JJ. Hospital readmissions under the spotlight. *J Healthcare Manag*. 2010;55:252-264.
12. Popovich MJ, Esfandiari S, Boutros A. A new ICU paradigm: intensivists as primary critical care physicians. *Cleve Clin J Med*. 2011;78:697-700.
13. Gajic O, Afessa B. Physician staffing models and patient safety in the ICU. *Chest*. 2009;135:1038-1044.
14. Kahn JM, Kramer AA, Rubenfeld GD. Transferring critically ill patients out of hospital improves the standardized mortality ratio: a simulation study. *Chest*. 2007;131:68-75.
15. Vasilevskis EE, Kuzniewicz MW, Dean ML, et al. Relationship between discharge practices and intensive care unit in-hospital mortality performance: evidence of a discharge bias. *Med Care*. 2009;47:803-812.
16. Kahn JM. Quality improvement in end-of-life critical care. *Semin Respir Crit Care Med*. 2012;33:375-381.
17. Report to the Congress. Medicare Payment Advisory Commission. March 2011.
18. Baker DW, Einstadter D, Thomas CL, Husak SS, Gordon NH, Cebul RD. Mortality trends during a program that publicly reported hospital performance. *Med Care*. 2002;40:879-890.
19. Gorodeski EZ, Starling RC, Blackstone EH. Are all readmissions bad readmissions? *N Engl J Med*. 2010;15:297-298.
20. Thomas JW, Grazier KL, and Ward K. Comparing accuracy of risk-adjustment methodologies used in economic profiling of physicians. *Inquiry*. 2004;41:218-231.
21. McGlynn EA. Selecting common measures of quality and system performance. *Med Care*. 2003;41:I39-I47.