

MANUALI I PROCEDURAVE

STANDARDE OPERACIONALE

TË AUDITIMIT KLINIK

Tetor 2022

MANUALI I PROCEDURAVE

STANDARDE OPERACIONALE

TË AUDITIMIT KLINIK

Tetor 2022

"Manuali i procedurave standarde operationale të auditimit klinik" është hartuar nga Dr. Eralda Hegendörfer (Mjeke familje) dhe rishikuar nga një grup profesionistësh i përbërë nga:

Znj. Mira Rakacolli	Zëvendësministër i Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale
Znj. Mejvis Kola	Drejtor i Përgjithshëm i Politikave të Shëndetësisë, MSHMS
Znj. Antoneta Njehrrëna	Drejtor i Programimit dhe Harmonizimit të Kuadrit Rregullator, MSHMS
Znj. Flutra Beqo	Drejtor i Politikave dhe Menaxhimit të Shërbimit Spitalor
Znj. Bora Kola	Specialist i Hartimit, Harmonizimit dhe Monitorimit të Akteve Rregullatore

Ky manual është miratuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale më 20 tetor 2022 me Nr. Protokolli 2597/2.

Hartimi dhe publikimi i këtij manuali është realizuar me mbështetjen e Projektit "Shëndet për të Gjithë" (HAP) të Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.

Përmbajtja e këtij dokumenti është përgjegjësi e autorëve dhe nuk përfaqëson domosdoshmërisht opinionin e SDC apo HAP.

PËRMBAJTJA

I. HYRJA	4
1. Qëllimi i manualit	5
2. Auditimi Klinik: Përkufizimi dhe Historiku	6
3. Vlerat e Auditimit Klinik	10
II. FAZAT DHE HAPAT E NJË AUDITIMI KLINIK	12
Faza 1: Përgatitja e Planifikimi	13
Faza 2: Mbledhja dhe Analiza e të Dhënave	31
Faza 3: Identifikimi e Zbatimi i Rekomandimeve për Përmirësim	50
Faza 4: Vazhdimësia e Përmirësimeve dhe Ri-auditimi	62
III. ÇËSHTJE TË TJERA	68
1. Çështje Etike Gjatë Auditimit Klinik	69
2. Raportimi i Auditimit Klinik	72
BIBLIOGRAFIA	76
SHTOJCAT	80

I. HYRJJA

1. QËLLIMI I MANUALIT

Hartimi i "Manualit të procedurave standarde operacionale të auditimit klinik" kryhet në përmbushje të:

- Ligjit nr.27/2019 për disa ndryshime dhe shtesa në ligjin nr.10107, datë 30.03.2009 *“Për Kujdesin Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”*, të ndryshuar, neni 12 *“Auditimi klinik”* që parashikon detyrimin e kryerjes të auditimit klinik në institucionet shëndetësore në Shqipëri
- VKM nr.861, datë 24.12.2019 *“Për mënyrën e njohjes së audituesve klinikë, kryerjen e procesit të auditimit dhe përcaktimin e tarifave të pagesës së audituesve”*

Qëllimi i këtij manuali është që të shërbejë si një udhëzues i qartë dhe praktik për kryerjen e auditimit klinik në institucionet shëndetësore në Shqipëri me qëllim *që profesionistët e shëndetësisë të vlerësojnë dhe përmirësojnë kujdesin ndaj pacientëve të tyre dhe të arrihet përmirësimi i vazhdueshëm i kujdesit ndaj qytetarëve dhe i cilësisë së shërbimit të ofruar.¹*

Manuali është hartuar duke bërë një shqyrtim të praktikave më të mira ndërkombëtare në lidhje me auditimin klinik dhe duke i përshtatur ato në kontekstin e sistemit shëndetësor në Shqipëri.

Manuali synon të jetë një udhërrëfyes ndihmës për audituesit dhe grupet e auditimit në institucione shëndetësore duke paraqitur njohuritë bazë të nevojshme për të planifikuar e zbatuar një auditim klinik sipas standardeve më të mira të mundshme, me synimin që auditimi klinik të nxisë ofrimin e një shërbimi shëndetësor sipas fakteve më të fundit shkencore mbi tematika të ndryshme klinike dhe përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë të shërbimeve shëndetësore.

Manuali paraqet përkufizimin e historikun e auditimit klinik si një prej metodave që përdoren në nivel ndërkombëtar për të nxitur përmirësimin e cilësisë të shërbimeve shëndetësore dhe më pas trajton hap pas hapi procesin/ciklin e një auditimi klinik duke paraqitur çështjet kryesore që duhen konsideruar gjatë kryerjes të një auditimi klinik dhe duke sugjeruar disa modele ndihmëse nga literatura ndërkombëtare e auditimit klinik.

¹ Bazuar në pikën I.2 të VKM nr.861, datë 24.12.2019 që përcakton *“Auditimi klinik është auditim i praktikës mjekësore, sipas protokolleve klinike dhe udhërrëfyesve të kujdesit shëndetësor, bazuar në fakte, si dhe analiza sistematike, përdorur nga profesionistët e shëndetit për të vlerësuar e përmirësuar kujdesin ndaj pacientëve, duke përfshirë procedurat e përdorura për diagnostikim e trajtim, me qëllim përmirësimin e kujdesit ndaj qytetarëve dhe të cilësisë së shërbimit të ofruar.”*

Parimet e udhëzimet për auditimin klinik të paraqitura në këtë manual përfaqësojnë praktikën më të mirë të punës në këtë fushë të përmirësimit të cilësisë të shërbimeve mjekësore, por këto parime e përjasje të sugjeruara e paraqitura këtu kërkojnë praninë e një mendësie dhe kulture profesionale që çmon e synon cilësinë dhe zhvillimin e vazhdueshëm profesional. Kjo duhet mbështetur e kultivuar me mënyra të ndryshme si në nivelin e profesionistëve individualë të shëndetësisë ashtu edhe në nivel menaxherial e drejtues në shërbime e insitucione shëndetësore. Ky manual mund të shërbejë edhe si një mjet njohës në lidhje me auditimin klinik për ato palë të përfshira në ofrimin e shërbimeve mjekësore që nuk do të jenë të përfshira në vijën e parë të veprimit për kryerjen e auditimit klinik, por që kanë rol vendimmarrës dhe që duhet të ofrojnë mbështetjen morale e materiale për kryerjen me sukses të cikleve të auditimit klinik dhe përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë të shërbimeve shëndetësore të ofruara në institucionet shëndetësore në Shqipëri.

2. AUDITIMI KLINIK: PËRKUFIZIMI DHE HISTORIKU

Auditimi² klinik (AK) është **auditimi i praktikës mjekësore, sipas protokolleve dhe udhërrëfyesve të kujdesit shëndetësor, bazuar në fakte, si edhe analiza sistematike e përdorur nga profesionistët e shëndetësisë për të vlerësuar dhe përmirësuar kujdesin ndaj pacientëve, duke përfshirë procedurat e përdorura për diagnostikim e trajtim.**

Qëllimi i AK është përmirësimi i cilësisë dhe jo thjesht kontrolli i saj. Procesi i AK është i bazuar në një shqyrtim sistematik të performancës aktuale të shërbimit shëndetësor pra matja e performancës me një metodologji që siguron saktësi e besueshmëri. Performanca aktuale vihet përballë standardeve/indikatoreve të cilësisë të hartuara duke u bazuar në faktet më të mira shkencore të disponueshme dhe të zbatueshme. Kur këto standarde nuk janë arritur atëherë procesi i AK vazhdon me hartimin e zbatimin e ndryshimeve të nevojshme për përmirësimin e mëtejshëm të cilësisë dhe arritjen e standardeve.

Pra AK ka të bëjë me matjen e kujdesit shëndetësor të ofruar përkundër indikatorëve/standardeve të cilësisë DHE zbatimin e ndryshimeve të nevojshme për ta përmirësuar shërbimin shëndetësor të ofruar pacientëve duke arritur përmbushjen e standardeve/indikatoreve të cilësisë.

AK nuk është asnjë prej aktiviteteve të mëposhtme (dhe NUK duhet ngatërruar me to):

- krahasim i trajtimeve apo ndërhyrjeve mjekësore apo kirurgjikale
- matje e rezultateve të trajtimeve apo ndërhyrjeve të reja

² Auditimi si term nënkupton inspektimin e regjistrave/bilanceve financiare nga një ekspert financiar për t'u siguruar mbi saktësinë e tyre.

- vlerësimi i punës të një shërbimi/departamenti
- regjistrim të dhënash sëmundshmërie apo ndërhyrjesh e trajtimesh
- studim kërkimor-shkencor

Studimi kërkimor-shkencor ka qëllim të identifikojë e përkufizojë cila është praktika më e mirë klinike në lidhje me një çështje (për shembull «*Cili trajtim është më i mirë për një situatë klinike?*»), ndërkohë që AK ka qëllim të vlerësojë ku qëndron puna aktuale klinike përkundër standardeve të praktikës më të mirë klinike dhe të marrë hapa për ta arritur standardin më të mirë të mundshëm (për shembull «*A po japim trajtimin më të mirë të rekomanduar për një situatë klinike? Nëse jo, çfarë duhet të bëjmë që ta arrijmë këtë?*»). Studimi kërkimor gjeneron njohuri të reja, ndërsa AK synon që praktika aktuale e punës klinike të jetë sa më afër njohurive/fakteve më të fundit shkencore në atë fushë klinike të gjeneruara nga puna kërkimore-shkencore.

AK nuk është inspektim/kontroll pasi ky i fundit kryhet nga inspektorë dhe jo nga profesionistë të shëndetësisë dhe synon përputhjen e punës të institucionit shëndetësor me ligjet dhe rregulloret në fuqi, ndërkohë që AK synon përputhjen e performancës aktuale klinike me standardet/indiktorët e cilësisë të hartuar në bazë të fakteve më të mira të mundshme nga studimet shkencore bashkëkohore.

AK është një cikël me 4 faza kryesore që i përgjigjen 4 pyetjeve specifike si më poshtë (Figura 1).



Fazat e Auditimi Klinik	Pyetjet
Faza 1: Përgatitje e Planifikim	Çfarë duam/duhet të arrijmë për të pasur një shërbim shëndetësor cilësor?
Faza 2: Mbledhja e analiza e të dhënave (Matja e performancës)	A po e arrijmë?
Faza 3: Identifikimi e Zbatimi i ndryshimeve për përmirësim	Pse nuk po e arrijmë? Çfarë mund të përmirësojmë?
Faza 4: Vazhdimi i përmirësimeve dhe ri-auditimi	A jemi përmirësuar?

Figura 1: Cikli i auditimit klinik dhe pyetjet për çdo fazë të tij

(Burimi: *Capelli et al. 2012*)

Në literaturën e AK përmenden fillesa të mundshme që në kohën e mbretit Hammurabi në Babiloni në vitin 1750 para Krishtit kur ai vendosi kontrollin e performancës të kirurgëve me pasoja financiare e deri me jetën e tyre nëse pacienti përfundonte i verbuar ose vdiste si pasojë e ndërhyrjes kirurgjikale. Florence Nightingale konsiderohet si pionere e AK. Në 1854 ajo erdhi me një grup infermieresh në Scutari, Turqi në kampin e ushtarëve britanikë të plagosur në luftën e Krimesë. Mortaliteti i ushtarëve të plagosur ishte i lartë dhe Nightingale filloi të mbante një regjistër me shkaqet e vdekshmërisë të ushtarëve të plagosur ku u vu re se shumica e rasteve ishin vdekje nga dizanteria apo kolera dhe jo nga plagët e luftës. Në bazë të këtyre të dhënave të mbledhura e të paraqitura³ nga Nightingale dhe ekipi i saj infermieror u morën vendime për zbatimin e një sërë masash higjeno-sanitare që çuan në uljen e vdekshmërisë nga 40% në 2%.

Më pas, Ernest Codman një kirurg ortoped në Harvard, ShBA përmendet si një figurë e rëndësishme në fushën e AK ndonëse në kohën e tij ai nuk ishte i vlerësuar. Në 1914, Spitali i përgjithshëm i Massachusetts ku ai punonte si kirurg nuk pranoi propozimin e tij për të matur performancën e punës të kirurgëve duke ndjekur ecurinë e pacientëve pas operacioneve e daljes nga spitali⁴. Dr.Codman më pas krijoi spitalin e tij (Spitali i Rezultateve) dhe botoi një studim mbi efikasitetin e spitalit ku nga 337 pacientë që dolën nga spitali në 123 prej tyre u vunë re gabime në trajtim. Puna e dr.Codman çoi më pas në programin e standardizimit spitalor të Kolegjit Amerikan të Kirurgëve.

³ Në atë kohë ishte një risi paraqitja e shkaqeve të mortalitetit nga Nightingale jo në formë tabele, por në formë grafike nëpërmjet diagramave polare.

⁴ Dr.Codman me teorinë e tij të rezultatit përfundimtar (end-result theory) sugjeroi që "çdo spital duhet të ndjekë çdo pacient që trajtohet në të për të përcaktuar nëse trajtimi i marrë në spital ka qënë i suksesshëm, dhe nëse jo të bëjë pyetjen 'Pse jo?' me qëllim parandalimin e përsëritjes të rasteve të tilla në të ardhmen"

Në fillim të viteve 1950^{te} në ShBA dhe në disa vende të tjera filloi të përdorej në fushën e industrisë koncepti i menaxhimit të cilësisë totale që promovon një përpjekje të vazhdueshme për të përmirësuar cilësinë e punës dhe produkteve për të përmbushur kërkesat e konsumatorëve dhe për të arritur një kosto-efektivitet. Ky shtim i vëmendjes ndaj cilësisë të shërbimeve dhe konsumatorit u përhap edhe në institucione shëndetësore ku në vitet 1970 filluan të kryheshin (kryesisht në ShBA) auditime mjekësore me qëllim kontrollin e përmirësimit të cilësisë të shërbimit të ofruar nga mjekët. Zyra Rajonale e Organizatës Botërore të Shëndetësisë për Europën në 1985 në strategjinë e saj rajonale shëndetësore iu kërkoi vendeve Europiane që në fillim të viteve 1990 të kishin në sistem mekanizma për sigurimin e cilësisë të kujdesit shëndetësor të ofruar pacientëve. Në kuadër të këtyre zhvillimeve dhe përfshirjes gjithnjë e më tepër të rolit të menaxherëve në institucionet shëndetësore, AK mori një rëndësi të veçantë si një mjet për përmirësim cilësie⁵. Në fillim u përdor termi ‘auditim mjekësor’ meqë kryhej nga mjekët dhe ishte edhe termi i përdorur në ShBA, po më pas termi u zgjerua në ‘auditim klinik’ që kryhet edhe nga profesionistë të tjerë shëndetësorë si infermierë, farmacistë, dentistë, fizioterapistë, etj⁶.

Në disa vende AK është i detyrueshëm si pjesë e skemave të akreditimit të institucioneve shëndetësore e në vende të tjera AK është i rekomandueshëm të kryhet si pjesë e formimit të vazhdueshëm profesional të profesionistëve të shëndetësisë dhe mbështetet gjerësisht nga shoqatat profesionale të shëndetësisë. Në nivel institucional e politik AK ka luajtur një rol të madh në Shërbimin Shëndetësor Kombëtar (National Health Service) në Britaninë e Madhe ku janë zhvilluar një sërë mekanizmash mbështetës për AK që nga niveli i profesionistit shëndetësor individual deri në nivele kombëtare.

Mes gjithë vështirësive e barrierave që ka hasur përdorimi i AK dhe pikëpyetjeve se sa efektiv është si një metodë e përmirësimit të cilësisë, ai vazhdon të mbetet një metodë e dobishme nëse:

1. zbatohet me rigorozitet cikli i plotë i tij,
2. ka indikatorë e standarde cilësie të bazuara në fakte shkencore,
3. ka mbështetjen e duhur në të gjitha nivelet e ofrimit dhe menaxhimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe
4. përdoret si një mjet zhvillimi profesional individual e institucional e jo si një mjet kontrolli e ndëshkimi.

5 Në vitet 1980^{te} në sistemet shëndetësore filloi të përfshihej edhe roli i ri i menaxherit të cilët sollën në sistemin shëndetësor edhe konceptin e cilësisë të shërbimeve (i përhapur tashmë në fushën e industrisë) duke nxitur një sërë aktiviteteve me qëllim marrjen e mendimeve nga pacientët dhe nxitjen e personelit klinik për të identifikuar probleme të mundshme dhe sugjeruar zgjidhjet e nevojshme me synim kosto-efektivitetin.

6 AK përdoret gjerësisht në shumë vende ku mund të haset dhe me terminologji tjetër si psh, shqyrtim/auditim kartelash ‘në ShBA (chart review/audit) apo ‘auditim & feedback’ në disa vende Europiane.

3. VLERAT E AUDITIMIT KLINIK

AK mund të jetë i vlefshëm si mjet përmirësimi cilësie në fusha të ndryshme të kujdesit shëndetësor. Ai krijon një mundësi për të reflektuar mbi punën e bërë, sa përputhet ajo me faktet më të fundit shkencore e me udhëzuesit/udhërrëfyesit/protokollet klinike dhe cilat janë nevojat e mundësitë për ta përmirësuar punën më tej në mënyrë që pacientët e përdoruesit e kujdesit shëndetësor të përfitojnë më të mirën e mundshme. Disa nga vlerat/dobitë e AK janë si më poshtë:

- AK ofron një mundësi për të shqyrtuar në mënyrë reflektive e përmirësuar kujdesin e ofruar për pacientët dhe për t'iu përmbajtur standardeve profesionale
- Nëpërmjet AK mund të identifikohen nga personeli shëndetësor fusha problematike e me rrezik për pacientët të cilat duhen ndryshuar
- Kryerja e rregullt e AK krijon një mendësi e kultivim të përmirësimit të cilësisë në nivel individual e institucional
- Kryerja e AK ka efekt trajnues/edukativ⁷ për pjesëmarrësit pasi ka të bëjë me të qenit të përditësuar me praktikën e punës të bazuar në faktet më të mira shkencore
- Kryerja e AK mund të ketë edhe efekt pozitiv në nivelin e kënaqësisë/ndjenjës të përmbushjes nga kryerja e punës në shëndetësi si dhe mbarëvajtjen e punës në grup e marrëdhëniet mes palëve të ndryshme të përfshira në ofrimin e kujdesit shëndetësor
- AK i kryer në mënyrën e duhur mund të përmirësojë cilësinë e shërbimeve të ofruara dhe rezultatet e arritura nga këto shërbime cilësore.

Por AK ka vlerë për përmirësimin e cilësisë të shërbimeve shëndetësore vetëm nëse ai kryhet siç duhet duke përfshirë jo vetëm matjen e performancës, por edhe hartimin, zbatimin e monitorimin e ndryshimeve të nevojshme për ta rritur cilësinë dhe për të arritur standardet e cilësisë të bazuara në fakte të forta shkencore. Një AK i vlefshëm kërkon jo vetëm ndjekjen e një metodologjie të thjeshtë por rigoroze (shih kapitujt e mëtejshëm mbi fazat e AK), por edhe një ambient pune dhe strategji drejtimi në nivel institucional e shërbimi/departamenti/njësie që vlerëson, promovon e mbështet me gjithë mjetet e mundshme përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë të shërbimeve të ofruara, duke synuar gjithnjë më të mirën e mundshme për përfituesit, por edhe për ofruesit e shërbimit shëndetësor, dhe që vë në qendër të vëmendjes pacientin si person dhe shëndetin e tij.

⁷ AK shpesh është edhe një aktivitet që iu kërkohet profesionistëve të shëndetësisë si pjesë e kriterëve për riçertifikim e edukim në vazhdim apo anëtarësim në shoqata profesionale.

Sipas një shqyrtimi përmbledhës të studimeve të botuara mbi efektshmërinë e AK në 2012⁸ u vu re që efektet e AK në përgjithësi ishin të nivelit të vogël deri mesatar, por edhe me raste kur efektshmëria ishte e lartë. AK që merren me tema klinike me të vërtetë problematike dhe me performancë të ulët dhe AK që i vënë theksin e duhur pjesës të dytë të ciklit të AK (hartimit, zbatimit e monitorimit të një plani ndryshimesh për përmirësim cilësie) kishin më tepër efekte pozitive në cilësinë e shërbimit shëndetësor dhe rezultatet e tij në shëndetin e pacientëve.

Në mënyrë që AK të ketë ndikim sa më të madh në përmirësimin e cilësisë të shërbimeve shëndetësore duhen përmbushur këto kritere:

- AK ka një drejtues të përkushtuar
- Metodologjia e AK është rigoroze
- Tema e AK është relevante/ka rëndësi për shërbimin/institucionin dhe ka hapësirë/mundësi për të bërë ndryshime
- Grupi i punës për AK është i përkushtuar e multi-profesional (përbëhet nga përfaqësues të gjithë palëve të përfshira në atë shërbim të ofruar)
- Menaxherët dhe drejtuesit e shërbimit/institucionit janë në dijeni e të përfshirë në AK.
- Gjetjet e AK paraqiten në mënyrë të qartë e të thjeshtë dhe jo me përqasje ndëshkuese/negative.
- Rekomandimet për ndryshim janë në numër të kufizuar dhe identifikojnë veprime specifike që janë diskutuar e dakortësuar me profesionistët e përfshirë në zbatimin e tyre.
- AK ka një plan veprimi për zbatimin e rekomandimeve për përmirësimin e nevojshëm.

⁸ Ivers_N, et al. (2012) *Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 6. Art. No.: CD000259.

II.

FAZAT DHE
HAPAT E NJË
AUDITIMI
KLINIK



FAZA 1: PËRGATITJA E PLANIFIKIMI

Çfarë duhet të arrijmë për të pasur një shërbim shëndetësor cilësor?

Përgatitja e planifikimi i një AK është faza e parë dhe më e rëndësishme. Megjithatë ndodh shpesh që AK bëhet shpejt për të përmbushur afatin e një detyrimi pa bërë një përgatitje të kujdesshme që është e domosdoshme për të garantuar cilësinë dhe vlefshmërinë e një AK. Këto AK të bëra me nxitim e pa përgatitje e planifikim të mirë shpesh dështojnë para pengesës më të parë që haset ose mezi arrijnë të përfundohen, por pa pasur ndonjë rezultat të dukshëm. Një planifikim e përgatitje e mirë për AK krijon një bazë të fortë mbi të cilën mund të ngrihen projekte AK që do të arrijnë përmirësimin e cilësisë të kujdesit shëndetësor, çka është dhe qëllimi madhor i një AK.

Ndonëse përgatitja e planifikimi janë një fazë shumë e rëndësishme që garanton suksesin e një AK duhet pasur kujdes që përpjekjet për këtë fazë të mos jenë të tilla sa të marrin energjinë e kohën e nevojshme për fazat e tjera të AK. Një fazë përgatitje e planifikimi që zgjat shumë bën që personat e përfshirë në AK të mërziten e të humbasin entuziasmin për kryerjen e AK dhe të dhënat e mbledhura e humbasin vlerën e tyre pasi ka kaluar kohë e gjatë.

Përgatitja e planifikimi i AK përfshin përcaktimin e strukturave dhe elementeve të nevojshme për mbarëvajtjen e AK dhe mund të ndahet në 6 hapa si më poshtë:

HAPI 1: IDENTIFIKIMI DHE PËRFSHIRJA E PALËVE TË INTERESIT

Çdokush që ofron ose përfiton kujdes shëndetësor konsiderohet si palë interesi/e përfshirë në AK dhe duhet të ketë mundësi të kontribuojë në të e të përfshihet ose drejtpërsëdrejti ose nëpërmjet përfaqësimit që nga fillimi deri në fund të AK.

Para se të vendoset mbi temën dhe objektivat e AK duhen identifikuar:

- Kush është përfshirë në ofrimin e shërbimit shëndetësor?
- Kush është përdoruesi/përfituesi i kujdesit shëndetësor?
- Kush ka autoritetin për të mbështetur zbatimin e përmirësimeve të nevojshme që do të identifikohen nga AK?

Të gjithë këta persona (ose përfaqësues të tyre) duhet të jenë të përfshirë në planifikimin e AK. Duhet qartësuar e dakortësuar që në fillim cilët janë personat që do të përfshihen në AK dhe këta persona të informohen në një mbledhje mbi angazhimin dhe kontributin që nevojitet prej tyre. Sa më të mirëinformuar, të përfshirë e të vlerësuar të ndihen palët e interesit në një AK, aq më të larta janë gjasat për të pasur sukses me AK. Ky është hapi i parë dhe shumë i rëndësishëm në planifikimin e një AK. AK duhet të shihet që në fillim jo si i diktuar nga lart, por si 'pronë' e ofruesve e përdoruesve të shërbimit shëndetësor.

1. Përfshirja e ofruesve të shërbimit shëndetësor

Personeli mjekësor e infermieror, menaxherial dhe mbështetës e administrativ (veçanërisht personeli administrativ që merret me kartelat e dokumentacionet e institucionit shëndetësor) duhet të përfshihen në AK.

Drejtuesit e shërbimit nuk është domosdoshmërisht e nevojshme të jenë drejtpërsëdrejti të përfshirë në AK, por duhet të jenë në dijeni të tij e ta aprovojnë e mbështesin kryerjen e tij. Ata duhet të kenë dijeni të qartë të qëllimeve të AK dhe të ofrojnë mbështetje për personelin e përfshirë në AK (grupi i punës për AK), pasi mungesa e përkushtimit të drejtuesve mund të çojë në keqkuptime me efekte negative për mbarëvajtjen e AK. AK ka për qëllim ndryshimin për përmirësim cilësie dhe ndryshimi do të ndodhë vetëm nëse do të ketë mbështetjen e personave të përfshirë në hallkat e elementët e ndryshimit të nevojshëm, prandaj përfshirja e këtyre personave që në fillim të AK është shumë e rëndësishme në mënyrë që ata të jenë të përkushtuar e interesuar për ta mundur ndryshimin e nevojshëm për përmirësim cilësie.

2. Përfshirja e përdoruesve/përfituesve të shërbimit shëndetësor

Çdo AK duhet të jetë i përqëndruar tek personat që përfitojnë nga shërbimet shëndetësore (këta mund të jenë pacientët si dhe të afërmit e familjarët e tyre). Gjatë fazës të planifikimit, grupi i punës për AK duhet të marrë në konsideratë mundësitë dhe përfitimet e mundshme nga përfshirja e përdoruesve/përfituesve të shërbimeve shëndetësore në procesin e AK pasi ata duhen konsideruar jo vetëm si burim të dhënash, por edhe si bashkëpunëtorë të mundshëm.

Burimet e informacionit nga përdoruesit/përfituesit e shërbimeve shëndetësore mund të jenë:

- komente ose ankesa
- diskutime në grupe
- vëzhgim i drejtpërdrejtë i shërbimit të ofruar
- biseda të drejtpërdrejta

Një nga mënyrat më të zakonshme për të përfshirë përdoruesit e shërbimeve shëndetësore në planifikimin e një AK janë pyetësorët/anketimet e pacientëve që janë një mjet i mirë për të identifikuar çështje të shërbimit shëndetësor që shqetësojnë përdoruesit e tyre.

Palët e ndryshme në një AK (ofrues e përdorues të shërbimeve) mund të përfshihen në role e faza të ndryshme të AK si më poshtë:

- Kontribuojnë në vendimet në lidhje me temën dhe objektivat e AK
- Komentojnë mbi metodologjinë e AK
- Ndihmojnë me draftet e rishikimet e planit të AK
- Japin leje për akses në grupe përdoruesish/pacientësh
- Mbështesin grupin e punës të AK
- Janë burim të dhënash
- Mbledhin të dhëna
- Shqyrtojnë rastet që janë identifikuar nën nivelin e standardit të performancës
- Ofrojnë shpjegime se si funksionon një proces i caktuar klinik
- Kontribuojnë në analizën e të dhënave të mbledhura dhe analizën e problemeve të identifikuara
- Ndihmojnë në identifikimin e veprimeve që duhen ndërmarrë për të bërë përmirësimet e nevojshme
- Sigurojnë burimet që nevojiten për të mbështetur zbatimin e përmirësimeve
- Monitorojnë zbatimin e përmirësimeve të dakortësuara
- Kontribuojnë në analizën e gjetjeve gjatë riauditimit

II. FAZAT DHE HAPAT E NJË AUDITIMI KLINIK

Një skemë analize të rrjedhës të punës (procesi nëpër të cilin kalon pacienti në institucionin shëndetësor) mund të ndihmojë identifikimin e hallkave të procesit dhe personat e përfshirë në të (dhe që do të ndikohen/preken nga kryerja e AK) e që duhen përfshirë në AK.

Përfshirja e personelit mjekësor në AK mund të sigurohet në dy mënyra:

- Nëpërmjet strategjive që personeli ta konsiderojë AK dhe mbledhjen e të dhënave për të si një pjesë të rëndësishme të punës të tyre (duhet të jetë e përfshirë në kontratën e punës dhe përshkrimin e punës)
- Nëpërmjet sistemeve që nxisin përfshirjen aktive të personelit në AK që të mos shihet si i diktuar nga lart, por si pronë e personelit të institucionit. Procesi i zgjedhjes të temës të AK ofron një mundësi të mirë për të përfshirë në procesin e AK një sërë personeli shëndetësor dhe përdorues të sistemit shëndetësor.

Të gjithë ata që në një farë mënyre janë të përfshirë në AK duhet të kenë një dijeni të qartë të procesit e qëllimeve të AK. Përshkrimi i qartë i qëllimit dhe objektivave të AK dhe me terminologji të kuptueshme nga të gjitha nivelet e personelit shëndetësor të përfshirë në të është një kusht i rëndësishëm për një mbarëvajtje të procesit të AK. Është e nevojshme një mbledhje e gjithë personelit të shërbimit ku të shpjegohet qartë procesi i AK dhe qëllimi i tij dhe të kërkohet angazhimi i të gjithëve për mbarëvajtjen e këtij procesi. Sa më tepër informim e komunikim i qartë me të gjitha palët e përfshira aq më tepër gjasa që AK të mos mbetet vetëm diçka që bëhet në letër për të përmbushur një detyrim, por një proces i vlefshëm për të gjithë për të pasur shërbime shëndetësore sa më cilësore.

HAPI 2: PËRCAKTIMI I TEMËS

Zgjedhja e temës të një AK meriton vëmendje pasi çdo AK nënkupton investime të konsiderueshme në burime njerëzore e materiale përdorimi i të cilave duhet justifikuar për arritjen e një qëllimi të rëndësishëm.

Tematika e AK mund të vijë nga burime:

- Të jashtme: e diktuar nga një skemë akreditimi apo sistem rregullator qeveritar
- Të brendshme:
 - Nga drejtuesit e shërbimit/institucionit bazuar në incidente apo ankesa
 - Nga prioritete të shërbimit bazuar në udhëzues/protokolle klinike, politika lokale ose çështje të identifikuara nga shoqata profesionale
 - Nga interesimi i vetë klinikistëve për të përmirësuar cilësinë e shërbimeve që ofrojnë.

Kryerja e AK nuk është me zgjedhje, por tashmë është një detyrim për institucionet shëndetësore. Në disa raste edhe tema e AK mund të mos jetë objekt zgjedhje por e përcaktuar në bazë të përparësive/prioriteteve kombëtare, lokale ose institucionale. Megjithatë në shumicën e rasteve tema e AK zgjidhet nga institucioni shëndetësor dhe kjo përzgjedhje varet nga disa faktorë e në rradhë të parë nga përparësitë/ prioritetet që ka institucioni shëndetësor. Kur nuk ka një temë specifike të përcaktuar nga jashtë për AK atëherë këshillohet përzgjedhja e disa temave nga burime të ndryshme të përmendura më lart dhe pastaj rradhitja e tyre sipas përparësive me një sistem pikëzimi. Pyetjet e mëposhtme ndihmojnë rradhitjen sipas përparësisë të temave të mundshme për AK dhe vlerësimin e një teme të sugjeruar:

1. A ka të bëjë tema me shpenzime të larta, volume pune të larta, ose me çështje rreziku për personelin ose pacientët/përdoruesit e shërbimeve?
2. A ka të dhëna për probleme (serioze) cilësie (psh ankesa nga pacientët, shkallë të lartë ndërlikimesh, rezultate të dobta në trajtime ose në kontrollin e simptomatikës) të lidhura me këtë temë?
3. A ekzistojnë të dhëna të mjaftueshme shkencore që mund të përdoren për të përcaktuar standardet e cilësisë mbi këtë temë (psh përmbledhje sistematike artikujsh/botimesh shkencore ose udhëzues/protokolle klinike kombëtare ose ndërkombëtare)?
4. A është problemi i matshëm për ta krahasuar me standardet e cilësisë të AK?
5. A ka mundësi që AK mbi këtë temë të rezultojë në përmirësimin e rezultateve dhe/ose proceseve mjekësore?
6. A ka mundësi që AK mbi këtë temë të rezultojë në përfitime ekonomike ose shtim efikasiteti të shërbimeve shëndetësore?
7. A është tema interesante nga ana klinike ose profesionale?
8. A ka burime të besueshme e të disponueshme për mbledhjen e të dhënave mbi këtë temë?
9. A mund të mblidhen të dhënat mbi këtë temë në një periudhë kohore të arsyeshme?
10. A ka mundësi të bëhen ndryshime në lidhje me temën/problemin e zgjedhur për AK?
11. A ka tema rëndësi për përparësitë/prioritetet shëndetësore të vendosura në nivel institucional, rajonal ose kombëtar?
12. A ka burime të mjaftueshme mbështetëse për këtë temë të AK?

II. FAZAT DHE HAPAT E NJË AUDITIMI KLINIK

Temat e identifikuar si të mundshme mund të pikëzohen për të pasur një listë sipas përparësive. Psh mund të bëhet një vlerësim i temave nga grupi i punës i AK me një sistem pikëzimi nga 1 deri 5 për nivelin e rëndësisë që ka çdo temë në lidhje me:

1. Impaktin që mund të ketë ndryshimi e përmirësimi që do të ndodhë si rrjedhojë e AK në cilësinë e shërbimit dhe efikasitetin e punës klinike
2. Nivelin e urgjencës për ndryshim/përmirësim në këtë çështje/temë

Klasifikimi Donabedian⁹ mund të jetë ndihmës për të identifikuar ato fusha të punës të përditshme prej të cilave mund të zgjidhen tema për AK (Figura 2).

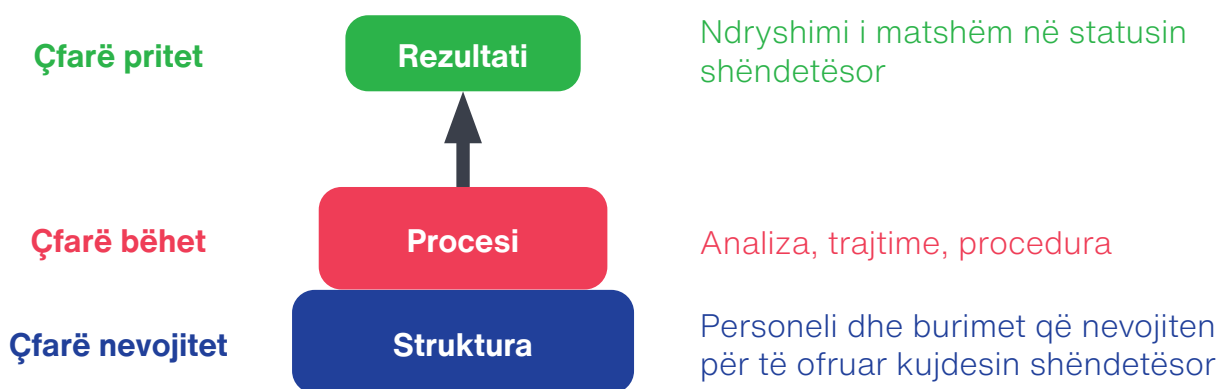


Figura 2: Triada e Donabedian për vlerësimin e cilësisë në kujdes shëndetësor
(Burimi: *University Hospital Bristol*, 2017)

Struktura: Burime që nevojiten për të ofruar shërbimin shëndetësor:

- Ambjenti ku ofrohet shërbimi
- Hapësira e pajisje që janë në dispozicion për shërbimin
- Dokumentacion politikash, procedurash, protokollesh e udhëzuesish

Psh prania e një njësie të veçantë për insult cerebral ose prania e një njësie diagnostike të veçantë.

Procesi: Procedura e praktika që zbatohen nga personeli për ofrimin dhe vlerësimin e shërbimit të ofruar (këto mund të jenë specifike për shërbimin/procesin klinik ose për procesin administrativ).

Psh koha e pritjes për vizita apo numri i procedurave diagnostike të kryera.

⁹ Në artikullin "Vlerësimi i cilësisë në kujdesin mjekësor/Evaluating the quality of medical care" (1966) Avedis Donabedian duke u bazuar në konceptin hyrje-proces-dalje që përdorej në fushën e industrisë propozoi triadën strukturë-proces rezultat për vlerësimin e cilësisë në kujdesin shëndetësor.

Rezultati: Efekti i shërbimit të ofruar dhe kostot e shërbimit (rezultatet e ndërhyrjeve klinike/ndryshimet në statusin shëndetësor të pacientëve/përdoruesve të shërbimit).

Psh ulja e vlerave të tensionit arterial ose e numrit të shtrimeve në spital pas përdorimit të një terapie/ndërhyrje të caktuar.

Përfshirja e palëve në përzgjedhjen e temës të AK

Për përzgjedhjen e temës të një AK duhen përfshirë të gjitha palët: përdoruesit/pacientët, personeli klinik, administrativ e menaxherial. Kjo përfshirje garanton marrjen në konsideratë të çështjeve të rëndësishme në lidhje me shërbimet e kujdesin shëndetësor. Tema e përzgjedhur duhet të ketë të bëjë me punën e personave që e kryejnë atë. AK i bërë nga një individ për punën e një individi tjetër ose AK i bërë nga një shërbim për punën e një shërbimi tjetër pa pasur mbështetjen dhe bashkëpunimin e tyre është një gabim pasi jo vetëm që shkakton përçarje por ka edhe shumë pak gjasa të sjellë përmirësim të kujdesit për pacientët pasi ata që mbledhin dhe analizojnë të dhënat nuk kanë asgjë në dorë për të nisur ndryshimet e nevojshme për përmirësimin e situatës. AK duhet të ndihmojë ngritjen e moralit dhe motivimit të personelit dhe marrëdhëniet e punës dhe jo të shkaktojë përkeqësim të tyre. Abuzimi me AK duke e përdorur si mjet për të vënë në dukje mangësi në performancën e të tjerëve është i pajustificueshëm e duhet mënjanuar me çdo kusht. Gjithashtu, kryerja e AK në fshehtësi pa dijeninë e palëve është e pajustificueshme.

HAPI 3: NGRITJA E GRUPIT TË PUNËS¹⁰

Për çdo AK në një institucion shëndetësor nevojitet krijimi i një grupi pune për AK ku përfshihen personel me aftësitë e nevojshme për kryerjen e AK. Grupi i punës për AK duhet të jetë multidisiplinor (në varësi të temës të AK) dhe duhet të përfshijë individë nga grupe të ndryshme personeli e jo vetëm nga personel klinik.

Anëtarët e grupit të punës për AK duhet të kenë:

- Njohuritë bazë për AK
- Përkushtimin për planin dhe objektivat e AK
- Dijeni se çfarë pritet prej tyre (e përcaktuar qartë në termat e punës të grupit të punës për AK)

¹⁰ Shpeshherë mund të ndodhë që ngritja e grupit të punës për AK bëhet para përzgjedhjes të temës pra të jetë hapi i dytë e jo i tretë.

II. FAZAT DHE HAPAT E NJË AUDITIMI KLINIK

Grupi i punës i AK mund të ketë të nevojshme një trajnim paraprak në lidhje me konceptin dhe procesin e AK sidomos nëse kjo është hera e parë e kryerjes të një AK në atë institucion. Rregullat e funksionimit e mbledhjes të grupit të punës për AK duhet të jenë të përcaktuara e të komunikuara qartë që në fillim të planifikimit të AK. Anëtarët e grupit të punës për AK duhet të jenë të aftë për të komunikuar me personelin klinik, administrativ e menaxherial të institucionit ku kryhet AK dhe të kenë besimin dhe mbështetjen e plotë të tyre sepse vetëm në këtë mënyrë ata do të jenë të aftë të promovojnë AK dhe planet për përmirësim cilësie që rrjedhin prej tij.

Grupi i punës i AK duhet të përgatisë e të bjerë dakort në lidhje me planin e punës të AK duke përgatitur me shkrim një projekt-plan ku përfshihen të gjitha aspektet e AK të planifikuar dhe të identifikojë qartë afatet kohore dhe burimet që nevojiten për kryerjen e AK dhe sipas nevojës të bëjë kërkesën drejtuesve për burime mbështetëse që nevojiten për AK (shih Shtojca A). Gjithashtu grupi i punës për AK duhet të bjerë dakort edhe për një mekanizëm të qartë për ndjekjen dhe raportimin periodik të ecurisë të AK (plani i punës i AK duhet të përfshijë një tabelë me listën e aktiviteteve të nevojshme për kryerjen e AK dhe afatet kohore). Grupi i punës duhet të ketë edhe një drejtues që do të jetë përgjegjës për organizimin e drejtimin e mbledhjeve të grupit të punës për AK dhe ndjekjen e realizimit të planit të punës të dakortësuar.

HAPI 4: HARTIMI I QËLLIMIT E OBJEKTIVAVE TË AK

Pas zgjedhjes të temës të AK është i domosdoshëm hartimi i qëllimit dhe objektivave pasi në bazë të tyre do të zgjidhen me pas standardet e cilësisë dhe metodat më të përshtatshme të matjes të performancës.

Qëllimi i AK përshkruan atë që dëshirohet të arrihet nëpërmjet AK (Pse po e bëjmë këtë AK? Çfarë shpresojmë të arrijmë nëpërmjet këtij AK?), ndërkohë që objektivat përshkruajnë atë që do të matet për të treguar që është arritur qëllimi i vendosur (Si do të arrihet qëllimi? Çfarë do të matet e përmirësohet?).

Qëllimi e objektivat e një AK hartohen duke përdorur foljet : të përmirësojë , të shtojë/ rrisë, të sigurojë, të ndryshojë si për shembull:

- Të përmirësojë procesin e transfuzionit të gjakut në shërbimin/institucionin X
- Të përmirësojë sigurinë e lëshimit të recetave në shërbimin/institucionin X
- Të shtojë/rrisë përqindjen e pacientëve hipertensivë që kanë tensionin arterial nën kontroll
- Të sigurojë që çdo foshnjë është i/e vaksinuar kundër poliomielitit, difterisë, tetanozit, pertusis e meningitit brenda 6 muajve të parë të jetës.

Objektivat e AK duhet të vendosen e dakortësohen nga grupi i punës për AK dhe duhen dokumentuar në projekt-planin e AK. Objektivat duhet të jenë të matshme dhe të arritshme dhe të përkojnë me strategjinë e objektivat e përgjithshme të institucionit shëndetësor.

Shembull se si duhet shkruar qëllimi e objektivat e një AK:

Tema: Ulçera të këmbëve

Qëllimi: Të përmirësojë kujdesin shëndetësor për pacientët me ulçera të këmbëve

Objektivat:

1. Të sigurojë trajtimin e duhur të ulçerave të këmbëve
2. Të sigurojë trajtimin në kohën e duhur të ulçerave të këmbëve

HAPI 5: HARTIMI I STANDARDEVE TË CILËSISË

Pas zgjedhjes të temës të AK hapi tjetër i rëndësishëm është vendosja e standardeve të cilësisë të bazuara në fakte shkencore. Standardet përshkruajnë e përkufizojnë cilësinë e shërbimit që duhet arritur dhe kanë dy përbërës: indikatorin/treguesin e cilësisë dhe nivelin e performancës.

Indikatori/Treguesi + Nivel performance = Standard cilësie

Indikatori i cilësisë është një përshkrues i elementeve të cilësisë të shërbimit shëndetësor dhe mund të përdoret për ta matur atë. Për shembull "Pacientët me diabet duhet të kenë të dokumentuar një vizitë oftalmologjike çdo 15 muaj".

Niveli i performancës është niveli i synuar i përputhjes të performancës me indikatorin e cilësisë i shprehur si përqindje (përqindja e rasteve që duhet të përmbushin indikatorin e cilësisë).

Indikatori i cilësisë: Pacientët me diabet duhet të kenë të dokumentuar një vizitë oftalmologjike çdo 15 muaj.

Nivel performance i synuar: 90%

Standarti i cilësisë: 90% e pacientëve me diabet duhet të kenë të dokumentuar një vizitë oftalmologjike në 15 muajt e fundit.

Numri i standardeve për një AK duhet të jetë i kufizuar vetëm në ato që kanë lidhje me qëllimin e objektivat e AK dhe që duhen matur për të vlerësuar nëse janë arritur qëllimet

II. FAZAT DHE HAPAT E NJË AUDITIMI KLINIK

e objektivat e AK (Figura 3). Në këtë rast vlen shprehja "më mirë pak e saktë" pasi shumë standarde e mbingarkojnë AK dhe nuk janë produktive.

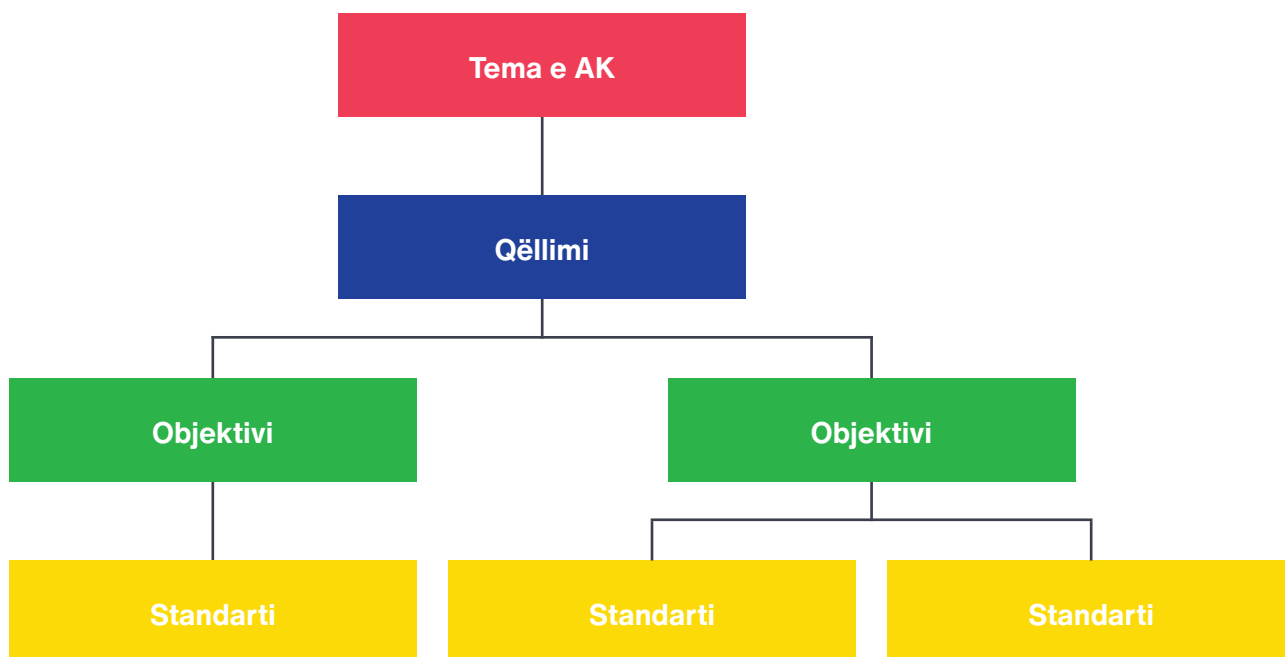


Figura 3: Ndërlidhja e qëllimit, objektivave dhe standardeve të auditimit klinik
(Burimi: *University Hosp Bristol, 2017*)

1. Indikatorët e cilësisë

Indikatorët e cilësisë përcaktojnë qartë aspektet e shërbimit shëndetësor që janë të lidhura ngushtë me objektivat e AK dhe që do të maten për të vlerësuar cilësinë e shërbimit shëndetësor të ofruar pacientëve.

Llojet e indikatorëve

Indikatorët e cilësisë mund të ndahen sipas modelit Donabedian të cilësisë të kujdesit shëndetësor në tre kategori të ndërlidhura me njëra-tjetrën (struktura-procesi-rezultati):

a) Indikatorë të lidhur me strukturën

Këta indikatore cilësie kanë të bëjnë me burimet që nevojiten për të ofruar shërbimin shëndetësor dhe mund të përfshijnë AK mbi numrin e personelit, zotësitë/aftësitë e personelit, strukturat organizative, mjetet/pajisjet dhe hapësirat/ambjentet në dispozicion, trajtimin e kartelave të pacienteve si dhe thjesht ekzistencën e shërbimeve të caktuara.

Një shembull i një indikatori në lidhje me strukturën mund të jetë:

"Çdo shënim në kartelë mjekësore duhet të jetë i nënshkruar, përfshi emrin dhe titullin e personelit."

Ndonëse indikatorët e lidhur me strukturën nuk kanë gjithnjë lidhje të drejtpërdrejtë me shërbimin e ofruar pacientëve, ato shpesh janë tregues se sa i mirë-pajisur është personeli apo shërbimi për të funksionuar në mënyrë efektive. Prania e një strukture mbështetëse të mirë nuk është domosdoshmerisht garanci për shërbim shëndetësor cilësor, por mungesa e saj mund të ndikojë në uljen e kapacitetit për të ofruar shërbimin më të mirë të mundshëm. Një strukturë e mirë është një bazë e fortë për një shërbim shëndetësor të mirë dhe është provë për tregues cilësie në atë shërbim/institucion¹¹.

b) Indikatorë të lidhur me procesin

AK gati gjithnjë mat indikatorë të lidhur me procesin pasi këto përqëndrohen drejtpërsëdrejti mbi veprimet dhe vendimet e marra nga profesionistët shëndetësorë së bashku me pacientët e tyre. Krahاسimi i këtyre vendimeve e veprimeve me nivele performance të dakortësuara si standarde cilësie përbën thelbin e AK. Këto veprime mund të përfshijnë komunikim, vlerësim, edukim, analiza e procedura diagnostikuese, lëshime recetash, ndërhyrje kirurgjikale e terapeutike dhe aspekte të dokumentimit të tyre. Proceset mund të jenë:

- *Klinike* si psh menaxhimi i dhimbjes post-operative, komunikimi me pacientët në vizitën e parë në shërbime shëndeti mendor ose
- *Organizative/administrative* si psh sistemi i kujtesës për vizitat ndjekëse/ të kontrollit, procesi i daljes nga spitali, koha e pritjes për vizita, menaxhimi i kartelave mjekësore

Një shembull indikatori AK të lidhur me procesin është:

"Në 9 muajt e fundit pacientët me hipertension arterial duhet të kenë të shënuar në kartelë një matje tensioni arterial."

Procesi që vlerësohet në AK duhet të jetë evidentuar me studime shkencore që ka vlerë në arritjen e rezultateve shëndetësore.

¹¹ Megjithatë ndryshimet për përmirësime strukturore shpesh kërkojnë burime financiare dhe mund të jenë më të përshtatshme në kuadrin e auditimeve financiare ose organizative të institucionit shëndetësor.

c) *Indikatorë të lidhur me rezultatet*

Sipas Donabedian 'rezultate' janë ndryshime të matshme në statusin shëndetësor aktual ose të ardhshëm të pacientit që janë pasojë e kujdesit shëndetësor të ofruar psh vdekshmëria, rishfaqja e sëmundjes, ndërlikimet, rishtrimet në spital dhe tregues të cilësisë të jetës si në nivel të përgjithshëm dhe në nivel të sëmundjes specifike¹². Indikatorët e lidhur me rezultatet konsiderohen si indikatorët më të mirë për vlerësimin e efikasitetit të një shërbimi të ofruar. Megjithatë në disa raste e specialitete matja e rezultateve të shërbimeve shëndetësore mund të jetë e vështirë si psh në lidhje me vdekshmërinë post-operative, a do të konsiderohet vdekshmëria aktuale pas një ndërhyrje kirurgjikale apo ajo pas 30 ditësh? Dhe si mund ta dimë që vdekja ndodhi për shkak të ndërhyrjes kirurgjikale dhe jo nga një shkak tjetër si psh një sëmundje e padiagnostikuar më parë ose një sistem imunitar i kompromentuar?

Për shkak se rezultatet shpesh janë vështirë të maten ose të demonstrohen, atëherë përdoren indikatorë përfaqësues për to. Këto indikatorë përfaqësues (të lidhur me strukturën ose procesin) kanë të bëjnë me aspekte të kujdesit shëndetësor që janë të lidhura ngushtë me rezultatin përfundimtar dhe që mund të maten më me lehtësi. Për shembull në një AK për insultet cerebrale prania në spital e një njësie/shërbimi dhe ekipi të dedikuar për këto raste mund të përdoret si një tregues për rezultate të mira në trajtimin e tyre (ndonëse nuk është garanci për këtë). Në një AK për hipertensionin arterial, mbajtja në vlera normale e tensionit arterial në pacientë me hipertension është një matje më praktike për të nxitur përmirësim në kujdesin shëndetësor për këta pacientë sesa matja e sëmundshmërisë të lidhur me hipertensionin.

Për shembull një indikator për AK në këtë temë mund të jetë:

"Në 9 muajt e fundit pacientët me hipertension arterial kanë të shënuar në kartelë një matje tensioni arterial $\leq 150/90$ "

Nëse rezultatet kanë rëndësi madhore për pacientët si psh ndërlikimet post-operative, atëherë këto duhen matur drejtpërsëdrejti. Megjithatë AK me indikatorë të lidhur me rezultatet shpesh janë të pamjaftueshëm për të bërë një plan veprimi për përmirësim shërbimi të ofruar e duhen plotësuar me AK që përdorin indikatorë të lidhur me procesin për të identifikuar veprimet që duhen ndërmarrë për të përmirësuar rezultatet.

¹² Indikatorët e lidhur me rezultatet mund të jenë të bazuara në rezultate të përcaktuara nga personeli klinik, nga pacientët ose nga personeli menaxherial (kosto-efektiviteti). Rezultate të përcaktuara nga pacientët dhe përjetimi i sëmundjes prej tyre pra çfarë konsiderohet si rezultat i mirë për ta janë shumë të rëndësishme por akoma janë të rralla në AK ku në shumicën e rasteve rezultatet janë të përcaktuara nga personeli klinik. Por tendenca aktuale është drejt shtimit të përdorimit të këtyre tre grupeve të rezultateve për matjen e cilësisë të shërbimeve shëndetësore.

Hartimi i indikatorëve

Hartimi i indikatorëve në gjuhë të qartë është shumë i rëndësishëm për mbarëvajtjen e një AK pasi ato përcaktojnë saktësisht atë çfarë do të matet dhe të dhënat që do të mblidhen dhe vlerësohen.

Indikatorët e dakortësuar për AK duhet të jenë SMART pra Specifikë, të Matshëm, të Arritshëm, Relevantë dhe Teorikisht të vlefshëm (Tabela 1).

Tabela 1: Karakteristikat SMART për indikatorët e cilësisë

S pecifik (Specific)	Indikatori është i qartë dhe i lidhur me një problem specifik
i M atshëm (Measurable)	Ka të dhëna që mund të mblidhen për ta matur arritjen e indikatorit
i A rritshëm (Achievable)	Ka dakortësi që është një indikator që mund të arrihet me burimet e disponueshme njerëzore e materiale
R elevant (Relevant)	Indikatori ka lidhje me problemin e identifikuar/që do të auditohet
T eorikisht i vlefshëm	Indikatori është i bazuar në fakte shkencore dhe udhëzues klinikë të përditësuar

Burimi: University Hospital Bristol, 2017.

Indikatorët e AK hartohen duke u bazuar në burimet e mëposhtme:

a) Udhëzues (udhërrëfyes/protokolle) klinike

Indikatorët e AK duhet të hartohen sa të jetë e mundur duke përdorur udhëzues klinikë të bazuar në fakte/evidence shkencore pasi këto udhëzues përcaktojnë me qartësi se çfarë duhet të ndodhë me pacientët në një fushë të caktuar. Për shumë tema klinike ekzistojnë tashmë një sërë udhëzuesish klinikë të hartuar mbi bazën e evidencave/fakteve shkencore. Këta udhëzues mund të jenë në nivel lokal, kombëtar ose ndërkombëtar¹³ dhe këto duhen përdorur si referencë për të hartuar indikatorët

¹³ Udhëzuesit mbi sëmundjet kronike, kujdesin për të moshuarit dhe menaxhimin e çrregullimeve të shëndetit mendor në kujdes shëndetësor parësor të hartuara nga HAP e të miratuara nga Ministria e Shëndetësisë dhe Punëve Sociale: <http://www.hap.org.al/protokolle-dhe-udherrefyes/> Në nivel ndërkombëtar mund të konsultohen website shoqatash profesionale Europiane ose ndërkombëtare si dhe dy website të Britanisë të Madhe me udhëzues klinikë të përditësuar mbi tema të ndryshme klinike <https://www.nice.org.uk/Guidance> dhe <https://www.sign.ac.uk/>

e cilësisë për AK. Megjithatë duhet pasur parasysh që udhëzuesit mund të jenë të vjetëruar e të mos reflektojnë faktet më të fundit shkencore të integruara në punën më të mirë klinike. Gjithashtu udhëzuesit klinikë duhen marrë për bazë vetëm nëse janë të bazuar në të dhëna nga studime shkencore dhe jo në opinione ekspertësh të fushës përkatëse.

b) Përmbledhje e literaturës shkencore aktuale

Në raste kur nuk ka udhëzues kombëtarë/ndërkombëtarë në lidhje me fushën e AK ose kur udhëzuesit në dispozicion janë tashmë të vjetëruar ose nuk janë të bazuar në fakte shkencore por në opinione ekspertësh atëherë duhet bërë një vlerësim i literaturës shkencore të botuar duke kërkuar për përmbledhje sistematike botimesh shkencore ("systematic reviews") për të evidentuar faktet më të fundit shkencore që mund të përdoren për të gjeneruar indikatorët e AK¹⁴. Shkalla e forcës të fakteve shkencore varet nga lloji i studimeve mbi të cilat janë nxjerrë dhe klasifikohet si më poshtë¹⁵:

Më e mira/e forta



Më e dobta

- Përmbledhje sistematike e rezultateve të studimeve të randomizuara me grup kontrolli
- Rezultate të veçura studimesh të randomizuara me grup kontrolli
- Rezultate nga studime cilësore por jo të randomizuara e me grup kontrolli
- Eksperienca klinike e autoriteteve të respektuara të fushës/ Raporte të grupeve me ekspertë të fushës

c) Konsensus profesional

Ndonjëherë kur nuk ka udhëzues klinikë të përshtatshëm e nuk është e mundur një përmbledhje e literaturës më të fundit shkencore, një grup profesionistësh të fushës mund të formulojnë vetë indikatorët e cilësisë nëpërmjet një procesi konsensusi formal. Për shembull në një AK për transferimin e ndjekjes të pacientëve pas ndërhyrjeve kirurgjikale kardiace nga kujdesi dytësor në atë parësor, kardiologu së bashku me mjekë familje e infermierë vendosën me konsensus protokollin e standardet e ndjekjes në kujdes parësor. Këto indikatorë cilësie të zhvilluara me konsensus lokal kanë përparësinë që marrin parasysh faktorët lokalë që ndikojnë në shërbimin shëndetësor.

¹⁴ Një website që mund të konsultohet për përmbledhjen e literaturës shkencore të botuar në lidhje me tematika të ndryshme klinike është <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/reviews>. Gjithashtu në <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> mund të kërkohet për 'systematic reviews' në lidhje me temën përkatëse (duke përdorur fjalët kyçe të temës).

¹⁵ Burimi: University Hospital Bristol, 2017

Në fakt përjasja më efikase për AK është përdorimi i indikatorëve të cilësisë të zhvilluara nga ekspertë të fushës duke u bazuar në fakte shkencore (të dhëna nga studime shkencore) së bashku me indikatorë të hartuar lokalisht bazuar në ofruesit e përdoruesit e shërbimeve në nivel lokal.

Pavarësisht burimit të përdorur, indikatorët e cilësisë për AK duhet të jenë gjithnjë të bazuar në fakte të forta shkencore dhe t'i përmbahen qëllimit dhe objektivave të AK. Udhëzuesit klinikë mbi një sëmundje përfshijnë aspekte të ndryshme të sëmundjes, por për indikatorët e AK vlejnë ato aspekte që lidhen me qëllimin e objektivat e AK. Psh udhëzuesi klinik mbi astmën përfshin shumë aspekte të shërbimit shëndetësor të ofruar pacientëve me astmë, po nëse qëllimi i AK është përmirësimi i diagnostikimit të astmës atëherë indikatorët e nxjerrë nga udhëzuesi do të duhet të jenë mbi diagnozën e astmës duke përdorur spirometrinë ose pikflometër (peak flow meter).

Si në përzgjedhjen e temës edhe në vendosjen e standardeve është e rëndësishme përfshirja e përdoruesve për të marrë në konsideratë e përfshirë edhe përvojën dhe nevojat e tyre specifike në lidhje me temën e AK që edhe mund të transferohen në indikatorë shtesë për AK. Psh për pacientët me një sëmundje të caktuar (dhe familjarët e tyre) mund të jenë të rëndësishme jo vetëm rezultate klinike, por edhe efektet e trajtimit mbi cilësinë e jetës dhe rezultatet psiko-sociale apo niveli i bashkëpunimit dhe ndërlidhjes mes institucioneve në nivele të ndryshme të kujdesit shëndetësor dhe marrja në konsideratë e pritshmërive dhe preferencave të pacientëve në procesin e trajtimit klinik. Aktualisht në kuadrin e përmirësimit të cilësisë dhe AK i jepet shumë rëndësi përdorimit të rezultateve të orientuara tek pacienti, por këto rezultate shpesh kërkojnë më tepër punë për t'u identifikuar dhe matur. Anketime apo diskutime në grup me pacientë (dhe/ose familjarët e tyre) që janë në fushën e temës të AK janë mjete të mira për të mbledhur dhe përfshirë edhe kontributin e përdoruesve të shërbimit shëndetësor në hartimin e indikatorëve të cilësisë për AK.

2. Niveli i performancës të synuar

Niveli i performancës për çdo indikator mund të jetë nga 0% (për diçka që nuk duhet të ndodhë asnjëherë) deri 100% (për diçka që duhet të ndodhë çdo herë). Niveli 100% do të ishte i dëshirueshëm për çdo indikator cilësie në kujdes shëndetësor, por ky nivel nuk është gjithnjë realist pasi burimet janë të kufizuara dhe për shkak se ka disa përparësi të njëhershme shpesh herë duhen bërë kompromise në lidhje me nivelin e performancës. Niveli i performancës të synuar për indikatorët e cilësisë të AK vendoset pas diskutimeve e dakortësimit të grupit të punës të AK duke u bazuar në tre faktorë:

1) *Rëndësia klinike*

Kur një indikator ka vlerë kritike të domosdoshme për sigurinë e pacientëve/ përdoruesve të shërbimit, niveli i performancës mund të vendoset 0 ose 100% psh për indikatorin "Alergjia ndaj penicilinës duhet shënuar në kapakun e kartelës të pacientit" niveli i performancës duhet të jetë 100% për shkak të pasojave madhore vdekje-prurëse nëse nuk bëhet ky shënim. Ndërkohë për indikatorin "Pacientët me insult cerebral duhet të kenë një matje niveli kolesterolit në kartelën e tyre në 15 muajt e fundit" mund të përdoret një nivel performance më i ulët se 100% pasi pasojat e mos-arritjes të këtij kriteri janë më pak të rënda.

2) *Praktikueshmëria/Zbatueshmëria*

Ndonëse në disa raste mund të jetë e mundshme arritja e nivelit të performancës 100% kjo mund të ketë kosto që shpesh nuk mund të perballohen. Nivelet e performancës duhet të marrin në konsideratë realitetin dhe burimet që janë në dispozicion në institucionin/ shërbimin përkatës.

Kur rëndësia klinike nuk është aq e lartë, atëherë duhen marrë në konsideratë burimet e disponueshme për arritjen e një niveli performance që është i pranueshëm si nga ofruesit edhe nga përdoruesit e shërbimit psh për një AK për hapësirën kohore që pacientët duhet të presin për një vizitë kontrolli në shërbimin ambulator, atëherë një nivel performance 90% mund të jetë më i përshtatshëm e realist.

3) *Pranueshmëria*

Nivele të larta performance nuk nxisin entuziasmin dhe motivimin e profesionistëve shëndetësorë tashmë të mbingarkuar me punë, ndërkohë që nivele të ulta performance do të shihen me skepticizëm pasi në këtë rast ai aspekt i kujdesit shëndetësor konsiderohet si më pak i rëndësishëm dhe motivimi për të rritur performancën në atë drejtim do të jetë rrjedhimisht i ulët.

Performanca mund të jetë në tre nivele të mundshme:

a) *Niveli minimal*

Ky është niveli më i ulët i pranueshëm i performancës dhe mund të arrihet lehtësisht, por qëllimi i AK është përmirësimi i performancës dhe synimi duhet të jetë më i lartë se sa minimumi i pranueshëm.

b) Niveli ideal

Ky është niveli më i lartë i mundshëm i performancës dhe arrihet vetëm në kushte ideale kur nuk ka kufizime në burimet e nevojshme. Ky nivel performance nuk përdoret në AK në rast se merren në konsideratë të tre faktorët e lartpërmendur (rëndësia klinike, praktikueshmëria /zbatueshmëria e pranueshmëria).

c) Niveli optimal

Ky nivel performance qëndron midis atij minimal e ideal dhe vendoset pasi janë marrë në konsideratë burimet e disponueshme dhe kushtet normale të ofrimit të shërbimeve shëndetësore.

Standardet e AK duhet të jenë valide e të besueshme dhe të masin qartë e me saktësi atë çfare duhet të masin në mënyrë që të vlerësojnë performancën aktuale dhe ta lëvizin atë drejt performancës të dëshirueshme.

Në hartimin përfundimtar të standardeve të AK duhen konsideruar pyetjet e mëposhtme:

1. Cilat burime evidencash janë identifikuar e marrë në konsideratë?
2. Nëse janë përdorur si referencë standardet kombëtare të cilësisë, a janë përshtatur ato me kushtet lokale?
3. Kush është konsultuar në lidhje me standardet e mundshme?
4. Si janë zgjedhur e dakortësuar standardet?
5. A do të arrijnë standardet e zgjedhura që të japin përgjigje për pyetjet e AK?
6. A janë shkruar standardet qartë dhe a janë lehtësisht të kuptueshme nga të gjithë palët e përfshira në AK?
7. A nxisin standardet motivimin për përmirësim cilësie duke vendosur një nivel performance të pritshme që është përtej performancës aktuale?

Për çdo standard të AK duhet përcaktuar indikatori, niveli i performancës të pritshme, por edhe rastet e përjashtimeve të justifikueshme (raste me justifikim klinik për të mos arritur nivelin e performancës të kërkuar). Psh në shembullin e AK mbi ulçerat e këmbëve një indikator cilësie mund të jetë që ulçerat venoze duhen trajtuar me bandazhim kompresiv gradual, por në këtë rast duhen përjashtuar ata pacientë që kanë sëmundje të arterieve periferike (indeksi i tensionit arterial kyç këmbë : krah < 0,8) për të cilët nuk indikohet kompresioni i ekstremitëve.

Grupi i punës për AK duhet të hartojë që në fazën e planifikimit një liste me raste të përjashtueshme dhe kjo listë duhet rishqyrtuar përsëri gjatë fazes të mbledhjes të të dhënave. Pas mbledhjes dhe analizimit të të dhënave do të jenë tre grupe pacientësh/ përdoruesish të shërbimit shëndetësor:

II. FAZAT DHE HAPAT E NJË AUDITIMI KLINIK

- Ata që janë konform standardit
- Ata që nuk ishin konform standardit se i përkisnin rasteve të përjashtueshme
- Ata që nuk ishin konform standardit dhe nuk i përkisnin rasteve të përjashtueshme

Pikërisht ky grup i tretë duhet analizuar në thellësi nga grupi i punës për t'u siguruar që nuk i përkasin një rasti të përjashtueshëm, prandaj përcaktimi i qartë i rasteve të përjashtueshme është shumë i rëndësishëm.

Standardet e hartuara mund të paraqiten në një tabelë të tillë të bazuar në rastin e AK mbi ulçerat e këmbëve ku një prej objektivave ishte trajtimi i përshtatshëm i ulçerave të këmbëve duke shkruar indikatorin e AK, nivelin e performancës të synuar, rastet e përjashtueshme dhe burimin e përdorur për hartimin e standardit të cilësisë bazuar në fakte shkencore:

Indikatori i cilësisë	Niveli i synuar	Përjashtime	Burimi i evidencës
Ulçerat venoze të këmbëve duhen trajtuar me bandazh kompresiv shumë-shtresor	100%	Indeksi i tensionit arterial kyç këmbë: krah < 0,8	Udhëzuesi klinik mbi menaxhimin e ulçerave të këmbëve (2019)

HAPI 6: HARTIMI I NJË PLANI PUNE ME AFATE KOHORE

Grupi i punës për AK duhet të hartojë një plan pune për AK që përfshin datën e fillimit dhe mbarimit të AK dhe të çdo faze e hapi të tij; përshkrimin e çdo faze e hapi si dhe personat përgjegjës dhe burimet e nevojshme për atë fazë e hap. Në këtë hap duhet kryer edhe **planifikimi i mbledhjes dhe analizimit të të dhënave** të nevojshme për AK si madhësia e përzgjedhja e popullatës/mostrës, burimet e të dhënave dhe aksesit i tyre, kohëzgjatja e nevojshme për mbledhjen e të dhënave dhe analizimin e tyre si dhe mjetet e personeli që nevojitet për mbledhjen e të dhënave (shih Faza 2: Mbledhja dhe analiza e të dhënave).

Plani i punës me afate kohore motivon grupin e punës të AK, ndihmon planifikimin e AK dhe rrit shanset për sukses. Ky plan pune do të monitorohet në mënyrë periodike nga grupi i punës dhe drejtuesi i tij për të siguruar mbarëvajtjen e AK. Po ashtu ky plan pune për AK i duhet komunikuar edhe personelit të shërbimit dhe drejtuesve të tij në mënyrë që të gjithë palët e përfshira të jenë të mirëinformuara dhe të angazhuara.

Është e këshillueshme një mbledhje e personelit dhe drejtuesve të shërbimit për t'i informuar mbi planin e punës të AK dhe procesin e tij dhe se si ata mund të jenë ndihmës gjatë fazave të ndryshme të planit të punës dhe kë mund të kontaktojnë për pyetje të mëtejshme.

Plani i punës të AK duhet të marrë gjithashtu miratimin e drejtuesve të shërbimit/institucionit para se të vihet në zbatim dhe të fillojë faza e mbledhjes të të dhënave.

FAZA 2: MBLEDHJA DHE ANALIZA E TË DHËNAVE

A po bëjmë atë që duhet të bëjmë?

Kjo është faza e matjes të performancës dhe përfshin identifikimin dhe mbledhjen e të dhënave të nevojshme për vlerësimin e performancës në lidhje me standardin/standardet e AK, analizimin e tyre dhe prezantimin e gjetjeve. Planifikimi i mbledhjes dhe analizës të të dhënave ka shumë rëndësi pasi ky proces duhet të jetë sa më i vërtetë dhe i besueshëm në mënyrë që të prodhojë të dhëna të pakontestueshme në lidhje me nivelin e performancës klinike në fushen e audituar. Vetëm duke pasur të dhëna me bazë të fortë e të besueshme që tregojnë nevojën për përmirësim do të mund të krijohet baza për ndryshimet e nevojshme për të arritur këtë përmirësim, cka është edhe thelbi i AK.

Metodat e matjes të performancës në një AK mund të duken të vështira sidomos kur bëhet një AK për herë të parë, pasi llogaritja e madhësisë të mostrës, lokalizimi dhe regjistrimi i të dhënave që duhen mbledhur, bërja e llogaritjeve statistikore dhe prezantimi i tyre janë territor i panjohur për shumë profesionistë shëndetësie. Megjithatë për shumicën e AK këto matje e analiza nuk janë të komplikuar dhe shumë prej këtyre aftësive të nevojshme mund të mësohen shpejt.

Në mënyrë që procesi i matjes të performancës në AK të ecë sa më mirë duhen shqyrtuar e marrë vendime në fazën e përgatitjes e planifikimit për pyetjet e mëposhtme:

- Çfarë lloj të dhënash duhen mbledhur (sasiore dhe/apo cilësore)?
- Çfarë të dhënash do të duhen për të treguar nëse është arritur niveli i performancës të duhur për standardin e AK?
- Çfarë burime të dhënash do të përdoren për të mbledhur të dhënat?
- Çfarë mjeti nevojitet për mbledhjen e të dhënave? A duhet hartuar një mjet (formular) specifik?
- A do të mbledhen të dhënat në mënyrë prospektive apo retrospektive?

II. FAZAT DHE HAPAT E NJË AUDITIMI KLINIK

- Çfarë madhësie duhet të ketë popullata ku mblidhen të dhënat dhe a nevojitet një mostër e kësaj popullate?
- A do të mblidhen të dhënat në letër apo elektronikisht?
- Sa kohë do të nevojitet për të mbledhur sasinë e të dhënave të nevojshme?
- Kush do të mbledhë të dhënat?

Mbledhja e të dhënave për AK ngre çështje etike për ofruesit dhe përdoruesit e shërbimit shëndetësor dhe duhet të sigurojë (1) objektivitetin dhe shmangien e konfliktit të interesit, (2) mbrojtjen e të dhënave personale, (3) ruajtjen e fshehtësisë/konfidencialitetit, (4) marrjen e pëlqimit paraprak në përputhje me legjislacionin në fuqi dhe rregulloret e çdo institucioni/shërbimi ku kryhet AK si dhe me normat etike-profesionale.

Mbledhja e të dhënave duhet të jetë e përshtatshme, jo e tepruar, e saktë dhe e përdorur vetëm për qëllimin e AK. Të dhënat e mbledhura (në letër ose elektronikisht) duhet të jenë të anonimizuara e të ruhen me siguri dhe me siguri. Aksesimi i të dhënave duhet të jetë vetëm për ata që do të merren drejtpërsëdrejti me analizën e tyre duke respektuar ruajtjen e fshehtësisë profesionale. Grupi i punës për AK duhet të sigurojë edhe marrjen e pëlqimit dhe dakortësinë e autoriteteve përgjegjëse për menaxhimin e kartelave dhe të dhënave të përdoruesve dhe në disa raste për AK mund të jetë e nevojshme edhe marrja paraprake e lejes/pëlqimit nga vetë pacientët ose përdoruesit e shërbimeve mjekësore (shih Çështje etike).

Faza e mbledhjes dhe analizës të të dhënave të AK kalon nëpër hapat e mëposhtëm:

HAPI 1: MBLEDHJA E TË DHËNAVE

Pasi janë identifikuar standardet e cilësisë për të cilat do të bëhet AK, hapi tjetër është mbledhja e të dhënave që kanë të bëjnë me performancën/punën aktuale në mënyrë që të bëhet krahasimi me standardin. Të dhënat duhen të jenë të sakta dhe të kenë të bëjnë me temën e AK.

Llojet e të dhënave

Lloji i të dhënave që do të mblidhen varet nga qëllimi i objektivat e AK. Qëllimi i mbledhjes të të dhënave është krahasimi i punës aktuale përkundër standardit të AK dhe përzgjedhja e të dhënave që do të mblidhen duhet ta mundësojë këtë krahasim.

Gati çdo AK ka të bëjë me të dhëna numerike/sasiore pasi këto janë të nevojshme për të vlerësuar nëse është arritur apo jo standardi i përcaktuar. Megjithatë ndonjëherë të dhënat mund të përfshijnë edhe elemente jo-numerike (cilësore/ jo sasiore) të mbledhura nëpërmjet intervistave individuale ose në grup apo nga komente në pyetësore. Këto të

dhëna mundësojnë përdorimin e një burimi të pasur informacioni mbi përvojat jetësore të personave në lidhje me temën klinike të AK.

Elementet e të dhënave që duhen mbledhur duhet të kufizohen vetëm në ato që kanë lidhje të drejtpërdrejtë me objektivat e AK. Nuk duhen mbledhur të dhëna të tjera që mund të jenë interesante ose informative por që nuk kanë të bëjnë me temën e AK. Duhet evituar sindroma e mbledhjes të të dhënave pa qëllim, "Ta marrim edhe këtë informacion meqë po i kalojmë në dorë kartelat se ku i dihet mund të na duhet më pas". Kjo përjasje jo vetëm e zhvendos vëmendjen nga objektivat e AK po e bën më të mundimshëm e më të gjatë procesin e mbledhjes të të dhënave. Gjithashtu kjo përjasje krijon edhe problematika me çështje etike.

Çdo e dhënë shtesë që do të mblidhet gjatë AK duhet të jetë e justifikueshme me një arsye të fortë që ka lidhje me përmirësimin e cilësisë. Një tabelë si më poshtë që vendos listën e elementeve të të dhënave që do të mblidhen përkrah stardarteve të AK për të parë nëse çdo element të dhënash që do të mblidhet ka lidhje me standardet e AK është një mjet ndihmës për t'u siguruar që çdo e dhënë që po mblidhet është e justifikueshme.

	Standard 1	Standard 2	Standard 3
E dhëna 1	X		
E dhëna 2			X
E dhëna 3	X	X	
E dhëna 4		X	X
.....			

Burimet e të dhënave

Burimi i të dhënave për AK specifikohet e dakortësohet nga grupi i punës i AK dhe duhet të mundësojë sa më saktë, plotësisht e sa më shpejt të jetë e mundur të dhënat që nevojiten për AK. Burimi i të dhënave shpeshherë mund të ekzistojë në formën e kartelave ose regjistrave të ndryshëm (në letër ose elektronike) dhe mund të jenë të disponueshme në një ose në disa departamente/shërbime.

Burime të mundshme të dhënash për AK janë:

- Regjistra të shtrimit në spital
- Regjistra të daljes nga spitali
- Fletë analizash laboratorike

II. FAZAT DHE HAPAT E NJË AUDITIMI KLINIK

- Kartela pacientësh
- Regjistra farmacie e recetash
- Dokumentacione sallash operative/proçedurash kirurgjikale
- Regjistra mortaliteti
- Çertifikata vdekje
- Regjistra sëmundjesh
- Formularë të ndryshëm
- Vëzhgime të drejtpërdrejta
- Intervista
- Pyetësorë

Burimet e të dhënave duhet të plotësojnë këto katër aspekte të cilësisë:

- *Plotësia*: janë të gjindshme për çdo pacient pa përjashtim
- *Gjithpërfshirja*: përfshijnë të gjitha të dhënat e nevojshme
- *Validiteti/vërtetësia*: reflektojnë realitetin pa gabime dhe devijime (bias)
- *Vlera kohore*: janë disponibël pa vonesa të konsiderueshme

Korniza kohore e mbledhjes të të dhënave: retrospektive apo prospektive

Nëse të dhënat që nevojiten janë tashmë të regjistruara në kartela ose dokumentacione të tjera atëherë mund të bëhet një mbledhje retrospektive e të dhënave (të dhëna me "shikim prapa" pra që mblidhen pas përfundimit të procesit të kujdesit shëndetësor ose trajtimit mjekësor). Mbledhja retrospektive e të dhënave ofron pamjen e shërbimit të ofruar në një hapësirë kohore të kaluar psh në 6 ose 12 muajt e fundit¹⁶. Përparësia e mbledhjes retrospektive të të dhënave është që (1) ato janë tashmë disponibël e mund të mblidhen në kohë më të shkurtër dhe shpejt, dhe (2) reflektojnë punën/performancën e vërtetë në atë periudhë kohore (megjithëse kjo varet nga sistemet e regjistrave e të dokumentimit dhe sa të saktë janë ato). Por të dhënat retrospektive "vjetërohen" shpejt dhe mund të mos jenë të sakta e të plota.

Nëse të dhënat që nevojiten për AK nuk janë regjistruar diku në mënyrë rutinë atëherë ato duhen mbledhur në mënyrë prospektive (me "shikim para" pra mblidhen ndërkohë që ndodh procesi i kujdesit shëndetësor ose trajtimi mjekësor). Në këtë rast të dhënat do të jenë më të plota e të sakta pasi do të mblidhen qëllimisht për AK dhe sipas specifikave të tij, por do të nevojitet më tepër kohë për të mbledhur të dhënat dhe ekziston rreziku i devijimit (bias) për shkak të efektit Hawthorne që ka të bëjë me tendencën për të ndryshuar sjelljen/performancën që po monitorohet ose auditohet. Kështu ofruesit e shërbimeve duke ditur përmbajtjen e qëllimit të AK do të kenë tendencën të ndjekin

¹⁶ Zakonisht të dhënat për AK nuk mblidhen më tepër se 12 muaj më parë përveç rasteve kur po vlerësohen rezultatet e një procesi/proçedure për të cilat kërkohet një periudhë e caktuar kohore.

indikatorët e cilësisë për atë periudhë kohore gjatë të cilës mbledhen të dhënat dhe në këtë rast matjet e performancës mund të mos jenë një pasqyrë e asaj që bëhet në rast se nuk ka monitorim apo auditim.

Instrumenti/Formulari i mbledhjes të të dhënave

Për mbledhjen e të dhënave për AK nga burimi/et e të dhënave nevojitet hartimi i një instrumenti/formulari të veçantë/specifik që do të përdoret për marrjen e të dhënave të nevojshme.

Për hartimin e këtij instrumenti/formulari për mbledhjen e të dhënave që mund të jetë në format elektronik ose në letër duhen pasur parasysh sa më poshtë :

- **Rradhitja e elementëve** : Elementët e formularit duhet të kenë një rradhitje që reflekton procesin e regjistrimit të të dhënave në burimin e tyre (psh rradhitje si në kartelën mjekësore).
- **Formulimi**: Për çdo element të formularit duhen hartuar pyetje të qarta e të mbyllura dhe të ofrohen të gjitha opsionet e mundshme të përgjigjeve si psh Po/Jo/Nuk dihet. Është e këshillueshme që çdo element të dhënash në formular të jetë i numëruar pasi kjo gjë ndihmon më pas transferimin e të dhënave të mbledhura në fletën përmbledhëse të analizës të të dhënave.
Formulari i mbledhjes të të dhënave nuk duhet të ketë fusha për të hedhur të dhënat personale të pacientit si psh emër mbiemër, datëlindje ose numër karte apo numër identifikimi personal të pacientit. Për të bërë anonimizimin e të dhënave çdo kartelë/dokumentacion prej të cilit janë nxjerrë të dhënat e nevojshme për AK i caktohet një numër nga 1 e më lart sipas rradhës dhe në një fletë të veçantë përkrah çdo numri të formularit ku janë hedhur të dhënat vendoset numri i caktuar për kartelën/dokumentit nga u nxorrën të dhënat. Në këtë mënyrë nëse do të jetë e nevojshme një analizë specifike e rastit mund të identifikohet e të nxirret kartela/dokumenti. Konfidencialiteti dhe ruajtja e të dhënave personale është shumë e rëndësishme dhe një parim që duhet ndjekur e zbatuar me rigorizitet gjatë mbledhjes të të dhënave për AK (shih Çështje etike).
- **Formatimi**: Formulari duhet të jetë vizualisht i lehtë për përdorim duke pasur shkronja të qarta e të dallueshme, me hapësirat e nevojshme mes elementeve të ndryshëm dhe pa mbingarkesë. Çdo element apo standard i AK duhet të dallohet qartësisht i veçantë.
Formulari duhet të përfshijë edhe një fushë për komente, datën dhe vendin e mbledhjes të të dhënave si dhe emër mbiemër të personit që ka hedhur të dhënat në formular.

II. FAZAT DHE HAPAT E NJË AUDITIMI KLINIK

Nëse është e nevojshme sidomos nëse do të përdoren disa persona për të hedhuar të dhënat në formularin e AK atëherë në formular duhen përfshirë edhe udhëzime specifike për hedhjen e të dhënave në formular (psh ku mund të gjendet në kartelë një e dhënë e caktuar, ose shpjegim kodimesh që mund të jenë përdorur në kartelë apo në dokumentacionin që shërben si burim të dhënash, ose si mund të vlerësohet nëse një element është i pranishëm, etj)

Formulari i mbledhjes të të dhënave për AK duhet të pilotohet/testohet me një numër të vogël rastesh për të identifikuar probleme e paqartësi të mundshme. Psh disa personave që do të mbledhin të dhënat iu jepet i njëjti burim të dhënash (kartelë ose dokumentacion tjetër) dhe iu kërkohet të nxjerrin të dhënat e nevojshme për AK duke përdorur formularin e AK. Në këtë mënyrë mund të shihet nëse ka një nxjerrje të dhënash të ngjashme prej të gjithë personave ose shumicës të tyre. Nëse jo, atëherë duhen identifikuar e korrigjuar problemet e mundshme me formularin para se të vihet në përdorim të gjerë për AK.

Nëse ka modele formularësh për mbledhje të dhënash nga AK me të njëjtën temë të përdorur në shërbime/institucione të tjera, atëherë këto modele mund të përdoren e përshtaten për përdorim pa qenë e nevojshme krijimi i një formulari të ri, por duhet kujdes që formulari i gatshëm të përshtatet mirë me institucionin e AK aktual.

Mënyra e mbledhjes të të dhënave: manuale dhe/apo elektronike

Mënyra elektronike e mbledhjes të të dhënave është e preferueshme pasi lehtëson përpunimin, analizimin dhe ruajtjen e tyre.¹⁷ Megjithatë në shumë raste kartelat e dokumentacionet e tjera nuk janë elektronike dhe nuk ndodhen të gjitha në një vend e do të mbledhen nga disa persona. Në këtë rast është i rëndësishëm formulari i mbledhjes të të dhënave. Në rastin e mbledhjes prospektive të të dhënave ky formular mund të përdoret për mbledhjen e të dhënave gjatë vizitave nga mjeku/infermieri dhe më pas formularët e mbledhur do të përpunohen për analizën e të dhënave në një fletë pune të programit Microsoft Excel.

Popullata dhe mostra

Popullata e AK duhet përkufizuar qartë dhe mund të përbëhet nga përdorues të shërbimeve shëndetësore ose ngjarje apo situata të caktuara klinike. Mostra është një përfaqësi e përzgjedhur nga popullata.

Së pari, duhet përcaktuar qartë madhësia e popullatës që mund të mos jetë aq e lehtë sa duket. Për të pasur një numër të saktë të popullatës duhet një përkufizim i qartë i saj

¹⁷ Ekzistojnë disa programe/software kompjuterike për mbledhjen e të dhënave në mënyrë elektronike dhe që mund të përdoren në një AK si psh SNAP (www.snapsurveys.com) ose SurveyMonkey (www.surveymonkey.com).

duke përcaktuar rastet që duhen përfshirë e ato që duhen përjashtuar. Psh në një AK në kujdes parësor për pacientë të rritur me diabet tip 2 duhen përjashtuar fëmijet me diabet si dhe të rriturit me diabet tip 1. Regjistrat e sëmundjeve janë ndihmës në këtë rast për të identifikuar popullatën e AK. Por ka raste kur popullata e AK nuk është një numër fiks si psh rasti i një AK për kujdesin për pacientë me insult cerebral në urgjencë ku duhet të përlogaritet madhësia e popullatës sipas një periudhe kohore 3 ose 6 mujore e kjo varet nga numri i pacientëve që do të vijnë në urgjencë me atë diagnozë brenda kësaj hapësire kohore.

Përkufizimi i qartë i rasteve që do të përshihen e rasteve që do të përjashtohen është shumë i rëndësishëm për të pasur një popullatë që përputhet me qëllimin, objektivat dhe indikatorët e AK. Psh në rastin e mësipërm duhet vendosur nëse do të përfshihen apo do të përjashtohen kartelat e pacientëve me insult cerebral që ndërrojnë jetë në urgjencë.

Rastet që përjashtohen janë raste që përjashtohen nga analiza e të dhënave pasi kanë arsye të justifikueshme klinike për të mos përmbushur kriterin e cilësisë. Psh në një AK në lidhje me marrjen e një medikamenti, raste të justifikueshme për t'u përjashtuar nga analiza janë:

- Pacienti/ja ka një kundërintikacion për marrjen e atij medikamenti
- Trajtimi me atë medikament është ndaluar pasi pacienti/ja ka pasur efekte anësore
- Pacienti ka vendosur të mos e marrë atë medikament

Në përcaktimin e rasteve përjashtuese ose të justifikueshme duhet kujdes për të mënjeluar 'maskimin e problemit' si psh në rastin e vendimit të pacientit për të mos e marrë medikamentin që mund të jetë jo për arsye se pacienti vendosi kështu, por sepse atij/asaj nuk iu dha mjaftueshëm informacion ndërgjegjësues për pasojat e mosmarrjes të këtij trajtimi (kjo gjë duhet të jetë e dokumentuar në kartelë në mënyrë që rasti të jetë i justifikuar për përjashtim nga analiza e të dhënave për AK).

Mostra

Vendimi nëse do të përdoret një mostër apo e tërë popullata varet nga madhësia e popullatës, afatet kohore në dispozicion për AK dhe çfarë niveli saktësie të matjeve është i nevojshëm. Marrja e një mostre është ndihmëse në rast të një popullate të madhe ku nuk mund të shqyrtohet çdo kartelë/rast. Megjithatë në këtë rast duhet ndjekur me rigorozitet strategjia e duhur e përzgjedhjes të mostrës në mënyrë që ajo të përfaqësojë sa më mirë popullatën e AK (shih më poshtë).

Duhet evituar përqasja e thjeshtësuar si për shembull "do të shqyrtohen vetëm 50 kartelat e para" ose «do të merret si përfaqësi vetëm 10% e popullatës të mundshme» sepse në këtë mënyrë shtohet rreziku që gjetjet nuk reflektojnë performancën e vërtetë pasi përfaqësia e përdorur është e vogël. Duhet gjetur një e mesme midis nevojës për saktësi të gjetjeve dhe kohës e burimeve në dispozicion për AK. Vendimet e ndryshimet për përmirësim cilësie që do të ndërmerren në kuadrin e AK bazohen në gjetjet e AK prandaj është shumë e rëndësishme që gjetjet të jenë sa më të sakta dhe të besueshme. Nëse do të përdoret një mostër e vogël ekziston rreziku që të dhënat nuk janë përfaqësuese e nuk reflektojnë performancën e vërtetë, ndërsa nëse përzgjidhet një mostër e madhe ka rrezik që të humbasë interesimi dhe përkushtimi për AK pasi zgjat shumë në kohë.

1) Madhësia e mostrës

AK nuk është studim kërkimor-shkencor pasi ka si qëllim vlerësimin nëse performanca aktuale e shërbimit shëndetësor të ofruar përputhet me standardet e vendosura, dhe jo krijimin e njohurive të reja. Për këtë arsye vendimet për madhësinë e mostrës janë një kompromis mes validitetit statistikor të gjetjeve dhe çështjeve pragmatike të mbledhjes të të dhënave si koha në dispozicion, aksesit në burimin e të dhënave dhe kostot e lidhura me këtë. Pra duhet gjetur një barazpeshim midis nivelit të sigurisë për vlerën e gjetjeve të matjeve të bëra për AK dhe kufizimeve të zakonshme që janë të pranishme për kryerjen e AK.

Mostra duhet të jetë sa më përfaqësuese e popullatës që ka të bëjë me AK dhe sa më e matshme brenda kornizave të planit të punës të AK.

Zakonisht për një AK, 1-3 muaj janë intervale kohore të përshtatshme për mbledhjen e të dhënave dhe madhësia e mostrës duhet të mundësojë mbledhjen e të dhënave brenda këtij intervali kohor. Për AK me indikatorë cilësie të lidhur me procesin zakonisht 40 raste/pacientë janë të mjaftueshme për të krijuar një ide të qartë mbi situatën.

Në rastet e AK me indikatorë cilësie të lidhur me rezultate mund të jetë e nevojshme llogaritja e një madhësie të caktuar mostre në mënyrë që të jetë statistikisht përfaqësuese e popullatës për të cilën bëhet AK.

Për të pasur një mostër statistikisht përfaqësuese të popullatës duhen marrë në konsideratë këto 4 faktorë:

1. Madhësia e popullatës
2. Niveli i pranueshëm i saktësisë të matjeve (çfarë niveli gabimi është i tolerueshem e zakonisht ky nivel është 5%)
3. Niveli i besueshmërisë (konfidencës) që nevojitet (zakonisht niveli është 90%, 95% ose 99%)

4. Shpeshtësia e pritshme për përbushjen e standardeve (sa % mendohet se është arritur, e kur kjo nuk mund të vlerësohet përdoret vlera 50%)

Për shembull një qendër shëndetësore planifikon kryerjen e një AK në lidhje me kujdesin e ofruar për pacientë me hipertension. Në këtë qendër shëndetësore trajtohen 300 pacientë me hipertension, por nuk është e mundur vlerësimi i 300 kartelave. Indikatori i cilësisë për këtë AK është që pacientët që po trajtohen për hipertension duhet ta kenë matur tensionin arterial dhe ta kenë nën 150/90 në tre vizita brenda 12 muajve të fundit. Niveli i performancës që synohet është 70%. Grupi i punës për AK është i gatshëm të pranojë 5% pasaktësi (shkalla e saktësisë) për shkak të marrjes të një mostre çka do të thotë që nëse rezultati është 70% atëherë në 95% të mostrave të tilla (shkalla e besimit/konfidencës) vlera e vërtetë do të jetë mes 65% dhe 75%. Programi Epi Info përlogarit me të dhënat e mësipërme një mostër prej 156 pacientësh (Figura 4)¹⁸.

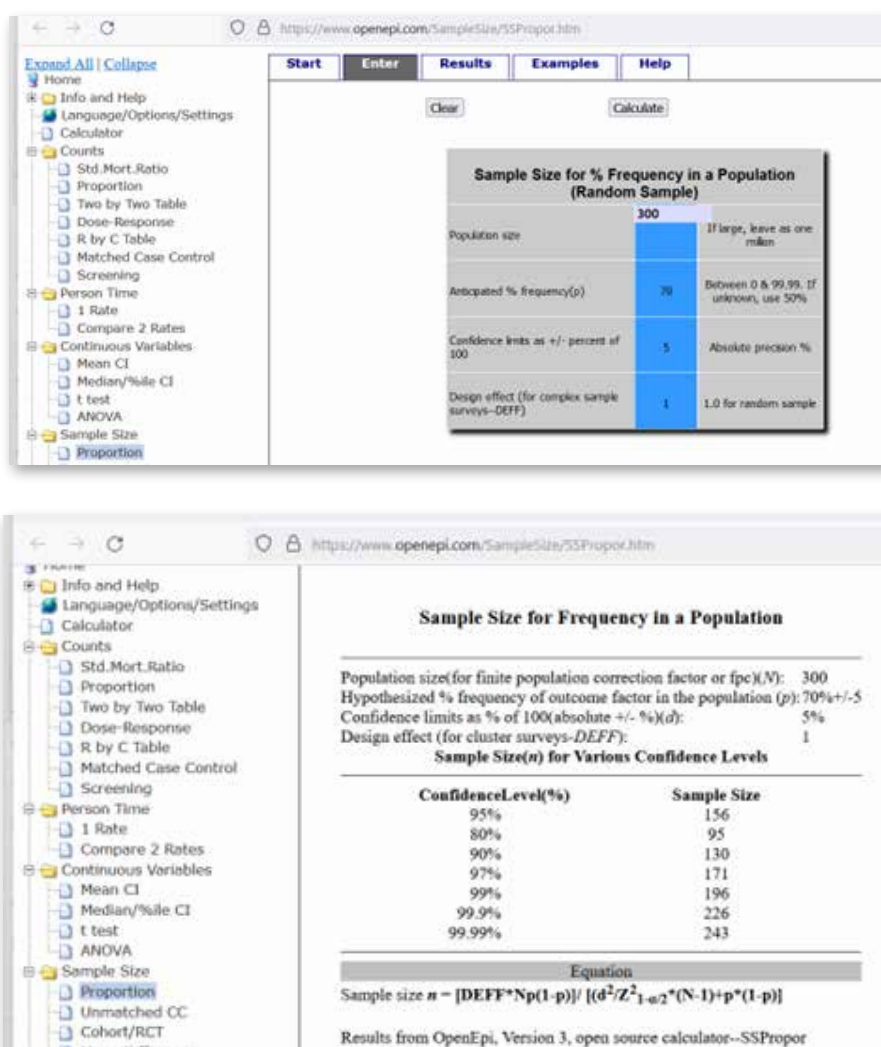


Figura 4: Print-screen i rezultatit nga website i Epi Info për madhësinë e mostrës

¹⁸ Dy website ku mund të përlogaritet madhësia e mostrave të nevojshme janë: <https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.html> dhe <http://www.raosoft.com/samplesize.html>

II. FAZAT DHE HAPAT E NJË AUDITIMI KLINIK

Tabela 2 supozon një incidencë 50% pra që indikator i cilësisë të AK është i përmbushur në 50% të rasteve të analizuara dhe paraqet madhësinë e nevojshme të mostrës për të qenë 95% të sigurt (niveli i besueshmërisë/konfidencës) që rezultatet që do të dalin nga mostra do të lëvizin vetëm $\pm 5\%$ (niveli i saktësisë) nga rezultatet që do të dilnin nëse do të mblidheshin të dhënat nga e tërë popullata. Kjo do të thotë që ka 1 në 20 mundësi që rezultatet e marra nga mostra nuk janë përfaqësuese të gjithë popullatës.

Tabela 2: Madhësia e mostrës sipas madhësisë të popullatës e nivelit të konfidencës

Madhësia e popullatës	Madhësia e mostrës: 95% konfidencë; $\pm 5\%$
50	44
100	79
150	108
200	132
500	217
1000	278
2000	322
5000	357

(Burimi: *University Hospital Bristol, 2017*)

Duke përdorur këtë tabelë, nëse matjet e AK në mostrën e përzgjedhur tregojnë që indikator i cilësisë është i përmbushur në 56% të rasteve të analizuara, atëherë mund të jemi 95% të sigurt që nëse do të kishim bërë matjen në gjithë popullatën vlera do të ishte midis 51% dhe 61% ($\pm 5\%$ nga 56% i matur tek mostra).

Në rastin e një AK me disa standarde cilësie, atëherë për çdo standard duhet përllogaritur madhësia e mostrës të nevojshme si më lart (sidomos nëse bëhet fjalë për indikatorë të lidhur me rezultate) dhe më pas për AK në tërësi përdoret shifra më e lartë e këtyre përllogaritjeve.

2) Përzgjedhja e mostrës

Përzgjedhja e mostrës nga një popullatë mund të bëhet me metoda përfaqësuese/rastësore ose jo-përfaqësuese/ sipas mundësive.

Përzgjedhja e mostrës sipas mundësive (convenience sampling) është metoda më e thjeshtë e mundshme sepse në këtë rast përdoren rastet/pacientët që janë të disponueshëm, por kjo mostër nuk është përfaqësuese e popullatës. Për shembull mund të mbledhen të dhënat e nevojshme për AK nga pacientët e 50 vizitave të ardhshme ose pacientët e 50 vizitave më të fundit ose ata që do të vijnë për vizitë gjatë muajit të ardhshëm.

Përzgjedhja rastësore e mostrës i jep shans të barabartë çdo pacienti/rasti për t'u përzgjedhur për mostrën dhe mund të jetë e thjeshtë, sistematike ose e shtresëzuar. *Përzgjedhja rastësore e thjeshtë* bëhet duke përdorur listën e pacientëve/rasteve që përbëjnë popullatën dhe çdo pacienti/rasti në listë i vendoset një numër. Më pas nëpërmjet tabelave ose kalkulatorëve që gjenerojnë numra rastësore (Shih Shtojca B për gjenerim numrash rastësorë nëpërmjet Microsoft Excel) përzgjidhen numrat dhe pacientët/rastet përkatëse.

2	0	1	7	4	2	2	8	2	3	1	7	5	9	6	6	3	8	6	1	0	2	1	0	9	6	1	0	5	1	5	5	9	2	5	2	4	4	2	5
7	4	4	9	0	4	4	9	0	3	0	4	1	0	3	3	5	3	7	0	2	1	5	4	4	7	8	6	9	4	6	0	9	4	4	9	5	7	3	8
0	4	7	0	4	9	3	1	3	8	6	7	2	3	4	2	2	9	6	5	4	0	8	8	7	8	7	1	3	7	1	8	4	7	8	4	0	5	4	7
2	2	4	4	8	9	6	5	6	8	9	5	3	2	5	2	3	8	3	7	1	5	1	2	5	4	0	2	0	1	3	7	5	6	8	7	6	5	8	9

Tabela më lart është një shembull tablele për zgjedhje rastësore të numrave, psh mund të merren numrat njëri pas tjetrit si në rreshtin e parë në tabelë pra 2, 0,1,7, etj ose sipas dy kolonave të para pra numrat 20, 74, 04, 22 dhe pacientët/rastet që kanë këto numra do të përzgjidhen për mostrën e AK. Kjo metodë e përzgjedhjes rastësore është e vështirë në rastin e mostrave të mëdha. Në këtë rast është më e përshtatshme *përzgjedhja rastësore sistematike ose me intervale* ku nga lista e pacientëve/rasteve të popullatës përzgjidhen për mostrën çdo pacient/rast i 5^{të}, 10^{të} apo i 20^{të} në listë. Në këtë rast duhet treguar kujdes nëse lista është e organizuar në rend alfabetik ose sipas adresave sepse krijohet devijim (bias) në përzgjedhje. Gjithashtu numërimi nuk fillon nga numri 1 në listë por nga një numër i përzgjedhur në mënyrë rastësore. Psh nëse popullata është 1000 e mostra duhet të jetë 278 atëherë raporti është afërsisht 1 me 4 kështu që mund të zgjidhen 1 në çdo 4 pacientë në listën totale të pacientëve/rasteve. Përzgjedhja e pacientit të parë nuk fillon nga numri 1 në listë po nga një numër fillimi rastësor midis 1 e 4 (hidhet një short për të zgjedhur pikën e fillimit midis numrave 1,2,3,4).

Përzgjedhje rastësore e shtresëzuar përdoret në rastet kur për temën e AK nevojiten llogaritje për shtresa popullore sipas një karakteristike psh moshë, gjinia, diagnoza e një sëmundje, apo zona e banimit. Për shembull, nëse popullata e AK prej 500 pacientesh përbëhet nga 75% femra e 25% meshkuj, nëse do të merrej një mostër e thjeshtë rastësore prej 275 pacientësh ka rrezik që të përzgjidhen më tepër femra, ndërkohë që për çështjen e AK mund të ketë rëndësi edhe përfshirja e mjaftueshme e meshkujve.

II. FAZAT DHE HAPAT E NJË AUDITIMI KLINIK

Kështu që për të mënjeluar këtë devijim (bias) të mundshëm në përzgjedhjen e mostrës, popullata prej 500 pacientësh duhet ndarë 3:1 pra 375 femra dhe 125 meshkuj. Për mostrën duhen 217 pacientë që do të ndahen në raport 3:1 në 163 femra e 74 meshkuj. Për të bërë përzgjedhjen rastësore ndahen veçantë lista e femrave dhe meshkujve dhe përzgjidhen rastësisht 74 meshkuj nga 125 në total dhe 163 femra nga 375 në total.

Metoda e përdorur për përzgjedhjen e mostrës të AK mund të vendoset sipas skemës të mëposhtme (Figura 5):

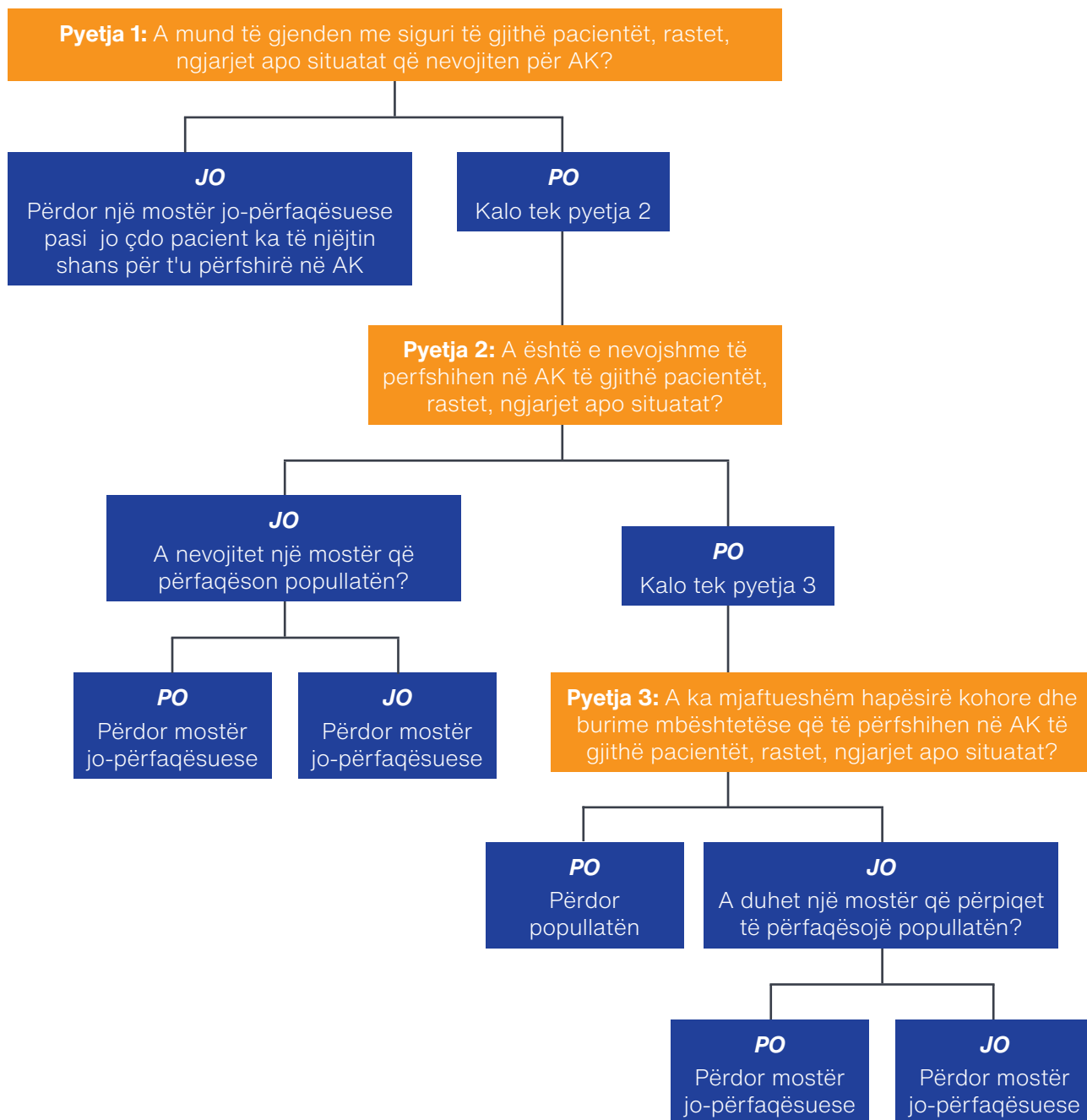


Figura 5: Një skemë për metodën e përzgjedhjes të mostrës për një auditim klinik

(Burimi: *Healthcare Quality Improvement Partnership. (2016) Guide to ensuring data quality in clinical audits.*)

Për studime kërkimore-shkencore ka shumë rëndësi që mostra e përzgjedhur të jetë sa më përfaqësuese e popullatës pasi këto studime kanë më tepër vlerë nëse gjetjet e tyre mund të zbatohen në popullata të tjera më të mëdha. Por AK parashtrohet pyetjen "Çfarë po ndodh këtu në këtë shërbim e çfarë mund të përmirësohet këtu e jo në një shërbim tjetër?" dhe gjetjet duhen të dalin nga një mostër që ka madhësi të mjaftueshme për të siguruar vërtetësinë/validitetin dhe besueshmërinë e gjetjeve që do të krijojnë bindjen e nevojës për ndryshime për përmirësim cilësie në atë shërbim e institucion.

Kohëzgjatja e mbledhjes të të dhënave

Intervali kohor për mbledhjen e të dhënave varet nga madhësia e popullatës/mostrës përfaqësuese, kriteret e përfshirjes/përfshirimit dhe data që është dakortësuar për përfundimin e AK. Në rastin e mbledhjes retrospektive të të dhënave nga burime të dhënash në letër mund të dalin probleme të paparashikueshme që vonojnë fazën e mbledhjes të të dhënave dhe këto duhen konsideruar që në fazën e planifikimit.

Për të mënjeluar probleme të ndryshme me vonesat në mbledhjen e të dhënave vlejnë tre këshillat e mëposhtme:

1. Duhet bërë një matje e kohë që nevojitet për të kërkuar e nxjerrë të dhënat e nevojshme për AK nga 5-10 kartela dhe në bazë të kësaj kohe dhe numrit të personave në dispozicion për mbledhjen e të dhënave përllogaritet afërsisht koha e nevojshme.
2. Duhet marrë në konsideratë edhe sa kohë kanë në dispozicion mbledhësit e të dhënave (sa orë në ditë) pasi shpesh ata do të jenë të përfshirë edhe në punë të tjera.
3. Duhet konsideruar edhe koha që duhet për të nxjerrë/marrë kartelat/dokumentacionin e për t'i kthyer në vend si dhe rastet që kartelat mund të mos jenë përkohësisht të disponueshme.

Gjithashtu për mbledhjen e të dhënave vlejnë këto tre parime të përgjithshme:

- Të mos bëhet në periudhë pushimesh (verore/fundviti)
- Të bëhet duke konsideruar ngarkesën normale të punës
- Të kihet një plan rezervë në rast ndërprerje/problemesh të paparashikueshme

Mbledhësit e të dhënave

Mbledhja e të dhënave bëhet nga një ose disa persona në varësi të temës të AK. Duhet të ketë një dakortësi mes mbledhësve të të dhënave në lidhje me terminologjinë e përdoruar dhe për çdo element të të dhënave të mbledhura. Gjithashtu ata duhet të kenë mundësi të kontaktojnë dikë në rast pyetjesh e paqartësish. Është e këshillueshme

që të gjithë ata që do të merren me mbledhjen e të dhënave të kenë një takim/mbledhje ku t'iu shpjegohet procesi i mbledhjes të të dhënave, formulari që do të përdoret dhe të konsiderohen pyetje e paqartësi të mundshme. Gjithashtu duhet bërë edhe një demonstrim i plotësimit të një formulari si shembull hap pas hapi. Konsistenca/Përputhshmëria në mbledhjen e të dhënave kur bëhet nga persona të ndryshëm është shumë e rëndësishme për të siguruar saktësinë dhe besueshmërinë e të dhënave të mbledhura.

Cilësia e mbledhjes të të dhënave

Kjo sigurohet nëpërmjet një (1) orientimi e sqarimi të qartë të mbledhësve të të dhënave në lidhje me elementët e të dhënave që do të mbledhen, kohën dhe mënyrën e mbledhjes dhe (2) kontrolleve periodike të të dhënave të marra për të parë nëse ka gabime në marrjen dhe regjistrimin e tyre.

Disa gabime në mbledhjen e të dhënave në AK mund të jenë në lidhje me përzgjedhjen e gabuar të rasteve ose përdorimin e pasaktë të kodeve të diagnozave.

- *Përzgjedhja e gabuar e rasteve:* Për një AK mbi insultin cerebral u morën kartelat nga pacientet e koduar me këtë diagnozë dhe u zgjodhën 40 kartelat e para, analiza e të cilave tregoi një vdekshmëri të lartë. Nga shqyrtimi i thelluar i këtyre kartelave/rasteve u pa që kartelat më lehtësisht gjindshme ishin ato të pacientëve që kishin ndërruar jetë pasi kartelat e pacientëve të tjerë të koduar me këtë diagnozë nuk ishin të disponueshme pasi ishin në qarkullim në vizita ambulatorie apo pavione të tjera. Kështu që procesi i seleksionimit të kartelave krijoi një mostër jo-përfaqësuese të popullatës (faktor devijues/bias).
- *Probleme me kodet e diagnozave:* Për një AK në një spital u mbledhën të dhëna nga pacientë të koduar për diabet mellitus, por nga kontrolli i të dhënave doli që në mes të tyre kishte edhe pacientë me diabet insipidus.

Pilotimi i mbledhjes të të dhënave

Para se të fillohet mbledhja e të dhënave nga e tërë popullata ose mostra është e këshillueshme një pilotim/testim në rreth 10% të popullatës/mostrës. Pilotimi i AK është i rëndësishëm pasi mund të identifikojë paraprakisht probleme me formularin/instrumentin e mbledhjes të të dhënave (psh vështirësi me kuptimin e fjalëve ose me regjistrimin e të dhënave) ose me aspekte të tjera të procedurës të planifikuar për mbledhjen e të dhënave për AK.

HAPI 2: ANALIZA E TË DHËNAVE

Analiza e të dhënave ka qëllim që të dhënat e mbledhura t'i konvertojë në informacion të dobishëm për të identifikuar nivelin e përputhjes të performances aktuale me standardet e cilësisë të caktuara në AK.

Përgatitja e të dhënave

Formularët e mbledhjes të të dhënave duhen mbledhur të gjithë në një vend të sigurt dhe të transferohen ose në një fletë përmbledhëse në letër ose elektronike (psh një fletë pune e Microsoft Excel). Pavarësisht nëse përdoret një transferim i të dhënave në formë elektronike apo manuale, të dhënat e mbledhura duhet të jenë të gjitha në një vend, lehtësisht të aksesueshme dhe në formë të gatshme për t'u analizuar. Në rastin e mbledhjes të të dhënave nga kartela elektronike duhet bërë anonimizimi i të dhënave duke përdorur numër identifikimi (jo emër e mbiemër) dhe duhen vendosur fjalëkalime për mbrojtjen e të dhënave të mbledhura e depozituara elektronikisht.

Organizimi i të dhënave

Të dhënat duhen organizuar në mënyrë të tillë që të lehtësohet analiza e tyre psh duke i ndarë në kategori të ndryshme si psh në grupe me vlera tensioni arterial të ndryshme, ose me kohëzgjatje të ndryshme procedurash, etj.

Kodimi i të dhënave të regjistruara

Për këtë është e nevojshme një skemë kodimi ku është dakortësuar kodimi i të dhënave të ndryshme për shembull seksi femër do të kodohet 1 e seksi mashkull do të kodohet 2, ose në rastin e një pyetje me dy opsione për përgjigje 'Po' dhe 'Jo', përgjigja 'Po' do të kodohet me 1 e përgjigja 'Jo' do të kodohet me 2. Skema e kodimit duhet të përcaktojë edhe si do të kodohen të dhënat që mungojnë ose që nuk janë të disponueshme. Psh numri 9 është një kod universal për raste kur mungon një e dhënë.

Interpretimi i të dhënave

Në këtë fazë kërkohet për tendenca të caktuara në kompleksin e të dhënave të regjistruara. Së pari, duhet bërë një kontroll për të dhëna që mungojnë ose që duken të pazakonta pasi mund të kenë ndodhur gabime në mbledhjen dhe transferimin e të dhënave. Në këtë rast mund të jetë e nevojshme shqyrtimi i formularëve origjinalë të mbledhjes të të dhënave ose edhe i vetë kartelave apo dokumentacionit të përdorur si burim të dhënash.

II. FAZAT DHE HAPAT E NJË AUDITIMI KLINIK

Analizimi i të dhënave kërkon përgjigje për pyetjet e parashtruara nga objektivat e AK për të gjetur fusha ku performanca është e mirë e fusha që kanë nevojë për përmirësim. Për këtë është e nevojshme kryerja e disa përlllogaritjeve për të pasur rezultate mbi të cilat do të nxirren përfundime/konkluzione.

Për shumicën e AK nuk është e nevojshme dhe as e përshtatshme kryerja e analizave statistikore të komplikuar. Një program me tabela e formula si Microsoft Excel mund të një mjet ndihmës i mjaftueshëm për analizimin e të dhënave dhe mundëson kryerjen e përlllogaritjeve të thjeshta dhe paraqitjen e tyre në tabela ose grafikë.

Një nga elementët thelbësorë të AK është krahasimi i performancës me standardet dhe matja e nivelit të përputhshmërisë të tyre. Për këtë nevojitet një përlllogaritje e thjeshtë përqindjeje si një raport mes numrit total të rasteve që kanë përmbushur indikatorin përmbi numrin total të rasteve për të cilat vlen indikator i AK i shumëzuar me 100.

$$\frac{\text{Numri i pacientëve që përmbushin indikatorin}}{\text{Numri i pacientëve për të cilët vlen indikator} - \text{Numri i pacientëve që janë raste të përjashtueshme}} \times 100$$

Për të llogaritur numrin total të rasteve për të cilat vlen indikator i AK duhen konsideruar dhe raste të përjashtuara sipas dakortësimit në planin e AK.

Psh në një AK për sindromën e zorrës të irritueshme standardi i AK është përqindja e pacientëve me sindromën e zorrës të irritueshme që janë këshilluar për ta përshtatur dozën e laksativëve ose anti-diarreikëve në varësi të përgjigjes klinike.

Kriter përfshirje: Pacientë të rritur (mbi 18 vjeç) që paraqiten në kujdes parësor me simptoma që sugjerojnë diagnozën e një sindromë zorre të irritueshme.

Kriter përjashtimi: Pacientë të rritur që kanë çrregullime të tjera gastro-intestinale si psh dispepsi, celiaki apo sëmundje inflamatore të zorrëve.

Përjashtim i dakortësuar: Pacientë me sindromën e zorrës të irritueshme që nuk përdorin laksativë ose anti-diarreikë.

Dy shembujt e mëposhtëm¹⁹ demonstrojnë rëndësinë e përcaktimit të qartë të emëruesit dhe rasteve të përjashtueshme.

SHEMBULLI 1

- Madhësia e mostrës: 50 pacientë
- Indikatorët e auditimit: Të gjithë pacientët duhet të kenë një vizitë pre-operatore
- Pyetja: A pati pacienti/ja një vizitë pre-operatore?
- Rezultatet: Po = 32 dhe Jo = 18

Një mënyrë e mirë për t'i paraqitur këto të dhëna është:

- Të gjithë pacientët duhet të kenë një vizitë pre-operatore n=50
- Po = 32 (64%)
- Jo = 18 (36%)

'n=50' tregon se sa pacientë ishin pjesë e mostrës së auditimit dhe përdoret për të përlogaritur përqindjet, pra $32/50 = 64\%$ e rasteve kanë përmbushur indikatorin e cilësisë për auditimin.

SHEMBULLI 2

- Indikator i auditimit: Të gjithë pacientët duhet të kenë një vizitë pre-operatore
- Raste përjashtimi: Operacione urgjente
- Rezultatet: Po = 32, Jo = 5 dhe Përjashtuar (urgjencë) = 13

$$\frac{32}{50 - 13} = \frac{32}{37} \times 100$$

- 32 pacientë kanë pasur një vizitë pre-operatore
- 18 nuk kanë pasur, por 13 prej tyre ishin urgjenca (raste përjashtimi)
- **Si rrjedhojë 32/37 (86%) përmbushën indikatorin e auditimit**
- Diferenca midis 64% në shembullin e parë, ku nuk u morën parasysh përjashtimet dhe 86% në këtë shembull është aq e madhe sa të ketë ndikim mbi vlerësimin e përmbushjes së standardit të AK, kështu që është shumë e rëndësishme të mbahen parasysh rastet e përjashtimeve!

Përveç llogaritjes të përqindjeve për indikatorët e AK, mund të përdoren edhe disa analiza statistikore deskriptive/përshkruese për të përshkruar karakteristikat numerike të të dhënave të AK si psh mesatarja, moda, mesorja dhe masa të shpërndarjes si për shembull devijimi standard dhe diapazoni (vlera maksimale e minimale). (Shih Shtojca C me informacion për statistika të thjeshta deskriptive/përshkruese).

¹⁹ Burimi: University Hospital Bristol, 2017.

Duhet pasur parasysh që ndonëse këto llogaritje janë ndihmëse, qëllimi i AK nuk janë numrat e përqindjet, por përmirësimi i cilësisë, prandaj forcat duhen përqëndruar në këtë drejtim dhe jo në kryerjen e analizave statistikore të ndërlikuara. AK vlerëson si është performanca aktuale në krahasim me standardin e vënë dhe çfarë e si duhet ndryshuar në mënyrë që të përmirësohet cilësia e shërbimeve shëndetësore të ofruara.

HAPI 3: PARAQITJA E GJETJEVE

Të dhënat e mbledhura duhet të çojnë në arritjen e përfundimeve/konkluzioneve e për këtë arsye nevojitet një paraqitje e tyre në mënyrë të thjeshtë e përmbledhëse që mundëson nxjerrjen e përfundimeve.

Qëllimi i paraqitjes të gjetjeve të AK është shtimi i impaktit të AK tek dëgjuesit/audienca me qëllim krijimin e diskutimit dhe nxitjen e mbështetjen e planifikimit të veprimeve që duhen ndërmarrë më tej. Ky nuk është fundi i AK, por fillimi i pjese të dytë të ciklit të AK ku do të vendoset për ndryshimet e nevojshme që duhen zbatuar e vlerësuar me ri-auditimin.

Paraqitja e gjetjeve të AK mund të bëhet:

1. verbale në mbledhje të ndryshme
2. vizuale psh me postera ose me paraqitje tabelash e grafikësh (duke përdorur Microsoft Powerpoint)
3. me shkrim nëpërmjet raporteve për autoritetet e interesuara/përkatëse (Shih Raportimi i AK)

Për të vendosur mbi mënyrën më të mirë të paraqitjes të gjetjeve të AK duhen konsideruar (1) çfarë lloj informacioni do të paraqitet, (2) kush është audienca e (3) çfarë mund ta vështirësojë kuptimin e informacionit nga audienca. Gjatë paraqitjes të gjetjeve të AK duhet mënjanuar përdorimi i fjalëve të ndërlikuara apo zhargoneve mjekësore. Mënyra më e mirë e komunikimit të gjetjeve të AK është shfaqja paralelisht e standardeve të cilësisë të synuara dhe nivelit të performancës të arritur për secilin prej tyre. Përdorimi i tabelave dhe grafikëve është ndihmës pasi kuptimi e interpretimi i informacioneve mund të jetë i vështirë vetëm nëpërmjet dëgjimit të shifrave. Tabelat janë një mjet vizual ndihmës, por shpesh mund të jenë të mbingarkuara me shifra, ndërsa grafikët e paraqesin më qartë krahasimin mes performancës aktuale dhe standardeve të cilësisë të AK. Për çdo prezantim duhet gjetur një rrugë e mesme mes tabelave dhe grafikëve duke menjanuar gjithnjë mbingarkesën dhe duke synuar qartësinë dhe thjeshtësinë e prezantimit (Shih Shtojca D mbi llojet e grafikëve).

Gjatë përgatitjes të prezantimit për paraqitjen e gjetjeve të AK duhet pasur kujdes që prezantimi të mos jetë i mbingarkuar me tekst dhe të mos përdoren shkronja të vogla. Çdo faqe (slide) e prezantimit duhet të përmbajë vetëm pikat kyçe e jo tekst të gjatë të transferuar nga një dokument tjetër. Për orientim mund të jetë ndihmës rregulli 1-6-6 që do të thotë jo më tepër se 1 ide kryesore në një faqe prezantuese, e paraqitur në jo më tepër se 6 rreshta dhe me jo më tepër se 6 fjalë në një rresht. Rëndësi madhore ka që mesazhi të jetë i shprehur qartë dhe të jetë i përmbledhur/konçiz.

Përvec se në rastet kur gjetjet e AK paraqiten për diskutim me ekipin klinik, të gjitha të dhënat e paraqitura në raportimin e AK duhen anonimizuar (si të dhënat identifikuese në lidhje me pacientët/përdoruesit ashtu edhe të dhënat identifikuese në lidhje me ofruesit e shërbimeve shëndetësore).

HAPI 4: NXJERRJA E PËRFUNDIMEVE

Pas llogaritjeve të rezultateve dhe analizës të tyre përkundër standardeve të AK, duhen identifikuar arsyet për mosarritjen e standardeve (në rastin kur nuk janë arritur). Shpeshherë AK përfundojnë në këtë fazë, ku pas matjes të performancës bëhet thjesht një evidentim i përputhjes apo mospërputhjes të performancës aktuale të punës klinike me standardin e cilësisë të AK dhe i kërkohet shërbimit/institucionit që të marrë masat e nevojshme për të ngritur nivelin e performancës aktuale duke vënë edhe një afat kohor për këtë dhe duke përmendur disa masa të përgjithshme që duhen zbatuar.

Për shkak se AK është një mjet përmirësimi cilësie e jo thjesht një mjet kontrolli e matje, përfundimi i AK në këtë nivel e bën të pavlefshëm tërë procesin e AK. Nxjerrja e përfundimeve/konkluzioneve duhet bërë në një diskutim me grupin e punës të AK dhe/ose personelin e shërbimit (apo përfaqësues të tyre) për të kuptuar arsyet e mospërmbushjes të standardeve duke analizuar të dhënat si dhe rastet specifike ku nuk janë përmbushur standardet. Në mënyrë që të gjenden zgjidhje të përshtatshme e efektive (1) duhet bërë një analizë e rrënjëve të problemit për të identifikuar shkaqet e mundshme, (2) duhen diskutuar e dakortësuar ndërhyrjet/ndryshimet e nevojshme dhe (3) duhet hartuar një plan për zbatimin e tyre (Shih Faza 3: Identifikimi e zbatimi i rekomandimeve për përmirësim).

FAZA 3: IDENTIFIKIMI E ZBATIMI I REKOMANDIMEVE PËR PËRMIRËSIM

**Pse nuk e kemi arritur standardin e cilësisë?
Si mund të përmirësojmë punën që bëjmë?**

Thelbi i AK nuk është matja e performancës klinike për të parë nëse janë përmbushur standardet e cilësisë, por identifikimi i nevojave për përmirësim dhe ndryshimi drejt një përmirësimi të vazhdueshëm. Identifikimi i ndryshimeve të nevojshme për përmirësimin e cilësisë dhe zbatimi i tyre është një fazë thelbësore në çdo AK dhe duhet menaxhuar në mënyre sistematike. Ndryshimi nuk është i lehtë, por është i mundur.

HAPI 1: IDENTIFIKIMI I NDRYSHIMEVE TË NEVOJSHME

Të dhënat e AK janë mbledhur, përpunuar e analizuar dhe janë gati për t'u paraqitur e diskutuar në një mbledhje me personelin klinik e menaxherial të shërbimit. Qëllimi i kësaj mbledhje nuk është vetëm njohja me gjetjet e matjes të performancës dhe vënia në dukje e nevojës për ndryshim, por fillimi i diskutimit e reflektimit se çfarë duhet ndryshuar e në çfarë mënyre duhet bërë për të arritur nivele më të larta cilësie.

Pas paraqitjes të gjetjeve të AK duhet diskutuar mbi shkaqet e mundshme për këto gjetje (nëse tregojnë që nuk është përmbushur standardi i cilësisë) dhe duhet bërë një analizë e rrënjëve të problemit në mënyrë që të gjenden zgjidhje të përshtatshme e efektive. Për këtë analizë mund të përdoren disa metoda si më poshtë:

a) Hartëzimi i procesit përdoret për të ndërtuar një "hartë" të një procesi të caktuar psh hapat që kalon pacienti në një proces të caktuar diagnostik ose terapeutik në institucionin/shërbimin ku nevojitet përmirësim në bazë të gjetjeve të auditimit. Duke e shqyrtuar këtë hartë të procesit mund të identifikohen e qartësohen rolet e profesionistëve të ndryshëm, të menjanohen vonesa apo dyfishime pune dhe të eliminohen hapat e panevojshëm. Për shembull nëse AK ka identifikuar që pacientët i marrin me vonesë rezultatet e analizave të gjakut, atëherë nëpërmjet hartëzimit të procesit për marrjen e rezultateve të analizave (diagrama e gjithë hapave të procesit) mund të identifikohen rrënjët e problemit dhe nëse ka hallka që duhen eliminuar ose riorganizuar në mënyrë që procesi i raportimit të rezultatit të analizave të pacienti të jetë më eficient. Për ndërtimin e hartës të procesit përdoren forma të ndryshme për të vizualizuar hapat e procesit: rrathë për hapin e fillimit e mbarimit, drejtkëndësja për hapat ndërmjetës, shigjeta për të treguar drejtimin e procesit dhe rombi për të treguar hallka të procesit ku mund të bëhen disa zgjedhje në drejtime të ndryshme (Figura 6). Harta e procesit duhet të bëhet e thjeshtë (jo më tepër se 5-10 hapa) dhe duhet të paraqesë si ndodh procesi aktualisht e jo si duhet të ndodhë.

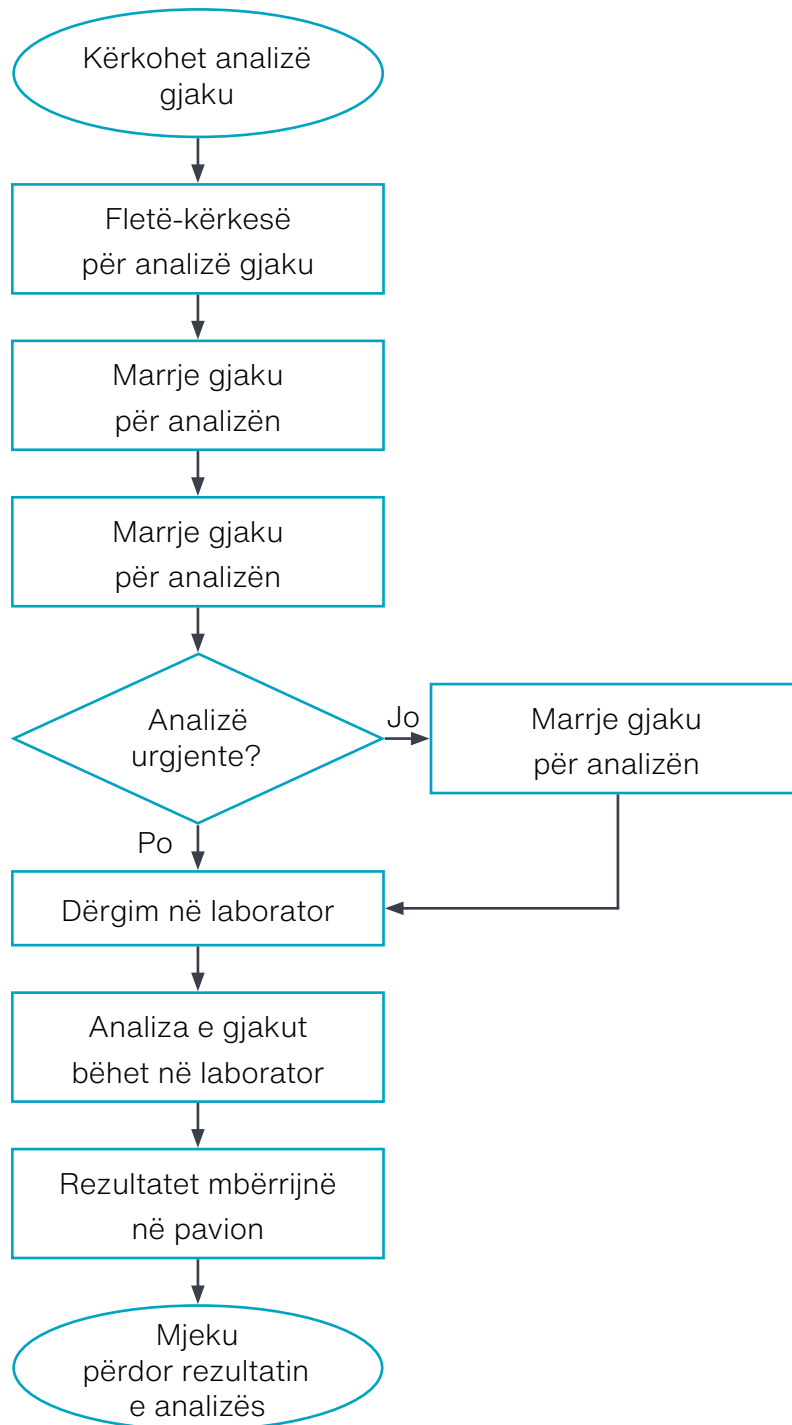


Figura 6: Një shembull i thjeshtë hartëzimi i procesit të bërjes të analizave në pavion

b) "Pesë pyetjet Pse" (Gërmimi me pyetjen "Pse?")²⁰ nënkupton bërjen e përsëritur të pyetjes "Pse" për të gërmuar në brendësi të çështjes problematike çka mund të çojë në gjetjen e rrënjës të problemit. Pyetja "Pse" mund të duhet bërë më shumë

²⁰ Metoda është zhvilluar nga Sakichi Toyoda dhe përdorur nga korporata Toyota Motor gjatë zhvillimit të metodologjive të tyre të prodhimit.

ose më pak se 5 herë po ideja është gjurmimi me pyetje deri në identifikimin e rrënjës të problemit që mund të qartësojë edhe diagramën shkak-efekt (shih më poshtë). Pas përgjigjes për pyetjen e parë "Pse" bëhet një pyetje tjetër "Pse" e kështu me rradhë, pra çdo përgjigje pasohet me një pyetje tjetër "Pse". Duhet pasur kujdes për të shmangur ngjyrimin gjykues në bërjen e pyetjeve "Pse". Për shembull në vend që të pyetet "Pse i dha *infirmierja* pacientit medikamentin e gabuar?" duhet pyetur "Pse iu dha pacientit medikamenti i gabuar?". Qëllimi me gjurmimin me pyetjet "Pse" nuk është gjetja e fajtorit, por gjetja e rrënjës të mundshme të problemit për të gjetur mënyrën më të mirë të mundshme për ta ndryshuar e sjellë përmirësim. Gjithashtu përgjigjet duhet të jenë të mbështetura në fakte pra çfarë ka ndodhur e jo çfarë duhet të kishte ndodhur.

c) Diagrama shkak-efekt (quhet ndryshe edhe **diagrama e skeletit të peshkut** për shkak të ngjashmërisë të diagramës me skeletin e një peshku)²¹ është një mjet grafik për të eksploruar dhe vizualizuar shkaqet e mundshme të problemeve. Kjo metodë përdoret në një takim diskutimi me hedhje e rrahje idesh dhe ndihmon për t'i organizuar idetë në kategori të ndryshme. Problemi vendoset të koka e peshkut dhe te halat e peshkut vendosen kategoritë madhore të shkaqeve të mundshme si psh personeli, procedura, materiale, mjete, mjedisi. Për të identifikuar këto kategori duhet menduar procesi hap pas hapi. Më pas për të identifikuar shkaqe të mundshme nën çdo kategori bëhen pyetje të përsëritura "Pse ndodh kjo?" për çdo shkak të identifikuar. Përgjigjet me shkaqe e nën-shkaqe vendosen në nivele të tjera halash të peshkut. Është e rëndësishme të bëhen pyetjet "Pse" deri në një nivel të dobishëm detajor nga ku mund të zhvillohet më pas një zgjidhje e përshtatshme. Figura 7 paraqet një shembull diame shkak-efekt në lidhje me një AK mbi kryerjen e vizitave të kontrollit për pacientët me astma në një qendër shëndetësore.

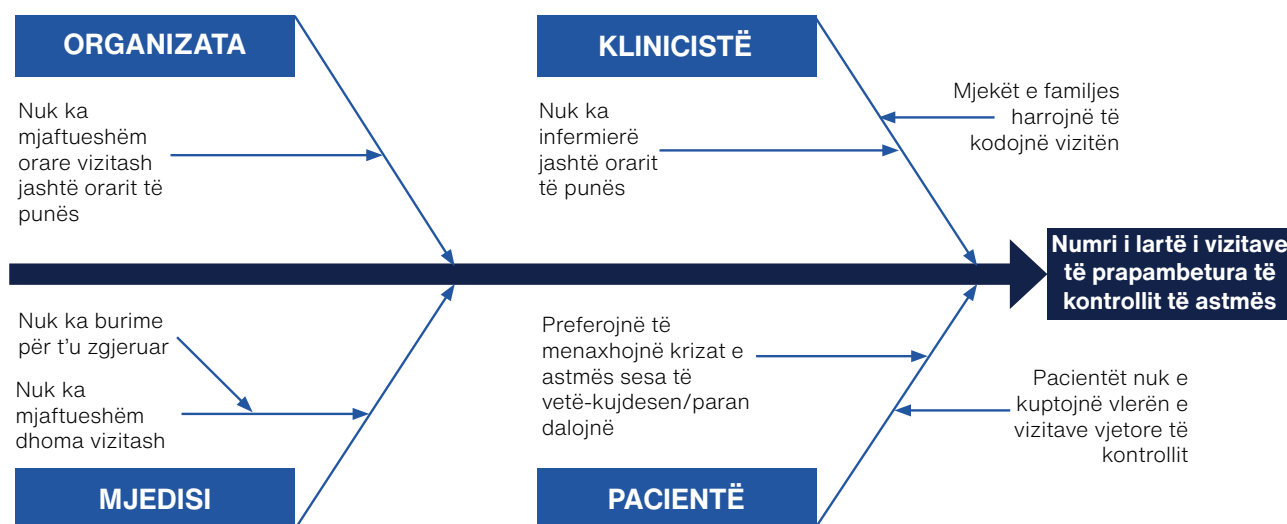


Figura 7: Shembull i një diame shkak-efekt në formë skeleti peshku
(Burimi: Taylor & Bircher, 2021. RCGP Quick Guide: Fishbone Diagram)

²¹ Teknika është zhvilluar nga Dr. Karou Ishikawa një staticien japonez dhe fillimisht është përdorur në kontekstin industrial.

Në këtë mënyrë pasi janë identifikuar e analizuar arsyet për mospërbushjen e indikatorëve specifike të performancës, mund të kalohet tek diskutimi i ndryshimeve të mundshme për përmirësim.

Ndryshimet e nevojshme mund të jenë të shumëllojshme si për shembull:

- protokolle të reja ose të përditësuara
- trajnim personeli
- ndryshime në organizimin e punës të personelit
- ndryshime në listat e procedurave
- ndryshim në sistemin e referimit/rekomandimit në shërbime të tjera
- ndryshim në procesin e kërkesës për teste diagnostike
- ndryshim në mënyrën e shkrimit të recetave

Të gjitha opsionet për ndryshim duhen marrë në konsideratë, peshuar e diskutuar dhe duhet arritur në një dakortësi se çfarë ndryshimesh do të ndërmerren. Nuk është e nevojshme të ndërmerren një listë ndryshimesh pasi shpesh shumë ndryshime nuk janë efektive dhe të mundshme për zbatim. Prandaj duhen përzgjedhur ato ndryshime të propozuara që kanë më tepër mundësi për zbatim në kontekstin lokal dhe brenda afateve kohore të ciklit të AK. Këtu vlen shprehja "*Më mirë pak e saktë*".

Ndryshimet duhen konsideruar si një detyrë për të gjithë personelin sepse vetëm në këtë mënyrë ka më tepër gjasa për ndryshime të efektshme. Të gjithë pjesëtarët e personelit të shërbimit duhet të kenë mundësi të shprehin mendimet e reflektimet e tyre dhe të ndihen të përfshirë e të vlerësuar. Një person që është i mirëinformuar dhe ndihet i përfshirë në një proces ndryshimi ka më tepër mundësi të jetë i/e përkushtuar për ta zbatuar atë ndryshim. Në këtë fazë të rëndësishme të AK nevojiten aftësi të mira komunikimi, ndërmjetësimi dhe dakortësimi me pjesëtarë të ndryshëm të personelit shëndetësor.

Ndërsa diskutohen ndryshimet e mundshme dhe bëhet përzgjedhja e ndryshimeve që do të ndërmerren është e këshillueshme të bëhet një diskutim e identifikim i faktorëve të mundshëm pengues/barrierë për ndryshimet e konsideruara.

Pengesa madhore e çdo lloj ndryshimi është qëndrimi dhe mendësia fataliste që nuk mund të bëhet asgjë për të përmirësuar situatën, sidomos në kushtet e një mjedisi pune të mbingarkuar e me burime të kufizuara. Në shumë raste shërbimi është më tepër në gjendje mbijetese sesa në gjendje zhvillimi e përmirësimi. Megjithatë në çdo situatë është e mundur të ndryshohet sado pak diçka që përmirëson punën dhe rezultatet e saj. Për çdo profesionist shëndetësor është një detyrë profesionale zhvillimi e përmirësimi i vazhdueshëm jo vetëm në nivel të aftësive personale/individuale, por edhe në nivel të shërbimit/institucionit e më tej. Profesionistët e shëndetësisë duhet gjithnjë të

kenë këtë pyetje në mendje "Si mund ta bëj këtë gjë më mirë?". Jo çdo ndryshim ka domosdoshmërisht kosto financiare dhe shumë ndryshime mund të jenë të efektshme për përmirësimin e shërbimeve shëndetësore dhe mund të bëhen pa shumë investime në njerëz e kohë.

Identifikimi i pengesave të mundshme në procesin e zbatimit të ndryshimeve të nevojshme ka rëndësi pasi në këtë mënyrë mund të përzgjidhen mekanizma/aktivitete që merren me këto probleme të mundshme gjatë procesit të zbatimit të ndryshimeve për përmirësim.

Faktorët që ndikojnë në dështimin e zbatimeve të ndryshimeve/rekomandimeve për përmirësim cilësie janë:

1. Mungesa e burimeve mbështetëse (personel, financa, mjete teknike, etj)
2. Mungesa e motivimit të personelit
3. Keqmenaxhim i procesit të ndryshimit (mungesë ekspertize për analizë problemi, planifikim e zbatim ndryshimesh)
4. Komunikimi i munguar ose i pamjaftueshëm
5. Mungesa e angazhimit të drejtuesve/menaxhereve të shërbimit/institucionit
6. Probleme organizative si psh mungesë e një marrëdhënie të mirë mes personelit klinik dhe menaxherëve/drejtuesve

Këto faktorë pengues mund të menjanohen nëse:

- a) Grupi i punës të AK përfshin përfaqësues nga grupe të ndryshme të personelit të shërbimit pasi kjo shton ndjesinë e të qenit pjesë e projektit dhe shton edhe motivimin
- b) Drejtuesit që kanë autoritet për të bërë ndryshimin janë të përfshirë në AK
- c) Menaxherët janë dakort me AK dhe qëllimin e tij dhe do të vënë në dispozicion burimet e nevojshme për zbatimin e ndryshimit për përmirësim cilësie (angazhimi i tyre duhet zyrtarizuar me firmosjen prej tyre të planit të përmirësimit të cilësisë që hartohet si pjesë e AK)
- d) Ka një komunikim të hapur e të rregullt midis palëve të përfshira

HAPI 2: PLANIFIKIMI I ZBATIMIT TË NDRYSHIMEVE PËR PËRMIRËSIM (PLAN VEPRIMI PËR PËRMIRËSIMIN E CILËSISË)

Pas dakortësimit të ndryshimeve që duhen ndërmarrë së bashku me personelin duhet të hartohet një plan pune/veprimi për zbatimin e ndryshimeve të nevojshme për përmirësimin e cilësisë (Figura 8).

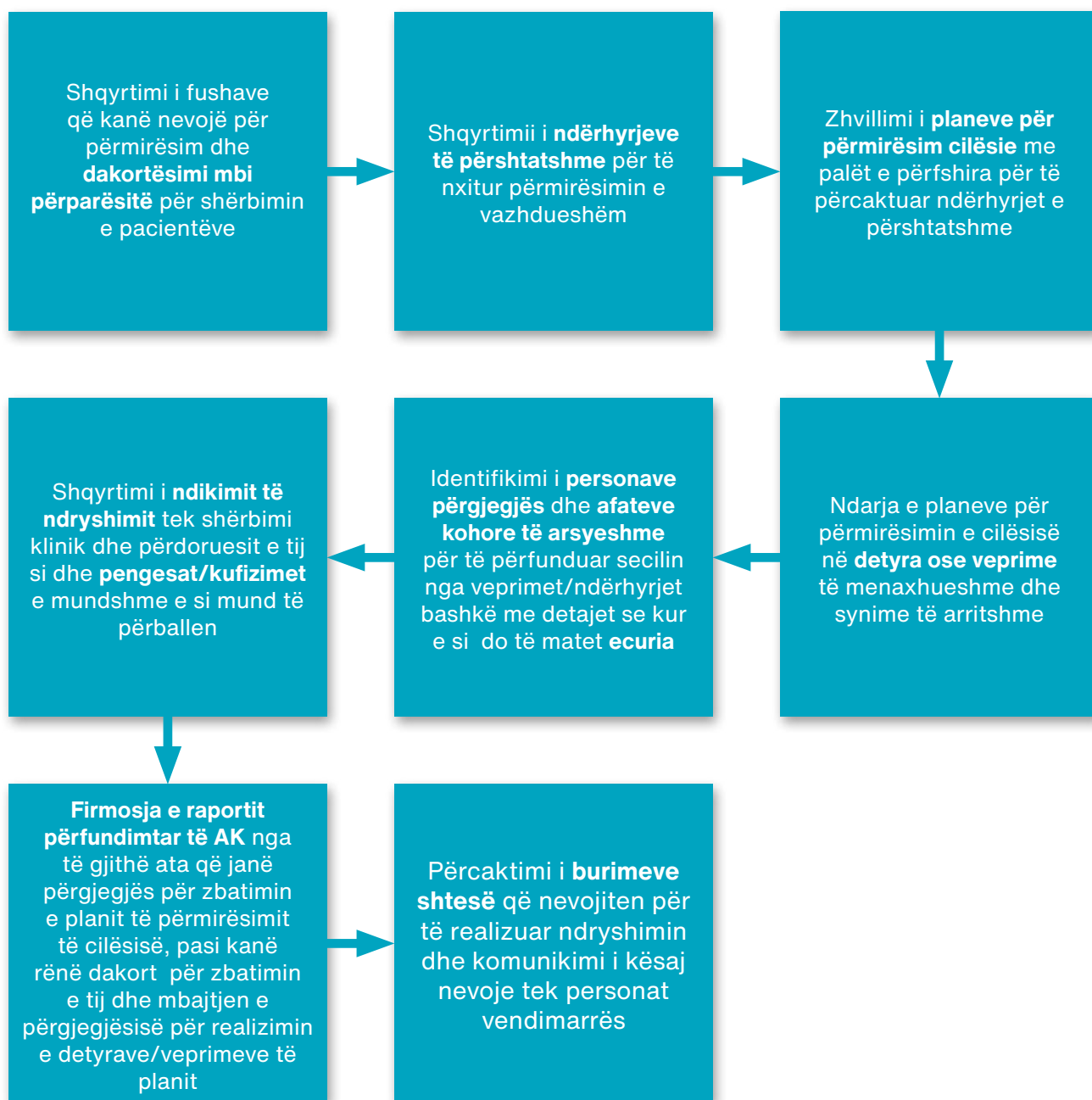


Figura 8: Hapat e hartimit të një plan veprimi për përmirësim cilësie në auditimin klinik (Burimi: *Health Service Executive, 2017. A Practical Guide to Clinical Audit*)

Plani i veprimit hartohet në mënyrë tabelare dhe duhet të përfshijë këto 5 elemente bazë:

1. Rekomandim/e për ndryshim/e

Këtu formulohen qartë ndryshimet e nevojshme që u identifikuan pas analizes të gjetjeve të AK. Këto rekomandime duhet të jenë të bazuara në konkluzionet/përfundimet e AK, të jenë të qarta e konçize dhe të kenë lidhje me veprimet që duhen kryer.

2. Veprimi/aktiviteti i nevojshëm

Këtu paraqiten aktivitetet që nevojiten për të përmbushur rekomandimet. Edhe këtu vlen parimi "Thjeshtë dhe qartë" në mënyrë që të gjithë pjesëtarët e personelit të kuptojnë qartë se çfarë pritet të bëhet.

3. Afati kohor

Afatet kohore realiste duhen dakortësuar me të gjithë personelin e shërbimit. Këto afate kohore nuk duhet të jenë aq të gjata sa pjesëtarët e personelit harrojnë se çfarë pritet të ndodhë, por edhe jo aq të shkurtra sa të mos arrihet të bëhen aktivitetet e nevojshme që mund të sjellin ndryshim, pasi në këtë rast projekti shihet si i dështuar dhe për ata që ishin entuziastë për të është një dështim ndërsa atyre që ishin skeptikë iu justifikohet skepticizmi për ndryshim.

4. Personat përgjegjës

Këtu përfshihet emri dhe pozicioni i personave të personelit të shërbimit që janë përgjegjës për mbarëvajtjen dhe kryerjen në kohë të veprimeve/aktiviteteve të planit të veprimit/punës. Asnjë veprim për ndryshim nuk duhet caktuar sikur iu takon 'të gjithëve', por për çdo veprim të dakortësuar duhen caktuar përgjegjës të paktën një e më mirë akoma dy persona.

5. Rezultatet/Produktet

Këtu përcaktohet qartë se si duhet të jetë rezultati/produkti që pritet nga zbatimi i veprimeve për ndryshim në mënyrë që të mund të monitorohet e vlerësohet sa efektiv ka qënë zbatimi i ndryshimit/meve.

Më poshtë paraqitet një shembull i thjeshtë i një plani përmirësimi cilësie në një AK mbi trajtimin e frakturave të qafës të femurit²².

Rekomandime për ndryshim	Veprime të nevojshme	Personi përgjegjës	Afati kohor	Produkti/ Rezultati	Monitorimi ²³
1.Përfshirja në protokollin e trajtimit të frakturave të qafës së femurit e indikatorit të ri të cilësisë që pacientët me frakturë të qafës së femurit duhet të transferohen brenda 2 orësh nga urgjenca në pavionin e ortopedisë.	Përditësimi i protokollit të trajtimit të frakturës së qafës së femurit duke përfshirë standartin e ri.	Dr. Femo, ortoped përgjegjës për frakturat e femurit	31.10.2022	Protokolli i trajtimit të frakturës së qafës të femurit përfshin indikatorin e ri Protokolli i përditësuar i dërgohet përgjegjëses së arkivës dhe dokumentacionit	29.10.2022 Kryer
	Zëvendësimi i protokollit të vjetër me protokollin e ri në dosjen e protokolleve klinike	Znj. Doka përgjegjëse e arkivës dhe dokumentacionit	30.11.2022	Protokolli i përditësuar është i përfshirë në dosjen e protokolleve	15.11.2022 Në pritje të firmës së Dr.Shef/ Shefi i shërbimit (është me leje deri më 07.12.2022).
2.....					

HAPI 3: ZBATIMI I NDRYSHIMEVE

Cikli PDCA (plan=planifiko, do=bëj, check=kontrollo, act=vepro) është një model për zbatimin e ndryshimeve që përdoret nga shumë institucione shëndetësore e të shëndetit publik. Nëpërmjet 4 hapave ky cikël paraqet një përqasje për të nisur një ndryshim, vlerësuar dhe përshtatur sipas nevojës për të arritur përmirësimin e cilësisë (Figura 9).

²² Marrë e përshtatur nga Healthcare Quality Improvement Partnership. (2016) *Documenting local clinical audit – a guide to reporting and recording*. London.

²³ Këtu mund të shënohet çfarë ndryshimi/veprimi ka ndodhur, nëse veprimi është kryer e kur, ose është akoma në proces kryerje ose jepen arsye pse nuk është kryer akoma e kur pritet të kryhet.

II. FAZAT DHE HAPAT E NJË AUDITIMI KLINIK

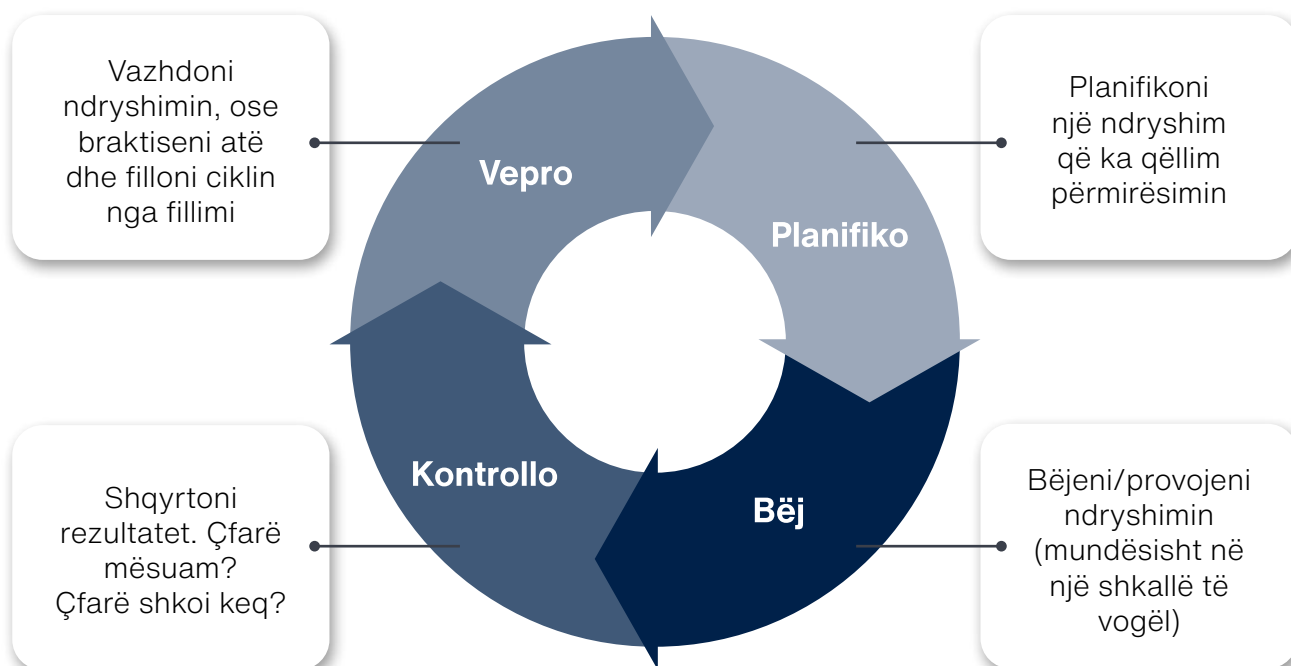


Figura 9: Cikli PDCA

(Burimi: *Panteli D. et al, 2019*)

- 1. Planifiko:** Bëhet një plan veprimi me detaje për zbatimin e ndryshimit (çfarë e si do bëhet, kush, ku e kur do e bëjë) përfshi mënyrën si do të matet ndikimi/efekti i ndryshimit të zbatuar.
- 2. Bëj:** Zbatohet ndryshimi dhe matet ndikimi/efekti i tij
- 3. Studio/Kontrolllo:** Reflektim mbi zbatimin e ndryshimit për përmirësim cilësie dhe ndikimin/efektin e tij. A solli zbatimi i ndryshimit përmirësim të matshëm? Çfarë shkoi mirë e çfarë nuk shkoi mirë? A kishte rezultate të papritshme apo faktorë që shkaktuan variabilitet?
- 4. Vepr:** Veprimet mund të jenë heqja dorë nga ndryshimi i provuar dhe gjetja e një veprimi tjetër për përmirësim, ose axhustimi i ndryshimit të provuar bazuar në vlerësimin e zbatimit të tij dhe më pas ri-testimin. Këto veprime përbëjnë fillimin e një cikli të ri PDCA.

Ky proces/cikël përsëritet deri sa të gjitha ndryshimet e propozuara janë zbatuar dhe vlerësuar, problemi është zgjidhur ose rezultati i dëshiruar është arritur. Zakonisht nevojiten disa cikle të shkurtra PDCA për ta sjellë ndryshimin e nevojshëm në formën e duhur për zbatim më të gjerë në institucionin shëndetësor. Me çdo cikël, ndryshimi rafinohet e bëhet më i përshtatshëm për zbatim të gjerë. Për shembull në ciklin e parë PDCA një infermiere mund ta zbatojë ndryshimin e rekomanduar në një pavion dhe

mësimet e nxjerra nga ky testim i vogël përdorën për ta rafinuar me tej ndryshimin e propozuar dhe për ta zbatuar nga të gjithë infermierët në pavion ose në pavione të tjera (Figura 10).

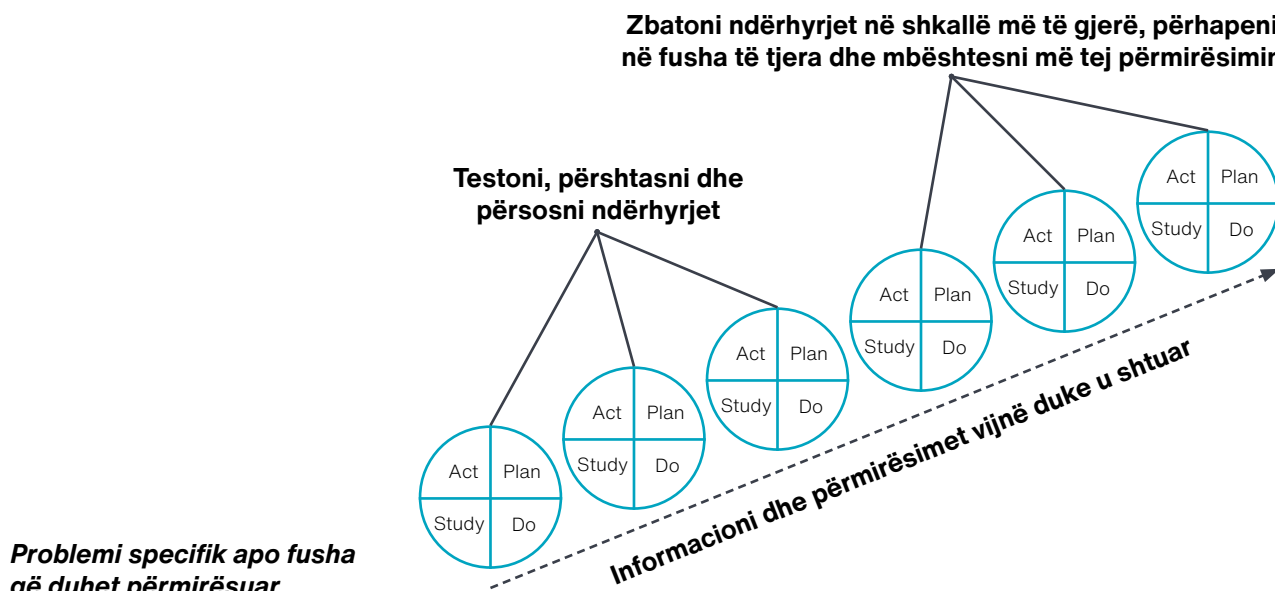


Figura 10: Efekti i cikleve të përsëritura PDCA

(Burimi: *Bowie P. et al., 2011*)

Për zbatimin e ndryshimeve të rekomanduara për përmirësim cilësie nevojiten disa njohuri në lidhje me procesin e ndryshimit dhe faktorët pengues e motivues për të. Çdo proces ndryshimi kalon nëpër këto tre faza:

1) *Braktisja e mënyrës të vjetër të punës*

Asgjë e re nuk mund të fillojë nëse nuk ka ndaluar më parë mënyra e vjetër e punës.

2) *Periudhë pasigurie e rebelimi*

Ndërkohë që ndryshohen procese pune mund të zhvillohen ndjenja pasigurie, paqartësie dhe rebelimi pasi duhen mësuar mekanizma të rinj e ndonjëherë ndodhin edhe probleme apo dështime. Ky është një reagim normal që duhet pranuar dhe trajtuar me komunikim të qartë dhe mbështetës nga drejtuesit e shërbimit dhe i tërë personeli ndërmjet tyre.

3) *Fillim i ri*

Ndërsa nisin të marrin jetë fillesat e reja, ato duhen mbështetur e festuar si arritje. Duhet mënjanuar ndërprerja e mbështetjes dhe lënia pas dore e projektit të ndryshimit ndërsa fillojnë të funksionojnë proceset e reja e ndryshimet e nevojshme.

II. FAZAT DHE HAPAT E NJË AUDITIMI KLINIK

Procesi i ndryshimit ka nevojë për monitorim të vazhdueshëm dhe nëse vihet re një ngecje e procesit atëherë duhen identifikuar problemet e nderhyrjet e nevojshme si për shembull:

1. Ristrukturim i roleve të personelit
2. Përfshirje më e dukshme e drejtuesve të shërbimit
3. Përgjigje më e shpejtë ndaj shqetësimeve të ngritura nga personeli
4. Mbështetje më e madhe me burime mbështetëse
5. Trajnime më të mira të personelit

Gjatë kësaj faze të zbatimit të ndryshimeve të planifikuara nevojite një gjithpërfshirje dhe mbështetje e vazhdueshme.

Personeli i përfshirë në procesin e zbatimit të ndryshimeve duhet të jetë i përfshirë dhe i mbështetur në mënyrë të vazhdueshme gjatë procesit të ndryshimeve për përmirësim cilësie. Duhet të caktohet një person përgjegjës për procesin e ndryshimit i cili do të jetë i gatshëm për t'u marrë me pyetje e paqartësi që dalin gjatë procesit të ndryshimit dhe që mund të ofrojë këshillat e nevojshme.

Gjithashtu është e këshillueshme që gjatë procesit të zbatimit të ndryshimeve të mbahen herë pas here takime pune të shkurtra për të ofruar një mundësi për diskutim e zgjidhje problemesh të mundshme (të krijohet mundësia që pjesëtarët e personelit të shprehin si po e përjetojnë ndryshimin, çfarë po shkon mire e çfarë mund të përmirësohet) dhe për të mbajtur të gjithë të përditësuar me ecurinë e procesit të ndryshimit.

Plani i zbatimit të ndryshimeve duhet të jetë gjithnjë i hapur për modifikime e përmirësime gjatë procesit të zbatimit, pasi sado mirë të jetë bërë planifikimi e identifikimi i pengesave e problemeve të mundshme, gati gjithnjë do të dalë një problem i ri që mund të kërkojë modifikime të vogla ose madhore të plan-veprimit për zbatimin e ndryshimeve për përmirësim cilësie. Prandaj komunikimi e bashkëpunimi i vazhdueshëm i niveleve të ndryshme të personelit të shërbimit/institucionit gjatë kësaj faze ndryshimi është një element thelbësor për ta bërë të suksesshme këtë fazë të AK.

Fakti që ndryshimet janë vënë në zbatim nuk do të thotë domosdoshmerisht që ndryshimet do të vazhdojnë të zbatohen sepse shpesh personeli i rikthehet mënyrës të vjetër të punës. Prandaj komunikimi i vazhdueshëm si me personelin klinik që po zbaton ndryshimin edhe me personelin menaxhues është shumë i rëndësishëm. Ata duhet të marrin informacion se si ndryshimet po kanë efekt pozitiv nëpërmjet një ri-auditimi ose nëse janë të vështirë për t'u anagazhuar në procesin e zbatimit e mbarëvajtjes të ndryshimeve, atëherë duhen parë mënyra se si drejtuesit dhe menaxherët mund të vënë në punë mekanizma nxitje e motivimi për ta mbështetur ndryshimin e zbatuar.

Njerëz të ndryshëm kanë stimuj të ndryshëm për ndryshim:

- a) disa binden për të bërë ndryshim nëse kanë një vizion të përbashkët si grup pune/personel;
- b) disa duan të kenë fakte e të dhëna bindëse që nevojitet ndryshim e
- c) disa do të ndryshojnë vetëm nëse ka një shpërblim ose dënim/gjobë.

Personeli klinik do të dojë të dijë se si do të ndikojnë ndryshimet e rekomanduara tek pacientët e tyre, por ka mundësi që do të jenë më të interesuar të dinë se si këto ndryshime do të ndikojnë tek ata personalisht (A do të ketë përfitime apo pasoja negative për ata personalisht në lidhje me kushtet e punës dhe shpërblimin e tyre?). Të gjitha këto mundësi duhen pasur parasysh për të identifikuar se cila prej tyre vlen në situatën specifike të shërbimit/institucionit ku po kryhet AK.

Megjithatë shumica e individëve të përfshirë në një proces ndryshimi do të binden për ta bërë ndryshimin nëse një drejtues me ndikim dhe që respektohet prej të tjerëve e mbështet ndryshimin e nevojshëm. Prandaj është e rëndësishme që të binden drejtuesit dhe personat me ndikim në shërbim/institucion për ta pranuar e mbështetur AK dhe ndryshimin/et e nevojshme/të rekomanduara në bazë të gjetjeve të AK. Kjo është sidomos e rëndësishme në situata ku pengesat kryesore për ndryshim nuk kanë të bëjnë me burime financiare e teknike, por me pengesa kulturore e mendësie të lidhura me rutinen aktuale të punës.

Për AK në tërësi, por sidomos për fazën e zbatimit të rekomandimeve për ndryshim është shumë e rëndësishme krijimi i një ambjenti pune sa më komunikues, bashkëpunues e mbështetës.

Pjesëtarët e personelit duhet të ndihen të vlerësuar dhe të përfshirë në diskutimin se si mund të zbatohen ndryshimet e nevojshme në mënyrë që ndryshimi të jetë disi më i lehtë. Gjithashtu ata duhet të kenë mbështetje me trajnime dhe pajisjen me njohuritë e aftësitë e nevojshme për zbatimin e rekomandimeve për ndryshim.

Në fund të procesit të zbatimit të ndryshimeve duhet bërë vlerësimi i rezultateve të ndryshimeve të zbatuara për të parë nëse e kanë arritur efektin e dëshiruar (shih Faza 4: Vazhdimësia e përmirësimeve dhe ri-auditimi).

FAZA 4: VAZHDIMËSIA E PËRMIRËSIMEVE DHE RI-AUDITIMI

A jemi përmirësuar? A po e bëjmë punën më mirë?

Nëse si pasojë e AK janë zbatuar ndryshime që kanë sjellë përmirësim, por këto ndryshime nuk vazhdojnë më tutje, atëherë AK nuk ka pasur vlerën e pritshme. Si mund ta dimë nëse ndryshimet për përmirësim të zbatuara në bazë të gjetjeve të matjes të performancës në AK vazhdojnë të zbatohen? Kjo bëhet duke shqyrtuar rezultatet në mënyrë periodike dhe duke bërë ndërhyrje monitoruese për të kontrolluar vazhdimësinë e ndryshimeve për përmirësim. Cikli i AK nuk është i plotë nëse nuk ndodhin matje ndjekëse pas matjes të parë të performancës për të kontrolluar nëse ndryshimet e zbatuara për përmirësim cilësie kanë dhënë rezultatin e pritshëm. Në kuadrin e rritjes të përgjegjshmërisë dhe rregullimit të profesioneve shëndetësore, *përmirësimi i cilësisë është një proces i vazhdueshëm dhe jo vetëm i përkohshëm*. Kjo është një pritshmëri e publikut që përfiton nga shërbimet shëndetësore si dhe një kërkesë e institucioneve rregullatore shëndetësore. Mbledhjet e të dhënave për të konfirmuar që ndryshimet e nevojshme janë zbatuar e po japin rezultat janë karakteristike e domosdoshme dhe jo thjesht e dëshirueshme e AK.

Çdo përqasje për të sjelle ndryshime në punën e përditshme të profesioneve shëndetësore duhet të ndiqet nga këto dy hapa:

1. monitorim e vlerësim i ndryshimeve të zbatuara
2. ruatje e përforsim e ndryshimeve të zbatuara

HAPI 1: MONITORIMI DHE VLERËSIMI I NDRYSHIMEVE TË BËRA

Kjo fazë e monitorimit e vlerësimit të ndryshimeve të zbatuara duhet të jetë e përfshirë që në fillim në planin e punës të AK. Ajo përfshin monitorimin nëse janë zbatuar rekomandimet/ndryshimet dhe ri-auditimin për të matur efektin e ndryshimeve. Ri-auditimi duhet të bëhet me të njëjtat kritere cilësie, popullatë/mostër, metodologji mbledhje e analize të dhënash si në fillim. Qëllimi i ri-auditimit është të masë shkallën e përmirësimit pasi janë zbatuar e kanë dhënë efekt ndryshimet e rekomanduara, prandaj është e rëndësishme që të përdoren të njëjtat parametra si në fillim në përputhje me qëllimin e objektivat e AK.

Koha e duhur për mbledhjen e dytë të të dhënave

Mbledhja e dytë e të dhënave nuk duhet të planifikohet në periudhë pushimesh apo ndryshimesh të tjera madhore në shërbim/institucion, por në një periudhë normale pune kur nuk ka faktorë të tjerë që mund të pengojnë mbledhjen e të dhënave.

Koha e përshtatshme për mbledhjen e dytë të të dhënave për AK varet edhe nga lloji i ndryshimeve që janë zbatuar dhe koha që duhet për t'i integruar në ecurinë e punës të përditshme dhe për të dhënë rezultate në procesin e rezultatet e shërbimit shëndetësor të ofruar. Disa ndryshime mund të duan kohë më të gjatë e të tjera kohë më të shkurtër e kjo duhet marrë në konsideratë kur bëhet planifikimi për mbledhjen e dytë të të dhënave. Nëse mbledhja e dytë e të dhënave bëhet shpejt atëherë nuk do të jetë kohë e mjaftueshme në dispozicion për të vlerësuar ndikimin/efektin e ndryshimeve, ndërkohë që nëse bëhet vonë humbet vrulli i punës dhe mund të hyjnë në lojë faktorë të tjerë që ndikojnë në rezultatet e ndryshimeve. Për AK me tema që kanë efekt/ndikim në çdo pacient të vizituar e çdo ditë, ri-auditimi mund të bëhet pas 1-6 muaj. Për tema të tjera ku ndryshimet janë me efekt më të ngadaltë, ri-auditimi mund të bëhet pas 12-18 muajsh.

Përgatitja për mbledhjen e dytë të të dhënave

Pasi është caktuar intervali kohor për mbledhjen e dytë të të dhënave për AK, kjo iu duhet komunikuar palëve të përfshira në AK. Dhe mund të jete i nevojshëm një takim pune me personat që do të mbledhin të dhënat për rifreskim të njohurive mbi plotësimin korrekt të formularëve të mbledhjes të të dhënave dhe për të bërë ndonjë ndryshim të nevojshëm të tyre.

Analizimi i të dhënave të mbledhura për herë të dytë

Në këtë rast është e rëndësishme që të dhënat e analizuar të paraqiten në mënyrë të tillë që të lehtësojnë krahasimin me gjetjet e para dhe për këtë arsye duhet përdorur i njëjti proces analize të dhënash në mënyrë që krahasimi të jetë i vlefshëm/valid. Grafikë që paraqesin përkrah njëri-tjetrit gjetjet e herës të parë dhe të dytë për indikatorët e ndryshëm të AK janë të rekomandueshme. Është e rëndësishme që gjetjet e një lloji të paraqiten përkrah njëri-tjetrit që të mund të jepet një ide e qartë për performancën në të dy matjet dhe shkallën e përmirësimit (shih shembull më poshtë).

Indikatori i cilësisë: Të gjithë pacientët me Sëmundje Iskemike të Zemrës (SIZ) duhet të marrin aspirinë përveçse kur është e kundërlinduar	Të gjithë pacientët me SIZ (n)	Me kundër- indikacione (n)	Pacientë që marrin aspirinë		Standarti (%)
			(n)	(%)	
Matja e parë	53	3	30/50	60%	80%
Matja e dytë	56	3	48/53	94%	80%

Burimi: *Bowie et al, 2011.*

Rezultatet e analizës të të dhënave të mbledhura për herë të dytë mund të jenë:

- a) Niveli i performancës të duhur nuk është arritur përsëri
- b) Niveli i performancës të duhur është arritur
 - a. për të gjitha kriteret e cilësisë të AK
 - b. për disa kriteret është arritur ose tejkaluar e për disa të tjera jo.

Paraqitja e gjetjeve të matjes të dytë të performancës

Qëllimi i kësaj paraqitje është të krijojë mundësinë e një diskutimi mbi gjetjet e mbledhjes të dytë të të dhënave pas zbatimit të ndryshimeve për përmirësim cilësie dhe çfarë duhet bërë më tej.

a) Niveli i performancës nuk është arritur

Në këtë rast duhen shqyrtuar arsyet e ndryshme dhe çfarë mund të bëhet më tej. Nëse ka pasur rritje të përqindjes po ajo nuk ka arritur nivelin e vendosur vetëm për pak pikë atëherë thjesht duhen vazhduar ndryshimet e bëra ndoshta duke bërë disa axhustime/rregullime të nevojshme. Një arsye për mosarritjen e nivelit të duhur të performancës pas matjes të dytë të AK mund të jetë mungesa e kohës të mjaftueshme që ndryshimet të japin efekt, dhe në këtë rast nuk ka nevojë për ndryshime të tjera por thjesht për një ri-matje të mëvonshme.

Nëse niveli i performancës nuk është shtuar dukshëm pas ndryshimeve të zbatuara për përmirësim ndonëse është lënë kohë e mjaftueshme midis dy matjeve, atëherë duhen diskutuar arsyet që mund të jenë (1) ndryshimet nuk kanë qënë shumë ambicioze ose (2) nuk janë marrë me rrënjën e duhur të problemit. Në këtë rast mund të identifikohen ide të reja më efektive për ndryshim. Në disa raste kur nuk janë arritur nivelet e duhura të performancës për indikatorët e cilësisë të AK dhe nuk ka mundësi realiste për ndryshime

të tjera të mundshme, atëherë mund të bëhet rishikim i niveleve të performancës të synuar për t'i ndryshuar (përveç rasteve kur ato janë të detyrueshme). Shpesh herë është ndihmëse të krahasohen gjetjet e AK me ato të shërbimeve/institucioneve të tjera shëndetësore mbi të njëjtën temë dhe të shihet cilat nivele performance janë të mundshme edhe pse mund të jenë më të ulta se niveli i kërkuar.

b) Niveli i performancës të duhur është arritur ose tejkaluar

Në këtë rast, nëse ndryshimi nga matja e parë është i vogël (për shembull nga 70% në 73%) rekomandohet monitorimi më i kujdesshëm i vazhdimësisë të rezultateve të arritura sesa në rastin kur ndryshimi është madhor (për shembull nga 70% në 90%). Ndryshimet e vogla mund të jenë rastësore dhe jo domosdoshmërisht pasojë e zbatimit të ndryshimeve të rekomanduara e në këtë rast duhet bërë ndjekja e tyre e mëtejshme me një ri-matje të mëvonshme. Në disa raste përqindja e nivelit të performancës të duhur të indikatorit të cilësisë e vendosur në fazën e parë të AK mund të rritet nëse tashmë është arritur me zbatimin e ndryshimeve të rekomanduara në mënyrë që të arrihen nivele cilësie akoma më të larta. AK është një përmirësim i vazhdueshëm cilësie nivelet e performancës të duhur mund të rriten më tej nëse është e mundur.

Në rastin e arritjes e përmbushjes të niveleve të performancës të duhur për indikatorët e cilësisë të AK duhen bërë plane për monitorimin e vazhdueshëm në mënyrë që përmirësimi të ruhet e të vazhdojë. Monitorimi i vazhdueshëm nuk nënkupton matje të përsëritura si në fazën e parë të AK, por metoda monitorimi si më poshtë:

- Cikle të shkurtra PDCA të përsëritura
- AK i çastit: kur merret 10% e popullatës të AK dhe bëhet një matje e shpejtë e rezultateve një herë në vit për t'u siguruar për vazhdimësinë e përmirësimit të cilësisë
- Feedback nga përdorues të shërbimit: ku mund të evidentohen probleme me vazhdimësinë e përmirësimit të cilësisë në fushën e audituar
- Incidente, gabime, raste sinjifikante: këto duhen identifikuar e diskutuar për të shqyrtuar problemet e mundshme me vazhdimësinë e përmirësimit të cilësisë

HAPI 2: RUAJTJA DHE PËRFORCIMI I PËRMIRËSIMEVE

Pas ri-auditimit mund të jenë të nevojshme zbatimi i ndryshimeve të tjera ose vendosja e sistemeve e strukturave që integrojnë, monitorojnë dhe mbështesin vazhdimësinë e ndryshimeve që kanë sjellë tashmë përmirësime cilësie.

Ruajtja dhe përforcimi i përmirësimeve të cilësisë me kalimin e kohës është një proces kompleks dhe faktorët e mëposhtëm ndikojnë në ruajtjen e përmirësimit të arritur:

II. FAZAT DHE HAPAT E NJË AUDITIMI KLINIK

- a) Faktorë motivues e përforcues nga drejtuesit e shërbimit/institucionit që mbështesin ciklin e vazhdueshëm të përmirësimit të cilësisë (strategji që çmojnë/vlerësojnë me mekanizmat e duhur kryerjen e AK dhe planifikimin e përmirësimit të cilësisë)
- b) Integrimi i AK në sistemin e punës të shërbimit/institucionit
- c) Aftësi të mira drejtuese
- d) Mendësi profesionale që mbështet konceptin e përmirësimit të cilësisë dhe kryerjen e planifikuar të AK
- e) Prania e strukturave për të zbatuar dhe mbështetur ndryshimet e nevojshme

Ruajtja e përforsimi i përmirësimit të cilësisë ka të bëjë si me kulturën/mendësinë organizative e profesionale të shërbimit/institucionit shëndetësor ashtu edhe me efikasitetin e strukturave e proceseve të punës. Një shërbim/institucion që e vlerëson dhe promovon përmirësimin e vazhdueshëm të cilësisë të shërbimeve shëndetësore ka më tepër gjasa që të mbështesë e nxisë ruajtjen dhe përforsimin e përmirësimeve të cilësisë.

Disa mënyra praktike që ndihmojnë në ruajtjen e përforsimin e përmirësimeve të arritura janë:

- *Përfshirje në axhendën/planin e mbledhjeve periodike të punës*
Për shembull në mbledhje pune të shërbimit mund të përfshihet si një pikë diskutimi në planin e mbledhjes se si po shkojnë punët me ndjekjen e rezultateteve të AK. Në këtë kohë diskutimi mund të flitet mbi ecurinë e ndryshimeve, probleme që mund të kenë dalë si dhe arritje pozitive që nxisin vazhdimësinë e përpjekjeve të personelit të shërbimit.
- *Përkushtimi i drejtuesve*
Drejtuesit e menaxherët kanë një përgjegjësi madhore për mbështetjen e kryerjes të ndryshimeve të nevojshme për përmirësim cilësie . Ata mund të monitorojnë që gjërat po ecin siç duhet dhe nuk ka rikthim në mënyrën e vjetër të punës.
- *Orientimi/trajnimi i personelit të ri/punonjësve të rinj*
Personeli i ri mund të sjellë në shërbim/institucion praktika pune të vjetëruara dhe ata duhen trajnuar e orientuar mbi mënyrën e re të punës të vendosur si rrjedhojë e nevojës për të përmirësuar cilësinë e shërbimit.
- *Organizim konference vjetore për AK*
Në këtë rast krijohet mundësia që shërbimet të paraqesin AK që kanë kryer. Kjo vlen jo vetëm për të ndarë rezultatet dhe përvojën me përmirësimin e cilësisë nëpërmjet AK, por edhe për të pasur një vlerësim në nivel institucional për punën e bërë me AK. Arritjet e përmirësimeve të cilësisë duhen vlerësuar e festuar ndërsa vazhdohet më tej me një motivim për përmirësim të vazhdueshëm cilësie në shërbimet shëndetësore të ofruara

III. ÇËSHTJE TË TJERA

1. ÇËSHTJE ETIKE GJATË AUDITIMIT KLINIK

Si çdo aktivitet tjetër profesional, AK kryhet brenda kornizave të etikës profesionale e mjekësore dhe ligjeve e rregulloreve në fuqi. Parimet bazë të etikës të bazuara në teorinë e moralit të cilave duhet t'iu përmbahen të gjithë profesionistët e shëndetësisë janë:

- 1. autonomia:** detyrimi për të respektuar të drejtat e një personi për të bërë vetë zgjedhje në lidhje me jetën e tij/saj,
- 2. përfitimi/dobia:** detyrimi për të vepruar në mënyrë të tillë që sjell përfitim/dobi dhe mënjanon dëmtim ose rrezik për dëmtim
- 3. mos-dëmtimi:** detyrimi për të mos dëmtuar të tjerët dhe për të mos i vënë në rrezik për dëmtim
- 4. drejtësia/barazia:** detyrimi për t'i trajtuar të tjerët në mënyrë të drejtë e të barabartë, për të bërë një ndarje të drejtë të burimeve të kufizuara dhe për të respektuar të drejtat e të tjerëve dhe ligjet e moralshme.

Në kuadrin e AK duhen marrë në konsideratë dhe zbatuar këto parime bazë të etikës:

- Respektimi i të drejtës të çdo pacienti e profesionisti shëndetësor për të zgjedhur e vendosur (autonomia)
- Përfitimi /Dobia e mundshme për pacientët aktuale ose të ardhshëm e tejkalon barrën apo rreziqet e mundshme për ta dhe profesionistët shëndetësorë
- Ruajtja e privacisë dhe konfidencialitetit/fshehtësisë të çdo pacienti dhe profesionisti shëndetësor
- Shpërndarja e drejtë mes grupeve të pacientëve dhe profesionistëve shëndetësorë²⁴

Detyrimi etik profesional për përmirësim cilësie e përfshirje në AK

Profesionistët e shëndetësisë kanë një detyrim etik që të ofrojnë shërbime të bazuara në njohuritë e rekomandimet më të mira në fushën e tyre (shërbimin më të mirë të mundshëm) dhe të sigurojnë mbrojtjen e pacientit. Përmirësimi i cilësisë dhe AK duhen parë si një detyrim etik që ka përfitime si për pacientët edhe për profesionistët e shëndetësisë dhe për të cilin të dyja palët duhet të bashkëpunojnë e të jenë të interesuara. Mungesa e përpjekjeve për përmirësim cilësie dhe kryerjen e AK mund të ketë pasoja negative pasi lejon vazhdimësinë e mënyrave të punës që janë të panevojshme e të paefektshme e në disa raste madje edhe të pasigurta e dëmtuese për pacientin/en.

²⁴ Shpesh synimi etik është i përqëndruar tek pacienti, por realisht duhet që këto parime etike të përmendura të jenë të pranishme jo vetëm në lidhje me pacientët por edhe në lidhje me personelin shëndetësor të përfshirë në shërbimin shëndetësor që po auditohej.

Çështje etike specifike për fazat e AK

Planifikimi i AK

AK është një detyrim ligjor për insitucionet shëndetësorë në Shqipëri përmbi detyrimit etik profesional për përmirësim cilësie të vazhdueshëm të shërbimeve shëndetësore të ofruara. Në kuadrin e detyrimit etik e profesional të profesionistëve e institucioneve të shëndetësisë për mbrojtjen e sigurisë të pacientit duhet konsideruar edhe detyrimi për ta kryer AK dhe përzgjedhjen e temës të tij jo në bazë të presioneve nga jashtë/lart apo lehtësisë të kryerjes të tij, por në bazë të analizës të risqeve e përfitimeve për pacientët dhe personelin në sistemin aktual të punës klinike . Kjo analizë duhet të përbëjë bazën e përzgjedhjes të tematikës të AK.

Parimi etik i barazisë dhe drejtësisë gjithashtu ndikon në përzgjedhjen e grupeve të pacientëve apo profesionistëve të përfshirë në AK. Çdo lloj karakteristike e pacientit apo e personelit që do të përcaktohet si faktor përfshirje apo përjashtimi nga AK duhet të jetë e mirë-justifikuar dhe jo e vendosur arbitrarisht. Gjithashtu ky parim etik kërkon që edhe barra e punës e AK si dhe përfitimet që janë rrjedhojë e tij të jenë të mirë-shpërndara dhe jo të kufizuara vetëm për një grup të caktuar/priviligjuar pacientësh apo profesionistësh shëndetësorë.

Detyrimi etik për kryerjen e AK në kuadrin e detyrimit për përmirësim të vazhdueshëm profesional për të ofruar shërbimin më të mirë të mundshëm për përdoruesit e shërbimeve shëndetësore sjell rrjedhimisht edhe detyrimin për ta kryer AK në mënyrë sa më efektive. Fatkeqesisht ky detyrim etik shkelet shpesh për shkak të mungesës të mbështjetjes për AK në nivel institucional e shërbimi, mungesës të burimeve të nevojshme për kryerjen e AK ose kryerjen sipërfaqesore të AK thjesht për të përmbushur një detyrim në letër. AK duhet t'i nënshtrohet një rigoroziteti metodologjik dhe të jetë i mirë-planifikuar. Individët që kryejnë AK duhet të mbështeten me trajnime dhe të kenë mundësi të konsultohen me ekspertë të AK. Metodologjia e përdorur në AK duhet të jetë rigoroze në mënyrë që të mundësohet vlerësimi i vërtetë (valid) dhe i besueshëm i performancës/punës klinike. Gjatë çdo faze të AK duhen mbajtur standarde të larta profesionale pa lejuar anashkalime apo kompromise të pajustificueshme të cilësisë të procesit të AK.

Mbledhja e të dhënave

Anonimizimi i të dhënave: Në përmbushje me rregullat e mbrojtjes të të dhënave personale dhe për të ruajtur anonimitetin e pacientit, në formularin e mbledhjes të të dhënave nuk duhen shënuar të dhëna personale të pacientit si psh emri, adresa, datëlindja apo numri i karteles. Në AK çdo formulari mbledhje të dhënash i caktohet një numër dhe në një fletë të veçantë (fleta e kodimit) duhet bërë një listë ku përkrah çdo numri të formularit të mbledhjes të të dhënave është shënuar numri i identifikimit të kartelës nga u mblodhën të dhënat për AK. Kjo listë siguron lidhjen e të dhënave të mbledhura me pacientët specifikë duke ruajtur anonimitetin e tyre.

Marrja vetëm e të dhënave të nevojshme: Duhet mbledhur vetëm të dhëna që janë të nevojshme për AK e jo të dhëna të dëshirueshme për qëllime të tjera si psh punë kërkimore. Për këtë duhen qartësuar mirë objektivat e AK dhe popullata nga ku do të merren të dhënat.

Siguria/Ruajtja e të dhënave: Çdo e dhënë e mbledhur për AK nëpërmjet së cilës mund të identifikohet pacienti, duhet ruajtur në mënyrë të sigurtë psh formularët e mbledhjes të të dhënave duhen mbajtur në një dollap me çelës ose nëse janë elektronike duhen mbrojtur me një fjalëkalim dhe vetëm klinikistët e grupi i punës i AK që ka edhe detyrimin e mbajtjes të konfidencialitetit mund të ketë akses të këtyre të dhënave. Këto të dhëna nuk duhen mbajtur në kompjutera apo mjete elektronike personale dhe nuk duhen komunikuar me email e rrugë elektronike të pasigurta.

Kohëzgjatja e mbajtjes të të dhënave: Të dhënat e mbledhura për AK duhet të ruhen për një periudhë 5 vjeçare e më pas të shkatërrohen në mënyrë të sigurtë nëse nuk konsiderohen më të nevojshme

Çdo individ i përfshirë në AK dhe që ka akses në të dhënat e pacientëve duhet të jetë pjesë e personelit klinik të shërbimit /institucionit ose të ketë detyrimin profesional për ruajtje fshehtesie/konfidencialiteti. Gjithashtu ata duhet të jenë në dijeni të rregulloreve për mbrojtjen e të dhënave personale.

Marrja e pëlqimit paraprak të pacientëve për përfshirjen në AK realisht nuk është e mundur për AK retrospektive pasi mund të bëhet fjalë për numra të mëdhenj pacientësh dhe vështirësi në kontaktimin e tyre për marrje pëlqimi për të përdorur të dhënat e tyre për AK. Në rastin e një AK prospektiv është e domosdoshme informimi paraprak dhe marrja e pëlqimit të pacientëve para përfshirjes të tyre në AK. Ndërkohë që AK do të bëhet procedurë e zakonshme në institucione shëndetësore, atëherë do të jetë e nevojshme që në fletën informuese të pacientëve në atë institucion të përmendet edhe mundësia e përdorimit të të dhënave të tyre në AK dhe e të drejtës të tyre për të kërkuar përjashtimin e të dhënave të tyre nga përdorimi për AK.

Analiza e të dhënave

Të dhënat analizohen në mënyrë anonime si në lidhje me identifikimin e pacientëve ashtu edhe të mjekeve apo personelit klinik përgjegjës për pacientët e audituar.

Nëse gjatë analizës të të dhënave janë identifikuar situata ku pacienti ka pësuar një efekt negativ që mund të ishte parandaluar, atëherë shërbimi/institucioni ka përgjegjësinë që të njoftojë pacientin në rastin kur ky efekt negativ mund të ketë pasoja në cilësinë e jetës të pacientit. Në këtë rast shërbimi/institucioni ka edhe përgjegjësinë që të merren

masat e duhura që procesi ku ka ndodhur problemi i identifikuar të përmirësohet dhe të mënjanohet përsëritja e problemit me efekte negative në shëndetin e pacientëve.

Planifikimi e zbatimi i ndryshimeve për përmirësim

Nëse gjetjet e AK tregojnë që performanca aktuale nuk përputhet me atë të dëshirueshme atëherë është shkelje e etikës nëse vazhdohet të ndiqet e njëjta praktikë pune si më parë dhe iu privohet pacientëve e drejta për cilësi të shërbimeve mjekësore.

Gjatë zbatimit të ndryshimeve të rekomanduara për përmirësimin e cilësisë si pjesë e AK mund të ndodhë që ndërhyrjet e zbatuara nuk janë efektive e madje mund të rezultojnë të dëmshme. Prandaj është e rëndësishme që gjatë fazës të planifikimit të ndryshimeve për përmirësim cilësie të bëhet një vlerësim i rreziqeve të mundshme, çfarë mund të mos ecë mirë gjatë zbatimit të tyre dhe çfarë duhet bërë në këtë rast.

Në çdo hap që ndërmerret gjatë fazave dhe ecurisë të AK duhen siguruar respektimi i autonomisë, dobisë, mos-dëmtimit dhe drejtësisë/barazisë si në lidhje me pacientët/përdoruesit e shërbimit shëndetësor edhe në lidhje me ofruesit/profesionistët e shëndetësisë të përfshirë në AK.

2. RAPORTIMI I AUDITIMIT KLINIK

Për çdo AK të kryer duhet përgatitur një prezantim verbal dhe një raport i shkruar. Qëllimi i prezantimit verbal (zakonisht me ndihmën vizuale të Microsoft Powerpoint) është që të paraqesë gjetjet e AK para personelit e drejtuesve të shërbimit/institucionit dhe të gjenerojë diskutimin mbi çfarë duhet bërë më pas. Raporti me shkrim i AK është dokumenti zyrtar i AK që do t'iu dorëzohet drejtuesve të institucionit dhe autoriteteve përgjegjëse dhe përbën edhe bazën për ri-auditimin. Prezantimi verbal dhe raporti i shkruar i AK nuk duhet të përmbajnë të dhëna personale dhe identifikimi si për pacientët/përdoruesit e shërbimit ashtu edhe për klinikistët/ofruesit e shërbimit.

Prezantimi dhe raporti i AK duhet të përmbajnë elementet e mëposhtëm²⁵:

1. Titulli dhe të dhënat e përgjithshme

Këtu përfshihet titulli i AK, emri i institucionit, emri i drejtuesit të AK, emrat e grupit të punës për AK dhe data e prezantimit/raportit.

²⁵ Shtojca E paraqet një shembull format të një raporti për AK.

2. Situata

Këtu paraqitet në mënyrë të shkurtër e përmbledhëse arsyeja pse bëhet ky AK me këtë temë, pse kjo temë është përparësi për përmirësim cilësie në këtë shërbim/institucion dhe cilat janë burimet e fakteve shkencore që tregojnë nevojën për këtë AK (këto burime listohen nën listën e referencave/bibliografinë në fund të raportit).

3. Qëllimi, Objektivat e Standardet

Këtu paraqitet qëllimi i AK, objektivat dhe standardet e përzgjedhura.

4. Metodologjia

Në këtë pjesë të prezantimit/raportit të AK duhen paraqitur të dhënat e mëposhtme:

- *Popullata* e AK për shembull "Pacientët 50 vjeç e lart të shtruar për infarkt akut miokardi në shërbimin e kardiologjisë"
- *Korniza kohore*: retro apo prospektive për shembull "Një AK retrospektiv që shqyrtoi të gjithë pacientët 50 vjeç e lart të shtruar në shërbimin e kardiologjisë për infarkt akut miokardi gjatë muajit shtator 2022"
- *Burimi i të dhënave*: kartela, regjistra, arkiva e radiologjisë, arkiva e laboratorit, anketime, etj
- **Madhësia e mostrës dhe përzgjedhja e saj** për shembull "Nga 143 raste me ekstraksion të molarëve që u identifikuan për periudhën 1 Janar 2021 deri 31 dhjetor 2021 nevojitej informacion nga 105/143 raste për të pasur një nivel konfidence 95% dhe gabim +/- 5%. Mostra prej 105 rasteve u përzgjodh me metoden e përzgjedhjes rastësore të thjeshtë".
- *Metoda e mbledhjes të të dhënave* për shembull "Të dhënat u morën nga kartelat mjekësore të pacientëve duke përdorur një formular për mbledhjen e të dhënave (shih Shtojca A)." ose "Pacientëve iu kërkua të plotësojnë një pyetësor pas vizitave mjekësore (shih Shtojca A)."
- *Mbledhësit e të dhënave* (pozicionet psh mjek, infermiere, mjek specializant, student)
- Nëse është bërë *pilotim i mbledhjes të të dhënave* dhe u bënë ndryshime të nevojshme
- *Metoda e përmbledhjes dhe analizës të të dhënave* për shembull "Të dhënat e mbledhura u transferuan dhe analizuan në Microsoft Excel."

5. Rezultatet

Këtu paraqiten gjetjet e AK në lidhje me standardet e cilësisë. Duhet paraqitur numri total i rasteve të analizuara dhe nëse ka mungesë të dhënash duhet sqaruar arsyeja, për shembull nuk u arrit të lokalizohej kartela mjekësore, etj. Në një tabelë për çdo standard duhet paraqitur numri i rasteve që kishin përmbushur standardin

III. ÇËSHTJE TË TJERA

përmbi numrin e rasteve totale të analizuara dhe përqindja e tyre (së bashku e jo vetëm përqindja për shembull "45/50 (90%) për standardin A dhe 81/90 (90%) për standardin B"). Gjetjet mund të paraqiten me grafik me shtylla për të bërë krahasime ose me grafik rrethor për të paraqitur raportet proporcionale (shih Shtojca D). Në raportin e AK përkrah grafikëve duhen vënë edhe tabelat me shifrat përkatëse pasi këto janë ndihmëse për krahasimin me gjetjet e ri-auditimit.

6. Përfundimet

Këtu duhen paraqitur qartë e pa paragjykime çështjet kryesore që dalin në pah si pasojë e gjetjeve të prezantuara (shkurt dhe pa përdorur paragrafe të gjatë) dhe sipas mundësive mund të bëhen edhe rekomandime prapake për ndryshime për përmirësim. Këto rekomandime duhet të jenë të arsyeshme, të matshme e të arritshme duke pasur parasysh burimet e disponueshme të shërbimit/institucionit. Këto rekomandime prapake të propozuara gjatë prezantimit të AK do të diskutohen, përshtaten e dakortësohen më pas me personelin e drejtuesit të shërbimit/institucionit para se të vendosen në raportin përfundimtar të AK.

7. Plan veprimi (vetëm në raportin me shkrim)

Ky plan veprimi do të jetë produkt i diskutimit të konkluzioneve dhe rekomandimeve prapake të paraqitura në prezantimin e gjetjeve të AK. Në bazë të tyre do të vendosen ndërhyrjet/ndryshimet e nevojshme dhe do të bëhet një plan veprimi me specifikime të qarta se çfarë do të bëhet, nga kush e në cilat afate kohore. Ky plan veprimi mund të përfshihet në raportin e AK ose të vendoset si Shtojcë në të. Gjithashtu duhet përcaktuar edhe afati kohor për kryerjen e ri-auditimit nëse raporti përgatitet e dorëzohet vetëm pas matjes të parë të performancës.

8. Lista e referencave/Bibliografia (vetëm në raportin me shkrim)

Një listë me citime të materialeve të botuara që janë përdorur si burime për fakte/të dhëna shkencore për identifikimin e problematikës të audituar si dhe për hartimin e standardeve të cilësisë të AK.

9. Shtojca (vetëm në raportin me shkrim)

Këtu vendoset formulari i mbledhjes të të dhënave dhe plan veprimi i ndryshimeve për përmirësim.

Prezantimet e AK mund të përgatiten edhe për t'u paraqitur në konferenca apo takime në lidhje me AK në një institucion apo mes disa insitucioneve ku ndahet eksperiencia dhe gjetjet e rezultatet e AK të kryera. Gjithashtu gjetjet e rezultatet e AK mund të paraqiten edhe si një botim në një revistë mjekësore profesionale ose shkencore (në përputhje me rregullat etike-profesionale të botimeve të tilla).

BIBLIOGRAFIA

Bowie P. et al. (2011). *Ideas for Audit: Measuring and improving quality in general practice: clinical audit, care bundles and PDSA cycles*. NHS Education for Scotland.

Burgess, R., & Moorhead, J. (2020). *New Principles of Best Practice in Clinical Audit*. Taylor & Francis. <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9781000362671>

Capelli O et al. (2012). *Clinical Audit in Primary Care: From Evidence to Practice in Primary Care at a Glance- Hot Topics and New Insights*, Ed. Capelli O, InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/primary-care-at-a-glance-hot-topics-and-new-insights/audit-in-primary-carefrom-evidence-to-practice>

Copeland G.(2005). *A practical handbook for clinical audit*. Clinical Governance Support Team. NHS. London

Gregory B, et al.(2008) *8 steps to a chart audit for quality*. Family Practice Management. 15(7):A3-8

Health Service Executive (2017) *A Practical Guide to Clinical Audit*. Dublin.

Healthcare Quality Improvement Partnership. (2012) . *Clinical Audit: A manual for lay members of the clinical audit team*. London. Available at: <https://www.hqip.org.uk/resource/developing-clinical-audit-patient-panels/#.YyJK3rRBy3A>

Healthcare Quality Improvement Partnership. (2015) *An introduction to statistics for local clinical audit and improvement*. London. Available at: <https://www.hqip.org.uk/resource/an-introduction-to-statistics-for-local-clinical-audit-and-improvement/#.YyJlwbRBy3A>

Healthcare Quality Improvement Partnership. (2016) . *Guide for clinical audit leads*. London. Available at: <https://www.hqip.org.uk/resource/guide-for-clinical-audit-leads/#.Y0AbDbRBy3A>

Healthcare Quality Improvement Partnership. (2016) *Guide to ensuring data quality in clinical audits*. London. Available at : <https://www.hqip.org.uk/resource/hqip-guide-to-ensuring-data-quality-in-clinical-audits/#.YyJl-bRBy3A>

Healthcare Quality Improvement Partnership. (2016) *Documenting local clinical audit – a guide to reporting and recording*. London. Available at: <https://www.hqip.org.uk/resource/documenting-local-clinical-audit-a-guide-to-reporting-and-recording/#.YyJJn7RBy3A>

Hut-Mossel L, et al (2021) *Understanding how and why audits work in improving the quality of hospital care: A systematic realist review*. PLoS ONE 16(3): e0248677.

Ivers_N, et al. (2012) *Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes*.

Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 6. Art. No.: CD000259.

Jamtvedt G, et al. (2019) *Audit and feedback as a quality strategy In: Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. Ed. Busse R et al. The European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen.

National Institute for Clinical Excellence. (2002). *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Radcliffe Medical Press. London.

Panteli D., et al. (2019). *Understanding healthcare quality strategies: a five-lens framework. In: Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. Ed. Busse R et al. The European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen.

Potter J & Fuller C. (2010) *Local clinical audit: handbook for physicians*. Healthcare Quality Improvement Partnership. Royal College of Physicians. London.

Shimokai H, et al (2007). *The JSQA Guideline for GCP Auditing*. Qual Assur J 11, 37–43

Taylor B. & Bircher J.(2021) *RCGP Quick Guide: Fishbone Diagram*. Royal College of General Practitioners. London. <https://gpexcellencegm.org.uk/resources/rcgp-quick-guide-fishbone-diagram/>

University Hospital Bristol, NHS Foundation Trust (2017). *Clinical Audit: How to Guides*. <https://www.uhbristol.nhs.uk/for-clinicians/clinicalaudit/how-to-guides/>

SHTOJCAT

A. Shembull/Model format i një projekt-plani për AK

PROJEKT-PLANI I AUDITIMIT KLINIK

TITULLI

INSTITUCIONI/DEPARTAMENTI/SHËRBIMI:

	Emri	Pozicioni	Informacion kontakti
DREJTUESI I AUDITIMIT:			

GRUPI I AUDITIMIT:

ARSYEJA/SITUATA

Pse u zgjodh kjo temë?

- ☐ problem i identifikuar në shërbim/institucion
- ☐ protokoll/udhërrëfyes i ri me indikatorë të rinj cilësie
- ☐ temë me rëndësi të veçantë kombëtare/lokale
- ☐ temë me volum të madh pune ose me risk të lartë për pacientët
- ☐ tjetër.....

QËLLIMI & OBJEKTIVAT**INDIKATORËT & STANDARTET E CILËSISË**

Indikatori i cilësisë	Niveli i synuar (%)	Burimi i evidencës shkencore

METODOLOGJIA**Popullata:**

Rastet që do të përfshihen:

Rastet që do të përjashtohen:

Numri nga (data) në (data)

Mostra:

Madhësia: Metoda e përzgjedhjes:

Mbledhja e të dhënave: ☐ Retrospektive ☐ Prospektive

Burimi i të dhënave: ☐ Kartela mjekësore ☐ Të tjera.....

Instrumenti i mbledhjes së të dhënave (vendoset si shtojcë)

BURIMET E NEVOJSHME

Përshkrim i ndihmës dhe mbështetjes apo mjeteve që nevojiten për kryerjen e auditimit klinik përfshirë alokimin e intervaleve të nevojshme kohore nga orari i punës për personelin që është pjesë e grupit të auditimit.

AFATET KOHORE

Fazat/Hapat e auditimit	Afati i pritshëm i përfundimit (muaj/vit)
Planifikimi & Përgatitja	
Mbledhja e parë e të dhënave	
Organizimi & Analiza e të dhënave	
Paraqitja e gjetjeve, diskutimi & dakortësimi i një plan-veprimi	
Hartim projekt-raporti	
Zbatimi i rekomandimeve dhe i planit të veprimit	
Mbledhja e dytë e të dhënave	
Raporti përfundimtar	

DEKLARATA E ANGAZHIMIT DHE MBËSHTETJES

Unë do të mbështes kryerjen e auditimit klinik sipas planit të mësipërm dhe arritjen e përmirësimit të cilësisë së shërbimit shëndetësor të audituar.

Drejtues i auditimit klinik

Drejtues i shërbimit/ institucionit

Emër Mbiemër Firmë

Emër Mbiemër Firmë

B. Gjenerimi i numrave rastësorë nëpërmjet Microsoft Excel²⁶

- Në Microsoft Excel 2007 hapni fletën e punës ku keni të gjitha rastet e popullatës tuaj prej të cilës do të përzgjidhet mostra e rastësishme. Ose mund të hapni një fletë pune bosh ku mund të gjeneroni numra të rastësishëm brenda një diapazoni të caktuar.
- Verifikoni që kolona A është bosh, në mënyrë që ta përdorni për të gjeneruar numrat e rastësishëm. Nëse keni të dhëna në kolonën A, atëherë mund të shtoni një kolonë, në mënyrë që kolona A të mbetet bosh dhe të përdoret për të vendosur numrat e rastësishëm.
- Klikoni dhe tërhiqni për të përzgjedhur qelizat në kolonën A që korrespondojnë me të dhënat në qelizat e tjera. Duhet të përzgjidhni një qelizë bosh për çdo radhë që keni të dhëna në fletën e punës (pra për çdo pacient/rast në listen e popullatës).
- Shkruani "=RAND()" (pa thonjëza) në kutinë e tekstit "Formula" në krye të faqes të Excel. Shtypni tastin "Enter" në tastierën tuaj, nëse përzgjidhët një qelizë ose "CTRL+ENTER" nëse keni përzgjedhur shumë qeliza për të gjeneruar numra të ndryshëm në kolonën A. Tani do të shihni numra të rastësishëm të cilët janë gjeneruar përbrenda diapazonit që keni specifikuar.
- Përzgjidhni të gjithë të dhënat në faqen tuaj të punës së bashku me numrat e rastësishëm korrespondues. Mos përzgjidhni asnjë titull ose krye.
- Përdorni "Data" në krye të ekranit dhe klikoni butonin "Sort" nga grupi "Sort and Filter" në shiritin "Data". Kutia dialoguese "Sort" do të hapet në ekran.
- Përzgjidhni "Column A" nga lista me përzgjedhje "Sort by Column" dhe "Smallest to Largest" nga lista me përzgjedhje "Sort by Order". Klikoni butonin "OK" për të mbyllur dritaren dialoguese dhe për tu rikthyer te fleta e punës. Zgjidhni rreshtat e sipërme për përzgjedhjen e mostrës të rastësishme.

C. Përmbledhje mbi statistikat deskriptive (përshkruese)

Statistikat përshkruese/deskriptive janë të dobishme për të përshkruar procesin, rezultatin apo shërbimin që është matur për shembull për të paraqitur karakteristika të popullatës ose mostrës të AK.

Mesatarja aritmetike (në përgjithësi e quajtur mesatare) përllogaritet duke mbledhur të gjitha vlerat e vëzhguara dhe duke e pjesëtuar këtë shumë me numrin e përgjithshëm të vlerave. Për shembull të gjitha vlerat e hemoglobinës në gjak mblidhen e shuma e tyre

²⁶ Burimi: Healthcare Quality Improvement Partnership. (2015) *An introduction to statistics for local clinical audit and improvement*. London.

pjesëtohet me numrin e pacientëve për të gjetur mesataren e vlerave të hemoglobinës në gjak. Mesatarja përdoret për një mostër/popullatë me minimum 30 pjesëmarrës pasi për numra më të vegjël nuk ka siguri që shpërndarja e vlerave është normale²⁷. Mesatarja përdoret vetëm nëse shpërndarja është normale përndryshe vlera e saj nuk do të jetë përfaqësuese e asaj që është tipike për atë mostër/popullatë pasi do të ndikohet nga vlerat ekstreme.

Mesorja (ose mesatarja gjeometrike) është vlera e mesit në një seri vlerash të renditura sipas radhës. Mesorja e ndan grupin e vlerave në dy grupe me numer të barabartë vlerash. Për shembull kjo është lista e kohës të pritjes (ditë) për kryerjen e një skaneri kranial për 15 pacientë: 0, 0, 1, 1, 1, 2, **2**, 2, 4, 5, 5, 6, 8, 9, 10

↑
Mesorja

Mesorja ndikohet më pak nga vlerat ekstreme sesa mesatarja aritmetike.

Moda është vlera që haset më shpesh në një grup të caktuar të dhënash. Për shembull për 6 pacientë të shtruar me atak kardiak në pavionin e kardiologjisë vlerat e numrit të ditëve të shtrimit në spital ishin 8, 10, 12, 12, 14, 15 . Meqë vlera 12 përsëritet më tepër se vlerat e tjera (dy herë) atëherë ajo është moda. Moda është ndihmëse nëse mesatarja aritmetike dhe mesorja janë të ndikuara nga vlerat ekstreme (pra vlerat nuk kanë një shpërndarje normale). Ajo mund të përdoret edhe për të dhëna jo sasiore si psh gjinia në 6 pacientë është M, F, F, F, M, F atëherë moda është F (gjinia femër).

Diapazoni është një masë e shpërndarjes të vlerave dhe paraqet vlerën më të ulët e më të lartë në një grup vlerash.

Devijacioni standard është një masë më e saktë e shpërndarjes pasi një vlerë ekstreme mund ta ekzagjerojë diapazonin. Devijacioni standard është masë e shpërndarjes (devijimit) të vlerave rreth vlerës mesatare (aritmetike). Një devijacion standard i vogël domethënë që vlerat janë të përqëndruara kryesisht përreth mesatares, ndërsa një devijacion standard i madh është tregues i një shpërndarje më të gjerë të vlerave. Në rastin e një shpërndarje normale të vlerave (në grafik vlerat formojnë një kurbë në formë këmbane) 95,44% e tyre gjenden midis ± 2 devijime standarde nga mesatarja. Për shembull në një grup pacientësh me moshë mesatare 52 vjeç dhe devijim standard 1.2 vite, pothuajse 95% e vlerave të moshës të pacientëve janë midis 52 ± 2 devijime standarde (SD) pra midis 49.6 dhe 54.4 vjeç ($52 \pm 2 \text{ SD} = 52 \pm (2 \times 1.2) = 52 \pm 2.4 = 49.6 \text{ deri } 54.4 \text{ vjeç}$).

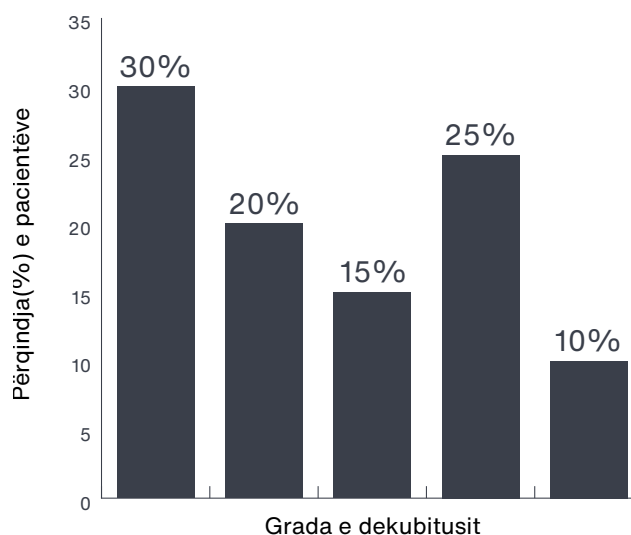
²⁷ Shpërndarja e vlerave është normale nëse shumica e tyre janë afër një vlere mesatare me një numër të vogël vlerash në dy ekstremet e intervalit të vlerave.

D. Llojet e grafikëve që mund të përdoren për paraqitjen e gjetjeve të AK²⁸

a) Grafiku me shtylla Grafiku me shtylla/kolona paraqet sasitë nëpërmjet shtyllave vertikale ose horizontale dhe është i dobishëm për të ilustruar njëkohësisht disa kategori gjetjesh. Për çdo kategori bëhet një shtyllë e veçantë që tregon shpeshhtësinë ose përqindjen e asaj kategorie. Midis shtyllave ka zakonisht hapësirë për të treguar që kategoritë janë të veçanta. Shtyllat janë me gjerësi të barabartë dhe distanca midis tyre është e barabartë. Ekzistojnë tre lloje grafikësh me shtylla: grafik me shtylla i thjeshtë, grafik me grupe shtyllash dhe grafik me ndarje shtyllash.

Në grafikun e thjeshtë shtyllat përfaqësojnë vetëm një kategori. Më poshtë jepet një shembull ku të dhënat e tabelës me numrin e përqindjen e pacientëve me dekubituse sipas 5 shkallëve të ndryshme paraqiten si një grafik me shtylla ku duket më qartë dallimi në shpeshhtësinë e shkallëve të ndryshme të dekubituseve.

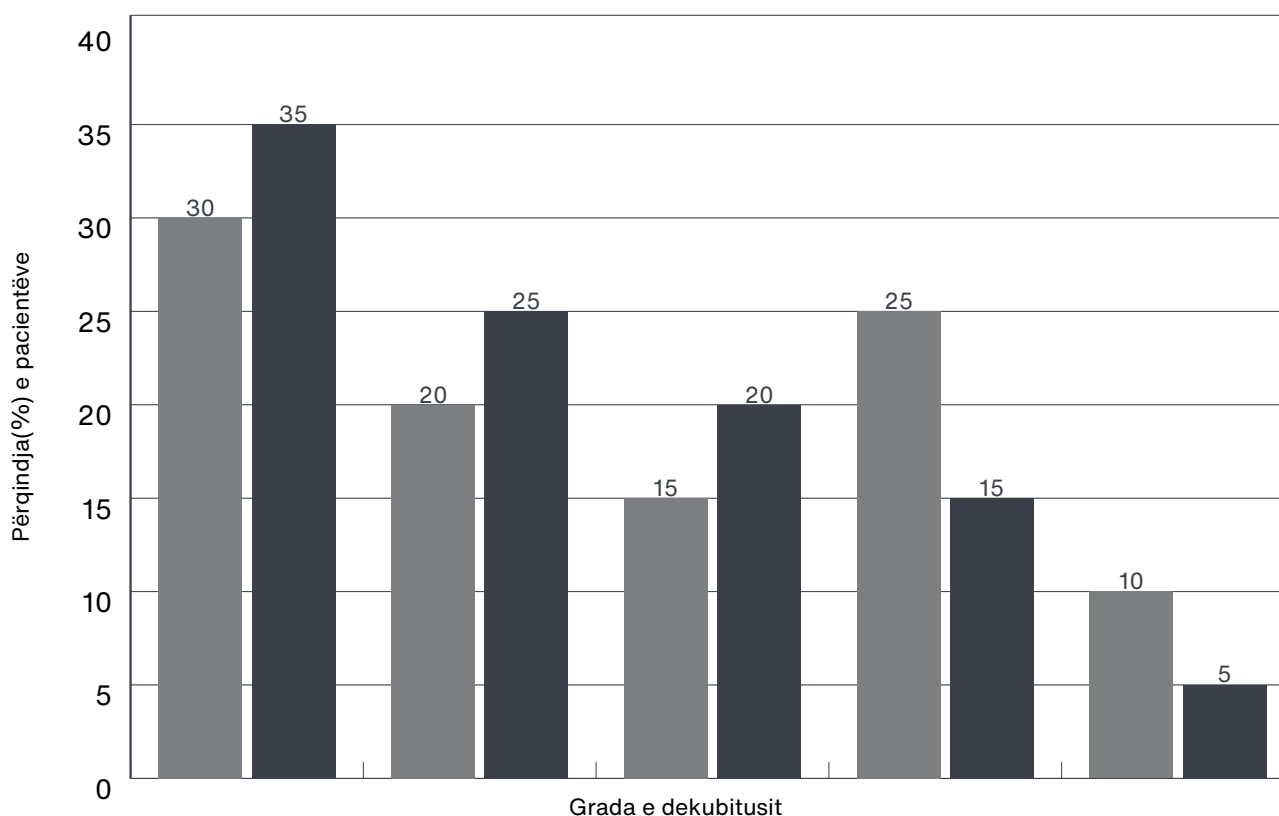
Grada e dekubitusit	Numri i pacientëve	Përqindja e pacientëve
0	6	30%
1	4	20%
2	3	15%
3	5	25%
4	2	10%
Total	20	100%



Në grafikun me grupe shtyllash, shtyllat shfaqen njëra pas tjetrës shpesh në dyshe ose treshe, për të paraqitur krahasimin (të dhënat ndahen në grupe brenda çdo kategorie për të mundësuar krahasimin midis grupve si dhe midis kategorive). Ky grafik përdoret shpesh në AK për të paraqitur përkrah njëra-tjetrës të dhënat nga dy matjet e AK (matja e parë dhe matja e dytë pas zbatimit të ndryshimeve të rekomanduara për përmirësim). Më poshtë paraqitet një shembull nga një AK mbi dekubituset. Matja e parë është kryer në 2018 dhe matja e dytë në 2019 dhe tabela paraqet gjetjet duke i vënë të dy matjet paralelisht. Ndërkohë këto gjetje mund të duken edhe më mirë/qartë nëse paraqiten si një grafik me grupe shtyllash:

28 Burimi: Healthcare Quality Improvement Partnership. (2015) *An introduction to statistics for local clinical audit and improvement*. London.

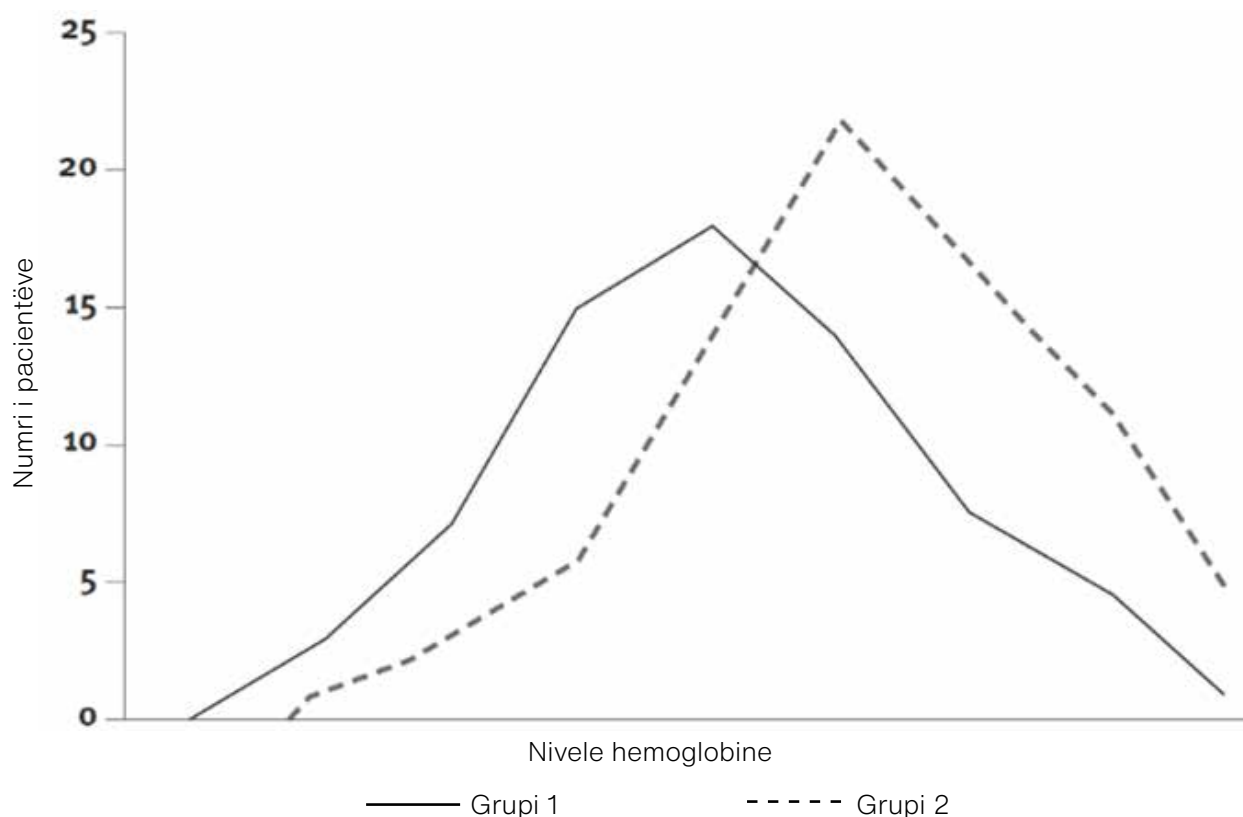
Grada e dekubitusit	2018		2019	
	Numri i pacientëve	Përqindja e pacientëve	Numri i pacientëve	Përqindja e pacientëve
0	6	30%	7	35%
1	4	20%	5	25%
2	3	15%	4	20%
3	5	25%	3	15%
4	2	10%	1	5%
Total	20	100%	20	100%



Grafikët me ndarje shtyllash paraqesin marrëdhëniet proporcionale mes të dhënave brenda një shtylle dhe ilustrojnë së shumën e pjesëve ashtu edhe kontributin e çdo pjese në të tërën.

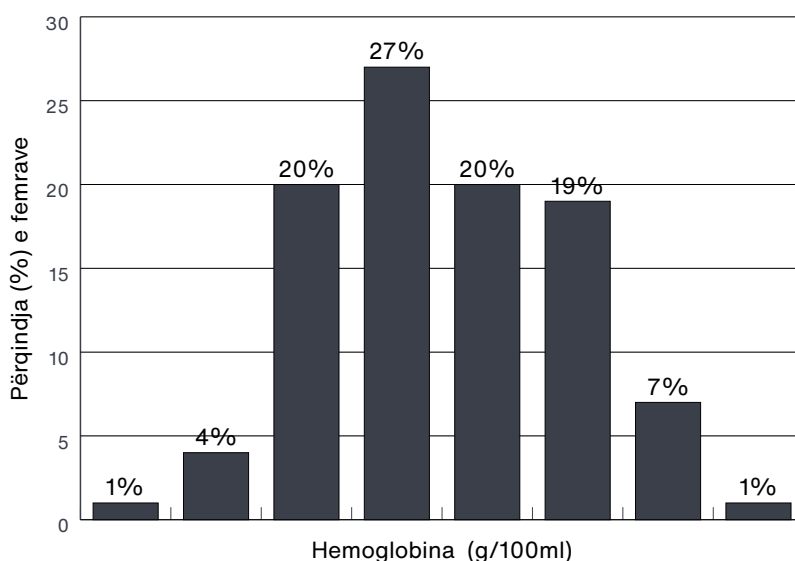
b) Grafiku me vija përdoret për të paraqitur të dhëna të vazhdueshme e jo të veçanta (diskrete). Ai paraqet një tërësi pikash me hyrje të dhënash përgjatë një periudhe kohore të cilat bashkohen me një vijë. Këto grafikë zakonisht përdoren për të paraqitur ecurinë kohore dhe për të krahasuar dy ose më tepër grupe përgjatë një periudhe kohore. Më poshtë jepet një shembull:

Grafik i niveleve të hemoglobines në gjak për dy grupe pacientësh



c) Histograma përdoret për të treguar shpërndarjen e të dhënave numerike të vazhdueshme. Si rrjedhojë, nuk ka boshllëqe midis shtyllave si në grafikun me shtylla. Lartësia e çdo shtylle përfaqëson numrin e vëzhgimeve në atë kategori dhe gjerësia përfaqëson kategorinë ose diapazonin e vlerave që përbëjnë kategorinë dhe në dallim nga grafiku me shtylla nuk është e barabartë për çdo shtyllë. Më poshtë jepet një shembull:

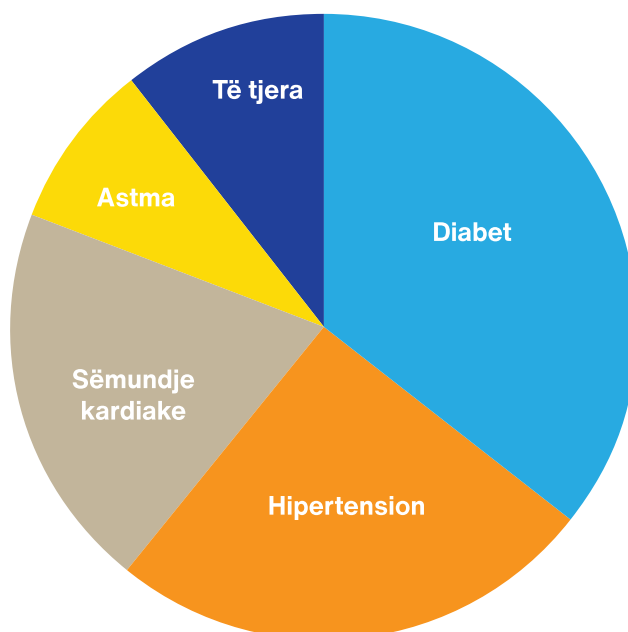
Histogramë e nivelit të hemoglobinës në gjak në një popullatë femrash



d) Grafiku rrethor (pie chart) mund të përdoret për të paraqitur proporcionet në lidhje me të tërësinë ku çdo sektor i rrethit përfaqëson përqindjen e pjesës ndaj totalit. Sektorët e ndryshëm të grafikut rrethor janë të përfaqësuara në mënyrë përpjesëtimore. Nëse përdoren ngjyra të ndryshme për sektorët e rrethit atëherë është e lehtë të krahasohen proporcionet e pjesëve të ndryshme. Grafikët rrethorë duhen përdorur vetëm nëse ka më shumë se tre kategori. Më poshtë jepet një shembull në lidhje me sëmundjet kronike të trajtuara në vizitat e një qendre shëndetësore brenda një intervali të caktuar kohor:

Sëmundje kronike	Numri i pacientëve
Diabet	170
Hipertension	120
Sëmundje kardiake	95
Astma	40
Të tjera	50
Total	475

Pacientë me sëmundje kronike



E. Shembull/Model format për Raportin e Auditimit Klinik

Titulli i auditimit klinik:	
Data e raportit:	
Departamenti/Sherbimi/ Institucioni:	
Data e riauditimit:	

Drejtuesi i auditimit:		
Drejtuesi i shërbimit:		
Grupi i AK:	Emrat	Specialiteti/Funksioni

Sfondi dhe qëllimi: Paraqisni arsyen përse u përzgjedh kjo temë e dhe qëllimin e objektivat e këtij AK (çfarë synon të arrijë):	
--	--

Standardi/et e cilësisë:	
Metodologjia: • Popullata • Mostra (përzgjedhja) • Retrospektive/prospektive • Përzgjedhja e mostrës • Instrumenti për mbledhjen e të dhënave	
Gjetjet: Gjetjet mund të paraqiten në mënyrë vizuale (grafikë, tabela)	
Përfundimet: Përfundimet/ Konkluzionet kyçe që dalin nga gjetjet	

Rekomandimet: Plani i veprimit me aktivitetet e planifikuara, inicialet e personit përgjegjës për zbatimin dhe datën e vlerësimit	
--	--

Ky publikim mbështetet nga projekti “Shëndet për të Gjithë”
i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.”



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC



HAP
Health for all project