

# CLINICAL GOVERNANCE KONSEP MODERN PELAYANAN KESEHATAN YANG BERMUTU

## CLINICAL GOVERNANCE MODERN CONCEPT IN QUALITY OF CARE

Iwan Dwiprahasto

Clinical Epidemiology & Biostatistics Unit/Bagian Farmakologi  
Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

### ABSTRACT

Continuous quality improvement has been one of the most important aspect of modern health care. Clinical governance is to be the main vehicle for continuously improving the quality of patient care and developing the capacity of health service to maintain high standards of care.

The purpose of clinical governance is to ensure that patients receive the highest quality of care. It covers the organization's systems and processes for monitoring and improving services, including: consultation and patient involvement, clinical risk management, clinical audit, research and effectiveness, staffing and staff management, education, training and continuing personal and professional development, use of information to support clinical governance and health care delivery

Effective clinical governance should therefore ensure the followings: continuous improvement of patient services and care; a patient-centered approach that includes treating patients courteously; involving them in decisions about their care and keeping them informed; a commitment to quality, which ensures that health professionals are up to date in their practices and properly supervised where necessary; a reduction of the risk from clinical errors and adverse events; as well as a commitment to learn from mistakes and share that learning with others

*Keywords:* clinical audit, accountability continuous quality improvement, clinical governance, quality of care

### PENGANTAR

Dalam 10 tahun terakhir ini upaya di bidang kesehatan di berbagai negara lebih dititikberatkan pada peningkatan aksesibilitas (*accessibility*) dan kesetaraan (*equality*) masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini didasarkan pada kenyataan bahwa hampir separuh dari penduduk dunia belum dapat menikmati kesamaan hak dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Selain itu juga disadari bahwa dalam kenyataannya banyak ditemukan upaya-upaya medik yang cenderung berlebihan dan kadang

justru membahayakan pasien yang kemudian berdampak pada terjadinya inefisiensi.

Dalam era globalisasi yang berciri tingginya tingkat kompetisi, kemandirian dan inovasi, pendekatan pelayanan kesehatan menghadapi perubahan yang cukup bermakna. Pelayanan kesehatan yang hanya bertumpu pada ketersediaan jenis pelayanan, aksesibilitas, dan kepuasan pasien akan semakin ditinggalkan orang. Tuntutan terhadap mutu pelayanan menjadi sangat mendesak dan menjadi *major needs* bagi sebagian besar populasi. Hal ini berkaitan erat dengan *quality*

of life, produktivitas, waktu dan kesempatan yang hilang akibat sakit (*lost of opportunity*), dan risiko kecacatan (*disability*) dan kematian akibat sakit. Oleh karena itu dunia pelayanan kesehatan dihadapkan pada masalah bagaimana meningkatkan mutu pelayanan kesehatan agar dapat diterima secara luas oleh masyarakat (*consumer*) tanpa mengabaikan kaidah-kaidah terapi yang *medically appropriate, evidence-based, dan scientifically acceptable*.

### **MEDICAL ERROR DAN INAPPROPRIATE TREATMENT**

Setiap upaya medik selalu mempunyai paling tidak dua sisi konsekuensi, yaitu keberhasilan atau kegagalan terapi. Dalam *randomized controlled trial*, keberhasilan atau kegagalan terapi mudah diukur melalui parameter-parameter objektif, oleh karena berbagai variabel yang mempengaruhi *outcome* (misalnya variasi cara dan jenis pemeriksaan) dapat dikendalikan secara benar. Sedangkan dalam praktek medik, hal ini sering sulit diukur. Di negara-negara maju yang telah memiliki sistem pelayanan kesehatan yang mapan masalah kegagalan terapi telah menjadi pusat perhatian para peneliti, khususnya dalam beberapa tahun belakangan ini. Hal ini didasarkan pada kenyataan bahwa kegagalan terapi akibat kekeliruan dalam pengambilan keputusan terapi (*inappropriate medical decision making process*) tidak saja memberi dampak buruk secara medik (misalnya kecacatan akibat efek samping obat) dan prosedural (misalnya hospitalisasi menjadi lebih panjang), tetapi juga memberi dampak biaya yang sangat besar, apalagi dalam skala nasional.<sup>1,2</sup>

Reason<sup>3</sup> mendefinisikan *medical error* sebagai kegagalan dalam melakukan tindakan yang direncanakan sesuai dengan yang diharapkan (disebut sebagai *error of execution*) atau menggunakan rencana tindakan yang keliru untuk mencapai tujuan yang diinginkan

(*error of planning*). *Medical error* juga dapat terjadi akibat kekeliruan dalam mendiagnosis (*diagnosis error*) yang kemudian menyebabkan terjadinya kesalahan dalam menentukan jenis terapi.

Dalam studi yang dilakukan oleh Brennan *et al*<sup>4</sup> di New York ditemukan bahwa di antara 30.121 pasien yang dirawat di 51 rumah sakit, sekitar 3,7% mengalami kecacatan akibat efek samping selama terapi. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa 69% dari efek samping tersebut terjadi karena "*medical error*". Angka yang lebih tinggi dilaporkan oleh Wilson *et al*<sup>5</sup> di Australia yang menemukan bahwa efek samping akibat *medical error* terjadi pada 16,6% pasien dengan dampak berupa kecacatan tetap (*permanent disability*) pada 13,7% pasien dan 4,9% bahkan berakhir dengan kematian. Telaah lebih lanjut menunjukkan bahwa lebih dari separuh efek samping tersebut sebetulnya dapat dicegah atau dihindari.

Data epidemiologi *inappropriate treatment* seringkali *underestimate*. Classen *et al*<sup>6</sup>, misalnya, hanya menemukan kejadian efek samping yang serius pada 1,7% pasien yang dirawat di rumahsakit di Salt Lake City, Utah. Sementara dengan menggunakan parameter yang lebih rinci, Bates<sup>7</sup> menyimpulkan angka yang lebih tinggi, yaitu sekitar 5,5%. Mengapa hal ini bisa terjadi, sebetulnya mudah ditrangkan dengan beberapa hal berikut (1) bentuk efek samping sulit dibedakan dengan gejala akibat penyakitnya sendiri; (2) praktisi medik tidak mengenali adanya efek samping yang terjadi; (3) efek samping terdeteksi, tetapi tidak dilaporkan dalam catatan medik sebagai efek samping; dan (4) beberapa efek samping bersifat reversibel atau hilang gejalanya dengan penghentian terapi. Satu hal yang cukup memprihatinkan adalah bahwa di *teaching hospital* angka *medical error* yang menyebabkan kecacatan tetap mencapai lebih dari 6,5%<sup>7</sup>.

Semua masalah ini pada akhirnya akan bermuara pada besarnya biaya yang harus ditanggung tidak saja oleh pasien, tetapi juga rumah sakit dan pihak ketiga, dalam hal ini asuransi kesehatan. Sebagai contoh, dari studi yang dilaporkan di Salt Lake City biaya ekstra yang harus dikeluarkan akibat efek samping mencapai lebih dari US\$ 2262 per pasien<sup>6</sup>, sedangkan studi di Harvard melaporkan angka yang lebih tinggi, yaitu US\$ 2595 per pasien<sup>3</sup>. Di samping efek pembengkakan biaya, lama perawatan pasien (*length of stay*) juga meningkat hingga rata-rata 2,2 hari yang berarti juga pemborosan berbagai sumber daya rumah sakit. Bashale *et al*<sup>8</sup> menyimpulkan bahwa biaya yang harus dikeluarkan akibat efek samping yang sebenarnya dapat dicegah (*preventable adverse event*) mencapai US\$ 4685 dengan perpanjangan waktu perawatan di rumah sakit rata-rata 4,6 hari. Contoh lain adalah biaya untuk mengatasi infeksi nosokomial akibat penggunaan antibiotika tidak rasional di Amerika Serikat dilaporkan mencapai US\$ 4.5 milyar per tahun (sekitar Rp 36 triliun) dengan angka kematian mencapai 88.000 per tahun<sup>9</sup>.

Studi mengenai *medication error* di Indonesia belum banyak dilakukan, namun Dwiprahasto *et al.*<sup>10</sup> dan Kristin *et al.*<sup>11</sup> melaporkan bahwa 87,5-92,5% persepsian antibiotika untuk Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) di pusat-pusat pelayanan kesehatan masyarakat tergolong tidak rasional (*medically inappropriate*). Angka yang lebih tinggi justru dilaporkan di praktik-praktik swasta.<sup>12</sup>

Dari berbagai uraian di atas terlihat secara jelas bahwa masalah yang berkaitan dengan keluaran klinis (*clinical outcome*) bersifat multifaset, tidak saja dipengaruhi oleh keterampilan klinis (*clinical skills*), penguasaan terhadap pengetahuan terkini (*up-dated knowledge*), kewaspadaan klinis (*clinical awareness*), tingkat kepedulian terhadap

masalah mutu klinik, tetapi juga mencakup sistem pengelolaan beserta prosedurnya yang bermuara pada pengelolaan medik secara terpadu bagi pasien.

## PENGERTIAN *CLINICAL GOVERNANCE*

Konsep *clinical governance* diperkenalkan pertama kali melalui suatu publikasi yang berjudul *The New NHS: Modern, Dependable*, yang merupakan buku putih yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan Inggris pada tahun 1997. Istilah ini selanjutnya diadopsi dan dikembangkan melalui sebuah dokumen *A First Class Service* yang merupakan strategi baru bagi NHS, yang juga diterbitkan oleh Departemen Kesehatan Inggris. Melalui dokumen tersebut, *clinical governance* didefinisikan sebagai:

*"A framework through which NHS organizations are accountable for continuously improving the quality of their services, and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care can flourish"*

Dari definisi tersebut secara konseptual terdapat 4 komponen utama *clinical governance*, yaitu: (1) *accountability*, bahwa setiap upaya medik harus dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah, etik dan moral dan berbasis pada bukti terkini dan terpercaya (*evidence-based medicine*); (2) *continuous quality improvement*, yaitu bahwa upaya peningkatan mutu harus dilaksanakan secara sistematis, komprehensif dan berkesinambungan; (3) *high quality standard of care*, yang mengisyaratkan agar setiap upaya pelayanan kesehatan selalu didasarkan pada standard tertinggi yang diakui secara profesional; dan (4) memfasilitasi dan menciptakan lingkungan yang menjamin terlaksananya pelaksanaan pelayanan kesehatan yang bermutu.

*Clinical governance* sendiri dikembangkan setelah NHS (*National Health Service*) menghadapi berbagai kenyataan buruk yang beberapa di antaranya terpaksa berakhir di pengadilan. Salah satu contoh adalah kasus Dr. Harold Frederick Shipman yang dituduh telah menyebabkan kematian 15 orang wanita usia 49-82 tahun yang menjadi pasiennya.<sup>13,14,15</sup>

*Clinical governance* merupakan bagian dari suatu pendekatan baru yang bertujuan untuk menjamin terlaksananya pelayanan kesehatan yang bermutu. Scally dan Donaldson<sup>16</sup> mendefinisikan istilah ini dengan "*the best care for all patients everywhere*" atau pelayanan yang terbaik untuk semua penderita, di manapun berada. Dalam perkembangannya, *clinical governance* ini merupakan suatu kerangka kerja untuk menjamin agar seluruh organisasi yang berada di bawah NHS memiliki mekanisme/proses yang memadai untuk melakukan pemantauan dan peningkatan mutu klinik. Tujuan akhirnya adalah untuk menjaga agar pelayanan kesehatan dapat terselenggara dengan baik berdasarkan standar pelayanan yang tinggi serta dilakukan pada lingkungan kerja yang memiliki tingkat profesionalisme tinggi. Secara implisit *clinical governance* juga dimaksudkan untuk terciptanya peningkatan derajat kesehatan melalui upaya klinik yang maksimal dengan biaya yang paling *cost-effective*.<sup>17</sup>

Terdapat 3 elemen utama yang berperan dalam strategi peningkatan mutu dalam kerangka *clinical governance*, yaitu<sup>18,19</sup>

(1) Standar kualitas nasional (*national quality standards*); Dengan pendekatan ini maka seluruh pelayanan kesehatan, baik yang dilakukan di rumahsakit-rumahsakit, pusat pelayanan kesehatan primer, hingga pelayanan praktek swasta harus mengacu kepada standar nasional yang dikembangkan oleh NICE (*National Institute for Clinical Excellence*). Lembaga ini

bertanggungjawab dalam pengembangan dan diseminasi pedoman-pedoman yang berbasis pada bukti (*evidence-based guidance*), termasuk pula pedoman-pedoman untuk manajemen penyakit hingga pelaksanaan intervensi, baik yang sudah ada maupun yang baru. Adapun fungsi utama dari NICE adalah (1) melakukan telaah terhadap teknologi kesehatan, baik yang selama ini sudah digunakan maupun yang baru diadopsi; (2) mengembangkan pedoman-pedoman/tatalaksana klinis (*clinical guideline*), dan (3) mempromosikan pentingnya *clinical audit*.

(2) Mekanisme-mekanisme untuk menjamin terselenggaranya pelayanan klinik yang bermutu tinggi melalui *clinical governance*. Dalam konteks ini maka diperlukan upaya-upaya yang bersifat *life long learning* serta terciptanya aturan-aturan yang lebih menunjukkan citra profesionalisme. Di dalam profesionalisme terkandung makna pembelajaran seumur hidup, yaitu bahwa setiap petugas pelayanan kesehatan harus mampu mengaktualisasikan informasi-informasi baru yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah ke dalam praktek mediknya. Dengan demikian maka kesalahan-kesalahan yang dibuat dimasa lampau dapat dikoreksi berdasarkan bukti-bukti ilmiah yang terpercaya.

(3) Sistem-sistem yang secara efektif dapat memantau pelaksanaan pelayanan kesehatan yang bermutu. Dalam hal ini di Inggris dibentuk *Commission for Health Improvement (CHI)* dan *NHS performance assessment framework*. *NHS performance assessment framework* selanjutnya akan menyediakan informasi-informasi pembandingan tentang kinerja pelayanan kesehatan yang berada di bawah NHS. Indikator kinerja yang dikembangkan termasuk indikator-indikator klinik seperti

mortalitas dan *readmission rate* pada penderita serangan jantung yang dirawat di rumah sakit.

Dalam praktiknya, *clinical governance* diterapkan dalam upaya mengatasi besarnya perbedaan mutu pelayanan klinik antar penyedia pelayanan kesehatan serta mencegah terjadinya efek samping akibat kinerja petugas pelayanan kesehatan yang buruk. Secara implisit *clinical governance* juga diharapkan dapat mengubah distribusi normal kinerja pelayanan kesehatan ke arah kinerja terbaik.

## KOMPONEN-KOMPONEN CLINICAL GOVERNANCE

Secara umum komponen-komponen *clinical governance* mencakup beberapa hal berikut<sup>19,20,21</sup>:

1. **Clinical audit.** Meskipun secara umum istilah audit klinik menjadi salah satu terminologi yang selama ini sering dianggap kontra produktif, perannya dalam *clinical governance* sangat signifikan, oleh karena dengan audit klinik maka kinerja klinik dapat dinilai dan upaya peningkatan mutu kinerja dapat dilakukan. Dalam hal ini *clinical governance* tidak hanya menggambarkan bahwa audit sudah dilaksanakan, tetapi juga telah dilakukan tindakan koreksi yang diperlukan. Sebagai contoh, audit klinik di suatu rumahsakit menunjukkan bahwa pemasangan *pace maker* di laboratorium kateter secara bermakna meningkatkan risiko terjadinya infeksi dibandingkan dengan jika pemasangannya dilakukan di kamar operasi. Atas hasil ini, maka diputuskan bahwa pemasangan *pace maker* untuk selanjutnya dilakukan di kamar operasi.<sup>20</sup>
2. **Outcome measurement.** Pengukuran *outcome* menjadi salah satu bagian penting dalam *clinical governance*. Beberapa keluaran klinik seperti misalnya angka infeksi nosokomial dan readmisi akhir-akhir ini sering digunakan sebagai tolok ukur dalam *benchmarking* antar rumah sakit. Oleh sebab itu perlu dikembangkan metode-metode pengukuran *outcome* yang dapat digunakan untuk menggambarkan tingkat pencapaian mutu pelayanan. Indikator-indikator klinik seperti angka kematian *pasca hip replacement* dapat dijadikan sebagai salah satu tolok ukur mutu klinik yang dinilai dari waktu ke waktu.
3. **Clinical risk management.** Setiap upaya medik yang dilakukan harus dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah, moral dan etik. Dalam keadaan tertentu maka risiko yang diakibatkan oleh kelalaian, ketidaktahuan atau ketidaksengajaan sering tidak dapat dihindari. Kondisi pasien yang semakin memburuk karena keterlambatan penanganan, timbulnya komplikasi akibat kekeliruan terapi, pengambilan keputusan klinik yang merugikan pasien adalah beberapa contoh dari risiko medik. Kejadian-kejadian ini harus digunakan sebagai *lesson learned*, dan jika perlu disertai dengan sanksi untuk mencegah terulangnya kekeliruan yang sama. Melalui *clinical governance* maka setiap petugas yang terlibat dalam pelayanan klinik harus memahami prosedur-prosedur yang dapat mencegah terjadinya risiko akibat penatalaksanaan klinik.
4. **Evidence-based practice,** pada saat ini menjadi salah satu pegangan utama paradigma baru bidang kedokteran dan kesehatan. Melalui konsep baru ini maka pendekatan-pendekatan terapeutik yang sifatnya empirik dipertanyakan kembali relevansinya. Setiap upaya medik haruslah didukung oleh bukti-bukti ilmiah yang memadai yang tidak saja diambil dari hasil-hasil uji klinik acak terkendali (*RCT-randomized controlled clinical trial*), tetapi juga

melalui kajian-kajian yang dibuat dalam bentuk meta analisis ataupun telaah sistematik (*systematic review*). Dengan mendasarkan pada hasil-hasil studi yang terbaik (*best evidence*) maka akan diperoleh pilihan intervensi yang terbaik pula (*best outcome*), yang paling *efficacious*, aman, dan terjangkau.

5. **Managing poor performance.** Ini merupakan bagian tersulit dari *clinical governance*, oleh karena kita harus secara jujur menunjukkan bahwa kinerja seorang atau sekelompok klinisi amat buruk, dan perlu untuk dikoreksi. Sebagai contoh, jika angka kematian pasca operasi *bypass* di suatu rumah sakit jauh lebih besar daripada angka nasional maka ini harus diakui sebagai representasi dari buruknya kinerja dokter. Namun telaah lanjut juga perlu dilakukan untuk menghindari bias yang menyebabkan penilaian menjadi *misleading* (misalnya, tingginya angka kematian disebabkan oleh lebih beratnya kasus-kasus rujukan yang harus ditangani).

## BAGAIMANA IMPLEMENTASI CLINICAL GOVERNANCE

*Clinical governance* harus dimulai dari timbulnya kesadaran dan pengakuan bahwa seorang petugas kesehatan haruslah melakukan upaya medik yang terbaik kepada setiap pasien agar diperoleh *outcome* yang paling menguntungkan bagi kelangsungan dan kualitas hidup penderita. Dalam konteks ini juga terkandung makna bahwa risiko akibat penetapan jenis upaya medik haruslah dipilih yang seminimal mungkin dan paling *cost-effective* dibandingkan dengan pendekatan lainnya. Oleh sebab itu dituntut rasa tanggungjawab yang besar (*accountability*), senantiasa meng-*update* ilmu dan kemampuan kliniknya, memiliki sistem perencanaan kinerja yang memadai, dan senantiasa bersikap profesional terhadap pelaksanaan dan hasil kerja yang menjadi tanggungjawabnya. Selain

itu, pasien juga harus dilibatkan secara aktif untuk membuktikan bahwa pelayanan kesehatan yang diperoleh merupakan bagian dari sikap profesionalisme petugas kesehatan yang ada.<sup>22</sup> Dalam kaitan ini, maka istilah *professional development* menjadi lebih tepat dibandingkan dengan sekedar peningkatan kemampuan profesi melalui pelatihan-pelatihan yang tidak terencana dan tidak terstruktur.

*Clinical governance* juga harus dikembangkan sebagai kebutuhan bukannya kewajiban. Selain bertujuan untuk melindungi pasien dari tindakan medik yang bisa merugikan (baik akibat kealpaan ataupun kekeliruan), *clinical governance* sebetulnya lebih berupaya untuk membentengi dokter dan petugas kesehatan agar tetap bersikap profesional dalam setiap upaya medik yang dilakukan. Ini ditunjukkan dengan dikembangkannya pedoman-pedoman atau prosedur-prosedur standard, *clinical pathway*, dan ketentuan-ketentuan pelaksanaan upaya medik yang berbasis pada bukti ilmiah terkini dan terpercaya (*evidence-based medicine*). Dengan demikian, seandainya dalam prakteknya timbul masalah yang dapat mengawali tuntutan hukum, setiap petugas kesehatan telah dibentengi oleh prosedur-prosedur medik yang dapat dipertanggungjawabkan secara medik dan ilmiah, sejauh itu semua dilaksanakan secara konsekuen.

Pengembangan *clinical governance* seyogyanya juga dapat dijadikan sebagai "*entry point*" bagi peningkatan mutu dan profesionalisme pelayanan kesehatan secara berkesinambungan. Dalam konteks ini maka setiap klinisi atau praktisi medik harus benar-benar menyadari bahwa meskipun dapat berlaku universal, setiap upaya medik dapat direspons secara berbeda oleh individu/pasien yang berbeda akibat adanya variasi biologis antar individu yang cukup beragam. Oleh sebab itu tentu harus dipilih pendekatan medik yang paling *efficacious*, aman, dan terjangkau, serta berbasis pada bukti ilmiah terkini.

## KEPUSTAKAAN

1. Quality Interagency Coordination Task Force. Doing What Counts for Patient Safety: Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact. Report of the Quality Interagency Coordination Task Force to the President. Nancy Foster Agency for Healthcare Research and Quality, February, 2000.
2. Wingart SN, Wilson RMcL, Gibberd RW and Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ*, 2000; 320:774-777.
3. Reason, James T. Human Error. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 1990.
4. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG. Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. *N Engl J Med*, 1991; 324:370-376.
5. Wilson RM, Cunciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*, 1995; 163:458-471.
6. Classen DC, Pestonik SL, Evans RS, Burke JP. Computerized Surveillance of Adverse Drug Events in Hospitalized Patients. *JAMA* 1991;266:2847-2851.
7. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D. Incidence of Adverse Drug Events and Potential Adverse Drug Events. *JAMA*, 1995;274:29-34.
8. Bhasale AL, Miller GC, Reid SE, Britt HC. Analyzing Potential Harm in Australian General Practice: an Incident. Monitoring Study. *Med J Aust*, 1998;169:73-76.
9. Gaynes RP. Surveillance of Nosocomial Infections. A Fundamental Ingredient for Quality. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 1997; 18(7): 1-5.
10. Dwiprahasto I, Soerojo W, Andajaningsih. Evaluasi Paruh Waktu Proyek Pengkajian Sumber Daya Kesehatan. Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan, Depkes RI, 1993.
11. Kristin E, Thobari JA, Kirmawanto P, Dwiprahasto I. Laporan Studi Data Dasar Pengelolaan dan Penggunaan Obat di Dati II Propinsi Jawa Timur. Bagian Farmakologi FK UGM dan Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan, Departemen Kesehatan RI, 1998.
12. Dwiprahasto I. Antibiotic Utilization in the Treatment of Acute Respiratory Infection in Children Under 10 Years Seen in Private Practices. Thesis, Master Degree, Newcastle University Australia, 1993.
13. Ashraf H. UK General Practitioner Guilty of Killing 15 Patients. *The Lancet*, 2000; 355:471.
14. Ramsay S. Audit Further Exposes UK's Worst Serial Killer. *The Lancet*, 2001; 357:123-124.
15. Horton R. The Real Lessons from Harold Frederick Shipman. *The Lancet*, 2001; 357:82-83
16. Scally G and Donaldson LJ. Clinical Governance and the Drive for Quality Improvement in the New NHS in England. *BMJ*, 1998; 317:61-65.
17. Rosen R. Improving Quality in the Changing World of Primary Care. *BMJ*, 2000; 321:551-554.
18. Allen P. Accountability for Clinical Governance: Developing Collective Responsibility for Quality in Primary Care. *BMJ*, 2000; 321:608-611
19. Huntington J, Gillam S, Rosen R. Organizational Development for Clinical Governance. *BMJ*, 2000; 321:679-682.
20. Pringle M. Participating in Clinical Governance. *BMJ*, 2000; 321:737-740.
21. Irvine D. The Performance of Doctors: The New Professionalism. *Lancet*, 1999; 353:1174-1177.
22. McColl A and Roland M. Knowledge and Information for Clinical Governance. *BMJ*, 2000; 321:871-874.