



Priručnik za KLINIČKU REVIZIJU

dr.sc.med. Ahmed Novo

avgust 2015.

PRIRUČNIK ZA KLINIČKU REVIZIJU

AKAZ – Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine

Autor:

Dr.sc.med. Ahmed Novo

Recenzent:

Prim.dr. Zoran Riđanović

Copyright © 2015 AKAZ

Ovaj dokument predstavlja vlasništvo AKAZ-a (Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH). Namijenjen je za javnu objavu, njime se može svako koristiti, na njega se pozivati, ali samo u originalnom obliku, bez ikakvih izmjena, uz obavezno navođenje izvora podataka. Korištenje ovog dokumenta protivno gornjim navodima, povreda je autorskih prava AKAZ-a, sukladno Zakonu o autorskom pravu i srodnim pravima BiH. Počinitelj takve aktivnosti podliježe kaznenoj odgovornosti.

SADRŽAJ

1. OSNOVNI PRINCIPI KLINIČKE REVIZIJE	4
2. METODE I KARAKTERISTIKE KLINIČKE REVIZIJE.....	6
2.1 OTPORI I BARIJERE.....	7
3. HISTORIJAT KLINIČKE REVIZIJE	8
4. DIZAJN KLINIČKE REVIZIJE	8
4.1 ODABIR TEME	8
4.2 TIM ZA KLINIČKU REVIZIJU	11
5. CILJEVI KLINIČKE REVIZIJE	14
6. TIPOVI KLINIČKE REVIZIJE.....	15
7. PROTOKOL ZA KLINIČKU REVIZIJU.....	20
8. CIKLUS KLINIČKE REVIZIJE	23
8.1 STRUKTURA KLINIČKE REVIZIJE	23
8.2 METODOLOGIJA.....	25
9. IZVORI PODATAKA.....	27
10. PLANIRANJE POBOLJŠANJA	29
10.1 POTREBNI RESURSI	30
10.2 ULOGA MENADŽMENTA ZDRAVSTVENE USTANOVE	32
11. EFEKTI KLINIČKE REVIZIJE	34
11.1 PROCJENA KVALITETA.....	34
11.2 EVALUACIJA	35
11.3 UVOĐENJE PROMJENA.....	36
12. KLINIČKA UČINKOVITOST	38

1. OSNOVNI PRINCIPI KLINIČKE REVIZIJE

Klinička revizija je tehnika koja se koristi za održavanje i poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite i usluga koju pruža zdravstveni profesionalac ili organizacija u cjelini. To je metoda koju koriste zdravstveni radnici da procijene, evaluiraju i unaprijede zaštitu pacijenata na sistematičan način i da bi osnažili liječenje pacijenata i njihov kvalitet života.

Klinička revizija je vrlo praktičan alat za poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite i vrlo efikasan način za prikupljanje dokaza u vezi sa kliničkim radom. Ovaj instrument za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite treba biti integralni dio kliničke prakse i kao takav je moćno oruđe za pozitivne promjene koje rezultiraju poboljšanom praksom i rezultatima liječenja.

Varijacije u praksi između zdravstvenih profesionalaca ili zdravstvenih ustanova neće se moći identificirati ako zdravstveni profesionalci i menadžeri nemaju znanje ili vještine da sprovede reviziju ili pak nemaju motivaciju da mjere svoju izvedbu/performancu na sistematičan način.

Klinička revizija za razliku od medicinske revizije je puno širi termin i obuhvata nekliničke komponente jer se ne može pružiti dobra i kvalitetna zdravstvena zaštita bez osiguranog pristupa ili bez dobre komunikacije između pacijenta i osoblja u zdravstvenoj ustanovi i zdravstvenih profesionalaca između sebe ili dokaza o primjeni kliničkih protokola.

Klinička revizija je isto tako i način da zdravstveni profesionalac demonstrira sebi i drugima da pruža dobre usluge u skladu sa svojim zaduženjima i odgovornostima. Naravno, revizija pomaže zdravstvenim djelatnicima da bolje upoznaju organizaciju u kojoj rade i da naprave poboljšanja.

Klinička revizija zauzima centralno mjesto u kliničkom upravljanju zato što:

- se može upotrijebiti za validaciju kvaliteta zdravstvene zaštite koja se pruža pacijentima;
- obezbjeđuje sistematičan pristup pregledu kvaliteta njege i usluge;
- osigurava pouzdane informacije koje ukazuju na potrebu za poboljšanjima;
- obezbjeđuje podsticaj za brzo unapređenje kvaliteta koju pružaju zdravstveni profesionalci.

Klinička revizija je proces unapređenja kvaliteta koji nastoji da unaprijedi zdravstvenu zaštitu pacijenta i rezultate liječenja kroz sistematičan pregled na osnovu eksplicitnih kriterija i implementaciju promjena. Aspekti strukture, procesa i rezultata liječenja mogu biti selektirani i sistematski evaluirani u odnosu na eksplicitne kriterije.

Gdje to definiraju nalazi kliničke revizije odnosno uoči potreba implementiraju se promjene na nivou tima ili usluge te se kontinuirano monitoriraju kako bi se potvrdio napredak u pružanju zdravstvene zaštite¹.

Klinička revizija se definira kao procjena ili mjerenje kvaliteta i promjena prakse kad je potrebno poboljšanje tretmana ili zdravstvene njege. Konfuzija u terminologiji je posljedica sve većeg interesovanja za kvalitet, unapređenje kvaliteta i kliničku reviziju što je rezultiralo

time da se mnogo termina počelo koristiti u praksi prije nego je njihovo značenje postalo jasno onima koji te termine koriste².

Klinička revizija se koristi kao krovni termin za bilo koju reviziju vođenu od strane zdravstvenih djelatnika u sistemu zdravstvene zaštite. To je instrument unapređenja zdravstvene zaštite kojim se formalno evaluira zdravstvena zaštita postavljanjem standarda, mjerenjem aktivnosti i implementiranjem promjena.

Ovdje navodimo i dvije definicije kliničke revizije: "Sistematična, kritična analiza kvaliteta zdravstvene njege, uključujući procedure korištene za dijagnozu i tretman, korištenje resursa i rezultati kako liječenje ima uticaj na kvalitet života pacijenta"³ i "Klinička revizija obuhvata sistematski pogled na procedure korištene za dijagnozu, njegu i tretman, koji ispituje kako su korišteni pomoćni resursi i na koji način efekti zdravstvene zaštite ima uticaj na kvalitet života pacijenta"⁴.

Drugim riječima, klinička revizija pomaže u unapređenju kvaliteta usluge koja se pruža pacijentima ili potrošačima zdravstvene usluge. Bez neke forme kliničke revizije veoma je teško znati da li se praksa obavlja efikasno, a i mnogo je teže to demonstrirati drugima.

Osnovni principi koji trebaju biti inkorporirani i kakva klinička revizija treba biti u praksi, kako to vidi britanski NHS (Nacionalni zdravstveni sistem): profesionalno vođena, edukacioni proces, dio rutinske kliničke prakse, bazirana na postavljenim standardima, koncipirana tako da proizvodi rezultate koji će se moći koristiti za poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite, da uključuje menadžment u proces i ishode revizije, povjerljiva na individualnom (pacijenti i kliničari) nivou te da uzima u obzir mišljenje pacijenta.

Ova lista pokazuje da klinička revizija nije izolirana aktivnost i da je potrebno pažljivo planiranje kako bi bila uspješna. Klinička revizija nije inspekcija ili disciplinski mehanizam odnosno mehanizam provjere nečijeg rada, niti procjena potreba.

Brojni su razlozi zašto je klinička revizija potrebna i oni se mogu svrstati u tri grupe: poboljšanje zdravstvene zaštite koju dobijaju pacijenti, zdravstveni profesionalci žele da unaprijede svoje znanje i vještine i treća grupa su sistemski razlozi.

Klinička revizija je sistematičan mehanizam koji omogućava da pacijenti imaju korist od razvoja efikasnijih usluga. Sa pristupom informacionim tehnologijama sve više se povećava broj informiranih pacijenata. To može dovesti i do većeg broja žalbi i sudskih procesa. Zbog toga kliničari moraju biti uključeni u sistematičan pregled tretmana i usluga koje pružaju.

Medicina napreduje velikom brzinom i zdravstveni profesionalci konstantno žele da razviju svoje znanje i vještine u skladu sa najnovijem raspoloživim dokazima. Klinička revizija im može u ovome pomoći. Proces kliničke revizije je sam po sebi poučno iskustvo, osoblje razvija vještine u metodama revizije i ima mogućnost da razvija radne odnose u multidisciplinarnom timu.

Klinička revizija daje dragocjene dokaze o efikasnosti rada profesionalaca i njihovog pojedinačnog doprinosa u procesu pružanja zdravstvene zaštite. Zdravstveni profesionalci

imaju odgovornost prema pacijentima da im pruže dokaze za standarde zdravstvene zaštite koju im obezbjeđuju.

Treća grupa, nazvana sistemskim razlozima obuhvata: povećan broj tehnologija i kompleksnost zdravstvene zaštite, promjena zdravstvenih potreba stanovništva i povećan naglasak na vezu između kliničke i finansijske efikasnosti.

2. METODE I KARAKTERISTIKE KLINIČKE REVIZIJE

Aktivnosti unutar kliničke revizije mogu biti kategorizirane na osnovu toga na šta se fokusiraju aktivnosti revizije. Tako da se razlikuju:

- generička revizija koja mjeri ukupni kvalitet u jednom odjelu ili jedinici;
- revizija specifičnog problema, koja mjeri kvalitet u vezi sa kliničkom temom i
- revizija specifične aktivnosti koja mjeri kvalitet zdravstvene zaštite koju pruža pojedinac ili grupa zdravstvenih radnika.

Karakteristike kliničke revizije u su navedeni u tabeli 1.

1.	Teme	<ul style="list-style-type: none"> • relevantna lokalnoj situaciji • relevantna za karijeru/pacijenta/profesiju
2.	Svrha	<ul style="list-style-type: none"> • evaluacija • nadzor • bolja zdravstvena zaštita za pacijente • efikasno korištenje resursa • znanje (kao dodatak istraživanju)
3.	Vremenski okvir	<ul style="list-style-type: none"> • kratka (potreba za brzim rezultatima i povratnim informacijama)
4.	Metodologija	<ul style="list-style-type: none"> • mjerenje na osnovu implicitnih ili eksplicitnih standarda • oportunistička: koristi postojeće podatke (npr. zabilješke pacijenata, statističke podatke, liste čekanja, elektronske baze podataka, itd.) • nije neophodno kontrolirana ili validirana (npr. nereprezentativne ankete i anketni upitnici)
5.	Povratna informacija i diseminacija	<ul style="list-style-type: none"> • lokalna (zdravstveni profesionalci, menadžeri odjela, fondovi, regija) • nacionalna (konferencije, profesionalna udruženja)
6.	Mehanizmi za povratnu informaciju i diseminaciju	<ul style="list-style-type: none"> • interni izvještaji • rezultati prezentirani na nacionalnim ili regionalnim konferencijama • rezultati nekih revizija se mogu publicirati
7.	Uticaj	<ul style="list-style-type: none"> • uglavnom lokalni (unutar odjela/jedinice)

Tabela 1. Karakteristike kliničke revizije

Klinička revizija je i aktivnost u sklopu profesionalnog razvoja i mnogi zdravstveni djelatnici kažu da im ovaj instrument za poboljšanje kvaliteta pomaže u identificiranju njihovih potreba u edukaciji. Drugim riječima klinička revizija pomaže u identifikaciji oblasti gdje postoje propusti u znanju i gdje edukacija zdravstvenih profesionalaca ne odgovara potrebama zdravstvenih djelatnika u radu s pacijentima.

2.1 Otpori i barijere

Najveći otpor prema kliničkoj reviziji je vjerovatno iz razloga što zdravstveni radnici koji sudjeluju u reviziji ne vide direktnu korist od ove aktivnosti. Puno je lakše raditi uobičajene poslove pružanja zdravstvene zaštite pacijentima nego utrošiti dodatno vrijeme da se preispitaju metode i način rada u jednoj zdravstvenoj ustanovi. NHS navodi sljedeće razloge koji reviziju čine teškom ili nepoželjnom među zdravstvenim profesionalcima:

- nedovoljna uključenost osoblja iz svih disciplina;
- nedostatak podsticaja za rad na kliničkoj reviziji koji se doživljava kao dodatni zadatak;
- osoblje nije dovoljno obučeno za kliničku reviziju i nema potrebne vještine za prakticiranje medicine utemeljene na dokazima;
- nedovoljna uključenost pacijenata i korisnika usluga;
- slaba komunikacija između zdravstvenog i socijalnog sektora;
- kliničari prezauzeti redovnim poslom smatraju da imaju premalo vremena za tekuće revizije;
- nedostatak resursa, posebno vremena;
- nije obezbjeđeno pozitivno okruženje za reviziju, npr. pojedinci oklijevaju da monitoriraju svoju izvedbu, posebno ako to omogućava drugima da „kontroliraju“ njihov rad;
- članovi tima koji su pod velikim opterećenjem, stresom, u depresiji, pod *burnout* sindromom žele „laganiju“ radnu sredinu i oni vide reviziju samo kao dodatnu obavezu;
- strah ili otpor promjenama (Ako članovi tima revidiraju svoju praksu vrlo je vjerovatno da će ocjeniti da mogu poboljšati svoj rad, a to zahtijeva neku vrstu promjene) ;
- ciklus kliničke revizije nije kompletiran;
- troškovi za realizaciju revizije i implementaciju promjena.

Revizija može uticati na zdravstvene profesionalce pozitivno i negativno. Aktivno učešće u samoj reviziji, naročito reviziji koja vodi ka unapređenju zdravstvene zaštite za pacijente ili revizija koja uspije dokazati da su ispunjeni postavljeni standardi, kod mnogih profesionalaca podiže radni moral. To će mnogi prokomentirati kao nešto dobro za njihovu karijeru ili faktor koji može pomoći pri eventualnom unapređenju.

Također, sama revizija omogućava zdravstvenim djelatnicima da steknu nova znanja i vještine o samoj tehnici realizacije revizije. Međutim, ima i profesionalaca, naročito mlađih, koji misle da je klinička revizija jedna vrsta kontrole njihovog rada, a ne način poboljšanja zdravstvene zaštite. Oni smatraju da klinička revizija nije fer metoda jer ne uzima u obzir koliko su profesionalci opterećeni obimom posla i brojem pacijenta. Isto tako neki

profesionalci vjeruju da će im rezultati revizije uticati na smanjenje autonomije u radu i u nekim slučajevima ugroziti radna mjesta.

Zajedničko je mišljenje da je klinička revizija korisna za profesionalce u cjelini. Ona im pomaže da prepoznaju svoje ključne vještine i njihov doprinos u vezi sa zdravstvenom zaštitom, te omogućava da se identificira doprinos svih disciplina naročito ako je u pitanju multidisciplinarna revizija.

Neke revizije zahtijevaju isuviše dodatnog vremena koje je potrebno za prikupljanje i obradu podataka da bi se dobili rezultati i izvukli zaključci koji su menadžerima i zdravstvenim profesionalcima već odranije poznati. Pojedini profesionalci smatraju da se za temu revizije ne uzimaju teme koje su urgentne ili važne za proces zdravstvene zaštite, već služe da bi se zadovoljio zahtjev menadžera za mjerenjem rezultata.

3. HISTORIJAT KLINIČKE REVIZIJE

Klinička revizija je definirana na različite načine. Standardna definicija usvojena od strane NICE-a je „Klinička revizija je proces poboljšanja kvaliteta koji traži da unaprijedi zdravstvenu zaštitu za pacijente i rezultate kroz sistematičan pregled njege na osnovu eksplicitnih kriterija i implementaciji promjena“. Aspekti strukture, procesa i rezultata njege su selektirani i sistematski evaluirani na osnovu eksplicitnih kriterija.

Klinička revizija nije nov proces. Još 1750. godine p.n.e. kralj Hammurabi (šesti kralj Babilona - Mezopotamija) podstaknuo je kliničku reviziju u odnosu na rezultate liječenja ponekad sa ozbiljnim konsekvencama za kliničare, finansijske ili po život ili udove u slučaju loše izvedbe. Ako je neprikladnim liječenjem ljekar izazvao gubitak uda ili života pacijenta, njegova bi ruka bila odsječena. Ako je u pitanju rob, ljekar bi morao da nadokadi štetu vlasniku, a gubitak oka je značio da ljekar mora nadoknaditi pola vrijednosti roba.

U početku medicinska revizija je uskoro evaluirala i obuhvatila sve aspekte zdravstvene zaštite pacijenta uz uključenje svog kliničkog osoblja i postao klinička revizija.

4. DIZAJN KLINIČKE REVIZIJE

4.1 Odabir teme

Neiscrpan je broj tema za kliničku reviziju i sve se one ne mogu pripremiti odjednom. Zbog toga je potrebno uraditi prioritizaciju i grupisanje tema i to na sljedeći način: oblast u kojoj postoje visoki troškovi, velik obim posla ili rizika, provjera perspektive pacijenta u odnosu na kvalitet zdravstvene zaštite, dokazi o ozbiljnim problemima koji utiču na kvalitet zdravstvene zaštite kao npr. žalbe pacijenata, stopa nozokomijalnih infekcija, zahtjev za podacima od strane zdravstvenih autoriteta i mogućnost održivog poboljšanja.

Jedan od načina za odabir teme za kliničku reviziju je, kako to sugeriše NHS, da odgovorni za sprovođenje revizije popune ovu tabelu (tabela 2. Odabir teme za kliničku reviziju). Što je

više odgovora da ili odgovora možda, to je je više vjerovatno da je tema kliničke revizije dobra za realizaciju u praksi. Ova tabela može uključiti i elemente nabrojane u prethodnom pasusu.

	Da	Možda	Ne znam	Ne
Veliki rizik				
Veliki obim				
Veliki troškovi				
Postoje li velike varijacije u praksi				
Postoji li razlog za zabrinutost				
Da li su raspoloživi standardi/smjernice				
Tema revizije je važna (lokalno)				
Tema revizije je važna (globalno)				
Može li se praksa mijenjati				

Tabela 2. Odabir teme za kliničku reviziju

Kada se odredi tema kliničke revizije, dobro je prikupiti podatke u vezi sa njom koji mogu pomoći u opisivanju trenutne prakse, a u cilju ilustracije problema i oblasti za poboljšanje. Izvori informacija za ovu aktivnost u ranoj fazi kliničke revizije mogu biti:

- pisma pacijenata, žalbe, itd.;
- izvještaji o incidentima;
- izvještaji sa sastanaka osoblja gdje se raspravljalo o ovim problemima;
- rutinska dokumentacija;
- stopa varijacija iz kliničkih puteva;
- povratne informacije dobijene od fokus grupa;
- direktno posmatranje.

Zdravstveni profesionalci na svom radnom mjestu, opterećeni svakodnevnim obavezama, nemaju vremena da rade nepotrebne revizije. Potencijalna korist mora biti očigledna kako bi se isplatilo utrošeno vrijeme, troškovi i uloženi naponi. Ta korist uključuje unapređenje načina kako zdravstveni djelatnici pružaju zdravstvenu uslugu ili upravljaju uslugom ili čine promjene kako bi korist imali: pacijenti, profesionalna praksa ili osobni razvoj, tim, organizacija ili zdravstvo u cjelini.

Tema revizije bi trebala obraditi oblast koja ima jednu od sljedećih karakteristika: visoki rizik, veliki volumen, uzroke zabrinutosti i visoke troškove. To može biti tretman neke bolesti, stanja ili simptoma, zatim procedura ili usluga, problem koji ne mora biti samo medicinski ili kombinacije navedenih grupa. Tema ili fokus revizije treba da bude na nečemu što je važno kliničarima kao i pacijentima, praksi, organizaciji, ministarstvu ili lokalnim ili nacionalnim inicijativama. Ako se se revizija bavi kliničkim stanjem, to onda treba da bude zajednički problem, ili da bude u vezi sa onim aspektom pružanja zdravstvene zaštite sa potencijalno ozbiljnim posljedicama ukoliko postoji nezadovoljavajuća izvedba. Ako je vezana za praksu onda za temu revizije treba odabrati oblast gdje će to pomoći da se radi efikasnije ili efektivnije. Mora postojati potencijal za stvaranje unapređenja kroz reviziju. Nema smisla demonstrirati da su potrebna dodatna sredstva za unapređenje nekih procesa ako nema šanse da se ta sredstva dobiju bez obzira na to koliko se naporno za to zalagalo.

Kategorije u koje revizija obično spada su:

- procjena učestalosti ili obima usluge;
- rizik udružen sa aspektom pružanja usluge ili zdravstvene zaštite;
- problemi udruženi sa pružanjem usluge ili zdravstvene zaštite;
- učinkovitost pružanja usluge ili zdravstvene zaštite;
- koštanje usluge ili zdravstvene zaštite.

Po Donabedijanu zdravstvena zaštita se može posmatati u tri aspekta: struktura (ono što trebate), proces (ono što radite) i ishod (ono što očekujete). Zdravstveni profesionalci se mogu fokusirati na bilo koji od ove tri komponente, ali isto tako mogu se i sva tri aspekta uključiti u dizajn.

- Revizija strukture može se baviti revizijom u vezi sa resursima, kao što je npr. dijagnostička oprema, prostorije, dostupnost pomoćnim službama, vještinama, brojem osoblja, itd.
- Procesna revizije se fokusiraju na to šta je urađeno pacijentu ili kako tim funkcionira, npr. kako klinički protokoli i smjernice funkcioniraju u praksi, vrijeme čekanja, zahtjevi pacijenata za pretragama, tretman, čuvanje kartona pacijenta, komunikacija sa pacijentima i među osobljem, itd.
- Revizija ishoda se odnosi na to kakav uticaj zdravstvena zaštita ili usluga ima na pacijente: poboljšanja, nepoželjni događaji. Tu spada pružanje usluge kao što su učinkovitost metoda liječenja na zdravlje pacijenata, zadovoljstvo pacijenata ili da li je liječenje bilo odgovarajuće.

Uspostavljeni principi rada i procedure zahtijevaju redovno monitoriranje za dobro pacijenta i učinkovito vođenje organizacije gdje se obezbjeđuje zdravstvena zaštita. Može se monitorirati sljedeće:

- sistem nabavke, servisiranja i održavanja opreme;
- potrebno je osigurati da osobe odgovorne za provjeru opreme (kao što je to npr. sterilizator u ordinaciji) ima zamjenika koji zna svoju ulogu u slučaju odsustva ili bolesti osobe koja je za to zadužena;
- zdravlje osoblja –procedure oko npr. imunizacije osoblja protiv tetanusa, rubeole i hepatitisa prilikom zapošljavanja novog osoblja i vremenski intervali za ovu svrhu;
- povjerljivost – novo ili privremeno osoblje treba biti upoznato sa pravilima koja tretiraju povjerljivost i da se eventualne povrede povjerljivost ne dešavaju;
- sigurnost i održavanje prostorija;
- prostorije moraju biti čiste i bez prisustva bilo čega što bi moglo ugroziti sigurnost pacijenata ili osoblja. Korisno je skicirati listu potrebnog ili obavezne obuke za različite grupe osoblja (doktori, sestre, spremačice, itd.) i uraditi reviziju u cilju provjere da li taj trening obezbjeđuje najviši stupanj znanja u ovoj oblasti i da li je u skladu sa zakonom o zdravstvenoj zaštiti i sigurnosti;
- sistem i procedure upućivanja pacijenata;
- da li pisanje i slanje uputnica i izvještaja, bilježenje rezultata pretraga pacijenata, stvarno funkcionira. Može se provjeriti i da li se kopira otpusno pismo za pacijente u skladu sa dogovorenom praksom u organizaciji;

- Vrijeme čekanja – Koliko pacijenti čekaju na pregled, koliko je vremena potrebno da pacijenti koji su upućeni na dodatne pretrage te pretrage kompletiraju, vrijeme čekanja na prijem u bolnicu, itd.

Anketiranje zadovoljstva/iskustva pacijenata se u zadnje vrijeme koristi i kao sredstvo za prikupljanje podataka u vezi sa standardima i kao način za identifikaciju potencijalnih tema za kliničku reviziju. Još jedan način za uključivanje pacijenata i njihovog mišljenja u vezi sa revizijom su fokus grupe. Svrha aktivnosti unutar fokus grupa je da se obezbijedi komforna i ugodna atmosfera gdje učesnici posjeduju određeno iskustvo i mogu diskutirati o svojim pogledima, osjećajima, vjerovanjima ili o mišljenjima što se može dalje iskoristiti za buduću praksu. Kada se vrši odabir pacijenata za učešće u fokus grupi, potrebno je definirati da li je potreban predstavnik grupe ili pojedinac. U različitim stadijima ciklusa kliničke revizije potrebni su i različite vrste predstavnika pacijenata.

4.2 Tim za kliničku reviziju

Najefikasniji način da se pruži podrška reviziji je da se formira tim za kliničku reviziju. U idealnom slučaju ova radna grupa treba da se sastoji od šest do osam članova i da tom timu budu zastupljeni predstavnici svih onih grupa profesionalaca koji će raditi na reviziji i svih onih na koje će ovaj projekt na neki način uticati. Na prvom sastanku tima za kliničku reviziju potrebno je identificirati nivo znanja koji članovi posjeduju. To treba uraditi u relaksiranoj atmosferi gdje će svi moći iskreno predstaviti svoje poglede na reviziju. U grupi mogu biti i osobe bez iskustva u realizaciji kliničke revizije i za njih je potrebno planirati obuku. Nasuprot njima u timu mogu biti i zdravstveni djelatnici sa velikim iskustvom i njihovo znanje treba iskoristiti. Potrebno je biti senzitivan kada se u grupi nađu članovi sa različitim stepenom znanja u iskustva i u tom slučaju njihov doprinos treba pažljivo vrednovati. Ponekad će članovi grupe htjeti da koriste različite metode ili pristupe u kliničkoj reviziji. To može dovesti do problema u definiranju termina. Npr. to se može desiti prilikom korištenja izraza standard, za jedne to može značiti ciljni procenat, dok za druge standard znači izjava najbolja prakse. Ovakve stvari mogu izazvati tenziju između članova grupe i zato je potrebno precizno definirati sporne pojmove u kliničkoj reviziji.

Zbog toga je važno imati vođu grupe ili lidera tima za kliničku reviziju, nekoga ko ima iskustvo i u oblasti poboljšanja kvaliteta i u radu sa grupom zdravstvenih radnika. Njegov/njen posao je da vodi proces unutar definiranog ciklusa kliničke revizije, da ima jasnu ulogu u kreiranju strategije za ugradnju revizije unutar organizacije, ali odabrani pojedinac mora imati više od samo nominalne strateške uloge.

Lider tima je odgovoran za kreiranje strategije kliničke revizije, određivanje prioriteta, odobravanje programa, implementaciju strategije i implementaciju programa revizije i mora imati autoritet unutar organizacije. To ne mora biti kliničar, iako je prednost da kliničar sa odgovarajućim vještinama i obukom prihvati ovu ulogu. Ovu ulogu može prihvatiti i menadžer, kao i što lider kliničke revizije može imati i druge odgovornosti unutar organizacije. Bez obzira na usvojeni model, vođa grupe za reviziju mora imati jasno definiranu ulogu unutar svog plana rada i imati odgovarajuće vještine i obuku da ispuni predviđene zadatke. Lider tima treba da izgradi mrežu „šampiona“ unutar specijalnosti. On treba da bude aktivno uključen u veze sa drugim aspektima kliničkog usavršavanja kako bi

omogućio diseminaciju informacije proisteklih iz revizije i kako bi uspostavio lokalne prioritete za reviziju. Lider tima bi trebao imati adekvatno odvojeno (posvećeno) vrijeme kako bi mogao ispuniti ove dužnosti. To ovisi od broja odjela ili organizacionih jedinica, a ako su uloge menadžera i vođe kliničke revizije spojene to može iziskivati i puno radno vrijeme.

Nakon imenovanja lidera potrebno je i razjasniti uloge i odgovornost svih involviranih kao i identificirati druge stvari koji su važne članovima grupe. Dobro planiranje je ključno za efikasne sastanke. Tim treba da ima jasne i dostižne ciljeve kako bi mogao pratiti progres u radu. Dnevni red i zapisnik pomažu da se struktura sastanka iako neki preferiraju manje formalan pristup. Međutim, kao minimum mora postojati lista sa aktivnostima, zaduženjima i rokovima dogovorena sa svim članovima tima.

Pored lidera tima dobro je i imenovati iskusne zdravstvene profesionalce kao facilitatore za kliničku reviziju, ako je to moguće uraditi u datoj ustanovi. Oni bi trebali imati minimum znanja u smislu razumijevanja principa revizije i trebali bi imati dostatan trening koji im omogućava da formuliraju ideje za određeni projekt te da pomognu ili da upravljaju malim projektom. Na višem nivou facilitator revizije mora imati sveobuhvatno teoretsko razumijevanje konteksta i procesa kliničke revizije i da bude u stanju da projektira i upravlja velikim specijalističkim revizijama od samog početka do kraja. Informatička podrška i obuka su neophodni za potpunu i efektivnu iskorištenost vremena.

U ovom kontekstu izraz facilitacija se koristi da opiše proces pomaganja, usmjeravanja i omogućavanja rada radnoj grupi. Zadatak facilitatora je da omogući članovima grupe da apsorbiraju dokaze i usvoje metodologiju kliničke revizije, da vodi projekt od planiranja do izvještavanja i da omogući svima da rade efikasno od početka do kraja projekta. Da bi ostvario ovo, facilitator treba da obrati pažnju na grupne i pojedinačne potrebe. Uspješan facilitator treba da ima znanje i mnoge vještine:

- znanje o kliničkoj reviziji i razvoju u različitim profesionalnim grupama, dobro razumijevanje principa i metoda, vještinu primjene raznih edukacionih tehnika u cilju učenja u malim grupama;
- razumijevanje upravljanja projektom, kulturu i znanje o strukturama unutar organizacije, kako iskoristiti potrebnu ekspertizu i lokalno raspoložive resurse kao npr. biblioteku pomoć za statističke proračune, itd. ;
- znanje o grupnim procesima i niz vještina koje se tiču kompleksne dinamike i interakcije unutar manje grupe, poznavanje tehnika za *team building* i vježbe za unapređenje timskog rada.

Jasno je da facilitator treba da se pažljivo pripremi za svoje zadatke te da ima specifičnu obuku. Facilitator treba da bude vjerodostojan i treba da zna da će članovi grupe očekivati da ima odgovarajući *background* i dobro poznavanje problema kojima će se baviti klinička revizija. Heron smatra da facilitator treba da ima sposobnost da djeluje unutar sljedećih šest dimenzija: planiranje, razumijevanje, konfrontiranje, povjerenje, strukturiranje i vrednovanje⁵. Za uspješnu facilitaciju nema univerzalnog recepta. Za svaku od ovih šest dimenzija facilitator može usvojiti različite stilove intervencije u ovisnosti koliko želi da kontrolira interakciju s grupom. Facilitator treba da bude iskren i da ima sposobnost adaptacije u odnosu na potrebe grupe i pritisak organizacije. Za implementaciju programa kliničke revizije u cijeloj organizaciji potrebno je imati mrežu facilitatora.

Glavni facilitator ima edukativnu ulogu da organizira kurseve kliničke revizije na svim nivoima i za sve discipline te da odabere i obuči lokalnog facilitatora koji će raditi sa radnom grupom. Pored ovog zadatka, glavni facilitator ima odgovornost da koordinira programe obuke te da uspostavi mehanizme komunikacije i podrške kao npr. jačanje suradničke mreže i izdavanje lokalnog biltena. Također, facilitator treba da integrira kliničku reviziju sa drugim inicijativama za poboljšanje kvaliteta unutar ustanove. Ovo je vrlo kompleksna zadaća, koja od facilitatora traži da ima komunikacijske i edukacijske vještine i sposobnosti. Idealno, ova osoba ne bi trebala imati druge zadatke niti odgovornosti koje se tiču kliničkog menadžementa. Ova osoba treba da djeluje kao katalizator i agent promjena, da kreira i razvija klimu unapređenja kvaliteta i da kontinuirano plasira informacije kroz organizaciju.

Facilitatori igraju veoma važnu ulogu u uspostavljanju organizacione strukture koja omogućava implementaciju kliničke revizije. U zavisnosti od raspona i fokusa interesovanja kliničke revizije različiti nivoi facilitacije su potrebni u cilju podrške za strateške, organizacione i kliničke aspekte implementacije. Program kliničke revizije zahtijeva redovne preglede.

Prvi zadatak tima za kliničku reviziju je da kritički procijeni raspoložive dokaze za odabranu temu revizije. U ovom slučaju pojam dokaz se koristi da uključi rezultate istraživanja, profesionalnu ekspertizu i preferencije korisnika usluga. Za rezultate istraživanja postoje mnogi izvori. Dobar izvor mogu predstavljati kliničke smjernice utemeljene na dokazima. Kliničke smjernice zahtijevaju vrlo pažljivu adaptaciju ako je adaptacija potrebna za korištenje smjernice na lokalnom nivou. Adaptacija ne smije da ugrozi dokaze na osnovu koji su smjernice napisane. Faktori koje treba razmotriti kad je u pitanju lokalna interpretacija kliničkih smjernica su sljedeći:

- da li je to moguće postići na vašem radnom mjestu;
- je li to primjenljivo za pacijente s kojima radite;
- šta mora da se promijeni da bi preporuke iz smjernice bile primjenljive;
- da li su date opcije za usvajanje;
- da li su preporuke poželjne za pacijente i osoblje s kojima radite.

NHS preporučuje pregled literature po sljedećim principima: sistematičan pregled literature i raspoloživih dokaza, individualni istraživački projekti, kliničke smjernice i raspoloživi projekti kliničke revizije i unapređenja kvaliteta. Poslije pregleda literature i prikupljenih dokaza treba postaviti standarde. Standard treba da ustanovi najbolju praksu i da sadrži naznake kako da taj standard bude ispunjen. Standard je izjava koja navodi na zaključak sa smjernicama za ispunjenje standarda u formi seta standarda koji specificiraju potrebne resurse, aktivnosti i predviđene ciljeve. Kriteriji su varijable koje omogućuju da standardi budu ispunjeni i evaluaciju bez obzira da li je standard ispunjen ili ne. Standardi daju široku definiciju dobre prakse i ne daju detalje kako to treba biti urađeno. To je uloga indikatora koji definiraju resurse (struktura) koji su potrebni, akcije (proces) koje trebaju biti poduzete i ishode koje treba postići. Dobar kriterij treba biti specifičan da identificira nešto novo, a ne da ponavlja druge kriterije, relevantan, da bude presudan za ispunjenje standarda, utemeljen na dokazima, odnosno da je izvor informacija jasan, dostižan, da se realno može ostvariti sa trenutnim resursima i najvažnije da je mjerljiv⁶.

5. CILJEVI KLINIČKE REVIZIJE

Anglosaksonski autori sugeriraju da postavljeni ciljevi trebaju biti pametni (SMART): jednostavni (*Simple*), mjerljivi (*Measurable*), dostizni (*Achievable*), realni (*Realistic*) i u pravo vrijeme (*Timely*). Potrebno je da razjasnite sebi razloge za revizija, a ciljevi koji su postavljeni moraju biti definirani u odnosu na potencijalni rizik npr. Ciljevi moraju biti relevantni i razumljivi svim učesnicima u reviziji. Krajnji rezultat treba biti fokusiran na unapređenje procesa liječenja pacijenta. Revizija će biti vrlo vrijedna ako ciljevi:

- procjenjuju bilo da su standardi ispunjeni ili ne;
- određuju da li se standardi unapređuju;
- monitoriraju nivo podudarnosti sa tretmanom ili savjetom;
- unapređuju kliničku učinkovitost;
- mijenjaju neadekvatnu trenutnu praksu.

U daljem tekstu dat je jedan primjer ciljeva kliničke revizije za menadžment suspektnog infarkta miokarda. Glavni cilj može biti: revizija prakse u cilju determiniranja do kojeg su nivoa navedeni kriteriji ispunjeni te identifikacija razloga za lošu implementaciju politike za menadžment suspektnog srčanog udara:

- proporcija pacijenata koji dobiju trombolitičku terapiju unutar šest sati od kada se pojavio bol u prsima i unutar 30 minuta od dolaska u bolnicu;
- vrijeme čekanja pacijenata od pojavljivanja simptoma do poziva Hitnoj pomoći;
- vrijeme kada je došlo vozilo Hitne pomoći;
- ako je dat aspirin, ko ga je i kada ga je dao.

Za kliničku reviziju potrebno je postaviti standarde i kriterije i oni trebaju biti realistični i klinički opravdani. To su elementi uz pomoću kojih će se procijeniti indikatori kvaliteta zdravstvene zaštite. Rezultati kliničke revizije će pokazati do kojeg su nivoa ispunjeni kriteriji. Kriteriji su eksplicitne izjave koji definiraju šta će biti izmjereno i oni predstavljaju elemente zdravstvene zaštite koji mogu biti objektivno izmjereni. Standardi su indikatori nivoa zdravstvene zaštite koji se žele postići. Standardi mogu biti oni za koje se tim dogovorio da budu postavljeni (kvalitet standarda korespondira sa trenutnim kvalitetom rada), standardi u publiciranim radovima ili akreditacijskim standardima za odgovarajući nivo zdravstvene zaštite, sistematskim pregledima ili nacionalnim ili internacionalnim kliničkim smjernicama.

Primjer za kriterije i standarde iz porodične medicine: 90% pacijenata kod kojih je identificirana hipertenzija trebaju imati izmjeren tlak u zadnjih 12 mjeseci. 90% je standard, ostatak je kriterij.

Također, potrebno je odrediti koje informacije treba prikupiti i kako ih prikupiti na prihvatljiv način minimizirajući pristranost (bias) koliko je to moguće. Da bi se preduprijedile eventualne poteškoće i dobila informacija kako funkcionira prikupljanje podataka u praksi, dobro je pilotirati ovaj korak u ciklusu revizije i preduprijediti probleme koji se mogu pojaviti. Podatke je moguće prikupljati retrospektivno, konkurentno ili prospektivno. Podaci moraju biti validni i tačni, odnosno precizni. Do podataka se treba lako doći, bilo da se nalaze u vašem kompjutoru ili u anketnim listićima pacijenata. Vrijeme i drugi resursi će uvijek nedostajati ako se traže informacije do kojih je teško doći.

Uzorak i poteškoće u ostvarivanju reprezentativnog uzorka zavisice od preciznosti ili nivoa povjerenja i od limitiranosti vremenom, sredstvima, vještinom osoblja, itd. Potrebno je odrediti ko će gledati podatke, kako će biti urađena analiza i kako će se interpretirati nalazi revizije. Također, potrebno je obezbijediti povratnu informaciju svima onima koji su bili involvirani u reviziju i svima onima koji moraju da naprave izmjene u svome radu. Povratna informacija treba biti data i drugima u zdravstvenoj ustanovi.

Dio ciklusa kliničke revizije predstavlja i akcioni plan koji treba napraviti. Akcioni plan treba biti precizan, sa tačno određenim vremenskim rokovima do kada treba nešto uraditi i vrlo specifičan u smislu ko radi šta, kako i gdje to radi i, naravno, da bude realističan. Potreba za bilo kakvim dodatnim sredstvima treba biti predviđena te kako će biti identificirana i uključena u akcioni plan. Ako promjene znače nove odgovornosti za osoblje tada treba predvidjeti njihove potrebe za dodatnom obukom i organizirati tu obuku u radno vrijeme ili to dodatno platiti.

Svi koji imaju zaduženja u akcionom planu će imati potrebu da prodiskutiraju progres sa osobom koja je lider grupe. Ako je revizija kompleksna ili obuhvata više organizacionih jedinica, vjerovatno će trebati održati povremene sastanke tima kako bi članovi mogli nadgledati progres i složiti se oko re-revizija.

6. TIPOVI KLINIČKE REVIZIJE

Postoji više tipova kliničke revizije: kolegijalni pregled, case-note analiza, revizija utemeljena na kriterijima, eksterna revizija, direktna opservacija, anketiranje, revizija traga (*tracer audit*) i revizija signifikatnog događaja.

Kao signifikantni događaji mogu biti identificirani neki rizici, kao npr. slučaj u kojem je umalo došlo do štete za pacijenta ili za osoblje (*near miss*) ili nešto što je uzrokovalo štetu. Pojam signifikantni događaj uključuje i nepovoljne i kritične događaje. Revizija signifikantnog događaja je strukturirani pristup za razmatranje događaja koji se desio u praksi zdravstvenih profesionalaca koji rade kliničku reviziju. Ovi događaju mogu se desiti u bilo kojoj oblasti rada: preventiva, hitna pomoć, hronična oboljenja, organizacija ili upravljanje. Revizija signifikantnog događaja bi trebao biti pozitivni razvojni proces. Ova vrsta kliničke revizije omogućava zdravstvenim djelatnicima da razumiju zdravstvenu zaštitu koju pružaju. Dok sve revizije signifikantnog događaja imaju kapacitet da budu identificirane kao oblasti za poboljšanje, većina može također demonstrirati dobru ili odgovarajuću zdravstvenu zaštitu. Obično, barem neki elementi zdravstvene zaštite nisu obezbjeđeni pacijentu na najbolji način, npr. neki simptomi nisu uočeni na vrijeme ili se dovoljna pažnja nije obratila na neke podatke iz anamneze pacijenta.

Neki signifikantni događaji su i nepoželjni događaji. To su događaji kada je nešto očigledno krenulo onako kako nije očekivano, a praksa treba da ustanovi šta se dogodilo, kako se to moglo spriječiti i kakav je odgovor trebao biti. Nepovoljni događaji mogu biti: žalbe pacijenata, alergijska reakcija na lijek, a poznato je da taj lijek može izazvati alergijsku reakciju, primljeni zahtjev za kućnu posjetu, a posjeta nije realizirana, greška u propisivanju

lijeka, neočekivana smrt, neplanirana trudnoća, nus-pojave propisanog lijeka koje su se mogle izbjeći, verbalno ili fizičko nasilje nad osobljem i grubi nastup u javnosti od strane radnog kolege/kolegice.

Kada se prikupljaju podaci u vezi sa nepovoljnim događajem trebaju se postaviti odgovarajuća pitanja i prikupiti podaci. U tabeli 3. navedeni su pitanja i podaci koje treba prikupiti.

1.	Šta se desilo?	Opis događaja, koliko je ozbiljna šteta ili potencijalni rizik, involvirane osobe i oprema
2.	Gdje se desilo?	Lokacija i vrsta pružene usluge
3.	Kada se desilo?	Datum i vrijeme
4.	Kako se desilo?	Neposredni i mogući uzroci. Potrebno je odrediti koliko su ljudski faktor i drugi faktori direktno povezani sa događajem
5.	Zašto se desilo?	Osnovni ili korjen uzroka. Potrebno je identificirati tačke rizika. Odgovor na pitanje može pomoći u redizajniranju pružanja usluge kako bi se minimizirao rizik ponavljanja nepovoljnog događaja
6.	Šta je poduzeto ili predloženo?	Hitne i dugoročne aktivnosti
7.	Kakve je posljedice događaj proizveo?	Šteta za pacijente, osoblje, organizaciju i druge
8.	Koji su faktori uticali na posljedice?	Kako su djelovali u minimiziranju ili uvećavanju efekata

Tabela 3. Minimalni set podataka za nepovoljne događaje i događaje koji umalo nisu izazvali štetu (*near miss*)

Nepoželjni događaj ili kritični incident je događaj koji može ukazivati na zdravstvenu zaštitu ispod standarda i dešava se slučajno. Svaka alergijska reakcija na lijekove je kritični događaj sa istraživanjem koje treba da utvrdi da li se ta alergija mogla izbjeći. Drugi kritični događaji su npr. osteoporotična fraktura, moždani udar, neplanirana *teenagerska* trudnoća - svi potencijalni događaji koji su se mogli izbjeći i također, svi indikatori vjerovatnog propusta u pružanju zdravstvene zaštite.

Prilikom svakog pregleda pacijenta postoji mogućnost da klinička usluga ne bude optimalna. Upravljanje rizikom je proces koji tu mogućnost reducira. Efikasan sistem žalbene procedure, podrška pri donošenju odluka, konvencionalna revizija, „hvatanje grešaka“ (npr. dupla kontrola propisivanja lijekova) i pozitivna kultura kvaliteta su elementi dobrog sistema upravljanja rizikom.

Za reviziju signifikantnog događaja potrebno je napraviti grupu kolega koja će prodiskutirati određene slučaje ili događaje. Među kolegama treba uspostaviti kulturu ponašanja gdje neće doći do uzajamnog optuživanja i gdje postoji uzajamno povjerenje i poštovanje. Svi trebaju dijeliti kulturu u kojoj će se greške moći ispravljati i da svi žele da poboljšaju svoju praksu. Diskusije i zapisnici o signifikantnim događajima moraju biti tretirani kao povjerljivi. Potrebno je napraviti listu signifikantnih događaja koji će biti analizirani i isto tako omogućiti svima da dodaju i neke druge događaje pored onih koji su prethodno navedeni. Ako neko ne želi da se o nekom događaju ne diskutira, tu želju treba ispuniti.

Lista događaja, na nivou porodične medicine koje treba rutinski diskutirati na sastancima grupe za reviziju signifikantnih događaja:

- primarna prevencija
 - slučajevi pertusisa, rubeole, morbila ili parotitisa;
- dijagnosticiranje i kašnjenja
 - novi smrtni slučajevi od karcinoma kod pacijenata ispod 75 godina;
- primarna/sekundarna prevencija, odgovor na hitne slučajeve i rehabilitaciju
 - novi slučajevi infarkta miokarda;
 - novi slučajevi moždanog udara;
 - pregled pacijenata sa astmom, dijabetesom ili epilepsijom;
 - epi- napadi pacijenata koji uzimaju lijekove protiv konvulzija;
 - osteoporotične frakture;
 - prijemi u bolnicu koji su se mogli izbjeći pacijenata sa hroničnim bolestima;
- iskustvo pacijenta sa uslugama
 - sugestije ili komentari pacijenata;
 - pohvale pacijenata;
 - žalbe pacijenata;
- organizacija prakse
 - planirane, a neobavljene kućne posjete;
 - medicinska dokumentacija ili nedostajuće informacije;
 - dugo vrijeme čekanja;
- upravljanje rizikom
 - propisivačke greške;
 - nedostaci u redovnom monitoriranju lijekova.

Na sastancima multidisciplinarnog tima za kliničku reviziju treba raspraviti šta su okidači, uzroci i posljedice ovih događaja i šta pojedinci ili organizacija u cjelini može uraditi da se ovakvi događaji ne ponavljaju u budućnosti. Za analizu je korisno, zbog bolje preglednosti, prije sastanka grupirati događaje i objediniti izvještaj.

Na samom početku sastanka potrebno je prodiskutirati zapisnik s prošlog sastanka i provjeriti koje su se aktivnosti poduzele u vezi sa dogovorenim zaključcima. Svi prisutni trebaju imati pravo da diskutuju i predlože svoje viđenje prioriteta. Jedna osoba vodi zapisnik i bilježi dogovorene aktivnosti:

- dogovor oko događaja za koje će biti urađena klinička revizija;
- prikupljanje podataka za reviziju;
- održati sastanak i dogovoriti se oko:
 - neposrednog upravljanja slučajem;
 - praćenja slučaja;
 - implikacije za porodicu/zajednicu;
 - rada tima;
 - aktivnosti koje trebaju biti poduzete;
 - dogovori oko praćenja slučaja;
- kompletiranje dokumentacije.

Reviziju signifikantnog događaja može uraditi i pojedinac. Međutim, puno je bolje ako to uradi grupa zdravstvenih profesionalaca. To je prije svega zato što će svi uključeni biti privrženiji promjenama koje treba napraviti u organizacijskim procedurama. Svi mogu učiti iz grešaka ili propusta.

Kliničku reviziju ne treba miješati sa nekim drugim pristupima i instrumentima i metodama za unapređenje kvaliteta kliničke prakse koje se razlikuju u metodologiji od same revizije. To su vrednovanje/upoređivanje (*benchmarking*), klinički putevi, TELER sistem i kolegijalni pregled.

Vrednovanje/upoređivanje je po definiciji kontinuiran proces mjerenja proizvoda, usluga i prakse sa najžešćom konkurencijom ili kompanijama koje važe za lidere u toj oblasti⁷. Korištenje ovog instrumenta za unapređenje kvaliteta je vrlo često u industriji, ali od 90-tih se koristi i u sistemu zdravstvene zaštite u SAD i VB. Vrednovanje/upoređivanje (*benchmarking*) se može definirati i kao „ponašati se dovoljno skromno da možete prihvatiti da je neko bolji od vas u nečemu i biti dovoljno mudar da naučite kako da se izjednačite s njim ili da ga čak i nadmašite“⁸. Postoje četiri tipa vrednovanja/upoređivanja:

- interno - upoređivanje sličnih procesa koji se odvijaju u drugim dijelovima iste organizacije kao npr. prijem pacijenata, naručivanje kliničkih pretraga, itd. ;
- konkurentsko upoređivanje - upoređivanje rada jedne organizacije, odnosno specifičnih mjerljivih elemenata;
- funkcionalno upoređivanje - upoređivanje performace istih funkcija svih u datom sektoru, kao npr. upoređivanje vrijeme čekanja u urgentnim centrima u svim bolnicama u zemlji;
- generičko upoređivanje - upoređivanje bazične prakse organizacija bez obzira koju vrstu usluge pružaju, npr. upoređivanje budžeta za kontinuiranu profesionalnu edukaciju za djelatnike u javnom sektoru.

Ako bi ovaj proces uporedili sa sportom, onda bi svjetski rekorder u jednoj disciplini bio prepoznat kao najbolji u toj disciplini. Sportisti onda kontinuirano teže da poboljšaju svoju performancu kako bi dostigli najboljeg. Primjeri iz industrije pokazuju da vrednovanje može biti i kontraproduktivno i demoralizirajuće za mala i srednja preduzeća koja se upoređuju s velikim kompanijama. Ovaj proces uključuje elemente koji se koriste i u kliničkoj reviziji: definiranje, implementaciju, mjerenje i planiranje aktivnosti.

Klinički put je dokument koji istovremeno opisuje uobičajeni način pružanja multidisciplinarnog kliničkog tretmana određenom tipu pacijenta i služi za evidentiranje stvarno pruženih usluga tokom jedne faze. Omogućava evidentiranje odstupanja od standardne metode u svrhu kontinuirane ocjene i unapređenja metode liječenja. Sva odstupanja od plana se dokumentiraju kao varijacije, a iz analiza varijacija dobija se informacija za revidiranje trenutne prakse. U suštini, ovo je vrlo slično standardu, ali klinički putevi prate „putovanje pacijenta kroz definirani set kliničkih intervencija“, a ne fokusiraju se na jednu što je princip kliničke revizije. Klinički putevi su detaljnije opisani u posebnom poglavlju.

TELER je generički sistem za pisanje kliničkih zabilješki i mjerenje rezultata liječenja pacijenta. Može se primijeniti na bilo koje stanje ili sferu aktivnosti gdje rezultati intervencije trebaju

biti izmjereni tokom vremena. Ovu metodu je u svakodnevnoj kliničkoj praksi prvi put primijenio Grocott i to na Odjelu za vaskularnu hirurgiju bolnice u Bradfordu, Engleska (Department of Vascular Surgery at the Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust in the UK).

Sistem se sastoji od dva glavna elementa: pisanja kliničkih zabilješki i kliničkog mjerenja. Zabilješke se sastoje od podataka koji se rutinski prikupljaju uključujući identifikacioni broj pacijenta, demografske detalje, kliničku historiju, dijagnostičke testove, dijagnoze i medicinske i hirurške intervencije uključujući propisivanje lijekova. Klinička mjerenja se odnose na odnos između tretmana i dobijene kliničke usluge kako to vidi pacijent i rezultata u smislu klinički singifikantne promjene. Zatim tu spadaju i iskustvo pacijenta, upravljanje simptomima, zacjelivanje rane, palijativna njega, itd. TELER je dizajniran tako da bude legalan klinički zapis i nije dodatna aktivnost u prikupljanju podataka. Također, može biti korišten i prilikom istraživanja⁹.

Zdravstveni profesionalci ponekad žele da evaluiraju praksu na brži i jednostavniji način nego što su to veliki multidisciplinarni i multiprofesionalni projekti. Postoji određeni broj aktivnosti unutar kolegijalnog pregleda koji nadopunjuju kliničku reviziju. To su pregled slučaja, klinička supervizija i kritička analiza incidenta. Za metodu koja je nazvana pregled slučaja (*case review*) obično se organiziraju multiprofesionalni stručni sastanci. Na ovim sastancima se raspravljaju nalazi istraživanja i o tome se diskutira unutar grupe. Kako bi se maksimalizirao potencijal za učenje potrebno je cijeniti doprinos svih učesnika. Da bi se ovo postiglo ponekad je potreban iskusan facilitator. Klinička supervizija je termin koji se koristi da opiše formalan proces profesionalne podrške i učenja koji omogućava kliničarima da razviju znanje i kompetencije, prihvate odgovornost za vlastitu praksu i ojačaju zaštitu i sigurnost pacijenata u kompleksnim situacijama. Vrlo je važna u procesu učenja i proširivanja obima prakse i treba biti prihvaćena kao način za ohrabrivanje samoprocjene i analitičkih vještina¹⁰. Klinička supervizija je komplementarna kliničkoj reviziji i odgovarajući je forum za rješavanje individualnih problema dajući mogućnost praktičarima da dobiju podršku za savladavanje poteškoća na koje nailaze želeći da promijene praksu i implementiraju nalaze kliničke revizije. Kritička analiza incidenta je slična pregledu slučaja, ali se za razliku od te metode fokusira na jedan specifičan aspekt prakse koji je razlog za zabrinutost.

Da bi ove metode dale puni doprinos u unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite moraju biti povezane sa kliničkom revizijom. Zbog toga ove treba definirati odnose između ovih metoda koji trebaju biti dokumentirane, jer izolovana primjena neće doprinijeti očekivanom poboljšanju kliničke prakse. Zdravstvene profesionalce koji nemaju iskustvo sa kliničkom revizijom često zbunjuju razlike i sličnosti sa istraživanjem i anketom. Razlike i sličnosti kliničke revizije sa istraživanjem i anketom prikazane su u tabeli 4.

	Istraživanje	Revizija	Anketa
Razlog	Obezbjeđuje novo znanje, postavlja nove ili mijenja stare kliničke standarde	Testira praksu na osnovu standarda utemeljenih na dokazima	Dobija odgovore na pitanja u vezi sa politikom ili praksom
Metode	Unaprijed dizajnirano istraživanje sa hipotezama	Ciklus revizije: identifikacija teme, implementacija promjena i re-audit	Jasna metodologija uzorkovanja sa razumnom stopom odgovora (>40%)

Analiza podataka	Traži analizu podataka (kvalitativnu ili kvantitativnu) da bi se dobili zaključci	Jednostavna statistika (srednja vrijednost, frekvencija) za usporedbu	Jednostavna deskriptivna statistika
Etičko odobrenje	Neophodno	Nije neophodno	Nije neophodno/neophodno
Veličina uzorka	Statistička kalkulacija	Dovoljan broj uzoraka koji može uticati na promjenu prakse na osnovu nalaza	Dovoljan broj da bi se izbjegao bias i kako bi anketa imala širu opću poruku
Ishod	Unapređeno znanje	Strategija za unapređenje kliničke prakse	Usmjeren na strategiju kliničke efektivnosti (smjernica/vodič ili klinička revizija)

Tabela 4. Sličnosti i razlike između istraživanja, kliničke revizije i ankete¹¹

7. PROTOKOL ZA KLINIČKU REVIZIJU

Ako se ne odredi lider revizije i ne napiše akcioni plan sa tačnim zaduženjima i rokovima, klinička revizija se obično nikada ne uradi. U akcionom planu - protokolu za npr. reviziju sistema propisivanja lijekova potrebno je navesti sljedeće:

- pregledati određeni broj recepata;
- pretraga literature i drugih izvora u vezi sa najboljom praksom;
- fokus grupe pacijenata da otkriju sugestije pacijenata za poboljšanja sistema;
- šef odjela nadgleda reviziju;
- šef odjela zajedno sa timom i drugim kolegama diskutira rezultate;
- napraviti promjene za poboljšanja u praksi.

Svi imaju određenu ulogu u sistemu pružanja zdravstvene usluge pacijentu, od zakazivanja pregleda u porodičnoj medicini, samog pregleda, dobijanja tretmana, pretraga, bilježenje rezultata specijalističko-konsultivnog pregleda i monitoring bilo kojeg hroničnog oboljenja. Zbog toga je potrebno dizajnirati kliničku reviziju na taj način da odražava način na koji članovi tima rade zajedno. U jednom timu za reviziju nemaju svi sofisticirano znanje i vještine za realizaciju revizije, ali najmanje jedna osoba mora biti u stanju da isplanira reviziju, uključiva članove tima u vezi sa odabirom teme za reviziju, podijeli odgovornosti za prikupljanje podataka, uporedi rezultate iz prakse sa dogovorenim standardima/kriterijima, planiranje i pravljenje promjena. Tim za kliničku reviziju će dobro funkcionirati ako:

- ima jasno postavljene ciljeve;
- ima jasnu hijerahiju i linije odgovornosti;
- članovi tima imaju potrebne vještine i osobine;
- članovi tima imaju specifične individualne uloge;
- dijele zadatke i obaveze;
- redovno komuniciraju unutar tima, na formalan i neformalan način;
- svi članovi tima participiraju u punom kapacitetu;
- sprečavaju sukobe;
- daju povratnu informaciju pojedincima;

- daju povratnu informaciju u vezi sa radom tima;
- i drugi priznaju tim i postoji obostrana komunikacija, unutar tima i tima s drugima;
- obezbijedena je nagrada za tim.

Sve ove karakteristike dobrog timskog rada su značajne za realizaciju kliničke revizije. Efikasan tim uči na svojim greškama i problemima. Također, na osnovu ovih nabrojanih komponenti može se uraditi i revizija rada tima za kliničku reviziju.

Dobra komunikacije je esencijalna za dobar timski rad i omogućava planiranje revizije i podjelu rezultata. Za to su potrebni:

- redovni sastanci osoblja na koje će šefovi i uposlenici nastojati da dođu;
- siguran sistem za prosljeđivanje informacija;
- način za distribuciju novosti tako da su svi pravovremeno informirani u vezi sa promjenom;
- kultura koja će omogućiti da svaki član tima može slobodno govoriti bez straha da će mu neko to zamjeriti ili da će biti kažnjen;
- da „tiši“ članovi tima imaju šansu da daju svoj doprinos u radu tima za reviziju;
- mogućnost da se dobije povratna informacija u vezi sa ulogama u timu;
- nagrađivanje pojedinaca za njihov doprinos;
- mogućnost za članove tima da ukažu na bilo koji problem i predlože poboljšanja;
- da svi mogu biti dio i da im pripada proces donošenja odluka.

Komunikacija je obično loša ako tim nije stabilan ili ako pojedine discipline rade izolirano u odnosu na druge. Pitanja rukovođenja i statusa unutar tima utiču na dobru komunikaciju. Svim involviranim u kliničku reviziju treba prosljediti rezultate revizije. Ako su članovi tima dobili i osjećaj vlasništva nad cijelim procesom, to su veće šanse za uvođenjem promjena u svakodnevnu praksu. Dobra praksa je napisati i svim članovima tima podijeliti pisani izvještaj o kliničkoj reviziji uključujući sljedeće informacije:

- zašto je rađena klinička revizija;
- šta je cilj revizije;
- koji su standardi i kriteriji korišteni;
- kako je određena veličina uzorka i koje su metode korištene;
- procedure za validaciju podataka;
- kompletirani akcioni plan;
- dogovorene i napravljene promjene u radu.

Povjerljivost je osnova pružanja zdravstvene zaštite. Pacijenti vjeruju da informacije koji oni povjere zdravstvenim profesionalcima ili informacije koje kliničari dobiju tokom ispitivanja ili tretmana ostaju tajna. Zdravstveni djelatnici su odgovorni pacijentima da će bilo koja informacija koju od njih dobiju biti povjerljiva i sigurna. Osnovni princip je da će zdravstveni djelatnici koristiti povjerljivu informaciju koju su dobili u kliničkom radu isključivo u svrhu liječenja pacijenta na koga se odnosi ta informacija, odnosno kako je to već regulisano legislativom. Informacija koju je dobio zdravstveni radnik ostaje vlasništvo pacijenta.

Zdravstvena ustanova treba da ima pisanu politiku za kliničku reviziju koja treba da obuhvati i pitanja povjerljivosti informacija. U toj politici treba jasno navesti procedure za bilježenje i

čuvanje informacija kako u pisanom obliku tako i u elektronskom. Moraju se uspostaviti i testirati mjere koje se sprovode u vezi sa neautoriziranim pristupom informacijama.

Kliničke revizije mogu biti vrlo različite u pogledu oblika i veličine i mogu se fokusirati na strukturu, proces ili ishode zdravstvenih usluga. Također, revizija se može uraditi kao presjek stanja u određenom trenutku ili može biti dizajnirana da prati praksu u intervalima ili u kontinuitetu. Zbog toga je neophodno napraviti protokol za kliničku reviziju u vidu kontrolne liste (*checklist*) sa detaljno planiranom svakom etapom u procesu.

Kontrolna lista zasigurno može pomoći zdravstvenim profesionalcima da planiraju kako će prikupiti podatke, kako će odrediti prioritete, na šta će se fokusirati i prioritizirati. Rad na svakoj etapi protokola usmjerava članove tima da razmotre svaku planiranu aktivnost tako da klinička revizija ne bude tegobna ili neizvodljiva. Protokol moraju imati i popuniti svi članovi tima za reviziju. Protokol treba da dà odgovore na pitanja, kako je odabrana tema za kliničku reviziju, da li je to prioritet za sve aktere u sistemu zdravstvene zaštite, zbog čega je važna, itd. Zatim, protokol daje odgovore šta je svrha revizije, principi, ko će biti uključen i ko vodi reviziju, da li svi u timu znaju ko šta treba da radi, koji su standardi i kriteriji korišteni i zašto. Također, protokol se bavi i promjenama koje treba da uslijede nakon prikupljanja i analize podataka. AKAZ FBiH preporučuje zdravstvenim profesionalcima da koriste NHS-ovu adaptiranu verziju protokola koja se nalazi u tabeli 5¹².

1.	Odaberite temu koja je prioritet za Vas i Vaše kolege ili općenito za zdravstveni sistem. Šta je to? Veliki <i>rizik</i> , <i>veliki obim</i> , <i>uzrok zabrinutosti</i> , <i>visoki troškovi</i> ?
2.	Na koji ste način odabrali temu za reviziju (u dogovoru s kolegama, odlučili ste u ime Vaših kolega, tema se nalazi u vašem planu, Vaš menadžer je preporučio temu, na zahtjev pacijenta, ostalo...?)
3.	Zašto ste odabrali ovu temu?
4.	Da li je tema revizije važna i zbog čega?
5.	Šta su Vaši ciljevi? Jesu li SMART (jednostavni, mjerljivi, dostižni, realni i da li ih je moguće ostvariti realnom vremenskom okviru)
6.	Da li ste dizajnirali Vašu reviziju dovoljno detaljno tako da svi znaju šta ko radi, zašto, kada i kako?
7.	Koji su principi „dobre prakse“ uključeni u reviziju?
8.	Ko će biti „lider“ revizije?
9.	Ko će još biti uključen u realizaciju revizije?
10.	Koji su vam resursi potrebni za realizaciju revizije? Nemojte zaboraviti obuku osoblja, materijale, prostor, vještine, ljudi, vrijeme...
11.	Koje ste kriterije odabrali i zašto? Znaju li plesati RUMBA (Jesu li relevantni, razumljivi, mjerljivi, skopčani s ponašanjem i dostižni)?
12.	Koje standarde ste odabrali i odakle ste ih uzeli?
13.	Kada ćete započeti s revizijom i imate li napravljen raspored revizije?

14.	Koji sistem imate za pregled rezultata revizije i za upoređivanje vašeg rada sa utvrđenim standardima? Ko treba donijeti odluku i ko će napraviti neophodne promjene kao rezultat vježbe?
15.	Koje promjene ćete napraviti?
16.	Jesu li te promjene moguće sa resursima i vještinama koje su Vam trenutno na raspolaganju? Odakle ćete dobiti (nabaviti) dodatne resurse?
17.	Jeste li bili realistični u očekivanju promjena?
18.	Koje intervencije ili promjene ćete primijeniti ako revizija pokaže da rezultati Vašeg rada ne ispunjavaju standarde koje ste postavili? Koji resursi su Vam potrebni za te intervencije ili promjene?
19.	Koje specifične rezultate očekujete od uvođenja intervencija ili promjena?
20.	Kako ćete mjeriti rezultate primjenjenih intervencija?
21.	Kada i kako ćete ponovo uraditi reviziju (re-revizija) nakon što ste unaprijedili Vaš rad i promijenili način na koji pružate zdravstvenu uslugu ili obavljate kliničku praksu?

Tabela 5. AKAZ-ov dizajn protokola kliničke revizije

Za vrijeme pripremne faze kliničke revizije potrebno je informirati i uključivati sve one koji će na neki način biti obuhvaćeni revizijom. Osoblje mora imati osjećaj vlasništva (*ownership*) nad procesom jer u suprotnom klinička revizija neće polučiti očekivane rezultate.

Promovirajući osjećaj vlasništva istovremeno se daje mogućnost osoblju da bude informirano i daje im se mogućnost da komentiraju, odnosno utiču na sadržaj i sam proces revizije. Ovo se može ostvariti: diseminirati nacrt protokola kliničke revizije, postavljajući obavijesti i informacije na oglasnoj ploči, na redovnim i svim drugim sastancima osoblja, tokom vizite, itd. Ako osoblje ima utisak da ne može komentirati i da ne može uticati na realizaciju kliničke revizije doći će do velikih problema u smislu njene implementacije.

Nakon diseminacije protokola kliničke revizije, grupa za razvoj mora dobiti podršku od rukovodećeg kadra u organizaciji. To može biti Komisija za unapređenje kvaliteta, šef odjela ili klinike, odnosno od onoga ko je odgovoran za korištenje resursa neophodnih za realizaciju revizije. Ovu podršku osoblje treba prihvatiti kao stvarnu podršku, a ne kao neku vrstu kontrole ili provjere njihovog rada.

8. CIKLUS KLINIČKE REVIZIJE

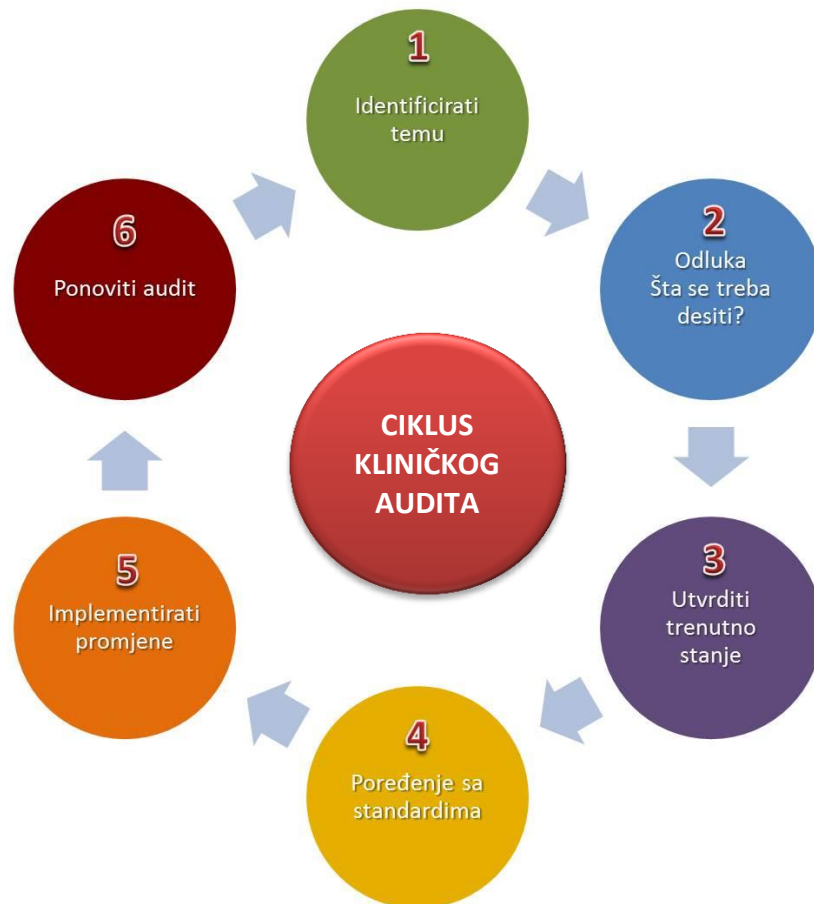
8.1 Struktura kliničke revizije

Uobičajeni shematski način predstavljanja revizije je krug u kojem je aktualna praksa upoređena sa standardima. Ako rezultati pokažu da zdravstvena usluga nije zadovoljavajuća, čine se napor da se naprave odgovarajuće promjene koje bi uticale na poboljšanje kvaliteta. Sama klinička revizija je cikličan proces koji se sastoji od šest stadija:

- identificiranje problema;
- uspostavljanje standarda i ciljeva;
- procjena ili mjerenje onoga što se trenutno radi u praksi i da li su standardi ispunjeni;
- identificiranje potrebnih promjena;
- implementacija promjena i
- praćenje kakav su efekat izazvale te promjene.

Nakon zadnje faze u ciklusu kliničke revizije nakon praćenja efekta promjena, ponovo se postavljaju standardi, sada na višu razinu i ciklus se ponavlja. U ovom slučaju spirala je mnogo prikladnija metafora nego ciklus imajući u vidu da je proces unapređenja kvaliteta procesa koji nema kraja i sa svakim zatvaranjem kruga kvalitet zdravstvene zaštite se penje za stepenicu više.

Samu strukturu kliničkog audita je najbolje prikazati kroz sliku 1. Ciklus kliničke revizije. Prvi korak u kliničkom auditu je identifikacija teme. To može biti oblast koja je razlog zabrinutosti za kliničare, odnosno oblast u kojoj se očekuju problemi ili već postoji aktualan problem ili ta tema naročito interesira zdravstvene profesionalce. U drugom koraku donosi se odluka šta stvarno treba da se desi: tj. kako da procesi funkcioniraju na višem nivou. Zatim, treba postaviti kriterije i standarde koji trebaju biti realistični i klinički opravdani. Treći korak uključuje posmatranje šta se stvarno dešava i sakupljanje podataka za mjerenje u određenom vremenskom periodu (ne treba da uzme previše vremena).



Slika 1. Ciklus kliničke revizije

Proces će ubrzati: dobro planiranje, dobro dizajnirani formulari za prikupljanje informacija i uključenje cijelog tima. Pod četvrtim korakom treba uporediti ima li razlike između standarda određenih pod dva i rezultata dobivenih pod tri. Pod pet treba implementirati promjene. Ako se standardi i rezultati razlikuju, dobro je identificirati zašto je to tako. Ako su standardi ispunjeni u potpunosti, revizija je opet korisna jer postoji dokaz da se dobro radi. I kao posljednji, esencijalni korak u ciklusu, nužno je ponoviti klinički audit svakih šest ili 12 mjeseci. To će pokazati kako su efikasne bile promjene ili kako dalje posmatrati situaciju. Ovaj proces evaluacije i promjene mogu napraviti vidljiva poboljšanja u načinu rada¹³.

8.2 Metodologija

Kada se postave ciljevi i razlozi za kliničku reviziju onda treba odrediti i metodologiju. Metode koje stoje na raspolaganju treba prilagoditi planiranim aktivnostima. Revizija može biti korisna u cilju: određivanja odgovarajućih standarda koji će se koristiti za budući rad i upoređivanje svog rada s drugim profesionalcima ili zdravstvenim ustanovama, upoređivanja svog rada sa drugim kriterijima ili standardima, za istraživanje neke žalbe ili druge značajne događaje u organizaciji, za identificiranje potreba za učenjem, detekcije koja su poboljšanja usluga potrebna kao npr. pristup uslugama ili raspoloživost usluge.

Klinička revizija pretpostavlja i aktivno uključanje pacijenata u proces. Oni se mogu uključiti u bilo kojem ili svim dijelovima revizije: od odabira teme za reviziju, planiranja kako će revizija biti realizirana, prikupljanje podataka, interpretacije rezultata, odluke o promjenama, diseminacije rezultata i realizacije promjena. Perspektiva pacijenta kada je u pitanju zdravstvena zaštita i usluge koju dobijaju je ključna za uspješnu reviziju. Pacijenti mogu vrlo precizno ukazati na probleme i nedostatke. U suprotnom, zdravstveni radnici mogu upasti u zamku i misliti da pružaju kvalitetne i sigurne zdravstvene usluge, prihvatljive pacijentima, a u stvarnosti to nije tako. Da bi sudjelovanje pacijenata u procesu kliničke revizije bilo uspješno, oni moraju da razumiju limite u vezi sa resursima i određivanju prioriteta ako žele da učestvuju u planiranju promjena. Također, moraju dobiti i neku vrstu obuke u vezi sa planiranjem i dizajniranjem revizije odnosno analize i interpretacije rezultata kliničke revizije.

Da bi smo dobili mišljenje pacijenata ne treba pitati sve pacijente, ali da bi smo dobili precizan odgovor uzorak mora da predstavlja cijelu populaciju ili određenu grupu pacijenata na koju se revizija odnosi. Populacija je cijela grupa koja je predmet revizije kao npr. pacijenti u timu porodične medicine koji boluju od dijabetesa. Za reviziju potrebno je odabrati uzorak pacijenata, osim ako grupa nije vrlo mala pa je potrebno da budu uključeni svi, npr. pacijenti kojima je propisan litijum. Tehnika uzorkovanja je veoma važna jer da bi smo vjerovali podacima dobijenih na osnovu uzorka, on mora biti reprezentativan, odnosno predstavljati svu populaciju na koju se revizija odnosi. Bias je uvijek moguć, ali ga treba svesti na najmanju moguću mjeru.

Većina podataka koja se prikuplja je numerička ili kvantitativna, ali uvijek je korisno prikupiti i određeni broj kvalitativnih informacija kako bi se bolje razumio kompleksan pogled korisnika usluga. O količini podataka koju treba prikupiti treba pažljivo razmisliti. Što je revizija jednostavnija, to je veća šansa da će podaci biti preciznije zabilježeni. Ako je revizija obuhvata mnogo pitanja, sama svrha revizije će biti manje jasna, a potrebne promjene će biti

teže identificirati. Podaci se mogu uzimati retrospektivno i prospektivno što je pobliže objašnjeno u tabeli 6.

	Retrospektivno	Prospektivno
Definicija	Podaci već evidentirani u zapisima	Podaci koji će tek biti prikupljeni
Korištenje	Potražiti šta se desilo u definiranoj oblasti	Ako podaci nisu dostupni (npr. kada se uvodi nešto novo) i kada su postojeći podaci oskudni ili nekompletni
Prednosti	Moguće ju je uraditi brzo Obezbeđuje početnu osnovu	Izbjegnuto je korištenje oskudnih ili nekompletnih podataka Omogućava dizajn jasnih i konciznih nosača podataka
Nedostaci	Prethodni korisnici nemaju koristi Podatke će možda biti teško pronaći ili kompletirati	Može biti veoma dugotrajan posao dok se ne dobije zadovoljavajući uzorak

Tabela 6. Prospektivno i retrospektivno prikupljanje podataka

Prospektivna revizija omogućava da se precizno u stvarnom vremenu prikupljaju podaci koji reflektiraju trenutnu praksu u poređenju sa revizijom koji će pokazati bivšu ili prošlu praksu. Prikupljanje podataka zbog toga treba biti vrlo precizno i u volumenu i detaljima. Prospektivna klinička revizija ima prednost u tom smislu da osoblje kliničke revizije može biti raspoređeno na zahtjevnije zadatke, analizu podataka ili prezentaciju nalaza s tim da će prikupljanje podataka ostati odgovornost kliničkog osoblja koje već posjeduje neophodne vještine za precizno prikupljanje podataka. Retrospektivna revizija može poslužiti kao istorijski *benchmark*, ali u upotrebi je samo kada se dogode kritični incidenti (žalbe, sudski procesi, nepoželjni događaji ili ozbiljni nepoželjni ishodi) i kada je neophodno urgentno preispitivanje prakse. U razvojnoj fazi programa retrospektivna revizija može imati svoju ulogu, ali u principu treba nastojati da se rapidno usvoji veći procenat prospektivnih revizija. Bez obzira na to da li će se raditi prospektivno ili retrospektivno, prikupljanje podataka u oblastima koje su prepoznate kao „slabe“ trebaju biti ciljane za reviziju, a i isto tako, gdje je poznato da je zdravstvena zaštita koja se obezbeđuje pacijentima 100 % u skladu s standardima, jasno je da ta klinička revizija nije puno od koristi¹⁴.

Također, bez obzira na koji način se prikupljaju podaci oni moraju biti validni i pouzdani. Validnost je stepen do kojeg do kojeg se mjeri ono što treba biti izmjereno. Npr. kad se radi klinička revizija vremena čekanja pacijenta na pregled, u kalkulaciju ne ulazi vrijeme ako je pacijent, iz nekog razloga, ušao u ordinaciju prije zakazanog termina, već se u tom slučaju računa da je pacijent pregledan u tačno zakazano vrijeme. Pouzdanost je stepen do kojeg se konzistentno mjeri ono što treba biti izmjereno, npr. isti podaci mogu biti zabilježeni od druge osobe ili u drugo vrijeme. Npr. vrijednosti izmjernog krvnog pritiska nisu pouzdani dok nemate dokaz da su svi tlakomjeri kalibrirani i da je osoblje koje mjeri krvni pritisak obučeno u skladu sa najboljim smjernicama za kliničku praksu.

Korištenje standardiziranih alata za prikupljanje podataka povećava validnost i pouzdanost podataka. Uz pomoć pažljivo testiranog upitnika moći će se izbjeći zamke slabog dizajna koji vodi do nepouzdanosti podataka. Ako nije moguće naći testirani alat/upitnik za prikupljanje

podataka, onda treba vrlo oprezno pilotirati kliničku reviziju i pokušati ispraviti moguće limitacije. Pozdanost podataka se povećava ukoliko je svo osoblje koje prikuplja podatke u procesu dobilo dobru obuku za taj posao.

Upitnici su dobar metod za dobijanje povratne informacije od pacijenata. Ovi obrasci moraju biti pažljivo urađeni i da su pitanja formulirana tako da ne sugeriraju odgovor. Postoji puno načina kako strukturirati uputnik: koristeći da ili ne odgovore, skale i prostor za slobodne odgovore. Intervju omogućava korisnicima usluga da daju detaljnu povratnu informaciju osoblju. Također, intervju omogućava ispitivačima da budu sigurni da su ispitanici shvatili njihova pitanja. Opservacija je korisna za identifikaciju onoga šta osoblje stvarno radi. Mjerni instrument je pouzdan ako se njegovim ponovnim, opetovanim korištenjima dobijaju uvijek isti rezultati. Mjerni instrument je validan ukoliko kriteriji mjere ono za šta su kreirani. Važno je da se mjerni instrumenti pilotiraju prije nego započne prikupljanje podataka, a ukoliko ovi instrumenti već postoje onda treba razmotriti mogućnost kako da pouzdanost i validnost budu poboljšani. Prije nego što se započne sa prikupljanjem podataka potrebno je svo osoblje upoznati sa kliničkom revizijom i dati im mogućnost da daju komentare na sadržaj i sam proces revizije. Svrha kliničke revizije nije da odredi definitivni stav u vezi sa promjenom prakse nego da bude indikator kvaliteta obezbjeđene zdravstvene zaštite.

9. IZVORI PODATAKA

Za kliničku reviziju podaci se mogu prikupljati uz pomoć posebno kreiranog upitnika, na osnovu intervju s pacijentima ili direktnim posmatranjem. Međutim, također postoji mnogo izvora za skupljanje podataka za reviziju koji se nalaze u historijama bolesti, kartonima pacijenata ili drugim evidencijama. U bolnicima ili drugim zdravstvenim ustanovama, ukoliko postoje informacioni sistemi postoji pravo bogatstvo podataka, od podataka u vezi sa prijemom i otpustom pacijenata, do drugih podataka za pacijente sa komorbiditetom, do personalnih ili finansijskih podataka. Izvori podataka koji se mogu naći u drugim rutinski prikupljenim podacima su: registri za karcinome, dijabetes i drugi registri koji su obavezni po Zakonu o evidencijama u oblasti zdravstva¹⁵, podaci o kontroli infekcije, otpusna pisma, itd.

Svi oni pacijenti na koje se odnosi klinička revizija spadaju u tzv. ciljnu populaciju. Veličina ciljne populacije može varirati od vrlo male grupe pacijenata koji imaju specifični zdravstveni problem do jako velike koja uključuje sve pacijente koji su dobili otpusno pismo iz bolnice i za koju bi bilo vrlo zahtjevno prikupiti podatke. Uzorkovanje nam omogućava da na osnovu manje grupe generaliziramo odgovore i da se nadamo da oni predstavljaju populaciju u cjelini. Ova manja grupa se zove uzorak. Svrha revizije je da precizno opiše ponašanje i razmišljanje cjelokupne ciljne populacije na osnovu podataka prikupljenih od male grupe. Za to je potrebno da taj uzorak bude reprezentativan odnosno da dobijemo nepristrasnu procjenu osobina ciljne populacije.

Postoje tri najčešće korištena metoda uzorkovanja: jednostavno nasumično (randomizirano), sistematično i stratificirano nasumično uzorkovanje. Jednostavno nasumično uzorkovanje se zasniva na odabiru dobijenih brojeva za cijelu listu. Korisno je koristiti listu nasumičnih brojeva koja se može naći u većini statističkih udžbenika. Za ovu metodu može se koristiti čak

i izvlačenje brojeva iz šešira. Sistematično uzorkovanje uključuje npr. da se podaci uzmu za svakog pedesetog pacijenta, što opet zavisi od veličine ciljne populacije i definiranog uzorka. Stratificirano nasumično uzorkovanje se koristi kada se želi da osigura da su određene grupe populacije obuhvaćene uzorkom. Uzorak je podijeljen u grupe koje imaju iste karakteristike, npr. spol, dob ili poštanski broj. Ako je populacija medicinsko osoblje, onda grupe mogu biti doktori (šefovi odjela, mlađi doktori, itd.), medicinske sestre (glavne sestre, vođe smjene, itd.). Da bi se dobio reprezentativan uzorak, potrebno je da uzorci za svaku grupu budu proporcionalni ukupnom broju. Postoje situacije kada tim nema načina da odredi kolika je ciljna populacija i koliki treba biti reprezentativni uzorak. Metodologija koja se tom prilikom koristi može biti: ciljano uzimanje uzoraka, prikladno uzorkovanje i uzorkovanje kvota.

Uzorak mora biti dovoljno velik da bi ciljevi studije, odnosno kliničke revizije mogli biti ispunjeni. Uzorak mora biti dovoljno velik da možemo sa sigurnošću potvrditi nalaze revizije, ali u isto vrijeme ne i previše velik, jer se bespotrebno troše resursi i vrijeme prikupljajući podatke. Za svaku kliničku reviziju prikupljaju se podaci za limitiran broj pacijenata i ta informacija se koristi da bi se utvrdilo šta se dešava sa cijelom populacijom koju predstavljaju pacijenti obuhvaćani uzorkom.

Nakon što se prikupe podaci, njih je potrebno razvrstati i uraditi analizu, te pripremiti povratnu informaciju za sve involvirane u kliničku reviziju i njenu problematiku. Kada je u pitanju prvi korak u analizi podataka, potrebno je podatke posložiti i opisati. Uobičajen i najčešći način prikazivanja podataka su tabele i grafikoni. Rezultati mogu biti predstavljeni u odnosu na postavljene ciljeve, mogu biti upoređeni trenutni rezultati sa prethodnim ili se mogu porediti podaci prikupljeni sa dva različita odjela.

Isti etički principi treba da važe za kliničku reviziju i za bilo koju drugu sferu kliničke prakse ili istraživanja. Postoji nekoliko specifičnih oblasti kojima se ovdje treba pozabaviti: povjerljivost, pristanak, efikasnost revizije i odgovornost. Podaci koji se prikupljaju za kliničku reviziju moraju zaštititi identitet involviranih pacijenata i kliničkog osoblja. Oni ne smije biti identificirani po imenu, inicijalima, bolničkom broju, broju kreveta ili na neki drugi način koji ugrožava anonimnost pojedinca. Direktive Evropske Unije dozvoljavaju korištenje podataka za statističku ili u naučne svrhe sve dok je privatnost zaštićena¹⁶. Gdje je god to moguće, podaci trebaju biti sumirani tako da se učinak pojedinca ne prezentira pred širim auditorijumom. Prihvatljiva je praksa da se ne pita pacijent da dâ pristanak za pregled njegove medicinske dokumentacije u vezi sa kliničkom revizijom. Očekuje se da je politika pregleda dokumentacije spomenuta u općem informacionom letku koji se daje pacijentima prilikom njihovog prijema u bolnicu. Ako prikupljanje podataka pretpostavlja upitnik ili intervju, potrebno je zatražiti verbalni pristanak pacijenta na način da pacijent to neće shvatiti kao pritisak i da njegovo liječenje neće biti ugroženo ako se ne složi da sudjeluje u kliničkoj reviziji.

10. PLANIRANJE POBOLJŠANJA

Kada se prikupe podaci, analiziraju, naprave tabele i grafikoni, dobijeni rezultati trebaju biti predstavljeni grupi za kliničku reviziju. Osobe koje su uradile reviziju ne bi trebale interpretirati rezultate bez konsultiranja i uključivanja grupe za kliničku reviziju. Ključna stvar je da se iz cijelog procesa revizije dobije konstruktivna povratna informacija sa dobrim i nepovoljnim rezultatima. Presentaciju rezultata revizije osoblje može shvatiti kao neku vrstu prijetnje što bi se trebalo izbjeći. Informacije o reviziji treba podijeliti na povjerljiv način poštujući potrebe pojedinaca. Ako rezultati revizije utvrde da je klinička praksa izvanredna treba naći vremena da se svim uključenim čestita na dobrim ishodima i da se taj uspjeh proslavi. Puno češće se desi da revizija ukaže na potrebu unapređenja prakse i da je dodatni rad potreban kako bi se do toga došlo. Tom poslu treba pristupiti na sistematičan način kako bi se dobro planirale i implementirale neophodne promjene identificirane u ovom procesu. Nakon identificiranja oblasti gdje su potrebna poboljšanja potrebno je napraviti dogovor u vezi sa odgovarajućim pravcem djelovanja. Ovo je faza kliničke revizije kada se javljaju poteškoće. Rezultati jasno pokazuju da problem postoji ali ispostavi se da su aktivnosti koje treba poduzeti za rješenje problema vrlo kompleksne. Zbog toga akcioni plan treba da vrlo jasno identificira i uključi sljedeće:

- odgovarajući pravac djelovanja sa definiranim i dokumentiranim prioritetima;;
- imenovane osobe odgovorne za sprovođenje aktivnosti;
- određeni vremenski rokovi unutar kojih treba biti implementirana svaka prethodno definirana akcija;
- neke akcije se mogu poduzeti odmah (kratkoročne akcije), dok za neke biće potreban duži period, ponekad duži od šest mjeseci (dugoročne akcije).

Kada je u pitanju upravljanje promjenama, treba razmotriti nekoliko faktora: promjene strategija i teorija, samu promjenu, okruženje u kojem se dešava promjena, osoblje involvirano u promjenu svoje prakse i osoba ili osobe koji uvode promjene (menadžeri, facilitatori, eksperti, lideri, itd.). Klinička revizija je dinamičan proces i promjene su sastavni dio poboljšanja prakse.

Upoređujući rezultate inicijalne, početne i ponovljene revizije tim za kliničku reviziju može sagledati, evaluirati ostvareni napredak i identificirati oblasti gdje je potrebno uložiti dodatne napore. Sa finalizacijom ove faze kompletiran je cijeli ciklus kliničke revizije. U zavisnosti od rezultata članovi grupe određuju u kojem pravcu se trebaju odvijati njihove naredne aktivnosti:

- ako je stanje isto ili su identificirani novi problemi, grupa planira dodatne akcije uključujući i ponovljenu reviziju;
- ako su postavljeni standardi ispunjeni, grupa može podići ljestvicu s ciljem daljeg unapređenja kliničke prakse;
- ako su postavljeni standardi, standardi najbolje prakse grupa može odrediti vremenski rok za ponovljenu reviziju i ponovo razmotriti kvalitet i sadržaj standarda.

Koliko često će se raditi redovne ponovljene kliničke revizije i recenzija standarda stvar je lokalne odluke. Ponavljanje revizije treba biti dio rutinske prakse integrirane u organizacionu strategiju za kliničku reviziju i godišnje planiranje procesa. Revizija se obično ponavlja svakih šest mjeseci ili godinu. Rokove treba odrediti tim za reviziju vodeći računa o sljedećem:

- radnom opterećenju, obimu posla referenata za reviziju;
- broju drugih procesa koji se redovno revidiraju;
- drugim redovnim aktivnostima nadzora i praćenja;
- održavanju interesa i pažnje osoblja.

Zdravstvena ustanova bi trebala da ima neku vrstu forme za pisanje izvještaja o obavljenoj kliničkoj reviziji. Puna forma tog obrasca bi trebala da obuhvati cijeli proces revizije. Primjeri naslova i opisa sadržaja procesa revizije nalaze se u tabeli 7. Dijelovi izvještaja za kliničku reviziju¹⁷.

Naslovi	Opis sadržaja
Obrazloženje	Razlozi za odabir teme kliničke revizije
Zasnovano na dokazima	Na kojim se dokazima baziraju standardi
Cilj	S kojim ciljevima ste uporedili vašu praksu
Uključenost	Koja su udruženja profesionalaca i pacijenata uključena i konsultirana u vezi sa revizijom
Implementacija	Poduzeti red poteza u vezi sa implementacijom standarda
Metode	Kratki opis alata za reviziju, uzoraka i strategije za prikupljanje podataka
Rezultati	Zbirni opis analize podataka i promjene prakse
Troškovi	Procjena direktnih troškova projekta
Naučene lekcije	Ukupan efekt sprovođenja projekta kliničke revizije

Tabela 7. Dijelovi izvještaja za kliničku reviziju

10.1 Potrebni resursi

Za uspješnu reviziju potrebno je obezbijediti podršku i resurse. Postoji više faktora koji mogu uticati da se aktivnosti revizije urade glatko ili da predstavljaju prepreke u nesmetanoj realizaciji. Ti faktori se mogu svrstati u četiri kategorije. Prva kategorija se odnosi na raspoloživost resursa za reviziju što uključuje potrebno vrijeme, finansijska sredstva i informacione tehnologije. Zatim, tu su faktori u vezi sa ekspertizom odnosno vrijeme i stručnost zdravstvenih i parazdravstvenih profesionalaca koji su uključeni u aktivnosti oko revizije. Treća kategorija se odnosi na aspekt profesionalnih odnosa što uključuje privrženost reviziji i percepciji važnosti revizije, podršku kolegama koji su zabrinuti oko povjerljivosti podataka i uticaja revizije na pojedine sfere rada. A faktori iz posljednje, ali ne i najmanje važne kategorije su organizacijske prirode: upravljanje strukturama, veze između raznih nivoa unutar organizacije i između više organizacija te etika dijeljenja informacija i rezultata revizije i kompeticije između involviranih pojedinaca i zdravstvenih organizacija/odjela i sl.

Gotovo bez izuzetka, svi oni koji se susreću s kliničkom revizijom u praksi slažu se da revizija ima ili može imati pozitivan uticaj na kvalitet zdravstvene zaštite. Bez obzira što svi ne vide to poboljšanje na isti način, suština je ista. Klinička revizija omogućava im da procjene svoju trenutnu praksu i da razviju nove pristupe u radu kako bi prevazišli nove izazove. Ova procjena njihovog rada pomaže im da identificiraju propuste u svom radu i aktivnosti

neophodne kako bi poboljšali kvalitet zdravstvene zaštite. Neke od promjena, a na osnovu rezultata revizije koje se uvode, mogu biti sljedeće:

- poboljšani uslovi za pacijente kao npr. bolji parking, postavljeni putokazi za klinike i odjele kako bi se pacijenti mogli lakše snaći u zdravstvenoj ustanovi;
- promjene u proceduri otpusta pacijenata što vodi manjem broju ponovnih prijema;
- promjene u načinu vođenja evidencija i dokumentacije;
- ujednačavanje obima posla za zdravstvene profesionalce;
- razvoj indikatora za procjenu progressa u vezi sa tretmanom i rezultatima liječenja za grupe pacijenta;
- bolji sistem zakazivanja kako bi osoblje efikasnije koristilo radno vrijeme;
- uvođenje kratkih kurseva ili obuke za osoblje sa fokusom na određene grupe pacijenta ili kliničke probleme;
- zapošljavanje novih uposlenika zbog manjka osoblja;
- uvođenje novih radnih mjesta kao npr. neko ko bi radio sa socijalnom službom/zajednicom u cilju „bezbolnijeg“ otpusta pacijenta;
- poboljšana međuprofesionalna komunikacija i metode rada kroz razvoj zajedničkih evidencija, formulara za procjenu, itd¹⁸.

Potrebni resursi za realizaciju revizije se odnose se na vrijeme, finansije i informacione tehnologije. Nedostatak vremena je ključna prepreka u realizaciji kliničke revizije, a sastoji se od dvije komponente. Prva je da je teško naći odgovarajuće vrijeme za sve profesionalce koji su uključeni u sprovođenje kliničke revizije, pogotovo ako se radi o osoblju zaposlenom na više odjela i koji pripadaju različitim medicinskim i kliničkim disciplinama. Druga komponenta se odnosi na problem kako pronaći slobodno vrijeme unutar radnog vremena da bi se revizija uradila. Odnosno, malo je profesionalaca koji su imali adekvatno vrijeme odvojeno za aktivnosti za kliničku reviziju, drugi su je uradili nauštrb vremena koje su trebali provesti sa pacijentima ili u svoje slobodno vrijeme. Nedostatak vremena djeluje destimulativno na poduzimanje aktivnosti za nove revizije.

Korištenje informacionih tehnologija može značajno doprinijeti u realizaciji kliničke revizije uključujući sisteme za kompjuterizirane izvještaje i kompjuterske programe za analizu prikupljenih podataka. Ima mnogo primjera gdje je revizija urađena bez informacionih tehnologija za koje je potrošeno jako puno vremena. Ovakvi naponi mogu također destimulativno djelovati na poduzimanje aktivnosti za nove revizije. Ponekad postojeći kompjuterski programi ne pomažu puno. Naime, dosta je vremena potrebno da bi se unijeli podaci u kompjuter. Zbog toga je potrebno uključiti zdravstvene radnike u rano planiranje kliničke revizije i definiranja kompjuterskih sistema potrebnih za efikasnu kliničku reviziju.

Za kvalitetnu realizaciju kliničke revizije potrebno je znanje. To znanje zdravstveni profesionalci mogu dobiti pohađajući kurseve i radionice na ovu temu, a mogu ga i steći kroz praksu. Drugi izvori znanja su profesionalci sa iskustvom u ovoj oblasti, publicirani radovi i priručnici, itd.

Zdravstveni profesionalci trebaju pomoć kada su u pitanju analiza i interpretacija podataka. Kako nalaze kliničke revizije prevesti u prihvatljivu formu i dalje diseminirati, može biti problem za manje iskusne djelatnike. Diseminacija rezultata kliničke revizije je važna naročito

ako su takvi da zahtijevaju diskusiju više interesnih grupa, zdravstvenih profesionalaca ili menadžera prije nego što se implementiraju promjene¹⁹.

Privatni i profesionalni odnosi između osoblja, unutar i između profesija (specijalnosti) imaju uticaja na reviziju. Neke relacije olakšavaju dok druge otežavaju izvođenje kliničke revizije. Menadžeri imaju jako bitnu ulogu u cijelom ciklusu kliničke revizije. Oni mogu vrlo brzo odgovoriti na rezultate revizije. Autoritet menadžera je potreban tamo gdje postoji potreba za implementacijom promjena, od toga da su potrebni resursi ili pak promjene u načinu pružanja kliničkih usluga. Rezultati revizije ponekad mogu ostati neiskorišteni ako ne postoji struktura koja bi ih kanalisala.

Mehanizam podjele informacija o aktivnostima kliničke revizije su vrlo važne. Jako je bitno napraviti kontakte između zdravstvenih profesionalaca koji imaju iste ili slične teme revizije. Kada su u pitanju ovi kontakti, puno su češći neformalni nego formalni. To je i zbog toga što neki menadžeri drže rezultate kliničke revizije za poslovnu tajnu.

Koherentna strategija za kliničku reviziju bi trebala sadržavati sljedeće elemente:

- obezbjeđeni resursi uključujući i sredstva za realizaciju obuke osoblja;
- privrženost reviziji na svim nivoima u zdravstvenoj ustanovi;
- protokol za kliničku reviziju mora biti jasan svima;
- podrška zdravstvenih profesionalaca na ključnim pozicijama.

Nedostatak vremena je često glavna prepreka realizaciji kliničke revizije. Alokaciju vremena za reviziju teško je budžetirati. Međutim, neke troškove je lako predvidjeti kao što su: fotokopiranje, sekretarska podrška, kompjuteri, itd. Analiza neuspješnih ili manje uspješnih kliničkih revizija pokazuje da se ključni problemi mogu svrstati u sljedeće kategorije: manjak resursa i stručne podrške osoblju koje radi kliničku reviziju, različit nivo privrženosti osoblja reviziji, različita percepcija protokola za kliničku reviziju i slabosti u organizaciji²⁰.

10.2 Uloga menadžmenta zdravstvene ustanove

Menadžeri imaju značajnu ulogu u kliničkoj reviziji. Iz menadžerske perspektive revizija naglašava upravljanje uslugama i kontrolu procesa više nego što se fokusira na prirodu primjenjenog tehničkog procesa. Postoje različite perspektive kliničke revizije i osiguranja kvaliteta koje se mogu svrstati u tri grupe:

- tehnička koja se odnosi na kvalitet procesa zdravstvene zaštite primjenjene od strane pojedinaca u njihovom radu;
- generička u vezi sa zajedničkim aspektima kvaliteta na način kako je posao organiziran i vođen, njegovi rezultati i odnosi;
- sistemski sa kvalitetom sveukupnog i integriranog seta usluga koji ispunjava zdravstvene potrebe lokalne populacije.

Postoji nekoliko ključnih aktera koji vode i upravljaju revizijom, to su zdravstveni menadžeri na svim nivoima, zdravstveni profesionalci pojedinačno ili u grupi i multiprofesionalni timovi, medicinski konsultanti i oni koji plaćaju zdravstvene usluge.

Menadžeri, šefovi službi u zdravstvenim ustanovama su vrlo uticajni kao inicijatori kliničke revizije. Njihove funkcije u ovom procesu su raznolike:

- donose odluke u vezi sa protokolom kliničke revizije;
- djeluju kao veza između odjela i opće menadžerske strukture;
- vrlo su aktivno involvirani u sve stadije kliničke revizije ili su redovno dobro informirani;
- koriste rezultate revizije kako bi donijeli vlastite odluke;
- često se ti rezultati saopštavaju u formi izvještaja i diskutuju na sastancima sa višim menadžmentom;
- u nekim slučajevima rezultati revizije utiču na proces ugovaranja.

Mora se naglasiti da su podrška reviziji od strane menadžmenta i podržavajuće okruženje esencijalni elementi za jačanje entuzijazma među zdravstvenim djelatnicima. Šefovi odjela koji također spadaju u upravljačku strukturu žele da imaju slobodu u postavljanju protokola za reviziju i u radu, ali isto tako i osjećaju jaku potrebu za podrškom od strane višeg menadžmenta. U mnogo slučajeva proaktivno osoblje ne traži drugu podršku naročito ako idu ispred zahtjeva koji su postavljeni pred njima.

Mnogi profesionalci smatraju da im je klinička revizija pomogla u razvoju njihove karijere. Također, neki smatraju da im je pomogla da dobiju i korisne menadžerske vještine. Klinička revizija i jeste vrlo važna za karijeru, ne samo za kliničku već i za menadžersku.

Involviranost menadžera može biti od krucijalnog značaja za uspješnu realizaciju revizije. Pollitt sugerira šest različitih pristupa za menadžere u vezi sa osiguranjem kvaliteta²¹:

- opći poziv za razvoj programa osiguranja kvaliteta, ali bez poticaja ili sankcija;
- ponuditi pozitivne poticaje za razvoj programa osiguranja kvaliteta, ali bez sankcija;
- zatražiti od zdravstvenih profesionalaca da razviju program osiguranja kvaliteta, bez kazni ako to ne urade;
- zatražiti od zdravstvenih profesionalaca da razviju program osiguranja kvaliteta i specificiraju ključne odlike sistema;
- zatražiti od zdravstvenih profesionalaca da razviju program osiguranja kvaliteta i specificiraju ključne odlike sistema i da direktno participiraju u sistemu;
- zatražiti od zdravstvenih profesionalaca da razviju program osiguranja kvaliteta i specificiraju ključne odlike sistema i da direktno participiraju u sistemu i da te traže pravo da koriste podatke razvrstane po kategorijama.

Popularno je mišljenje da je revizija aktivnost koja kreće od baze prema vrhu (*bottom-up*) i kojom upravlja interes profesionalnih kolegijalnih grupa koje žele da poboljšaju zdravstvenu zaštitu koju obezbjeđuju pacijentima. Međutim, u praksi su stvari dugačije. Upravljačka snaga su prije menadžeri odjela nego zdravstveni profesionalci, a između šefova odjela i općeg menadžmenta postoji jaz koji ne dozvoljava da se ostvari sistematična i kvalitetna korist od kliničke revizije. Alternativa je da proces ide od vrha prema bazi (*top-down*) odnosno da proces započne od menadžmenta uklopljen u veći organizacioni okvir. Ovaj model stavlja reviziju u istu ravan sa drugim strategijama za unapređenje kvaliteta i koja se implementira kroz uspostavljanu menadžersku hijerarhiju. Oba modela imaju svoje prednosti. Prvi naglašava tehnički proces i fokusira se na upravljanje uslugama dok drugi model naglašava opći kvalitet usluga koji pružaju odjeli ili jedinice i sistematičan kvalitet koji

zahtijevaju pacijenti promovirajući multidisciplinarnu reviziju. Bez obzira na činjenicu koji se model koristi dva preduvjeta moraju biti zadovoljena: podrška menadžmenta koji treba da uklopi reviziju u širu sliku poboljšanja kvaliteta i drugi koji treba da interese sa različitih nivoa i odjela integrira u kliničku reviziju.

Za menadžere je važno kako da se definiše svrha i sadržaj revizije, načini spovođenja i mehanizmi kroz koje će biti realiziran, znanje koje generira revizija i način za evaluaciju efekata revizije.

11. EFEKTI KLINIČKE REVIZIJE

Vrlo često je puno lakše raditi reviziju struktura (objekti, dokumentacija, karakteristike osoblja) i procesa (klinička praksa, medicinske intervencije) nego ishode (učinak usluge ili zdravstvene zaštite). Potrebno je da prođe mnogo godina da bi mogli izmjeriti efekte liječenja na to da li je životni vijek pacijenta produžen ili ne. Također, to nije ni lako izračunati zbog mnogo *confounding* faktora koji utiču na poboljšanja. Učinak može biti odsustvo bolesti ili šteta što nije moguće uvijek precizno identificirati kao što je to npr. prevencija neželjene trudnoće ili seksualno prenosive bolesti ili pak neki pozitivni efekat na zdravlje.

11.1 Procjena kvaliteta

Definiranje kvaliteta u mnogome zavisi od toga čije perspektive kvaliteta se koriste ili ko je opisao prirodu ili obim učinka. Pacijenti najčešće vrednuju sljedeće aspekte zdravstvene zaštite:

- raspoloživost ili pristupačnost zdravstvene zaštite (pregled, razumno vrijeme čekanja, dobar fizički pristup, mogućnost komunikacije telefonom);
- tehnička kompetentnost (znanje i vještine zdravstvenih profesionalaca, učinkovitost tretmana);
- komunikacija (vrijeme za slušanje i objašnjenje, dobijanje informacija i zajedničko odlučivanje);
- međuljudski odnos (da je osoblje humano, brižljivo, daje podršku i da je dostojno povjerenja);
- dobra organizacija (kontinuitet, koordinacija, lokacija servisa).

Kada se razmatra kvalitet zdravstvene zaštite potrebno je procijeniti da li je usluga: raspoloživa, raspoloživa za sve bez obzira na spol, starost, socijalni status, etničku pripadnost, religiju, mjesto stanovanja, zatim da li je usluga odgovarajuća, prihvatljiva pacijentu (npr. tip tretmana, učestalost, odgovara njihovim religioznim ili etničkim uvjerenjima), isporučena u pravo vrijeme i na ispravan način, ostvarena uz željene efekte i ishode i uz minimum napora, troškova i rasipanja.

Klinička revizija se može uraditi za bilo koji ili za sve navedene aspekte pružanja zdravstvene zaštite ukoliko se zdravstveni profesionalci žele fokusirati na kvalitet zdravstvene zaštite za bilo koji tretman ili uslugu. To po Maxwellu može biti: jednakost, pristup, prihvatljivost i reaktivnost, prikladnost, komunikacija, kontinuitet, efektivnost i efikasnost²².

Podatke u procesu kliničke revizije potrebno je prikupljati sa pažnjom, ozbiljno i precizno. Bilo je slučajeva da osoblje prikuplja neadekvatne podatke, bilo zbog toga što nisu imali potrebne vještine za računanje, obračun procenata ili decimala, ili zbog nekih drugih razloga. U takvim slučajevima bolje je potražiti pomoć nego da pogrešna statistička obrada podataka kompromitira potencijalnu korist od kliničke revizije za pacijente i osoblje.

11.2 Evaluacija

Evaluacija je esencijalna komponenta svakog programa ili usluge i treba biti inkorporirana u svaki plan od početka. Vrijeme i naponi utrošeni na evaluaciju trebaju biti proporcionalni aktivnosti koja se evaluira. Evaluacija treba biti što jednostavnija kako bi se izbjeglo rasipanje resursa ili da se sama evaluacija ne pretvori u birokratiju bez smisla. Za evaluaciju je potrebno odrediti mjerljive ciljeve i vremenske rokove koji su realistični u datom kontekstu i odgovaraju problemima u vezi sa grupom pacijenata zbog čega se i radi klinička revizija.

Evaluacija se radi kako bi se procijenilo da li su uloženo vrijeme i naponi bili vrijedni truda. U tom smislu može se procijeniti da li su/je:

- svi izmjerili svoj doprinos;
- ciljevi revizije dobro definirani, jednostavni, mjerljivi, dostižni, realistični i pravovremeni;
- svi podržali napravljene promjene na osnovu rezultata kliničke revizije;
- predložene promjene implementirane;
- riješeno pitanje identificirane potrebe za obukom;
- odabrana tema revizije bila dovoljno važna da opravda utrošene napore i sredstva;
- tim za reviziju bio dobro vođen;
- korišteni metod odgovarao svrsi i ciljevima kliničke revizije;
- nalazi revizije došli do svih kojih se tiče oblast revizije i da li su rezultati prodiskutirani;
- naglasak bio na timskom radu i podršci;
- organizaciona kultura i ambijent skloni provođenju kliničke revizije;
- poboljšan kvalitet zdravstvene zaštite²³.

Vrlo je česta situacija da se poslije analize revizije identificiraju potencijalna poboljšanja prakse. Međutim, ako svi oni koji su sudjelovali u procesu revizije se ne slože, promjene neće imati smisla. Također, ako promjene neće napraviti neku razliku, bolje se koncentrirati na neku drugu oblast. Promjene ne treba raditi samo zbog njih samih ili zato što to „tako treba“. Uprkos uzbuđenju šta promjene mogu donijeti, ne treba zaboraviti na ljudsku osobinu, a to je tendencija da se opire promjenama. Da bi se poboljšao kvalitet, promjene su neizbježne.

Procedura za evaluaciju kliničke revizije sastoji se od sedam faza. Prva faza treba biti identificiranje cilja ili ciljeva kliničke revizije ili problem koji treba istražiti. Fokus revizije može biti na strukturi, procesu ili ishodima ili na nekoj kombinaciji. Neke revizije imaju jedan cilj kao npr. reduciranje vremena koje protekne od kada ljekar porodične medicine napiše uputnicu do pregleda pacijenta od strane specijaliste. Druge imaju više ciljeva kao npr. procjena postojećih informacija za pacijente sa apopleksijom ili evaluacija novih pristupa u liječenju.

U drugoj fazi potrebno je postaviti standarde koje treba dostići. Neke standarde treba uspostaviti dok se za druge lako može postići konsenzus kao npr. vrijeme koje protekne od kada ljekar porodične medicine napiše uputnicu do pregleda pacijenta od strane specijaliste ne smije biti duže od mjesec dana. Ovaj standard je moguće i drugačije definirati kao npr. vrijeme koje protekne od kada ljekar porodične medicine napiše uputnicu do pregleda pacijenta od strane specijaliste treba biti isto ili približno isto za sve pacijente. U ovoj fazi treba razmotriti koji su to resursi potrebni za sprovođenje kliničke revizije: finansijske potrebe, vrijeme, informacione tehnologije, ekspertiza i podrška menadžmenta.

Procjena kvaliteta je treća faza. U ovoj fazi potrebno je procijeniti ili izmjeriti kvalitet usluga i ustanoviti da li su postavljeni standardi ispunjeni.

Četvrta faza je identificiranje potrebnih promjena. U ovoj fazi potrebno je procijeniti da li su potrebne određene akcije ili šta je potrebno promijeniti i kako to treba biti primijenjeno. Ako se npr. uspostavi da se pacijenti stavljaju na listu čekanja i čekaju na pregled tri mjeseca, onda treba preispitati politiku upućivanja ili pacijente upućivati u drugu ustanovu gdje će to vrijeme biti kraće.

U petoj fazi treba donijeti odluku koja će biti pretvorena u akciju i napraviti strategiju za implementaciju promjena. Ko donosi ove odluke zavisi od fokusa aktivnosti, tipa potrebnih promjena i da li one imaju implikacije na resurse. Progres napravljen u ovoj fazi ima krucijalan značaj kako bi se moglo odrediti da li klinička revizija ima uticaj na pružanje usluga ili organizaciju zdravstvene zaštite. Kliničari mogu biti u poziciji da donesu odluku koje su promjene potrebne i da te promjene implemeniraju bez novih resursa. Ovo je moguće ako je u pitanju klinička revizija koja razmatra tehnička pitanja unutar jedne specijalnosti. Druge revizije imaju implikacije na druge zdravstvene profesionalce ili menadžere. Promjene identificirane revizijom trebaju biti dogovorene unutar svih involviranih multiprofesionalnih grupa.

Šesta faza je implementacija promjena, a promjene u ovoj fazi se mogu odnositi na usluge ili standarde, s tim da se mogu postaviti novi standardi ili postojeći promijeniti. Monitoring efekta datih promjena je sedma faza evaluacije kliničke revizije. U ovoj fazi se monitoriraju efekti datih promjena s tim da ova faza može biti kontinuirana i da se u sljedećem ciklusu nastavlja na fazu tri u spiralnom procesu unapređenja kvaliteta.

11.3 Uvođenje promjena

Neki ljudi rado prihvataju promjene dok se drugi uporno opiru. Međutim, svi prolaze kroz faze prihvatanja promjene, neki brže, neki sporije. Faktori koji utiču na to kako se promjene doživljavaju i koliko je otpor jak su: da li su promjene nametnute ili postoji dobrovoljan pristanak, da li je prepoznata potreba za promjenama, koliko ozbiljno promjene utiču na pojedinca, kako pojedinac odgovara na promjene i koliko ima podrške za vrijeme i poslije uvođenja promjena.

Neke promjene će se već desiti i tokom same kliničke revizije. Npr. nedavno u praksu uvedeni protokol se slabo koristio jer osoblje nema naviku da ga koristi. Klinička revizija koja procjenjuje koliko se osoblje pridržava protokola jednostavno podsjeća i podstiče osoblje da se treba pridržavati tog protokola. Češćim korištenjem protokola osoblje se sve više navikava na njegovo korištenje i to postaje automatizam i prestaje biti nova procedura. Također, u procesu kliničke revizije može se primijetiti da osoblje preciznije i urednije vodi medicinsku dokumentaciju. Razgovori prije i poslije kliničke revizije vode do promjene ponašanja zdravstvenih profesionalaca jer oni uviđaju da se konsekvence njihovih akcija ili propusta mogu jasno vidjeti na ovaj način. Da bi se promjene uspješno provele potrebno je:

- osigurati da osoblje razumije i prihvata činjenicu da su promjene potrebne;
- odrediti realističan vremenski rok;
- jasno prenijeti osoblju šta treba da se desi;
- prevenirati ili zaustaviti glasine koje dovode u zabludu osoblje u vezi sa svrhom ili akcijama koje treba sprovesti;
- konstantno se savjetovati sa osobljem i kolegama;
- procijeniti potrebne resurse;
- planirati male promjene koje pokazuju napredak u ranoj fazi tako da se zdravstveni djelatnici osjećaju nagrađenim za uložene napore;
- objasniti osoblju da niko neće izgubiti posao nakon uvedenih promjena.

Ako osoblje misli da će se njihov posao pretvoriti u nešto što se njima ne sviđa ili da će možda i izgubiti posao, onda će ih biti vrlo teško natjerati na saradnju. Nasuprot ovome potrebno je konstantno informirati osoblje, podržavati ih i motivirati kako bi se uspješno uvele promjene u kliničku praksu. Među druge česte greške koje se prave spadaju i ove kada recimo nekom od osoblja dodajemo dodatne obaveze, a on ili ona zbog njih nije u mogućnosti za dovrši svoj redovni posao. U tom slučaju toj osobi mora se obezbijediti pomoć, odnosno da neko drugi preuzme te zadatke.

Rezultati revizije mogu ukazivati da je osoblju potrebna dodatna obuka i ako se radi o dva kursa, teško je odlučiti na koji (prvo) treba ići. Klinička revizija može ukazati na potrebu za novim vještinama kod osoblja koje kad ih osoblje stekne, čini da su kvalificiraniji za posao i traže onda da budu i plaćeni zbog diplome koje su stekli, a zdravstvena organizacija nema sredstava da ih plati. Druge zamke su sljedeće: promjene koje se uvode u praksu su pogrešne, promjene više nisu aktuelne zbog novih procedura, lijekova ili opreme, nedostatak osjećaja vlasništva nad procesom ili privrženosti i promjene ne mogu biti implementirane zbog nedostatka sredstava.

Da bi se promjene uspješno sprovele, potrebno je da očekivana korist prevagne u odnosu na prepreke. Zbog toga treba procijeniti stavove osoblja jer entuzijizam pojedinaca može povući i ostale sa sobom. Znaci otpora promjenama mogu se prepoznati. Neki od njih su: korištenje zastarjelih metoda, izbjegavanje novih zadataka ili načina rada, kontrola i otpor promjenama, izigravanje žrtve, čekanje na nekog drugog da to primijeni i nesposobnost da se trenutni posao uradi na propisan način. Stres je itekako prisutan u svakodnevnom radu zdravstvenih profesionalaca, pogotovo ako se radi o uvođenju višestrukih promjena. To može povećati otpor. Učiniti da osoblje radi zajedno i da podržavaju jedni druge reducira nivo stresa i ljutnje.

Ljudi postaju skloni promjenama, učenju i inovacijama ako spoznaju da je njihovo okruženje takvo da podržava kontinuirano i konstantno učenje i da je takvo da omogućava da se uvode promjene. Za tako nešto potrebno je u svakodnevnu praksu ugraditi inovativan pristup i fleksibilnost, imati stabilan sistem kako primijeniti znanje iz praktičnog iskustva, planirati poboljšanja, podržavati inovacije i kreativnost kod svog osoblja, podržavati profesionalni razvoj svakog pojedinca i redovno provjeravati u kojem pravcu se kreće organizacija u odnosu na okolnosti.

Dokazi za uspješno uvedene promjene su rijetki. Vrlo je teško mjeriti da li su promjene uspješno implementirane zbog toga što su uvedene neke mjere, ili bi se one svakako dogodile po inerciji ili je to rezultat nekih drugih aktivnosti ili događaja. Implementacija promjena je kompleksan proces koji nije linearan. Vrlo često se progres ne ostvaruje u logičnim sekvencama i zbog toga je potrebno biti fleksibilan. Potrebno je uvijek imati na umu da su za projektne aktivnosti potrebni vrijeme i novac. Dobra komunikacija je esencijalna za realizaciju ovih aktivnosti²⁴.

12. KLINIČKA UČINKOVITOST

Klinička revizija je vrlo praktičan instrument kojim se nalazi istraživanja mogu primijeniti u praksi. Klinička učinkovitost se definira kao primjena najboljeg raspoloživog znanja dobijenog istraživanjem, iz kliničke ekspertize i preferenci pacijenta kako bi se postigli optimalni ishodi za pacijente²⁵. Klinička učinkovitost obuhvata istraživanje, obezbjeđivanje i kritičku procjenu dokaza uključujući i smjernice za kliničku praksu, edukaciju i obuku, uključujući pacijente i udruženja pacijenata, upravljanje rizikom, monitoring nacionalnih indikatora izvedbe kao i kliničku reviziju. Sve ove inicijative zajednički teže ka tome da osiguraju da se odluka o pružanju zdravstvene zaštite temelji na najboljem raspoloživom znanju o kliničkoj učinkovitosti kao i o finansijskoj efikasnosti uz monitoriranje aktuelnih zdravstvenih ishoda.

Klinička revizija je samo jedan dio puno većeg programa kliničke učinkovitosti. Klinička revizija prevodi informaciju dobijenu na nacionalnom nivou u smislene standarde koji mogu biti primjenjeni u cilju pružanja bolje zdravstvene zaštite grupi pacijenata ili korisnika. Tamo gdje se koriste smjernice za kliničku praksu one trebaju biti iskorištene kao osnova za kliničku reviziju. Sudjelovanje u procesu kliničke revizije je izuzetno važno u smislu identifikacije potreba za dodatnom edukacijom i obukom, kako za pojedince, tako i za tim kliničara ili za organizaciju u cjelini.

Klinička revizija je inicijativa koja je vođena od strane kliničara kojom se želi unaprijediti kvalitet i ishodi zdravstvene zaštite. Ovo se postiže radom kroz multiprofesionalni tim ispitujući i modificirajući praksu u skladu sa standardima koji bi mogli biti ispunjeni na temelju najboljeg raspoloživog znanja.

Da bi u jednoj zdravstvenoj ustanovi uveli kliničku reviziju u redovnu kliničku praksu, potrebno je i jasno demonstrirati na koji način klinička revizija doprinosi uspješnijem radu zdravstvenih profesionalaca odnosno svih zaposlenih u zdravstvenom sistemu. Prvenstveno to treba biti poboljšano zadovoljstvo i tretman pacijenta. Zatim, kontinuirana edukacija –

zdravstveni djelatnici mogu dobiti nova znanja kako se klinička revizija sprovodi kao i o samoj temi koju obrađuje klinička revizija i kako problemi u praksi mogu biti savladani. Također, unapređuje se timski rad - kliničku reviziju ne treba da rade pojedinci, puno je bolje ako su svi uključeni. Klinička revizija značajno utiče na bolju komunikaciju među svima uključenim u proces tretmana i njege pacijenata i uopće u procesu zdravstvene zaštite. Klinička revizija obezbjeđuje čvrste dokaze koji će opravdati promjene, povećati kvalitet „radnog života” (pomaže promjeni loše radne prakse), povećava efikasnost, smanjuje troškove ili povećava prihode za organizaciju.

LITERATURA

- 1 Chambers R, Wakley G. *Clinical Audit in Primary Care, demonstrating quality and outcomes*. Radcliffe Publishing Ltd, Oxford. 2005; 173pp
- 2 Kogan M, Redfern S. *Making use of clinical audit, A guide to practice in the health professions*. Health Services Management. Open University Press, Buckingham - Philadelphia. 1995; 188pp.
- 3 NHS national Institute for Clinical Excellence. Commission for Health Improvement. Royal College of Nursing and University of Leicester Principles for Best Practice in Clinical Audit. Radcliffe Medical Press, Oxford. 2002; 196pp.
- 4 Maxwell R. *Quality assessment in health*. British Medical Journal. 1984; 288:1470-2.
- 5 Heron J. *The complete facilitator's handbook*. Kogan Page, London 1989. 428pp
- 6 NHS national Institute for Clinical Excellence. Commission for Health Improvement. Royal College of Nursing and University of Leicester Principles for Best Practice in Clinical Audit. Radcliffe Medical Press, Oxford. 2002; 196pp.
- 7 Camp RC. *Benchmarking - the search for industry best practices that lead to superior performance*. Quality Press Milwaukee. 1989. 299pp.
- 8 Ellis J. *Using benchmark to improve practice*. Nursing standard. 1995; 9(35):25-7.
- 9 *Clinical note-making and patient outcome measures using TELER®*. Preuzeto 17.03.2013. sa <http://www.woundsinternational.com/practice-development/clinical-note-making-and-patient-outcome-measures-using-teler&print>
- 10 *Vision for the future*. NHS Management Executive. Department of Health, London, 1993.
- 11 Potter J, Fuller C, Ferris M. *Local clinical audit: Handbook for physicians*. Royal College of Physicians, London, August 2010.
- 12 *Dizajn revizije protokola – AKAZ*. Preuzeto 10.07.2013. sa http://www.akaz.ba/Klinicka_revizija/Dokumenti/Dizajn_audit_protokola_AKAZ.doc
- 13 Novo A. *Klinički audit*. Bona Qualitas Medicine, 2006;1(2):15-6.
- 14 Copeland G. *A Practical Handbook for Clinical Audit*. NHS Clinical Governance Support team, March 2005; 1-49
- 15 *Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva*. Službene novine Federacije BiH, br. 37/12.
- 16 Smith MF. *Data protection, health care, and the new European directive*. BMJ 1996; 312:197-8
- 17 Morrell C, Harvey G. *The Clinical Audit Handbook. Improving the quality of healthcare*. Bailliere Tindall in association with RCN. 1999; 216pp.
- 18 Scottish Home and Health department. *Medical audit (NHS Scottish working paper no.2)*. London: HMSO, 1989.
- 19 Department of Health. *Working for patients: Medical audit (working paper no.6)*. London: HMSO, 1989.
- 20 Kogan M, Redfern S. *Making use of clinical audit, A guide to practice in the health professions*. Health Services Management. Open University Press, Buckingham - Philadelphia. 1995; 188pp.
- 21 Pollitt, C. *Business in the Temple: Managers and Quality Assurance in the Public Services, Public Administration*. (1990), 68:4, pp 435-452.
- 22 Maxwell R. *Quality Assessment in Health*. British Medical Journal. 1984; 288:1470-2
- 23 Pawson R, Tilley N. *Realistic Evaluation*. Sage Publication, London 2004; 229pp.
- 24 Dunning M. *Delivering Better Health Care*. Preuzeto 08.05.2013. sa <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/booth/mgmt/Better2.html>.
- 25 *Clinical effectiveness strategy*. Clinical effectiveness steering group. RCN, 1996.