

Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszere – főbb jellemzők és az alkalmazás első tapasztalatai

Dr. habil. Belicza Éva - Dr. Lám Judit

Bevezető

Több éves előkészület után 2012-ben kezdődött meg az egészségügyi szolgáltatók működésére vonatkozó egységes külső értékelési rendszer kidolgozása a járó- és fekvőbeteg gyógyintézetek és a közforgalmú gyógyszerárak számára. Az uniós támogatás két éves időtartamában a működési szabályozók – standardok - és a felülvizsgálati rendszer kerültek kialakításra és tesztelésre. Dolgozatunkban a járó- és fekvőbeteg ellátásra fókuszálva igyekszünk felvázolni az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszerének jellemzőit, kialakulásának hátterét és különbözőségét az ISO tanúsítási rendszertől. Végül röviden bemutatjuk a standardok bevezetésével szerzett eddigi tapasztalatokat is.

Az akkreditáció jelentése

Az akkreditáció annak hivatalos elismerése, hogy valamely szervezet vagy intézmény felkészült bizonyos tevékenységek meghatározott feltételek szerinti végzésére. Az akkreditáció az élet számos területén jelen van. Akkreditációt kell szereznie a tanúsítást végző szervezeteknek és a kalibráló laboratóriumoknak ahhoz, hogy végzett tevékenységük hivatalosan elfogadott legyen. Az egészségügy szemszögéből elsősorban az oktatási tevékenységekkel kapcsolatban van jelentősége: akkreditálják az egyetemeket, a végzettséget adó oktatási programokat és a kredit-pontos kurzusokat is. Az akkreditációs programok sokfélék, és ebből következően témakörönként más és más testület felelős az akkreditációs igazolás odaítélésére vonatkozó feltételek kidol-

gozásáért és az értékelések lebonyolításáért. Az egészségügyi szolgáltatások akkreditálására Magyarországon eddig nem volt lehetőség.

Az akkreditáció jelentősége az egészségügyben

Az USA-beli Orvosi Intézet (Institute of Medicine) 2000-ben publikálta a To err is human (Tévedni emberi dolog) c. kiadványát, amellyel rávilágított a betegbiztonság súlyos helyzetére [1]. E szerint a kórházi betegek az ellátás következményeként jelentős arányban szenvednek el valamilyen károsodást, ún. nemkívánatos eseményt. Ez lehet az ellátás idején szerzett fertőzés, az állapot romlása vagy hosszabb idejű gyógyulás a diagnózis kései felállítása miatt, vagy esésből, véletlen tűszúrásból eredő sérülés, stb.. A károsodás lehet félelem, enyhe vagy súlyos fájdalom, ideiglenes vagy tartós egészségkárosodás, vagy jelentheti a beteg halálát is. A kérdést boncolgató nemzetközi kutatásokra támaszkodva alakította ki az Egészségügyi Világszervezet, a WHO azt az állásfoglalását, hogy a fejlett egészségüggyel rendelkező országokban, a jól felszerelt kórházakban ellátott betegek körében az ellátás következményeként minden tízediknél kialakul valamilyen károsodás [2]. A jelentős előfordulási gyakoriság mellett a nemkívánatos események következményei is sokkolóak. Egyes kutatások szerint a kórházban kezelt betegek 1%-a az ellátás következtében meghal [3], és igen jelentős a károsodások miatti, az alapbetegséggel nem összefüggő többlet ellátások, perek, stb. költségterhe is. Ennek mértékére két adatot érdemes említeni: az angol egészségügyi kiadások 4%-át

viszi el a kórházakban kialakult felfekvések ellátása, illetve az ausztrál egészségügyi kiadások 1%-át a gyógyszerelési hibák költségterhe teszi ki [4]. Hazai kutatások a témakörben nem ismertek.

Nemkívánatos esemény előfordulásakor gyakran elhangzó kérdés: ki a felelős? A betegbiztonsági kutatások szerint azonban az események háttérében elsősorban tervezési hiányosságok (pl. munkaidő-beosztás, tárolás, gyógyszerosztás) vagy a végrehajtást befolyásoló tényezők (pl. zsúfoltság, stressz, időnyomás) állnak, egysemélyi felelősség csupán 10-15%-ban állapítható meg. A nemkívánatos események eredményes visszaszorítását ezért a rendszerekben és a folyamatokban rejlő veszélyforrások, valamint a működési környezetből érkező hatások feltérképezésével és jelentőségük csökkentésével, nem pedig a hibát elkövetők felkutatásával és megbüntetésével lehet elérni [1-3].

Fontos kérdés, hogy a betegellátás biztonságának javítására milyen módszerek és eszközök állnak rendelkezésre a kutatók, az egészségügyi dolgozók és a döntéshozók számára. Ehhez a minőségügy azon alapelvéből kell kiindulnunk, hogy a kívánt eredményt a tevékenységek és a folyamatok szabályozásával, illetve az azoknak megfelelő munkavégzéssel lehet megbízható módon elérni. A másik fontos kiindulópont, hogy az eltérő helyszíneken, időpontokban és körülmények között előforduló nemkívánatos események (pl. oldaltévesztések) alapvető okai hasonlóak. Ha felismerjük ezeket az okokat, akkor intézkedni tudunk kiküszöbölésükre, így az adott események előfordulása mérsékelhető.

A betegellátás biztonságának javítását tehát a veszélyforrások és a kockázatok azonosításával, kiküszöbölési lehetőségük meghatározásával és gyakorlatba ültetésükkel lehet elérni. Ez a szemlélet vezérelte több mint száz évvel ezelőtt az USA-beli sebészt, Ernest A.

Magyar Minőség XXIV. évfolyam 11. 2015. november

Codmant, aki megalkotta az első működési szabályokat – standardokat –, amelyeket először a saját kórházában vezetett be a biztonságosabb és eredményesebb ellátás érdekében. Ebből nőtt ki és terjedt el világszerte a kórházi akkreditációs rendszer. Mára az akkreditációs modell jelen van szinte minden uniós országban [5] és eredményes eszközként működik az ellátás biztonságának javításában [6, 7].

Az akkreditációs programokat az egyes országok saját fejlesztési módszertannal és célokkal, eltérő szervezeti hierarchiában dolgozzák ki és működtetik. A nemzetközi egyenértékűséget és elfogadottságot az International Society for Quality in Healthcare (ISQua) standardjai jelentik, amelynek való megfelelés esetén elnyerhető a nemzeti programok nemzetközi akkreditációja (www.isqua.org).

Az akkreditációs rendszer lényegi különbségeket mutat az egészségügyben széles körben használt ISO szabványokon alapuló tanúsítási rendszerrel szemben. Az összehasonlítást két területen lehet elvégezni: az szabályozások szakmai tartalma és a külső értékelés módszere szempontjából. A szakmai tartalom szempontjából elmondható, hogy az ISO szabványok meghatározzák, hogy a szervezeteknek mit kell tenniük a szabályozottság eléréséhez. A standardok konkrét elvárásokat fogalmaznak meg, így jóval specifikusabbak, az ellátás különböző szintjein azonosítható betegbiztonsági kockázatokra koncentrálnak, határozzák meg az elvárt működésre vonatkozó jellemzőket. A külső értékelésben lényegi filozófiai és módszertani különbségek vannak: az ISO szerinti tanúsítást egymástól függetlenül dolgozó cégek végzik nem közölt kritériumok mentén. Az akkreditációs felülvizsgálatokat egyetlen szervezet végzi, előzetesen közölt módszerekkel és döntési kritériumokkal (1. táblázat).

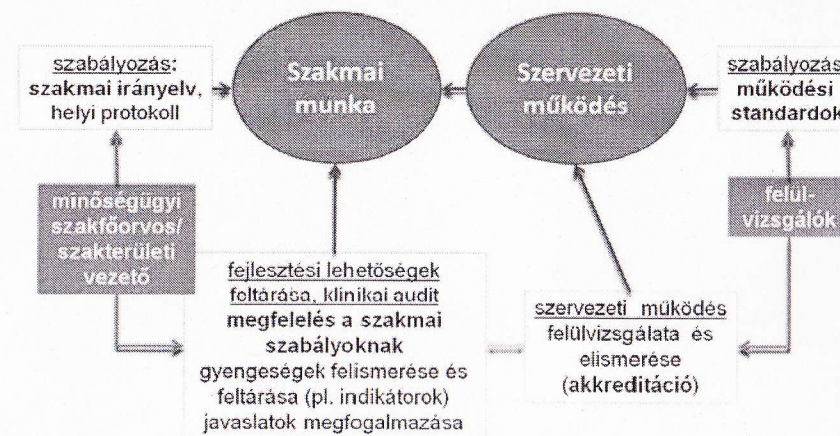
jellemző	egészségügyi szolgáltatók akkreditációja: standardok szerinti egységes külső felülvizsgálat	ISO tanúsítás: szabványokon alapuló minőségirányítási rendszer értékelés erre akkreditált cégekkel
résztétel	általában önkéntes, néhány országban kötelező	önkéntes
következmény	nyilvánosság, finanszírozási feltétel vagy előny, kvázi kényszerítési eszközök a részvételre	nyilvánosság, esetenként pályázatoknál előnyként megjelenik
szabályozó fejlesztése	betegbiztonsági kockázatok, veszélyforrások mentén, ellátási formáknaként specifikus, adott ország helyi sajátosságai mentén	nemzetközileg egységes, a szervezetek általános működési szempontjai mentén
minőségirányítási dokumentáció	nincs, a hangsúly a működésen	van, a hangsúly a szabályozók megfelelőségén
értékelők	peer review (kollegiális)*	az audit-teamek vegyes összetételűek
értékelők kiválasztása	előre jól meghatározott, kihirdetett kritériumok mentén*	piaci cégek kompetenciája, NAT** követelmények alapján
értékelők oktatása	egységes szempontok és tananyag szerint, folyamatos, a felülvizsgálókra vonatkozó egyéni értékelési rendszerrel*	tanúsító cégek által szervezett kurzusokon, az auditálók egyéni értékelése nem zajlik vagy nem ismert
értékelési tapasztalatok	összegyűjtésre és feldolgozásra kerülnek, visszacsatolódnak a standardok fejlesztésébe*	üzleti titok, az auditált szervezetek kapnak visszajelzést saját eredményeikről
értékelő szerv	non profit, állami vagy államtól, finanszírozótól független, általában egyetlen országos vagy regionális testület az egészségügyi ágazaton belül	for-profit szervezetek, melyeknek lehet NAT** vagy külföldi akkreditációja, illetve hazai vagy nemzetközi székhelyűek
értékelő szerv tevékenysége	oktatás, tanácsadás, publikálás, felülvizsgálat*, visszacsatolás a standardok és felülvizsgálati eljárás fejlesztésébe	tanácsadás, audit
értékelés típusa	kollegiális működés elemzés	minőségirányítási rendszer felülvizsgálata
kiadott igazolás	egyenértékűnek tekinthető, az igazolás kiadásának kritériumai előzetesen ismertek	különböző módszerek és gyakorlat miatt nem összemérhető, a kiadás kritériumai nem ismertek
* egyre több országban a publikált ISQua standardok mentén történő tevékenység **Nemzeti Akkreditáló Testület, amelynek működését az ISO követelmények határozzák meg		

1. táblázat Az tanúsítási és akkreditációs rendszerek összevetése

Az akkreditáció szabályrendszere

Az egészségügyi szolgáltatások célja az ellátott betegek egészségi állapotának és életminőségének javítása. Ennek érdekében az ellátók általában a szakmai folyamatokra összpontosítanak. A szakmai teendők meghatározására a nemzeti szinten kialakított szakmai irányelvek alapján készült vagy irányelvek hiányában a saját fejlesztésű helyi protokollok szolgálnak.

E szakmai szabályok azonban önmagukban nem elegendők a betegek megfelelő ellátására. Szükség van a szakmai döntések meghozatalához elengedhetetlen információra, az ellátáshoz szükséges anyagokra, eszközökre a megfelelő helyen és időben, valamint arra, hogy a betegek úgy kapják meg a protokollok által előírt vizsgálatokat, kezeléseket, gyógyszereket, hogy közben ne forduljon elő gyógyszercsere, leletvéstés, késlekedés a feladatok elvégzésében. Ezt - a céloknak megfelelő - intézményi működés kialakításával, illetve a kidolgozott szabályok betartásával lehet elérni. Az ismert kockázatok, veszélyforrások kiküszöbölését szolgáló standardok segítséget jelentenek a biztonságosabb és így a hatékonyabb, eredményesebb működés kialakításában. Az akkreditációs standardok tehát az intézményi működés és nem a szakmai munka szabályait határozzák meg (1. ábra).



1. ábra A szakmai munka és a szervezeti működés kapcsolata

Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszere Magyarországon

Magyarországon az első kórházi standardok nemzetközi adaptáció alapján készültek 2001-ben, majd újabb szolgáltatási szintekre is készültek standardok, de a kapcsolódó külső értékelési rendszer kidolgozása elmaradt: a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok szerinti működés értékelését tanúsító eljárás keretében végzik.

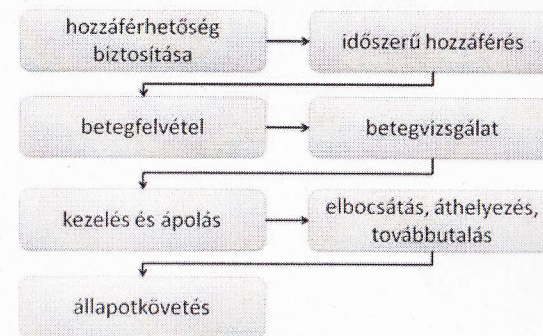
A 2007-2013-as Európai Unió költségvetési ciklusban nyílt lehetőség arra, hogy a tárca elindítsa a hazai akkreditációs rendszer kialakítását. A „BELLA” megnevezést kapott projekt a TÁMOP 6.2.5/A-13-2012-0001 pályázat keretében, 2012. december 1 – 2014. november 30. közötti időszakban valósult meg. A jogszabályi háttér az Egészségügyi Törvény biztosítja, amely önkéntes alapon lehetővé teszi az egészségügyi szolgáltatók számára az akkreditáció megszerzését is. Ezzel a tárca – az oktatásügyhöz és a nemzetközi gyakorlathoz hasonlóan – megteremtette saját akkreditációs rendszerét.

A hazai akkreditációs rendszer standardjai

Az elvárt működést leíró standardok fejlesztésekor cél volt a hazai sajátosságok mentén az ellátás biztonságának támogatása és a betegközpontúság, illetve annak támogatása, hogy az ellátók napi munkájukat ezen elvárások szerint végezzék. A standardokat - a célok teljesülése érdekében - hazai gyakorló szakemberek bevonásával fejlesztettek, és a végső változat kialakítása a próba-alkalmazás tapasztalataira támaszkodott. Menedzseri ismeretekkel és/vagy minőségügyi tapasztalatokkal rendelkező gyakorló orvosok, szakdolgozók munkacsoportokban határozták meg a napi életben tapasztalt, a működéssel kapcsolatos gyengeségeket, majd ezek okait és a kiküszöbölésüket célzó, megvalósítható megoldásokat.

Felépítésüket tekintve az egyes standardok a klasszikus minőségbiztosítási, minőségfejlesztési logikát (PDCA) követik: meghatározzák a belsőleg kidolgozandó szabályok szakmai tartalmát, alkalmazásuk módját a napi munkavégzés során, illetve az ellenőrzés és fejlesztés szempontjait.

A standardok szakmai logikája a betegközpontúság elvét követi (2. ábra), azaz a felvételtől az elbocsátásig határozza meg azokat a teendőket, amelyek elősegítik a biztonságosabb ellátást. A betegek ellátását irányítási feladatok és vezetői döntések is befolyásolják, így több standard foglalkozik e témakörökkel. Például a betegellátási folyamatok részét képezi a gyógyszerelés vagy a betegoktatás, irányítási funkció, a szakmai protokollok fejlesztése, vagy az új munkatársak felvétele.



2. ábra A betegközpontúság megjelenése a standardok rendszerében

A járó-fekvő standardcsoportok témakörei:

1. Menedzsment,
2. Kommunikáció
3. Dokumentáció
4. Betegellátás
5. Infekciókontroll
6. Betegellátással kapcsolatos egyéb tevékenységek
7. Termékek, szolgáltatások.

A standardokat majd egy éven keresztül teszték ún. pilot intézményekben, részben közös találkozóknál, részben munkacsoportok helyszíni látogatása során. A standardok a tesztelés során kapott visszajelzések figyelembevételével nyerték el jelen formájukat.

Az akkreditációs szintek és a felülvizsgálati eljárás

Az akkreditációs eljárás két jól elkülöníthető részből áll. Az első részben a programba először belépő intézmény részletes felkészítést (oktatást, tanácsadást) kap. Ennek keretében önértékelés formájában helyzetértékelés készül. Az intézmény saját felelőssége, hogy az ennek alapján javasolt intézkedéseket átültesse a gyakorlatba, illetve levezényelje a változtatásokat. A felkészítési folyamat végén az intézmények önértékelési kérdőívet

töltenek ki, ezt követően fél év múlva kerül sorra a helyszíni felülvizsgálat.

A helyszíni felülvizsgálat a működés értékelésére koncentrál, és nem foglalkozik a leírt szabályok tanulmányozásával. A felülvizsgálók valamennyi osztályra eljutnak.

A standardok között vannak kötelezően teljesítendő, alap-, illetve emeltszintű elvárások. Ha az intézmény a kötelező elemek valamelyikét nem teljesíti, nem kaphat akkreditációs igazolást. Valamennyi standard-elvárásnak előre rögzített, elnyerhető pontértéke van. A felülvizsgálat eredményeként kapott pontszámok határozzák meg, hogy az intézmény alap- vagy emelt szintű akkreditációt nyer el, a döntést független akkreditációs bizottsági hozza meg.

A felülvizsgálati jelentések és eredmények adatbázisba kerülnek, amelynek elemzésével meghatározhatók az akkreditációs rendszer fejlesztésével kapcsolatos teendők, és az egészségpolitikai intézkedéseket igénylő problémák.

Képzések és informatikai fejlesztések

Az akkreditációs program indításakor kiemelt jelentősége van azon szakemberek oktatásának, akik egyrészt tanácsadást nyújtanak a programba belépő intézményeknek, másrészt – az összeférhetetlenségi szabályok figyelembe vételével – elvégzik a helyszíni felülvizsgálókat. A képzések több szakaszban zajlanak, minden szakasz vizsgával zárul. A képzéshez jó alapnak bizonyult a TÁMOP 6.2.2. pályázati konstrukcióban korábban kidolgozott és ingyenesen hozzáférhető „Betegbiztonsági koordinátor” tananyag. A felülvizsgálók munkáját a szakmai tudás felmérése mellett, az intézmények és a munkatársak is értékelik.

Jelentős feladat az intézményi dolgozók képzése. Ennek középpontja a betegellátás biztonságának és az akkreditációs program lényegének megértetése, továbbá az osztályos munkát érintő standardok gyakorlati alkalmazása.

Az informatikai fejlesztések közül most kettőt emelünk ki. A nemkívánatos események jelentését és a jelentések tanulságainak levonását segíti elő a NEVES szoftver. Meghatározott, nemkívánatos események jelenthetők anonim módon, az aggregált adatok elemzése és az eredmények alapján történő intézkedések a standardok egyik követelménye. Szoftver segíti az akkreditációs rendszer működtetését, így az informatikai felület tartalmazza a standardokkal összefüggő információkat, segíti a tanácsadások és a felülvizsgálatok megtervezését, a felülvizsgálók tevékenységének nyomon követését, az adminisztratív teendők végzését.

A standardok alkalmazásával szerzett első tapasztalatok a járó- és fekvőbeteg intézményekben

A felkészítési folyamatba eddig 55 intézmény: 40 kórház és 15 önálló járóbeteg szakrendelő kapcsolódott be. A felkészítéshez tanácsadási rendszert került alakítottak ki: egy-egy vezető tanácsadó kíséri végig a felkészítési folyamatot az intézményekben, továbbá tematikus tanácsadók segítik az osztályok működését érintő standardok értelmezését és a gyakorlati feladatok meghatározását. Az intézményi képviselőkkel tartott, rendszeres találkozók, egyeztetések segítik elő a jó munkakapcsolatok kialakulását.

A sikeres felkészüléshez elengedhetetlen az első számú vezető tevékeny közreműködése, a standardok bevezetésének nyomon követése, a szükséges változtatások elősegítése. A siker további feltétele a projektszemlélet

megjelenése a standardok szerinti működés kialakításában, és a képzett munkatársak felhatalmazása a változtatások megtervezéséhez és levezényléséhez. Ennek ismeretében a vezető tanácsadók közvetlen kapcsolatot igyekeznek találni az intézményi vezetőkkel, illetve a különböző munkamegbeszélések során a változtatások levezényléséhez szakértői tanácsot adnak a felkészítést segítő munkatársak.

A tanácsadói tevékenység eddigi tapasztalatai szerint megfogalmaztuk a legfontosabb tapasztalatokat. et és.

Nehézségek

- Nehézséget jelent, hogy vannak kevésbé elkötelezett vagy nem tevékenyen közreműködő intézményvezetők. Ők nem ismerik fel azt, hogy a standardok vezetési eszközként szolgálnak, illetve azt, hogy „én elkötelezett vagyok, csináljátok” – szemlélet nem elegendő.
- Az egészségügyi dolgozóknak általában nincsenek a megbízhatóságra vonatkozó ismereteik, így napi munkájuk tervezésekor, végzésekor a megelőző szemlélet alig van jelen, az általános szervezeti kultúra büntető jellegű.
- Minden változás megtervezésében, végrehajtásában, a standardok megismerésében komoly korlátot jelent az egyre jelentősebb munkaerőhiány, az ebből fakadó túlterheltség, de emellett kihívást jelent a külső környezet gyakori és kiszámíthatatlan változása.
- Az akkreditációs programmal kapcsolatban az intézmények másra számítottak: „majd leírjuk, más dolgunk nincs vele”, vagy „a tanácsadók majd megcsinálják” észrevételek gyakoriak.

- Nehézségként említhető, hogy az akkreditációra készülő intézmények munkatársai a tanácsadások során nem mindig mernek őszintén megnyilvánulni napi munkavégzésükkel kapcsolatban, és ez korlátozza a szükséges fejlesztési lépések megfelelő meghatározását.
- Az intézményektől független adottság, hogy az aktuálisan futó tanácsadási program forrását biztosító TÁMOP 6.2.5/B projekt futamideje rövid, és ez a megbeszélések feltorlódásával jár, illetve nem teszi lehetővé a változtatások levezénylését a projekt időtartamában.
- A projekt irányítása szempontjából nehézség, hogy a tanácsadást végző munkatársak maguk is tanulják a rendszert és a tanácsadás e formáját. Az intézmények rendszeresen értékelik a tanácsadók munkáját, és ennek alapján látható, hogy nem minden munkatárs alkalmas a feladatra.

Erősségek, eredmények

- Az eddigi tapasztalatok alapján fontos erősségként említhető, hogy nem csupán a standardok kerültek kidolgozásra, hanem számos – több száz - oktatási anyag, a standardok gyakorlati megvalósítását támogató segédanyag is elkészült.
- Jó tapasztalat, hogy a rendszeres közös megbeszélések, munkatalálkozók elősegítik az egymástól való tanulást, a jó gyakorlatok megismerését és terjesztését. A folyamatos visszacsatolási rendszer segítségével láthatóvá válnak a standardok értelmezési nehézségei, a gyakorlatba ültethetőség korlátjai, és ezeket a standardok módosítása, fejlesztése során figyelembe lehet venni.
- Pozitív tapasztalat, hogy számos intézményben dolgoznak elkötelezett vezetők, a belső irányításért fe-

előls munkatársak, akik megértik a standardok lényegét, üzeneteit és ezeket tovább közvetítik saját munkatársaik felé.

- A visszajelzések alapján megállapítható, hogy a tanácsadói tapasztalatok bővülésével fejlődik maga a tanácsadói tevékenység is, másfajta szemlélet jelenik meg a felkészítést végző, és a tanácsadásban részvevő munkatársak napi betegellátó tevékenységében.
- Végül fontos eredményként fogalmazható meg, hogy azonosíthatóvá válnak azok a problémák, amelyek az intézmények működésében a külső környezetből származó okok miatt jelennek meg.

Következtetések, összefoglalás

Az akkreditációs standardok bevezetésével a megbízhatóságot támogató szervezeti kultúra kialakítása érhető el. Ez a napi munkavégzés változtatását igényli, ami minden intézménytől türelmet és időt igényel. A hazai kórházak 40%-át és számos járóbeteg szakrendelőt lefedő tanácsadási program alapján megállapítható, hogy jelentős, meglepő, néha sokkoló különbség van az intézményi szabályozás és a tényleges gyakorlat, továbbá a vezetők/minőségügyi vezetők fejében élő kép és a tényleges működés között. Ezért indokolt az a kiinduló koncepciónk, mely szerint a működés értékelésére és nem a meglévő szabályok elemzésére kell az akkreditációs felülvizsgálatnak összpontosítani. Tapasztalataink szerint a hazai gyakorló szakemberek javaslatai alapján fejlesztett standardok a gyakorlatban működőképesek, és függetlenül a korábban működtetett minőségügyi rendszer kidolgozottságától, mindenütt vannak „szűz” területek. A standardok gyakorlatba ültetéséhez – mint általában a változtatások eléréséhez – hosszabb időre van szükség. Ennek során a rendszeres munkatalálkozók, a verbális kommunikáció, a csapatmunka alap-

vető feltételek. A felkészítő program segítségével azonban a dolgozók megértik a standardok lényegét és előnyeit, ezáltal nem külső kényszer, hanem belső igény segíti az alkalmazásukat.

Irodalomjegyzék

1. To err is human: Building a Safer Health System (szerk.: Kohn, LT, Corrigan, JM, Donaldson, MS), Institute of Medicine, Washington DC, 2000. www.iom.edu
2. Summary of the evidence of patient safety. Implications for research. WHO, 2008. www.who.int
3. James, JT: A New (2013) Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. Journal of Patient Safety. 9: 122–128
4. ABC of patient safety, BMJ books, 2007.
5. Shaw, CD., Bruneau, C., Kutryba, B., de Jongh, G., Suñol, R. (2010) Towards hospital standardization in Europe. International Journal for Quality in Health Care, 22: 244-249.
6. Comparative study of hospital accreditation programs in Europe. KCE reports 70C. 2008.
7. Suñol, R, Vallejo, P., Thompson, A., Lombarts, MJMH, Shaw, CD, Klazinga, N (2009): Impact of quality strategies on hospital outputs. Qual Saf Health Care, 18: i62–i68.