

Predstavujeme sieťové organizácie WONCA Europe 25 rokov EQuIP (1991-2016)

Ulrik Bak Kirk - koordinátor EQuIP, univerzita Kodaň

Európska spoločnosť pre kvalitu a bezpečnosť v rodinnej praxi (EQuIP), je európskou sieťou lekárov a výskumníkov, ktorá je súčasťou WONCA Europe. Vznikla v rovnakom roku, ako padol Berlínsky múr (1989) ale oficiálne začala pracovať až v roku 1991, takže v tomto roku 2016 oslavuje 25 výročie svojej existencie. Čo sa stalo so zlepšovaním kvality vo všeobecnom praktickom lekárstve počas tohto obdobia? Tento článok ponúka „husársky kúsok“ vo forme historických pozorovaní prostredníctvom organizačných okuliarov siete EQuIP, zahŕňajúc skoré počiatky kvality a bezpečnosti v našom odbore v Európe. Pripomenieme si hlavné úspechy t.j. naše nástroje, metódy, produkty a výskumné projekty a ich možnú úlohu v budúcnosti. Dnes pojem „kvality“ v oblasti starostlivosti o zdravie zažíva rivalitu medzi bezpečnosťou a zlepšovaním. S vývojom IT (informačných a komunikačných technológií) a rozsiahleho dátového systému s narastajúcimi možnosťami hodnotenia dát a meraní rôznych parametrov urýchlil sa pokračujúci proces rozvoja. Budúce vedecké experimenty siete EQuIP smerujú k lepšiemu využitiu nástrojov nerania účinnosti a faktorov účinnosti. Z tohto dôvodu, prvotné odporúčania pre zdravotnú starostlivosť musia byť predefinované a upravené v oveľa užšej spolupráci medzi výskumom a priekopníkmi v zlepšovaní kvality všeobecného praktického lekárstva v Európe, čo by mohlo získať silnú politickú podporu zainteresovaných strán.

„Zlepšovanie kvality je v súčasnosti charakterizované súperením s bezpečnosťou. Prvý proces je dynamický prístup, druhý je viac statickým obmedzením. Nemedicínski predstavitelia vo vláдах vidia svoju úlohu, iba v monitorovaní a zabezpečení bezpečnosti, čo je však často v rozpore s výskumom ale aj s doterajšou kvalitou liečby a bezpečnosťou.“ (Reinhold Glehr, Rakúsko)

EQuIP ako európska sieť WONCA Europe pre zlepšovanie kvality poskytovaných služieb a súčasne pre zvyšovanie bezpečnosti pacientov, začal svoju činnosť od roku 1991 pod vedením holandského výskumníka Richarda Grola s cieľom vyvinúť nástroje a metódy pre zlepšovanie kvality vo všeobecnom praktickom lekárstve v spolupráci s poprednými európskymi lekáorskými výskumnými inštitúciami.

Teraz keď oslavujeme veľkolepý milník: 25. výročie vzniku, je vhodné a relevantné – spomenúť a komentovať našu súčasnú situáciu „kvality“ a „bezpečnosti“, pozrieť sa do minulosti ale taktiež dopredu do kryštálovej gule.

História EQuIP môže byť rozdelená do 3 hlavných fáz:

1. produktová fáza (1991 – 2006)
2. zrkadlová fáza (2006 – 2011)
3. sieťová fáza (2011 – doteraz)

Tieto tri fázy odzrkadľujú všeobecné trendy v rámci cesty európskeho zlepšovania kvality vo všeobecnom praktickom lekárstve. Uskutočnili sa rôzne typy kvalitatívnych vylepšení, v komplexnej podstate kvality medzi funkciou zaisťujúcou bezpečnosť a funkciou výskumnou a vývojovou.

Produktová fáza (1991 – 2006)

Jej hlavným cieľom bolo vytvoriť „univerzálne“ nástroje na ohodnotenie a zlepšenie kvality v primárnej zdravotnej starostlivosti. Individuálne, hodnotenie pacientov a organizačný vývoj boli zdôrazňované viac ako medzinárodné klinické ukazovatele – klasický prístup zhora nadol s veľ-

kolepými rozprávkami o produktoch. V rámci organizácie WONCA World pracuje, Svetová organizácia za kvalitu a bezpečnosť v rodinnej medicíne (**WWW PQS**), základným princípom jej činnosti je v plynulom zlepšovaní parametrov kvality, využitím, „identifikácie indikátorov týkajúcich sa pacientov, ako napr. klinické, organizačné indikátory ako aj indikátory ich spokojnosti za účelom merania kvality a bezpečnosti starostlivosti.“ (WWW PQS, 2016)

Je veľmi zaujímavé ako bola kvalita z klinického hľadiska silne ovplyvnená „remeselným modelom“ – predstava dobre školeného a nezávislého remeselníka bola ma začiatku histórie EQuIP „kľúčovým determinantom kvality“ lekára (Bohmer, 2010).

Cesta EQuIP bola spoločná s organizáciou **EUROPEP** (Európski pacienti hodnotia starostlivosť o pacientov – **EUROPEAN PATIENTS EVALUATES PATIENT CARE**), ktorá vypracovala medzinárodné štandardizované nástroje na meranie spokojnosti pacientov primárnej praxe. Existovala v rokoch 1995–1999. Aspekty, ktoré boli zahrnuté v EUROPEP mali za cieľ ako prvé reflektovať pacientove priority v oblasti kvality starostlivosti. Práve preto sa konala EUROPEP štúdia (Grol 1999) v 8 európskych centrách – Nórsku, Švédsku, Dánsku, Veľkej Británii, Holandsku, Nemecku, Portugalsku a Izraeli – aby sa zistili priority pacientov ako aj sa zostavil systematický prehľad literatúry z tejto oblasti (Wensing, 1998). Táto štúdia umožnila medzinárodné porovnanie výsledkov starostlivosti vo všeobecnom praktickom lekárstve v Európe a mala za cieľ získať podporu politikov pre zlepšovanie a rozvoj primárnych systémov starostlivosti v Európe.

Od druhej polovice roku 2000 sme začali používať nástroj stimulácie a hodnotenia kvality, ktorý vyvinul v Británii v rokoch 1996–2003 Glyn Elwyn. EQuIP tento systém vylepšil a adaptoval a používal ako **INTERNATIONAL FAMILY PRACTICE MATURITY MATRIX (IFPMM)**. Cieľom bolo vytvoriť medzinárodný hodnotiaci nástroj, ktorý by mohol byť použitý v primárnej praxi čo by mohlo podporiť porovnávanie jednotlivých krajín, diskusiu v rámci medzinárodnej komunity a podporiť vzdelávanie a tréning praktických zručností so zameraním na zlepšovanie kvality starostlivosti o pacientov a ich bezpečnosti.

Dotazník IFPMM pozostával z vybraného počtu dimenzií, proces od zúčastnených vyžadoval, aby jednotlivci indikovali, v ktorom bode sa na jednotlivých škálach nachádzajú, a neskôr o zistenej situácii diskutovali v tíme a dospeli k všeobecnému súhlasnému výsledku pre prax. Ako aj výsledky EUROPEP, ktorý sa spomína vyššie, tieto výsledky môžu byť porovnané so štandardom, čo môže v konkrétnej praxi prispieť k identifikácii relevantných oblastí pre zlepšenie (Edwards A et al., 2005).

Vyššie uvedený „remeselný model“ kvality sa dostal pod kontrolu v priebehu tejto „prvej fázy“, keď sa neskôr ukázalo, že technické zručnosti všeobecného praktického lekára sú len jedným z mnohých rozmerov jeho kvality. Takýto skúsený, samostatný všeobecný praktik sa náhle stal súčasťou systému, ktorý vyžadoval štruktúrálnu–procesný výsledok modelu kvality starostlivosti, ktorý zahŕňa efektivitu, vedenie a organizačné zmeny (Berwick et al., 1992). Výskumom zúčastnených lekáorských praxí sa zistilo, že oni samotné sú súčasťou širších sietí, ktoré boli spojené s poisťovňami a inými lekármi (na miestnej aj medzinárodnej úrovni) a miestnymi jednotkami riadenia, ktoré podporili potrebu spoločných noriem kvality hodnotiacich rámcov aby sa uľahčilo porovnávanie v Európe. (Rhydderch et al., 2004).

Európske hodnotenie praxe (**EPA – EUROPEAN PRACTICE ASSESSMENT**), čo je nástroj na posudzovanie praxe v rámcach primárnej starostlivosti, ktorý bol vyvinutý v nasledujúcich rokoch, ponúkol systém akreditácií pomocou ukazovateľov kvality, pre zmapovanie a zviditeľnenie osvedčených

postupov (Szecsenyi et al., 2011). Príklady zlepšenia zahŕňali postupy pre riešenie sťažností pacientov, stanovenie rozumných cieľov kvality, napríklad otázka resuscitácie pacientov v konečných štádiách chronických ochorení, využitie registrov kritických incidentov, tímové stretnutia a ďalšie.

EPA bol užívateľsky priateľský a bol navrhnutý pre rôzne typy praxí. Každé zlepšenie začalo meraním (stanovením indikátorov) a porovnaním praxí, ktoré sa tak mohli od seba navzájom učiť. Hodnotenie EPA motivovalo lekára a sestru a malo identifikovať merateľné zmeny a zlepšenia, tiež ponúkalo nástroje a metódy v rámci systému EPA, ktoré boli schopné upozorniť na kvalitu praxe a tiež identifikovať oblasti pre zlepšenie. EQuIP si zakladá na tom, že **EPA v roku 2009 získala Gasteinovu cenu zdravia od Európskeho zdravotného fóra**.

EPA bol použitý v rôznych európskych krajinách a niekoľkokrát taktiež mimo Európy. Ale šírenie a realizácia tohto produktu EQuIP sa zastavila kvôli vnútornej diskusii týkajúcej sa práv duševného vlastníctva a zostala iba v rámci EQuIP pre potrebu národných členov pre lokálnu adaptáciu tohto medzinárodného nástroja. Tento problém jasne bráni akémukoľvek porovnaniu na svetovej úrovni, čo bolo hlavným pôvodným cieľom produktu a preto nebol tak rozšírený ako jeho vývojári dúfali.

Reflexná/Zrkadlová fáza (2006 – 2011)

Počas tohto obdobia národní delegáti EQuIP sa ocitli vo vákuu: paralyzovaná skupina bez vodcu, vízie alebo udržateľnej štruktúry.

Predchádzajúce nástroje kvality boli pozmenené v súlade so zmenami, ktoré sa vyskytli v kvalite a bezpečnosti v oblasti všeobecnej praxe – z činností, ktoré boli iniciované všeobecnými praktickými lekármi a výskumníkmi (interne) až po akcie, ktoré boli vykonávané národnými a regionálnymi štátnymi orgánmi (externe) a slúžili na zabezpečenie bezpečnosti. Zameranie na rozvoj kvality prešiel z jednotlivých nástrojov a individualistického prístupu k rozhodovaniu o systémoch zdravotnej starostlivosti a metódach pre plánovanie a vykonávanie zmien, ako je **Lean Manufacturing** a **Six Sigma**. Objavilo sa vedecké zlepšenie (de Koning et al., 2006).

Nový trend „zlepšovania kvality“ vyžadoval disciplinovaný prístup a sadu nástrojov pre stanovovanie cieľov, vykonávanie a zavádzanie zmien kontrolovaným spôsobom a s meraním a spätnou väzbou v podobe malého rozsahu testov zmeny pomocou cyklov plánovanie – vykonanie – študovanie – konanie – **PDSA (Plan – Do – Study – Act)**. Všetky rámce zlepšenia kvality využívali dáta na vyhodnotenie a prispôbenie akcie a rozvoja informačných technológií (IT), čo bolo spolu s rastúcimi možnosťami pre meranie dôležitou hnacou silou. Avšak, vytvorila sa naozaj tenká hranica medzi takouto praxou všeobecného praktického lekárstva a udržateľnosťou takéhoto manažovaného systému. Pacienti sa podrobovali cieľom starostlivosti, ktoré boli vopred nastavené a politicky motivované a tiež požiadavky na transparentnosť – aj za cenu straty anonymity údajov o pacientovi viedlo k narušeniu vzťahu pacient–lekár (Eriksson, 2010).

Gordon Littman, ktorý reprezentuje Izraelskú Asociáciu rodinných lekárov v EQuIP od roku 2007 nedávno popísal ako ukazovatele kvality v tom čase získali zvýšenú pozornosť. Avšak, mnohí „doktori pociťovali, že „orgány“ zasahovali do interakcie medzi nimi a ich pacientmi na dennej báze a nemerali pravdivo kvalitu ich práce“ (EQuIP, 2016). Hlavným dôvodom neadekvátnosti bolo, že väčšina ukazovateľov merala len bio–časť konzultácie, zatiaľ čo rodinní lekári pracujú s pacientmi s pomocou **bio–psycho–sociálneho prístupu**, tak ako to popisuje Engel.

EQuIP na to reagoval vznikom novej pracovnej skupiny o ukazovateľoch kvality, ktorá usúdila, že hlavným problémom vynechania psychosociálnych ukazovateľov bolo to, že nie je jednoduché ich merať a takisto integrovať do denného pracovného prostredia. Klinické smernice, založené na dôkazoch, a klinické vládne systémy boli preukázateľne neaplikovateľné v klinickom prostredí lekárskej praxe, kde metódy neboli založené na výskume primárnej lekárskej starostlivosti.

Keď sa **Tina Erikssonová** z Dánska stala piatou prezidentkou EQuIP v roku 2007, bolo to úsvitom novej éry charakterizovanej stabilitou, stratégiou a sebaanalýzou. Produktívne a konštruktívne pracovné prostredie založené na vzájomnej dôvere bolo obnovené a vízia budúcnosti kvality a bezpečnosti bola sformulovaná. Druhá fáza začala na privátnej konferencii EQuIP v Barcelone (2006), ktorej sa zúčastnili politici, výskumníci a všeobecní praktickí lekári a cyklus bol ukončený na

VI. konferencii v Copenhague (apríl 2011) – témou tejto konferencie boli „**Cenové podmienky vo všeobecnej praxi – manažment a verejná dôvera**“ so zásadnými prezentáciami, deviatimi workshopmi a dvadsiatimi tromi verbálnymi prezentáciami. Iona Heath a José Braspenning taktiež moderovali plodnú panelovú diskusiu ohľadne výhod a nevýhod o platbách za výkony. Power Pointové slajdy a video–nahrávky, ako aj ostatné konferenčné materiály sú voľne dostupné na stránka EQuIP a na YouTube kanáli EQuIP (**odporúčame navštíviť a naštudovať**).

Dospelo sa k názoru, že je nutný komplexný a vyvážený prístup ku kvalite, ako aj k odmeňovaniu lekárov.

Náuka o kvalite sa stala novou záležitosťou EQuIP v druhej fáze. Od decembra roku 2010 do novembra 2012 EQuIP bol partnerom **inGPInQI** projektu sponzorovaného Európskou úniou. Jeho cieľom bolo zlepšenie školenia ohľadne zlepšovania kvality zavedením inovatívnych nástrojov podporovaných IT pre použitie inštruktormi a praktickými lekármi, najmä pri kardiovaskulárnych ochoreniach. Výsledky projektu zahŕňali aj rozvoj súčasnej teoretickej koncepcie (Czabanovska et al., 2012). **Elektronická príručka na tému implementácie nových smerníc pre postupy pri arteriálnej hypertenzii a cukrovke** (Tomasik et al., 2014), VET program pre vyučujúcich, modul diaľkového štúdia pre praktických lekárov o zlepšovaní kvality, a online nástroj sebahodnotenia pre identifikáciu individuálnych edukačných potrieb.

Sieťová fáza (2011 – doteraz)

Organizačná štruktúra EQuIP bola od začiatku odlišná od už existujúcich európskych WONCA sietí pre vzdelávanie (EURACT) a výskum (EGPRN). Namiesto predstavenia individuálnych alebo organizačných členstiev, národné univerzity, profesionálne združenia a odborné spoločnosti boli nábádané k menovaniu dvoch delegátov, čo je dôvodom prečo EQuIP zostal uzavretým a sebestačným klubom. V máji 2016 EQuIP mal 89 aktívnych členov z 25 Európskych krajín. Počas tohto obdobia ústredný bod sa presúva stále viac k spolupráci a aktivitám členov. V porovnaní s predchádzajúcimi fázami, dnes existuje omnoho dynamickejšia skupina, previazaná zdola hore spoločným dialógom o spoločných projektoch.

Nedávny príkladom je Výročný projekt Fondu pre výskum WONCA Europe, ktorý v súťaži získal **EQuIP projekt posilnenie postavenia úlohy pacienta**. Deviateho septembra 2011, menšia revízia WONCA Europe definície lekárskej praxe uviedla ako svoju dvanástu a najnovšiu charakteristiku „**Propagáciu posilnenia postavenia pacientov a samostarostlivosť**“ (Mola, 2013) Projekt bol vyvíjaný v období od 2012–2015 a oficiálne spustený počas WONCA Europe konferencie v Istanbule ako „**Posilnenie postavenia pacienta v chronickom stave – WONCA EUROPE (PECC–WE)**“. Bol vytvorený pracovný balík, ktorý zahŕňal vytvorenie online úložiska pre stimuláciu ďalšieho výskumu na koncept posilnenia postavenia pacienta ako aj miesto pre relevantné nástroje. Tento prístup nie je spojený s neúspešne vyvinutými produktmi. Namiesto toho plne prijíma postup zdola nahor a zameriava sa na spolupartnerstvo a vzájomnú spoluprácu s expertmi na zdravotnú starostlivosť, výskumníkmi a pacientmi.

Ďalším príkladom sieťového prístupu je spoločný projekt **EQuIP a VdGM** ohľadne **vynálezu interaktívnej elektronickej príručky pre sociálne siete v lekárskej praxi**, ktorá mala príspevky od mnohých jednotlivcov z vonku aj z vnútra oboch sietí. Strategickí a skúsení užívatelia sociálnych sietí zdieľali svoje príbehy – príbeh ktoré boli určené k tomu

aby inšpirovali a motivovali užívateľov sociálnych médií aby rešpektovali pravidlá správania sa a aby umožnili šikovný, zdatný a efektívny spôsob využívania sociálnych médií (VdGM, 2015). Projekt smeruje k budúcej blízkej spolupráci a budovaniu siete medzi WONCA (Europe) a rôznych WONCA SIGs (Special Interest Groups) týkajúcich sa tém ktoré sú v spoločnom záujme.

Aj keď je bezpečnosť pacienta len jedným z aspektov zlepšovania kvality v lekárskej praxi, stala sa kľúčovou témou a bola zdôraznená ako hlavná kompetencia všeobecných praktických lekárov. **Zdravie je odvetvie kde bezpečnosť je zásadná** (IoM, 1999) a dôležité aspekty lekárskej praxe zahŕňajú kvalitu určenia diagnózy, zlá identifikácia pacienta, lekárske pochybenia, vakcinačné pochybenia, a zlyhanie systému (Rubin et al., 2003). Toto výskumné odvetvie vyvinuté mnohými bývalými delegátmi EQuIP, sa vynára na povrch s dôrazom na posilnenie systému, integrácie a výučby, ktoré však vyžadujú infraštruktúry ktoré chýbajú v mnohých oblastiach všeobecnej starostlivosti. Ambíciou už nie je identifikácia jednej hodnoty bezpečnosti, ale upraviť metriku na miestne nastavenia a okolnosti a nechať klinických pracovníkov vyvinúť tieto bezpečnostné metriky (Vincent a Esmail, 2015).

Cieľom EQuIP v rámci bezpečnosti pacientov je zamerať sa na únavu a syndróm vyhorenia u doktorov a personálu, ako aj na druhé a tretie syndrómy obetí ako hlavné aspekty bezpečnosti pacientov, nakoľko táto oblasť v súčasnosti postráda adekvátnu pozornosť a vhodné stratégie ktoré by minimalizovali riziko a ohrozenie bezpečnosti pacienta z dôsledku prepracovanosti a únavy všeobecných praktických lekárov a personálu (RCGP, 2015).

Budúcnosť zlepšovania kvality a úloha EQuIP

„Budúcnosť bude orientovaná na účinnosť a faktory účinnosti. Ako ďalej s podporou a obštrukciou? Príliš sofistikované akcie pre bezpečnosť pacienta môžu mať kontraproduktívny efekt. Je nevyhnutné to vyjasniť a uviesť odporúčania do rovnováhy.“ (Reinhold Glehr, Rakúsko)

Budúcnosť zlepšovania kvality zahŕňa vytváranie pridanej hodnoty pre relevantné strany, zároveň navigáciu v oblasti politických nariadení a očakávaní pacienta. To prispieva k väčšej centralizácii a štandardizácii (zabezpečenie kvality), ktorá vedie k nižšej kvalite a vníma sa ako menej užitočná pre klinických pracovníkov z dôvodu nedostatku príležitostí pre spätnú väzbu. Uchovanie rovnováhy vo vzťahoch pacient–doktor použitím merania dát a vedeckej implementácie smerníc založených na dôkazoch, akreditačné schémy praxe, iniciatívy za bezpečnosť pacienta atď. sú omnoho dôležitejšie než boli doteraz. Najdôležitejšie je dnes smerovať toto úsilie na zníženie rizika z únavy vo všeobecnej praxi, ktorá má negatívny vplyv na zdravie pracovníkov v tejto oblasti zdravotníctva a môže negatívne ovplyvniť kvalitu ich práce pri poskytovaní lekárskej starostlivosti pacientom a aj ich bezpečnosť. (InGPInQI, 2012b, s.107)

V roku 2015, EQuIP vytvoril novú pracovnú skupinu na kontrolu kvality, vedenú Adrianom Rohrbasserom (Švajčiarsko), ktorý je v súčasnosti PhD študentom Oxfordskej univerzity. Používa realistický prístup aby zistil prečo skupiny kontroly kvality fungujú vo všeobecnej zdravotnej starostlivosti, pokúšajúc sa identifikovať kontextuálne faktory ktoré presadzujú tieto skupiny. Je potreba omnoho väčšieho zrozumiteľného pochopenia pre zužitkovanie dostupných nástrojov, v závislosti od miestneho kontextu, histórie a tradície.

Kompletná a rozširujúca sa sieť EQuIP bude rozhodne hrať dôležitú rolu v kvalite založenej na užitočnosti. Naliehame s prosbou o navštívenie webstránky a rozhodnutia sa pre členstvo v sieti EQuIP, zapojte sa do kvalitnej práce a diskusii na sociálnych médiách – a nezabudnite na letný medzinárodný projekt spolupráce EQuIP.

Praha 31.5.2016

Ulrik Bak Kirk - koordinátor EQuIP, univerzita Kodaň, Dánske kráľovstvo

Odporúčaný prehľad literatúry k danej téme:

- Berwick DM, Enthoven A, Bunker JP (1992), Quality management in the NHS: the doctor's role – II. *BMJ* **304**(6822):304–8.
- Bohmer RMJ (2010), Fixing health care on the front lines. *Harvard Business Review* **88**(4):62–69.
- de Koning H, Verver JP, van den Heuvel J, Bisgaard S, Does RJ (2006), Lean six sigma in healthcare. *J Health Qua* **28**(2):4–11.
- Edwards A et al. (2010), Assessing organisational development in European primary care using a group based method: A feasibility study of the Maturity Matrix. *Int J Health Care Qual Assur* **23**(1):8–21. PMID: 21387860.
- Engel GL (1980), The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *American Journal of Psychiatry* **137**(5):535–544. PMID: 7369396.
- Elwyn G, et al. (2004), Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix™. *Quality and Safety in Health Care* **13**:287–294.
- Eriksson T, EQuIP (2011), European Association for Quality in General Practice/Family Medicine, *Eur J Gen Pract.* **17**:69–70.
- Eriksson T, EQuIP (2010), EQuIP: European Association for Quality in General Practice/Family Medicine. From tool development to information sharing – recent developments in EQuIP, *Eur J Gen Pract.* **16**(1):57.
- Eur J Gen Pract* (2015), Patient safety in primary care (supplement issue). **21**(S1):1–77.
- EQuIP (2016), 2nd Newsletter. May Edition. Accessed at 7th of May 2016: http://equip.dudal.com/files/72/equip_02newsletter_may2016.pdf
- Grol R et al. (1999), Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Family Practice* **16**(1):4–11.
- InGPInQI: Innovative lifelong learning of European General Physicians in Quality Improvement supported by information technology (2012a). Accessed at 8th of May 2016: <http://ingpinqi.eu/>
- InGPInQI (2012b), Guidebook on Implementation of Quality Improvement in General Practice, Andrée Rochfort, Violetta Kijowska, Katarzyna Dubas (eds). Accessed at 10th of May 2016: http://ingpinqi.eu/guidebook_EN/index.html
- IoM: Institute of Medicine (1999), *To Err Is Human: Building A Safer Health System*. Accessed at 9th of May 2016: <https://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>
- Mola E (2013), Patient empowerment, an additional characteristic of the European definitions of general practice/family medicine. *Eur J Gen Pract.* **19**(2):128–31. Doi: 10.3109/13814788.2012.756866.
- RCGP: Royal College of General Practitioners (2015), Patient safety implications of general practice overload. Accessed at 10th of May 2016: <http://www.rcgp.org/policy/rcgp-policy-areas/~media/Files/Policy/A-Z-policy/2015/RCGP-Patient-safety-implications-of-general-practice-workload-July-2015.ashx>
- Rhydderch M, Edwards A, Elwyn G, Marshall M, Grol, R (2004), Organizational Assessment in Primary Care: An Overview. In: *Quality Management in Primary Care*, edited by Grol R, Dautzberg M, Brinkmann H. Gutersloh, 37–52.
- Rubin G, George A, Chinn DJ, Richardson C (2003), Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors. *Qual Saf Health Care* **12**:443–47. Doi:10.1136/qhc.12.6.443.
- Second and Third Victim Research Group (2015), Recommendations for providing an appropriate response when patients experience an adverse event with support for healthcare's second and third victims. Accessed at 9th of May 2016: http://www.segundasvictimas.es/data/documentos/segundas_victimas_maquetacion_ingles_impresion_v06.pdf
- Szecsényi J. et al. (2011), Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. *CMAJ*.
- Tomasik T, Windak A, Seifert B, Kersnik J, Jozwiak J (2014), Treatment targets in patients with Type 2 diabetes set by primary care physicians from Central and Eastern Europe. *Eur J Gen Pract.* **20**(4): 253–59. Doi: 10.3109/13814788.2013.877130.
- VdGM: Vasco da Gama Movement (2015). Accessed at 8th of May 2016: <http://vdgm.woncaeurope.org/content/vdgm-socialmedia-compass>
- Vincent C, Esmail A (2015), Researching patient safety in primary care: Now and in the future. *Eur J Gen Pract* **21**(S1):1–2.
- Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R (1998), A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. *Soc Sci Med* **47**(10):1573–88. PMID: 9823053.
- WWWPQS: WONCA World Working Party on Quality and Safety in Family Medicine (2016). Accessed at 7th of May 2016: <http://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/QualitySafety.aspx>