

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

TOMAŽ KRAMŽAR

Mentorica: doc. dr. DANA MESNER-ANDOLŠEK
Somentor: asist. dr. BRANKO ILIČ

**ODLOČANJE O SPREJETJU ORGANIZACIJSKE INOVACIJE:
ŠTUDIJA PRIMERA**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2003

Hvala prijateljem in staršem za prijeten študij,
mentorici in somentorju za pomoč pri diplomi.

KAZALO

0 UVOD	
5	
1 ZDRAVJE IN INOVACIJE	
8	
1.1 OPREDELITEV ZDRAVJA	8
1.2 ZAKAJ INOVIRATI V ZDRAVSTVU	9
2 ORGANIZACIJSKA INOVACIJA	13
2.1 OPREDELITEV INOVACIJ	13
2.2 ORGANIZACIJSKA INOVACIJA	15
2.2.1 TEORETIČNO OZADJE	15
2.2.2 POSKUS OBLIKOVANJA UNIVERZALNE DEFINICIJE ORGANIZACIJSKE INOVACIJE	17
2.3 KAJ JE ORGANIZACIJSKA INOVACIJA V KC	18
3 SPREJETJE ORGANIZACIJSKE INOVACIJE	28
3.1 FAZE INOVACIJSKEGA PROCESA	28
3.2 SPREJETJE	34
3.3 ODPOR	35
3.4 TRANSPARENTNOST	36
4 REZULTATI ANALIZE	38
4.1 ZBIRANJE PODATKOV	38
4.2 OPIS VZORCA	38
4.3 INTERPRETACIJA REZULTATOV IN KLJUČNE UGOTOVITVE	40
4.4 PREDLOGI ZA REŠITVE PROBLEMA ODPORA	45
4.5 PREDLOGI ZA NADALJNJE RAZISKOVANJE	47
5 ZAKLJUČEK	49
6 LITERATURA	52
7 VIRI	55
8 PRILOGE	56
PRILOGA A: ANKETNI LIST.....	56

KAZALO TABEL IN SHEMA

SHEMA 2.1: Idealen pogled toka bolnikov	21
SHEMA 2.2: Dejanski tok bolnikov	21
SHEMA 2.3: Algoritem sprejema v bolnišnično obravnavo (proces 1.3.5)	24
SHEMA 2.4: Izsek generalne sheme klinične poti za kronični hepatitis C	25
SHEMA 3.1: Splošna shema inovacijskega procesa	28
SHEMA 3.2: Kosova umestitev sprejetja v inovacijski proces.....	29
SHEMA 3.3: O'Sullivanova umestitev sprejetja v proces uvajanja inovacije	29
SHEMA 3.4: Lewinov 3-stopenjski model uvajanja novosti	29
SHEMA 3.5: Vpliv dejavnikov na organizacijsko sprejetje inovacije	32
TABELA 3.1: Dejavniki sprejetja organizacijske inovacije.....	33
SHEMA 3.6: Dejavniki organizacijskega sprejetje inovacije	33
TABELA 3.2: Dejavniki odpora	35
SHEMA 3.7: Analiza transparentnosti	36
TABELA 4.1: Število let zaposlitve v zdravstvu	39
TABELA 4.2: Poklic	39

TABELA 4.3: Izmerjene vrednosti dejavnikov odpora.....	40
TABELA 4.4: Odobravanje kliničnih poti glede na izkušnje	42
TABELA 4.5: Odobravanje kliničnih poti glede na poklic.....	42
TABELA 4.6: Najvišje izmerjene vrednosti dejavnikov odpora	46
SHEMA 4.1: Najpomembnejši vzroki odpora	47

0 UVOD

Staranje prebivalstva je eno od demografskih dejstev zadnjih desetletij v Evropi, ki zahteva in spodbuja neprestane spremembe socialne in zdravstvene politike. **Projekt Razvoj upravljanja sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji** (v nadaljevanju RUSZV) upošteva temeljne usmeritve Sveta Evrope, sprejete 30.9.1997 in je dejansko zasnovan kot projekt uvajanja sistema izboljševanja kakovosti v zdravstvu. Glavni cilj projekta je zagotoviti dolgoročno stabilnost sistema zdravstvenega varstva in njegovo upravljanje na dokazljivih in primerljivih podatkih, osredotočenih na pacienta. V prvi fazi projekta, ki bo trajal do konca leta 2003, je treba vzpostaviti pogoje za nacionalno uvedbo. Druga faza se bo nadaljevala do leta 2006, s pogojem, da so v prvi fazi doseženi želeni rezultati: izboljšanje učinkovitosti, **kvalitete storitev** in obvladljivost stroškov, ter transparentno **financiranje po sistemu DRG** (diagnosis-related groups), **sledenje zdravstvenih podatkov** na bolnišnični ravni in možnost primerjave med bolnišnicami v Sloveniji in Evropi (Clark, 2003, Jevtič idr., 2002: 2). DRG je

sistem klasificiranja zdravljenja pacientov s skupnimi karakteristikami, kot so diagnoza, postopki, starost, uporaba bolnišnične opreme in dolžina oskrbe (Fetter, 1982). Uvajanje DRG-ja je smiselno, ker sistem omogoča natančnejše merjenje stroškov, saj se zdravljenje nekaterih pacientov lahko bistveno razlikuje od povprečnih stroškov zdravljenja pacientov z isto diagnozo. Ta postopek lahko postane zelo dolg ali pa ima lahko zelo visoke stroške. To velja npr. za kronične razjede na nogi. V večini prizadenejo starejše in so velik problem v Veliki Britaniji¹, kjer problem rešujejo s kliničnimi smernicami in kliničnimi potmi, podobno kot tudi drugje po svetu. Klinične smernice so relativno novo menedžersko orodje za oblikovanje učinkovite klinične prakse na osnovi zbranih podatkov in ob stroškovni učinkovitosti (Harper, 1998: 1). So sistematično oblikovana stališča, ki zdravniku praktiku in drugemu zdravstvenemu osebju pa tudi bolnikom pomagajo pri odločitvah glede primarne zdravstvene oskrbe v specifičnih okoliščinah (Fras idr., 2003: 2). Namen smernic, ki naj temeljijo na najboljših možnih znanstvenih podatkih, je v zagotavljanju dobre klinične prakse (Winterstein, 2002: 1). Svet Evrope jih opisuje kot sredstvo za bolj racionalno odločanje pri zdravstveni obravnavi in jih razume predvsem kot podporo za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe (Fras idr., 2003: 2). Prav z njihovo uporabo bi rezultati zdravljenja kroničnih razjed in ostalih diagnoz postali boljši.

Opisane težave zdravljenja določenih bolezni in ogromni stroški zdravstvenega sistema, o čemer lahko pogosto beremo tudi v slovenskem dnevnem časopisu (npr. Večer, 9. 8. 2003: 1), ter moje nekaj mesečno delo v Kliničnem centru v Ljubljani so vzroki za pisanje te diplomske naloge. "Klinična pot predstavlja integracijo kliničnega dela in organizacije v bolnišnici" (Jevtič idr., 2002: 5). "Definicija in koncept klinične poti nista povsem jasni in enotni, vendar ko jo vidimo, jo prepoznamo. V Kliničnem centru smo jo definirali kot pot od vstopa pacienta v javni zavod, od začetka do konca obravnave in izstopa iz sistema" (Jevtič idr., 2002: 3). "Klinične poti se uvajajo, da bi proces zdravljenja učinkovito vodil prek različnih stopenj, skozi določena časovna obdobja, v smeri zelenega cilja (Coffey v Cardozo in Aherns, 1999). Vloga poti je zmanjšanje odstopanj v praksi, krajše čakalne dobe in čas zdravljenja ter povečanje izrabe materialov in ostalih virov organizacije (Irenson v Cardozo in

¹ V Veliki Britaniji letni stroški zdravljenja kroničnih razjed znašajo 600 milijonov funtov letno. V specializiranih klinikah je procent manjših zaceljenih razjed po treh mesecih samo 70 odstotni. Rezultat zdravljenja večjih razjed je pre pogosto negativen. Obstoječe metode zdravljenja zmanjšujejo ponoven pojav bolezni na 20 do 30 procentov. Primerjalne študije

Aherns, 1999). Sedanji proces uvajanja kliničnih smernic in kliničnih poti v slovenskem zdravstvenem sistemu bo v naslednjih letih povzročilo spremembe, ki jih **za področje kliničnih poti** vključujem med **organizacijske inovacije**, in prav s tem se natančneje ukvarjam v jedru tega besedila.

Diplomska naloga je razdeljena na **dva dela. Prvi del je analiza** odgovora na vprašanje, **a) kaj sploh je organizacijska inovacija v praksi in b) zakaj je uvajanje kliničnih poti v Kliničnem centru (KC) Ljubljana organizacijska inovacija.** Eden od ciljev v tem delu diplomske naloge je oblikovanje univerzalne definicije organizacijske inovacije. S tem se zaključuje prvi, bolj teoretsko naravnani del naloge. **V drugem delu naloge se ukvarjam** samo z ozkim delom celotnega procesa uvajanja inovacije: **s sprejetjem**, ki je navadno faza pred začetkom priprave pilotnega projekta. Zakaj prihaja do odpora pri tem, kaj nam lahko pomeni in kako ga reševati? **Inovacijski proces se lahko smatra kot uspešen, če je inovacija sprejeta in integrirana v organizacijo** (Rogers, 1995). Ljudje, katerim je namenjena, pa prikažejo zavzetost zanjo in za njeno nadaljnjo uporabo (Frambach in Schillewaert, 1999: 5). Glavna hipoteza moje diplomske naloge je, da je v organizaciji z značilnostmi profesionalne birokracije (bolnišnice, šola...) **strah pred bodočo transparentnostjo glavni vzrok odpora sprejetja organizacijske inovacije.**

Mintzberg (1979: 375-376) omenja, da so v profesionalni birokraciji, kamor lahko uvrstimo tudi večino institucij slovenskega zdravstvenega sistema, strukturne spremembe, vse dokler je okolje stabilno, zelo nedobrodošle in počasi uresničujoče. Uresničevanje usmeritev Sveta Evrope in projekta RUSZV je in bo v prihodnje povzročilo več dinamike, neprijetnosti in odpora v zdravstvenem sistemu v RS. Oblikuje se zahtevna situacija, ki jo bom razlagal s svojimi izkušnjami, strokovno literaturo o inovacijah in z zbranimi anketnimi podatki.

Delitev različnih vrst inovacij na produktne, procesne in organizacijske (Ilič, 2001) je za mojo nalogo najprimernejša delitev različnih vrst inovacij. Ostale samo omenjam v **prvem delu** naloge, kjer bom natančneje opredelil ključne pojme s poudarkom na **opredelitvi organizacijske inovacije**. Tu mi bo v pomoč primerjalna analiza obstoječe strokovne

kažejo, da se neučinkovitost delovanja venskih in arterijskih žil znatno ne razlikuje med pacienti s kroničnimi razjedami in ostalo populacijo.

literature s to tematiko. Metodološko gledano ta del naloge zaključim s **študijo primera**, kjer bo predmet proučevanja uvajanje dveh kliničnih poti v KC Ljubljana. Ti sta osnovi opisa in tudi mojih enoletnih izkušenj, kaj je uresničljiva organizacijska inovacija v praksi, kar še ni zapisano v slovenski strokovni literaturi. Za preverjanje hipoteze o sprejetju inovacije bom v **drugem delu naloge** izvedel anketo in nekaj daljših pogovorov z ljudmi, ki se z organizacijskimi inovacijami v zdravstvu vsakodnevno srečujejo skozi svoj poklic. Ta del naloge je tudi bolj analitično naravnano, saj **z vprašalnikom preverjam dejavnike odločitve o sprejetju** ali zavrnitvi **organizacijske inovacije**. Na podlagi analiziranih podatkov odgovorim na zadnje vprašanje te naloge, kako zmanjšati odpor pri odločitvi za sprejetje organizacijske inovacije. Kaj storiti in na kaj je potrebno biti pozoren, da bo uvajanje sprememb, inovacij in kliničnih poti lažje?

1 ZDRAVJE IN INOVACIJE

1.1 OPREDELITEV ZDRAVJA

Zdravje ima v izkustvu vsakega posameznika vsaj občasno centralni pomen, saj se dotika temeljev posameznikovega obstoja. Jasno pride do izraza v situaciji 'odsotnost zdravja', oziroma ob izbruhu hujših bolezenskih težav, kar samopodobo posameznika ruši ali 'deformira' (Malnar, 2002: 4). Za Parsonsa je bolezen družbeni fenomen, na zdravje pa je gledal kot na družbeno dobrino, ki je **bistvena podlaga za dosežke posameznika**, da opravlja družbene vloge, ki mu jih nalaga njegov položaj (Doyal v Malnar, 2002: 5). Zdravje je večdimenzionalen pojem, ki ga je moč opredeliti iz različnih zornih kotov (Ilič, 1996: 9). Antropološki vidik se navezuje na etiketiranje in na kulturni konstrukt. Kultura določa, kaj je "normalno" in "nenormalno", vpliva na podobo vedenj in določa mejo med zdravjem in boleznijo. Večina bolezni izvira iz povezav med človekovo osebno občutljivostjo, ki je lahko

determinirana genetično ali z dejavniki okolja. Svetovna zdravstvena organizacija definira zdravje kot stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le kot odsotnost bolezni ali zdravja. Voljč (v Ilič, 1996: 9) to definicijo kritizira kot preveč statično in odmaknjeno od vsakdanjega življenja, saj sta bolezen in zdravje izkušnji, katerih lastnosti lahko sicer intuitivno prepoznamo, ne moremo pa ju izmeriti in opisati. Za to diplomsko nalogo je zadnji komentar še prav posebno aktualen. Zaradi poznavanja kliničnih poti trdim nasprotno. Res je, da se vsega ne da izmeriti. Toda pri nastajanju dokumentacije za diagnoze, za katere je smiselno izdelati klinične poti oz. se te že izdelujejo, je v Kliničnem centru pozornost usmerjena na popis **procesa**, opisa **aktivnosti**, vzrokov in posledic **odločitev**. S tem se že nakazuje podoba kasnejših obsežnih baz podatkov o procesu zdravljenja, ko bo večina kliničnih poti že implementiranih. V prihodnje naj bi bile odločitve o potrebni tehnologiji, reorganizaciji in spremembah načinov zdravljenja oblikovane prav na osnovi izmerjenih podatkov o procesih zdravljenja in ne v preveliki meri na osnovi občutkov, izkušenj in političnih odločitev, kar je trenutno v navadi, kot je v pogovoru poudaril eden od anketirancev.

Medicinsko etiko in vsakdanjo predstavo še vedno obvladuje podoba o dobrotljivem in žrtvujočem se zdravniku (Ule, 2003: 9). Povečuje pa se tudi nezaupanje v znanstveno medicino na drugi strani, saj bolniki iščejo pomoč tudi pri različnih oblikah alternativnih zdravilcev. Mnogi zdravniki, zlasti tisti, ki se ukvarjajo tudi z "zasebno prakso", dobro tržijo svoje storitve in dejavnosti, bolniki na drugi strani pa vse bolj kritično reagirajo na vse nepravilnosti v zdravstvenem sistemu. Predvsem slednje skupaj s pretirano jezo pacientov so omenili tudi nekateri od mojih anketirancev. V še večjem številu primerov so poudarili, da pacient niti ne potrdi niti ne izrazi nestrinjanja z zdravnikovo izbiro o načinu zdravljenja, kljub temu da ga zdravnik o tem vpraša. Dejstvo je, da se v sodobni medicini povečuje pomen bolnika oz. pacienta v procesu zdravljenja, da pacient pri tem aktivno sodeluje. Sodobna medicina je postavila partnerski odnos in soodgovornost bolnika za lastno zdravje kot temelj sodobne doktrine (Ule, 2003: 11). Toda pacientom, kot trdijo anketiranci, je važno samo to, da bodo spet zdravi. Če pacient samo navidezno prepušča odgovornost zdravniku, kljub temu da je bil vprašan za mnenje, če se o poteku zdravljenja strinja, bo potrebno v prihodnje zaščititi tudi zdravnika. Tudi k temu bodo pripomogle klinične poti, z natančno izdelanimi diagrami, ki za najpogostejše diagnoze in za večino pacientov s to diagnozo ponujajo več

jasnosti pri verjetnem opisu procesa zdravljenja. Prav tako so klinične poti prikaz uporabljenih materialov, uporabe opreme, vrsti in količini zdravstvene nege in boljšega beleženja podatkov. Kot ključno pa so skozi klinične poti zbrani in transparentni podatki o vzrokih zdravnikovih odločitvah, ki morajo biti skladni z v klinični poti zabeleženimi mednarodnimi standardi, referencami, kot tudi z dosedanjo prakso in trenutnimi možnostmi zdravstvene ustanove.

1.2 ZAKAJ INOVIRATI V ZDRAVSTVU

Hiter razvoj tehnologije, krajši proizvodni cikli, globalna konkurenca, omejitve pri zadovoljevanju potrošniških zahtev ustvarjajo pritisk na hitrost in kvaliteto inovacij v podjetjih. Kot poudarja Kos (1998), **je inovacija tista, ki ustvari dodano vrednost za potrošnike**, kar podjetja usmerja v nenehno inoviranje in izboljševanje tehnologije. Inovacija je ključni dejavnik zadovoljevanja potreb potrošnikov. Predvsem upravljanje z inovacijo prinaša podjetju prednost pred konkurenti in uspešnost poslovanja (Ilič, 2001: 2). Inovacije so zato bistvo podjetja in omogočajo njegov dolgoročen obstoj (Ancona in Caldwell v Kratzer, 2001: 1). Tak način razmišljanja stremi k učinkovitosti in se seli iz tipičnih gospodarskih panog zasebnega oz. tržnega sektorja tudi v negospodarski ali javni oz. netržni sektor (Gardner, 2003: 1002). Kako pri tem pritisku in želji po večji učinkovitosti še dodatno dvigniti nivo kvalitete zdravstvene oskrbe in biti hkrati pripravljen na še nepoznane izzive prihodnosti? Vprašanje ponuja mnogo odgovorov. Eden se skriva v učinkoviti organizaciji, ki bo odprta za pobude in spodbude sprememb in inovacij, ter bo dobro **prilagojena na dinamiko zunaj in znotraj organizacije**. Gre za to, da bi bil zdravstveni sistem dosti bolj odprt in prilagojen na (organizacijske) inovacije, kot je v tem trenutku. Obstaja kar nekaj aktualnih tem, ki so med seboj prepletene in spreminjajo zdravstveni sistem na več različnih načinov:

a) Prek zakonodaje: Tudi zaposlene v javnem sektorju je prizadelo prilagajanje zakonodaje EU. Za zdravnike je bila prava "mala revolucija" premik delovnega časa s sedme na osmo uro zjutraj, ki so jo ponekod s težavami sprejeli (Meško, 2003).

b) Raznih določil **ministrstva** in verjetne zdravstvene reforme: Reforma (Keber, 2003) in članki o tem (npr. www.24ur.com) naj bi razbremenila zdravstvo, ki se poleg čakalnih dob otepa z velikim finančnim bremenom. Zdravniki si od reforme zdravstvenega sistema želijo bolj pregleden način dela, kjer bi se natančno vedelo, **kaj kdo dela in kaj je njegova odgovornost**. Težave se kažejo v pomanjkanju zdravnikov, v njihovi preobremenjenosti in neracionalnem razporejanju sredstev. Bolnišnice se morajo preusmeriti iz hospitalnega dela v ambulantno zdravljenje, kar ne bi samo zmanjšalo stroškov, ampak bi se tudi spletla vez med bolnišnico in okoljem. Zdravnik bi moral imeti polovico časa za delo na bolnišničnem oddelku in polovico za delo v ambulantah. Dežurstva, ki jih v drugih državah opravljajo mladi zdravniki - specialisti, opravljajo pri nas tudi zdravniki akademiki. To pomeni "razmetavanje" s človeškimi viri. Vse naštetu je posledica pomanjkanja srednjega in visokega menedžmenta v zdravstvenem sistemu na sekundarni ravni (Keber, 2003). Radikalna sprememba, v obliki organizacijske inovacije, bi verjetno spremenila tudi to².

c) **Napredek informacijske tehnologije**: Smernice Sveta Evrope (1997: 1-5) poudarjajo pomen zdravstvenih podatkov:

- zaradi rasti uporabe zdravstvenih podatkov v drugih sektorjih gospodarstva,
- rasti pomena kvalitete, povezanosti in dostopnosti podatkov za pacienta in njegovo družino,
- napredka medicine v odvisnosti od dostopnosti podatkov zaposlenim v zdravstvu,
- nujnosti zbiranja in obdelave podatkov v skladu z varovanjem zasebnosti,
- potrebne prilagoditve dokumentacije starejšega datuma zaradi tehnološkega napredka.

d) Pritiskov po **znižanju stroškov**: Finančni **načrt Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)** za leto 2002 je predvideval za skoraj 13 milijard tolarjev primanjkljaja, kljub temu so leto končali s skoraj 4 milijardami manj primanjkljaja. Za primanjkljaj so krivi višanje plač zdravstvenega osebja, davek na dodano vrednost in vse večja poraba zdravil.

e) Prek **javnih razpisov**: Zadnji razpis, vreden 860 milijonov tolarjev, je usmerjen na zmanjševanje predolgega čakanja na operacije sive mreže, ortopedske operacije in operacije na odprtem srcu (Vogrinc, 2003: 1). Povečanje programa zdravstvenih storitev se obeta kljub izgubi, ki jo tudi to leto napoveduje nacionalna zdravstvena zavarovalnica.

² Organizacijske inovacije niso samo radikalne inovacije, v večini primerov gre za postopne spremembe (npr. Ilič, 2001; Kolony in dr., 1994).

g) **Konkurenčnosti:** Zakaj so potrebne klinične poti ob hkratnem uvajanju DRG? Zdravstvenim ustanovam je trenutno povrnjena povprečna vrednost stroškov zdravljenja določene diagnoze, ki ni tako natančno popisana in določena, kot bo s kliničnimi potmi. KC Ljubljana je zadolžen tako za paciente s področja mesta Ljubljana kot tudi za najzahtevnejše paciente v RS. Nega in zahtevnejši postopki zdravljenja težjih pacientov so dražji. Če bi način financiranja ostal nespremenjen, se lahko zgodi, da bi ostale zdravstvene ustanove v RS imele interes in pravico, na zdravljenje v KC pošiljati še večje število pacientov. To bi bilo v prihodnosti krivično za KC in zanj pomenilo velik finančni primanjkljaj.

Drugi primer, ki se v povezavi s konkurenco kaže kot pritisk konkurenčnosti na zaposlene v bolnišnicah, je predvsem posledica boja in agresivnosti, ki obstaja med dobavitelji opreme in materialov. Vsak vsiljuje uporabo svojih produktov v zdravstvenih institucijah. Z izdelanim sistemom in večjo transparentnostjo javnih naročil, ki bi imel osnovo na podatkih iz klinične prakse, bi se pritisk dobaviteljev zmanjšal, saj bi izbira temeljila na mnenjih zdravstvenih delavcev in dejanskih rezultatih procesa zdravljenja. Kasneje v nalogi trdim, da so klinične poti v podobi organizacijske inovacije dober predpogoj za kasnejše produktne inovacije. Dobavitelji imajo interes in za to namenjena sponzorska sredstva za neke vrste pilotne projekte testiranja novih produktov na tržišču. Vse to bi bilo mogoče, če bi pristojne institucije odobrile tovrstne projekte. Ti novi materiali verjetno lahko tudi dvignejo kvaliteto zdravstvene oskrbe (Andriessen, 2003a; Andriessen 2003b). Z uvedenimi novostmi in inovacijami, ki izboljšujejo zdravstveno nego, se dviguje ugled institucije v regionalnem in mednarodnem merilu. S tem postane konkurenčnejša, saj v primerjavi z ostalimi ponuja dobro metodološko podkovan aparat za nadaljnje uvajanje vedno novih materialov (produktih inovacij).

h) **Hitrih odzivov na dnevne razmere na oddelkih:** Opravičena odsotnost z dela dipl. med. sester v KC je približno 20 %. To vpliva na vzdušje med zaposlenimi in ostaja velik problem, kljub vsakodnevni koordinaciji in premestitvah zaposlenih po oddelkih. Tam, kjer ni možno upoštevati minimalnih kadrovskih standardov, je še težje, kljub temu da je vse več prošenj za novo zaposlovanje pri pristojnih institucijah na podlagi upravičenih dejstev k sreči tudi odobrenih. Ne le procesi, aktivnosti in odločitve, kot je že omenjeno pri opisih kliničnih poti, tudi zaposleni so pomemben del sistema. Z več podatki o njih in njihovem delu bi bili verjetno tudi uspešnejše in lažje koordinirani kot najpomembnejši del organizacije.

Za uresničevanje zapisanega bo potrebna boljša koordinacija dejavnosti od trenutno obstoječe. Za vse opisane ideje in spremembe, ki se bodo zgodile v zdravstvu v bližnji prihodnosti, v tej nalogi ni prostora. Kot že rečeno se bom osredotočil na nekatere, ki jih uvrščam med organizacijske inovacije.

2 ORGANIZACIJSKA INOVACIJA

Temeljna naloga organizacije podjetij je, da rutinske procese obvladujejo hitro, varno, zanesljivo, brez trenja in poceni. Vsaka specializacija in koordinacija sta pod zapovedjo stroškovne učinkovitosti in poslovne uspešnosti. Temu nasprotuje dejstvo, da je inovacija enkraten dogodek, ki je težko obvladljiv. Ker inovacij ne moremo napovedati, seveda organizacija ne more biti prilagojena takšnim procesom. Inovacija se ne poraja v podjetju po istih pravilih, kot veljajo za rutinsko poslovanje, marveč veljajo zanjo popolnoma drugačni zakoni spodbujanja, vodenja, izvajanja in uresničevanja. To je predmet inovacijskega menedžmenta. Hkrati pa to pomeni, da se moramo vprašati, katere strateške odločitve je treba sprejeti za inovacijsko dejavnost in katere organizacijske posledice sledijo iz inovacijskih

strategij (povzeto po Kos, 1996: 5 in 32). Prav tako opisano situacijo skuša razrešiti, spodbujati in ohranjati dobro zastavljena, odobrena, sprejeta in nato tudi izpeljana organizacijska inovacija, ki bo tudi vir za vedno boljšo podlago uresničevanja prihodnjih inovacij, predvsem produktnih in procesnih.

2.1 OPREDELITEV INOVACIJ

Široko opredelitev inovacije ponuja Carlisle (1999), saj je zanj več kot pojem ali nova ideja: gre za proces ustvarjanja (novega) in prav tako za implementacijo inovacije v praksi. Ni le zadovoljevanje potreb. Gre za prehitovanje jutrišnjega dne in se dotika obstoja organizacije v dinamičnem okolju. Za Schumpetra (v Ilič, 2001: 36) so inovacije ekonomske spremembe, ki so rezultat podjetniškega delovanja. Inovacija pomeni spremembo proizvodne funkcije, obenem pa je inovacijska dejavnost hkrati tudi gibalno ekonomskega razvoja. Enostavno rečeno, pri inovaciji gre za nekaj "novega": nov proizvod, nov proces, nove prodajne poti, nove pogodbene oblike, nove reklamne izreke. Če opisano povzamemo s Hellriegelom, Jacksonom in Slocumom (v Kos, 1996: 31) in definicijo pustimo dovolj odprto za kasnejšo opredeljevanje organizacijske inovacije kot ene od podpomenk pojma inovacija, le ti **opredeljujejo inovacijo kot proces ustvarjanja in uresničevanja nove ideje, ki se lahko pojavlja v različnih oblikah**. Pomensko se na inovacijo veže tudi pojem invencije, ki je vsakršno ustvarjalno spoznanje, zamisel ali dosežek; inovacija je le tista invencija, ki je gospodarsko uporabljena (Ilič, 2001: 29). Invencija je torej definirana kot proces odkritja ali oblikovanja nove ideje, inovacija pa se zgodi, ko je nova ideja sprejeta (Rogers: 2001: 7541).

Definicije inovacij (Rogers, 1995 v Rura-Polley: 2001: 7536) se razlikujejo glede na obseg, kaj je objektivno in subjektivno novo. Za nekatere avtorje je dovolj samo nova ideja, drugi za inovacijo štejejo njeno tržno potrditev. Možno jih je deliti v več skupin: glede na produktne, procesne in storitvene inovacije. Storitveno dejavnost opravljajo npr. javne ustanove, kamor spada tudi zdravstveni sektor. Vse lastnosti storitvenih organizacij so v tej nalogi obravnavane kot organizacijske, o čemer je več napisanega v naslednjem poglavju. Med produktne lahko štejemo uvedbo npr. CD ali DVD predvajalnikov. Med procesne se šteje

"just in time" proizvodnja ali celovito ukvarjanje s kakovostjo (Rura-Polley: 2001: 7537). Pri storitvenih se ta delitev zamegli s cilji zadovoljevanja storitev. Med procesne inovacije je možno dodati še reinženiring poslovnih procesov, ki je zelo blizu klinični poti, ki je v svoji definiciji osredotočena na pacienta in na procese, ter je rahlo poenostavljeno gledano, pacientova dejanska pot po konkretni organizaciji. V našem primeru ga imamo lahko celo za obliko organizacijske inovacije ravno zato, ker je blizu klinični poti. **Pri reinženiringu poslovnih procesov** gre prav tako za analizo in oblikovanje delovnih procesov znotraj organizacij in med njimi (Davenport in Short v Yogesh, 1998). Za Tenga (v Yogesh, 1998) je analiza in radikalno preoblikovanje obstoječih poslovnih procesov v želji dosega skokovitega napredka izmerjenih rezultatov. Proces je osnovan na treh dimenzijah (Davenport in Short v Yogesh, 1998): entitete so deli organizacije, med katerimi teče proces, materiali so lahko cilj v obliki produktov ali uporabljeni materiali za doseg cilja, aktivnosti so ali oblikovanje načrtov za prihodnost ali le dejavnosti, da proces teče po pričakovanjih. Reinženiring poslovnih procesov je orodje za učinkovitejšo koordinacijo aktivnosti in s tem zmanjševanja stroškov koordinacije. Ponuja možnost za izboljšano odzivnost organizacije, s tem prijetnejši način dela in vodnik strateški prednosti organizacije za uspešnejšo mobilizacijo resursov.

Ko bo organizacijska inovacija (klinične poti) vzpostavljena, implementirana in pomembno vplivna na proces zdravljenja najpomembnejših diagnoz, bo sledilo več procesnih in produktivnih inovacij. Komaj takrat bodo aktualne drugačne oblike vrst in poimenovanj inovacij, ki jih npr. glede na funkcijsko področje vodenja v podjetju Kos (1996: 18) razvršča na npr. **inovacije prodaje, nabave, logistike, proizvodnje, na kadrovske, socialne ali pogodbeniške.**

2.2 ORGANIZACIJSKA INOVACIJA

2.2.1 TEORETIČNO OZADJE

Med splošne vzroke inovacij Porter uvršča nove tehnologije, nove potrebe kupcev, pojav novega industrijskega segmenta, premike v stroških proizvodnih faktorjev ali njihove

razpoložljivosti, in spremembe državne zakonodaje (Ilič 2001: 20). Sam se v večji meri nagibam k temu, da v večini primerov spodbuda za inovacije izhaja iz predhodnih inovacij. Največja začetna spodbuda zanje pa izhaja iz strukture organizacije in sistemov. **Organizacijo** za namene nadaljnje teoretične analize lahko **opredelimo kot** vsako strukturirano skupino ljudi, povezanih za doseg določenih ciljev, ki jih isti posamezniki sami zase ne bi mogli doseči (Hellriegel, Jackson in Slocum v Ilič, 2001: 133). V strokovni literaturi je organizacijska inovacija nekoliko zapostavljena, saj je ta pojem redko omenjen, pa tudi redko natančno opredeljen. Z namenom jasnejše opredelitve navajam naslednja opisa organizacijske inovacije.

*V 90-tih so japonske firme, kot so **Toyota** in **Komatsu** uspele revolucionirati taylorističen način proizvodnje z razvojem procesa neprestanih izboljšav (Kolony in idr., 1994).*

*Italijanski **Benetton**, ki je poznana internacionalna firma, je to postal brez lastništva produkcijskih faktorjev. Benetton je bil leta 1970 ustanovljen kot družinsko podjetje, brez financ, ki so potrebne za proizvodnjo tekstila. Delovno silo in podjetje za proizvodnjo so že obstajala v sosednji pokrajini Treviso. To se jim je zdelo smiselno izrabiti. Podobno kot produkcija so pogodbeno urejene tudi prodajne verige v raznih državah sveta. Organizacijska inovacija, predvsem v smislu organizacijske strukture, Benetton je primer virtualne organizacije, ki se je uveljavila tudi v drugih gospodarskih panogah (Kolony in idr., 1994); predvsem v smislu organizacijske strukture.*

Z doslej zapisanimi idejami bi bilo možno sestaviti zadovoljiv opis organizacijske inovacije. Vendar ker je definicija pomemben cilj te naloge, je spodaj navedenih še nekaj primerov idej drugih avtorjev o tem, kaj naj bi bila organizacijska inovacija. Zaradi večje objektivnosti bo s tem ponujena možnost kritičnega branja in oblikovanja mnenja o moji ideji. Pri sledečih povzetkih opisov organizacijskih inovacij je kritike vreden le manko poudarka različnih organizacijskih oblik:

- Ko se govori o inovacijah, se le to **navadno nanaša na produktne ali procesne** inovacije, potrebno pa je **poudariti**, da so **organizacijske inovacije** videne kot zelo pomembne pri evoluciji ekonomije in podjetij (v Caldentey in Gomez, 1997: 84).

- Han, Kim in Srivastava (v Ilič 2001: 31) opredelijo organizacijske inovacije kot skupek pozitivne medsebojne interakcije tehničnih in administrativnih inovacij, na katera

vplivajo poslovna kultura, usmerjena k potrošnikom in h konkurentom, in medfunkcijsko usklajevanje znotraj organizacije.

- Buitenhuis (v Ilič, 2001: 32) organizacijsko inovacijo opredeljuje kot proces, ki je družbeno določen zaradi kolektivnih želja, kolektivnih procesov reševanja problemov in odločitev o spreminjanju družbenih razmer.

- Širšo opredelitev inovacije zaradi poudarka na organizacijski strukturi na ravni korporacije ponuja tudi Teece (v Ilič, 2001: 32). Po njem je mogoče inovacijo opredeliti kot iskanje, odkrivanje, razvoj, izboljšavo in posvojitve novih procesov, novih izdelkov in novih organizacijskih struktur ter postopkov.

- Kot je omenjeno v Zeleni knjigi Evropske komisije, naj se odnosom med organizacijami kot tudi organizacijskim inovacijam v prihodnje namenja več pozornosti (Kolony in idr, 1994). Organizacijska inovacija je sama po sebi ekonomski kazalec rasti, ki bolj kot procesne in produktne inovacije, prispeva k razvoju regionalne ekonomije. Je predpogoj za hitro rast podjetja, omogoči motivacijske in socialne pogoje za tehnološke inovacije in prispeva h globalnemu uspehu podjetja (Kolony in idr, 1994). Štiri glavne oblike organizacijske inovacije po Kolonyu so: **a) globalizacije lokalnih podjetniških idej, b) organizacije stalnega procesa izboljšav, c) modernizacije javnega sektorja, d) prenos tehnologije na mala in srednja podjetja.**

- Kot poudarja Freeman (1992), ki izhaja iz idej Schumpetra, so lahko **tehnične in organizacijske** inovacije medsebojno povezane znotraj in zunaj inovativnih podjetij. Tehnične inovacije neposredno vpeljejo **organizacijske**. Navaja npr. spremembo organizacijske in menedžerske strukture in zato so slednje tako pogosto vzrok velikih procesnih ali proizvodnih inovacij. Zlasti radikalne inovacije zahtevajo tako organizacijske kot tehnične spremembe, v končni fazi pa so tudi vodilo strukturnih sprememb v gospodarstvu (Ilič, 2001: 33).

- Coriat (2000: 3) izvzema nekatere značilnosti sprememb in jih vključuje med organizacijske inovacije. To so metode koordinacije znotraj organizacije, kot so interdisciplinarne delovne skupine, sistem zbiranja in obdelave podatkov, pobude zaposlenih, kroženje po delovnih mestih, sistem pooblastil in integracija funkcij. Vzrok zahtevnosti identifikacije organizacijske inovacije je v njenem multidisciplinarnem značaju. Coriatova (2000) definicija je: **Organizacijsko inovacijo sestavlja skupina sprememb, ki vplivajo na delitev delovne sile in na 3 koordinacijske vzorce, ki prevladujejo v dani organizaciji (ali**

med organizacijami), koordinacijo informacij, znanja in uporabno-praktičnih rešitev (Coriat, 2000: 6).

2.2.2 POSKUS OBLIKOVANJA UNIVERZALNE DEFINICIJE ORGANIZACIJSKE INOVACIJE

Delovanje organizacije in njenih zaposlenih je v veliki meri odvisno od kapacitete informacijskega sistema (Laudon, 1996: xxiv). Informacijski sistem sestavljajo medsebojno povezane komponente, ki skupaj zbirajo, procesirajo, shranjujejo in obdelajo podatke za zahteve procesa odločanja, koordinacije, kontrole, analiz in vizualizacije (Laudon, 1996: 9). Razvoj informacijske tehnologije zato ne more biti izvzet iz definicije organizacijske inovacije.

V tem delu naloge povzemam zapisane ideje in ključne poudarke definicij in primerov opredelitev organizacijske inovacije že omenjenih avtorjev. Oblikovanje smotrnega zaključka, splošne **definicije organizacijske inovacije**, je eden od glavnih namenov te diplomske naloge. Kaj organizacijska inovacija pomeni v praksi, bom opisal v naslednjem poglavju.

Zaradi različnega obsega opredelitev organizacijske inovacije je pri **definiciji** nujna **delitev na tri variante. Organizacijska inovacija povzroči bodisi:**

1) prerazporejanje in podrejanje vseh ključnih virov v organizaciji, saj prek treh **koordinacijskih mehanizmov informacij, znanja in uporabno-praktičnih rešitev** ter informacijskega sistema izboljšuje integracijo sestavin organizacije in spodbuja k večjemu številu produktnih in procesnih inovacij;

2) povzroči menjavo organizacijske strukture, npr. v informacijsko intenzivnih organizacijah se menedžment, oblikovanje proizvodnje in trženje poveže v en integriran sistem, imenovan "mrežno podjetje" (Mlinar v Ilič, 2001: 32), **ali zamenja pomemben del organizacijske oblike** npr. piramidne s hierarhičnim načinom odločanja v heterarhično soodločanje medsebojno povezujočih se akterjev (Svetličič v Ilič, 2001: 9);

3) vzpostavlja revolucionarno nov odnos med neodvisnimi organizacijami, ki ima za posledico: npr. strukturne spremembe v gospodarstvu, ustvarjanje novih vej industrije, porast koncentracije industrijskih sektorjev, razvoj obsežnih prodajnih verig, elektronske izmenjave podatkov med industrijo in prodajnimi verigami, razna pogodbeno razmerja in sodelovanja, mrežna povezanost podjetij, ISO 9000 in certifikat kakovosti, evolucija ekonomije in spreminjanje družbenih razmer itd. (delno povzeto po Caldentey in Gomez, 1997).

2.3 KAJ JE ORGANIZACIJSKA INOVACIJA V KC

Klinični center Ljubljana (www.kclj.si) je največja zdravstvena ustanova v Sloveniji z več kot 6000 zaposlenimi in z več kot 2000 bolniškimi posteljami. To jo uvršča med največje bolnišnice v Srednji Evropi. Klinični center Ljubljana je javni zdravstveni zavod, ki opravlja **zdravstveno dejavnost na sekundarni** (specialistična ambulantna dejavnost in bolnišnična dejavnost, ki obsegata: diagnostiko, zdravljenje, medicinsko rehabilitacijo in zdravstveno nego) **in terciarni ravni** (razvijanje specialističnih zdravstvenih dejavnosti v državi, oblikovanje medicinske doktrine, uvajanje novih zdravstvenih metod...) **ter izobraževalno** (izobraževalne dejavnosti za potrebe Medicinske fakultete, Fakultete za farmacijo ter drugih zdravstvenih šol na dodiplomski in podiplomski ravni, njeni strokovnjaki sodelujejo kot člani komisij za strokovne izpite za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce) **in raziskovalno dejavnost** (izvajanje raziskave za domače in tuje naročnike, usposabljanje mladih raziskovalcev). V Kliničnem centru te dejavnosti opravljajo predvsem za območje ljubljanske zdravstvene regije, kot tudi za bolnike, napotene iz drugih bolnišnic, kadar so za njihovo zdravljenje potrebne najzahtevnejše metode. **Poslanstvo** je ponudba najkakovostnejše ravni zdravstvenih storitev, zadovoljevanje pacientovih potreb in skrbi za njihovo zadovoljstvo in dobro počutje. **Vizija** Kliničnega centra Ljubljana je ostati sodobna zdravstvena ustanova, ki bo po ponudbi in strokovnem znanju na področju medicine enakovredna podobnim ustanovam v tujini.

Klinični center Ljubljana ima kot organizacija podobo **profesionalne birokracije**, kamor po definiciji štejejo organizacije, ki temeljijo na znanju kot so sodstvo, šolski sistem in bolnišnice. Zanje je značilen stabilen in predvidljiv način funkcioniranja. Najpomembnejši del organizacije je operativno jedro, koordinacija poteka prek standardizacije znanja, vertikalna in horizontalna decentralizacija pa sta opazni že v informacijskem sistemu (Mintzberg, 1979: 348). Gre za šibak in primitiven centraliziran informacijski sistem, saj je največ moči zbrano pri vodjih posameznih oddelkov (Laudon, 1996: 78). Vendar je po znanje dostopno prek zanesljivega podpornega sistema (Laudon, 1996: 78). Bolj kot organizaciji so konformni svoji profesiji (Mintzberg, 1979: 351). Pri svojem delu so avtonomni in neodvisni od sodelavcev in vedo, kaj lahko pričakujejo od njih, ter imajo v veliki meri kontrolo nad svojim delom. To utemeljuje verjeten odpor zaradi strahu pred transparentostjo, s čimer se ukvarjam v enem od naslednjih poglavij (Mintzberg, 1979: 349).

Uspeh uvajanja inovacij je odvisen od upoštevanja kooperativnosti (Mintzberg, 1979: 375). Zaradi avtonomije strokovnjakov zahteva meddisciplinarno sodelovanje, kar ima za posledico dolgotrajna dogovarjanja in pogajanja. Zaradi nefleksibilne strukture je profesionalna birokracija dobro oblikovano okolje za standardizacijo produktov, kar omenjamo že v uvodu pri konkurenčnosti in interesih dobaviteljev. Nasprotno pa je s spreminjanjem procesov, ki je zelo nedobrodošlo (Mintzberg, 1979: 375). Kot že omenjeno, je cilj uvajanja kliničnih poti tudi izboljšanje učinkovitosti ustaljenih procesov, s čimer pa se bodo le ti tudi spremenili. Zato gre za nujnosti posvečanja pozornosti odporu, ki je natančneje analiziran v drugem delu te naloge. V zadnjih dveh odstavkih omenjene značilnosti profesionalne birokracije tudi v praksi pomembno vplivajo na proces uvajanja kliničnih poti, kot je razvidno tudi iz analize odprtih vprašanj opravljene ankete. Predvsem nezainteresiranost, ki so jo poudarili nekateri anketiranci, slaba informiranost in zaradi tega nejasno podani cilji organizacijske inovacije se skladajo s pravkar naštetimi značilnostmi profesionalne birokracije.

Za natančnejšo sliko in opis projekta načrtovanja kliničnih poti v KC Ljubljana (Jevtič idr., 2002) najprej navajam smernice uvajanja sistema izboljšanja kakovosti v zdravstvu, ki se bodo uresničevale vzporedno ali skozi uresničevanje kliničnih poti:

1.) Razsežnost sistema izboljševanja kakovosti:

- procesi, organizacija in odgovornosti nosilcev;

2.) Ključna področja v sistemu izboljšanja kakovosti:

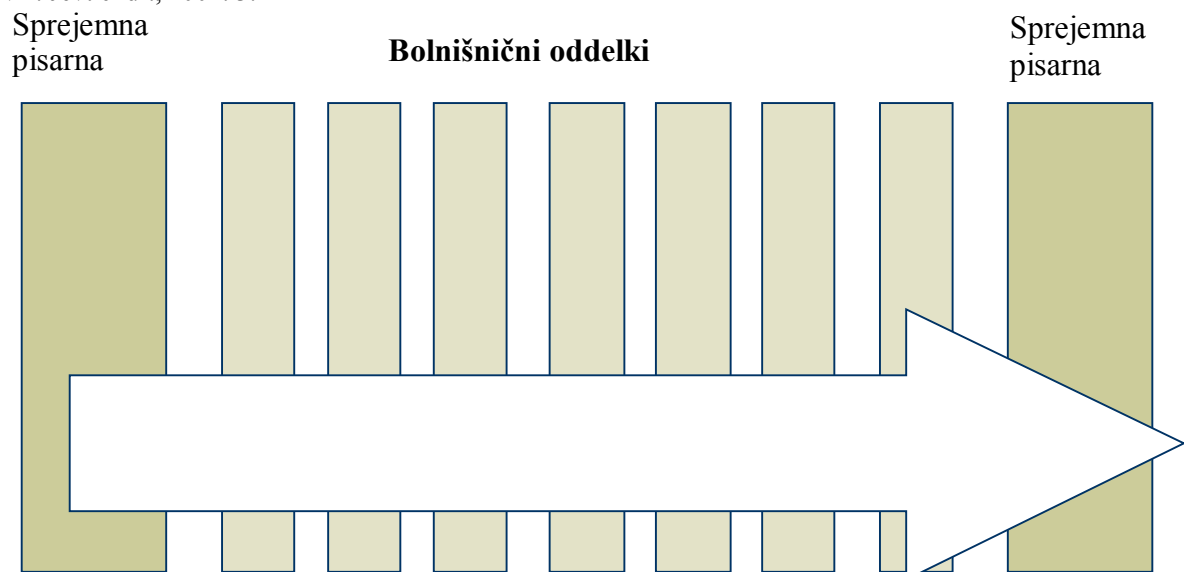
- smernice za klinično delo;
- ocenjevanje tehnologije;
- kazalci kakovosti;
- **informacijski sistem;**
- stališča bolnikov oz. njihovo dejavno sodelovanje;

3.) Pogoji za izvajanje sistema izboljšanja kakovosti:

- ustanovitev ustreznih institucij (uradi, agencije, mreža);
- dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti;
- izobraževanje javnosti.

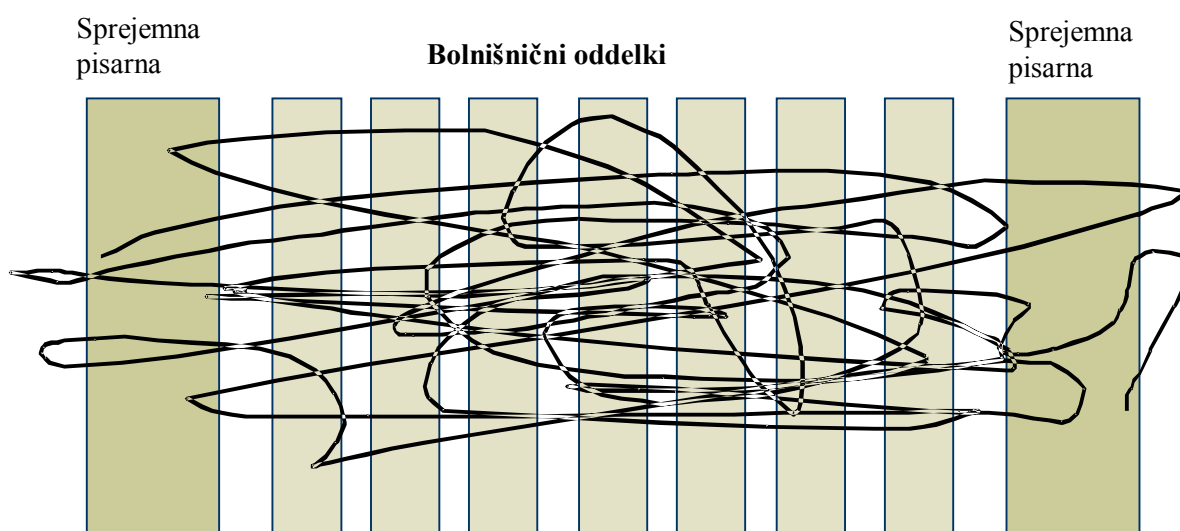
Zdravstveni delavci so prepričani, da obravnava pacienta poteka urejeno po spodnji shemi od sprejema do odpusta (Jevtič idr., 2002: 3).

Vir: Jevtič idr., 2002: 3.



SHEMA 2.1: Idealen tok bolnikov

Dejansko (shema 2.2) pa pacienti doživljajo proces zdravljenja nekoliko drugače. S kliničnimi potmi se želi urediti tok bolnikov; odpraviti neracionalno prehajanje bolnikov iz enega v drug oddelek in nazaj. S tem se izboljša koordinacija med oddelki ter antropija sistema. Treba pa je poudariti, da je klinična pot primerna samo za določeno skupino diagnoz, saj se načini zdravljenja ali lajšanja znakov bolezni nekaterih diagnoz spreminjajo zelo hitro npr. AIDS.



Vir: Jevtič idr., 2002: 3.

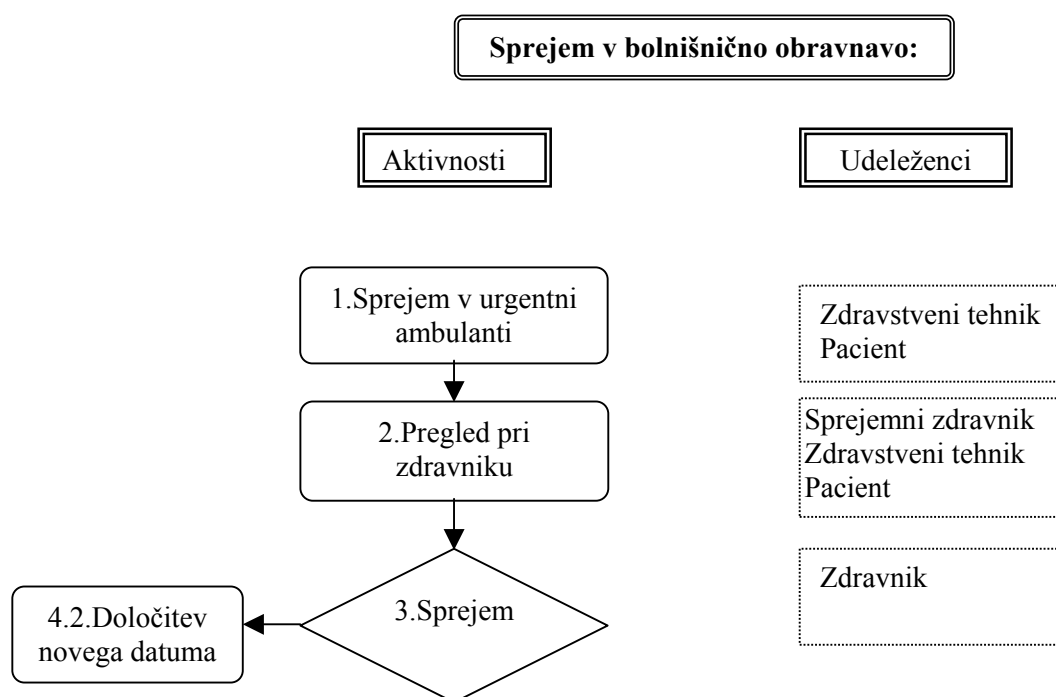
SHEMA 2.2: Dejanski tok bolnikov (Jevtič idr., 2002: 4)

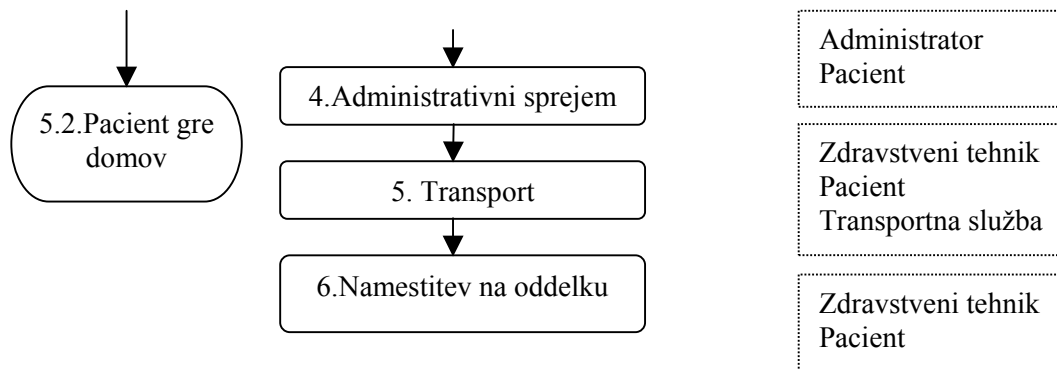
Stroški zdravstvenih storitev neprestano silijo k spremljanju stroškovne učinkovitosti. Prav zaradi potrebe po rešitvi in s ciljem povečanja kvalitete zdravstvenih storitev se je pred meseci začel v Kliničnem centru proces uvajanja kliničnih smernic in kliničnih poti. Klinične smernice so sistematično oblikovana stališča, ki zdravniku praktiku in drugemu zdravstvenemu osebju, pa tudi bolnikom, pomagajo pri odločitvah glede primarne zdravstvene oskrbe v specifičnih okoliščinah. Namen smernic je zagotavljanje dobre klinične prakse, Svet Evrope pa jih opisuje kot sredstvo za racionalnejše odločanje pri pacientovi zdravstveni obravnavi in jih razume predvsem kot podporo za izboljšanje kakovosti zagotovljene zdravstvene oskrbe (Fras idr., 2003: 2). Razliko med klinično potjo in smernico bi najlažje ponazorili na primeru prometne ceste, kjer so znaki smernice, pot pa cesta, na kateri se marsikaj dogaja. Definicija in naziv klinične poti nista povsem jasni in enotni,

vendar ko jo vidimo, jo prepoznamo. V Kliničnem centru smo jo najrazumljivejše definirali kot pot od vstopa pacienta v javni zavod od začetka do konca obravnave ter izstopa iz sistema (Jevtič idr., 2002: 3). Klinična pot povezuje klinično in organizacijsko delo ter je lahko zelo zapletena. Hkrati integrira medicinske doktrine, ki jih pri vsakdanjem delu uporabljajo zdravstveni delavci pri diagnostiki in terapiji, pri komunikaciji z bolnikom, informiranju bolnika. Združuje standarde opreme, prostorov, kadrov in njihovo izkoriščenost. Rezultati, ki izhajajo iz klinične poti, so boljša organizacija, poenotenje procesov obravnave, poenotena in dostopna medicinska dokumentacija. Klinična pot je živ proces, ki ga nenehno spremljamo in izboljšujemo. Končni rezultat vsake klinične poti je izid zdravljenja, ki ga ocenjujejo bolnik in zdravstveni delavci. Ko opredelimo še stroške in jih primerjamo z izidom zdravljenja, dobimo končni rezultat obravnave, ki je prav tako umeščena po določeni klinični poti. Klinična pot je v povezavi s stroški pravzaprav orodje za optimiziranje procesa zdravljenja. Cilj projekta uvedbe kliničnih poti v KC je, da bi se z organizacijskimi spremembami in boljšo izrabo virov čim bolj približali obravnavi bolnika, kot jo prikazuje shema 2.1. Razvoj informacijske podpore in realizacije integracijske infrastrukture je namenjena spremljanju kliničnih poti. S tem tudi uvajanju sistema DRG, povečanju razpoložljivosti podatkov, ki nudi pomoč procesom odločanja in poslovanja (Jevtič idr., 2002: 24, Jevtič, 2003).

Vzpostavljena klinična pot je multidisciplinarni plan najboljše klinične prakse, ki lahko pripomore h kvalitetnejši koordinaciji aktivnosti zdravstvene oskrbe. Fowler (2003) navaja, da je s klinično potjo mogoče standardizirati 60 do 70 % obravnav pacientov z isto diagnozo, istimi simptomi ali proceduro zdravljenja. Uporabnejše se lahko uporabi pri kirurških posegih, kjer plan zdravstvene oskrbe traja nekaj ur ali dni. Lahko opisujejo tudi doživljenjske procese zdravljenja kot npr. pri srčnih boleznih ali hepatitisu C. Štiri ključne komponente klinične poti so: 1) opis časovnega poteka, 2) kategorije, aktivnosti in skupine intervencij, 3) vmesni in končni kriteriji procesa zdravljenja in 4) opis primerov odstopanja od predvidenega procesa zdravljenja. Klinična pot je sestavni del pacientove zdravstvene dokumentacije. Tudi posebni primeri morajo biti obravnavani v kombinaciji z izdelanimi kliničnimi potmi. Očiten napredek kliničnih poti pa se kaže v krajši ležalni dobi. Uporaba tabel in algoritmov omogoča hitrejši postopek sprejetja odločitev in hitrejši dostop do potrebnih referenc. Noben test ni opravljen, če to ni potrebno in predvideno po klinični poti, kar pa dolgoročno tudi racionalizira stroške.

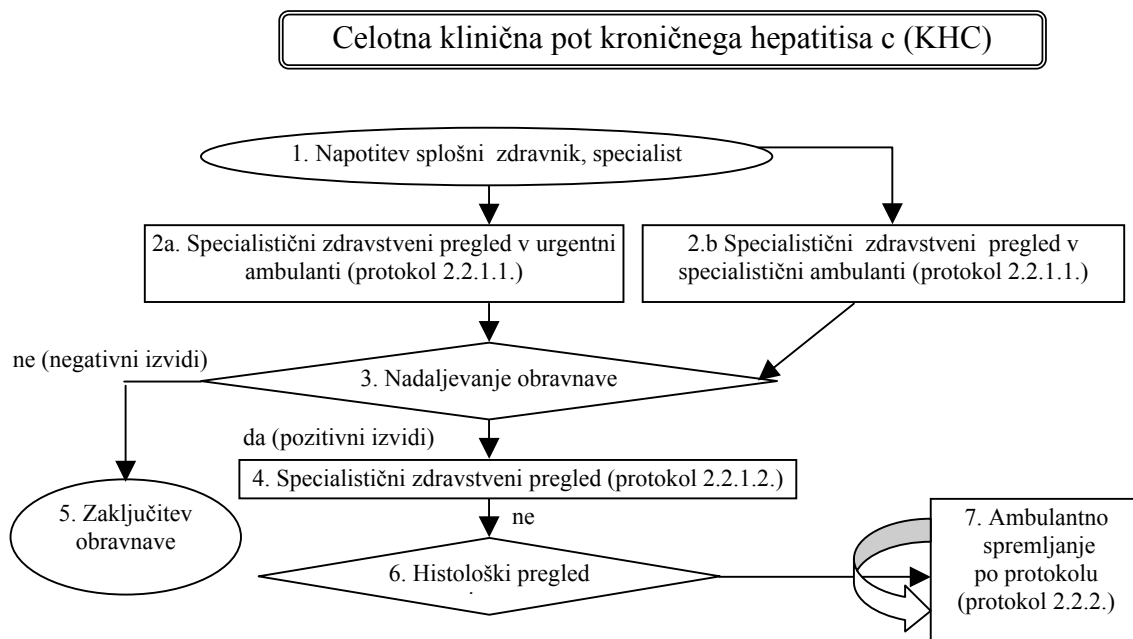
Navajam enega od mnogih diagramov (shema 2.3) v izdelavi za jasnejšo predstavo, predvsem za predstavo resnične osredotočenosti na procesno razmišljanje pri projektu uvajanja kliničnih poti. V dokumentaciji za kronični hepatitis C obstaja še več kot 20 kompleksnejših diagramov. Vsakemu diagramu pripadata obrazca odločitve in aktivnosti. Navedeni so vzroki odločitev, pripadajoče reference, število udeležencev, opis aktivnosti, čas, materiali s pripadajočimi šiframi za vsak kvadrant ali kak drug lik pripadajočega diagrama. Opisana shema je samo ena od diagramov (podprocesov) celotne klinične poti kroničnega hepatitisa C, ki je še v izdelavi (shema 2.4). Če bi bile izdelane klinične poti za 60 do 70 % pacientov (kar je pol milijona pacientov) v KC, bi bilo moč izdelati generalno shemo kliničnih poti KC, ki bi kazala vstop pacienta v KC in izstop po končanem procesu zdravljenja.

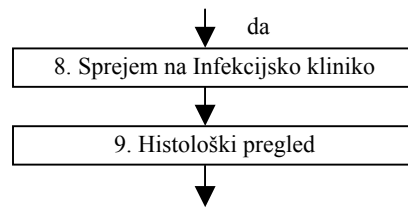




Vir: Matičič idr., 2002: 3.

SHEMA 2.3: Algoritem sprejema v bolnišnično obravnavo (proces 1.3.5)





Vir: Matičič idr., 2002: 3.

SHEMA 2.4: Izsek generalne sheme klinične poti za kronični hepatitis C

Kot rečeno, v strokovni literaturi ni veliko informacij in člankov o organizacijski inovaciji. Tudi na temo uvajanja kliničnih poti v RS obstaja le nekaj osnutkov in dve objavljeni publikaciji. Prav zato verjamem, da moj opis ni dovolj vseobsegajoč, kot bi mogoče bil čez nekaj mesecev, ko bi klinične poti postale del vsakodnevne prakse na nekaterih oddelkih KC. Lažje dostopne bodo tudi opisane izkušnje ostalih zdravstvenih ustanov poleg KC. Pri tem ima tudi pomembno vlogo projektna pisarna ministrstva za zdravje. Pisati o kliničnih poteh zato ni enostavna naloga, kljub dostopni tuji literaturi, saj morajo klinične poti obravnavati dejansko situacijo na oddelku. Poleg tega po moji oceni v Sloveniji ne obstaja več kot 10 ljudi, ki bi se samo z implementacijo kliničnih poti ukvarjali polovico svojega delovnega časa, kar je zaenkrat malo za pripravo tako ogromne spremembe, ki jih klinične poti prinašajo in ki so v tujini pokazale spodbudne rezultate in bi jih bilo zato vredno vsaj poskusiti aktivneje pripraviti za čim prejšnjo implementacijo. Npr. Cardozo in Aherns (1999) sta v svoji raziskavi pacientov s srčnimi težavami v izbranih bolnišnicah ugotovila razlike glede na paciente, ki niso bili obravnavani po metodi klinične poti. Število bolnišničnih dni se je v povprečju zmanjšalo iz 6,36 dni na 5,25 dni. Stroški za posameznega pacienta so se zmanjšali za 776 dolarjev. Stopnja umrljivosti je ostala nespremenjena. Če bi v bolnišnici Harper v Michiganu vseh 662 pacientov obravnavali po izdelani klinični poti, bi prihranki letno znašali več kot 513 000 dolarjev.

V nekoliko preglednejši obliki bistvenih sestavin celotnega procesa uvajanja klinične poti navajajo Ignatavicius in Hausman v Fowler (2003):

- 1) Spodbude in plan izobraževanja zdravstvenega osebja, ki sodeluje v delovni skupini.
- 2) Oblikovanje multidisciplinarnih skupin za zbiranje dokumentacije o izbrani diagnozi.
- 3) Oblikovanje nadzornega odbora in podpornih skupin.
- 4) Spoznavanje možnih ovir v bodočem procesu implementacije.
- 5) Zbiranje podatkov o DRG-jih.

- 6) Možnost vključevanja menedžerskih orodij za ohranjanje kvalitete storitev.
- 7) Predvidevanje vrednosti DRG-jev.
- 8) Spoznavanje interesov zdravstvenega osebja.
- 9) Ukvarjanje z implementacijo najbolj problematičnih delov klinične poti.
- 10) Razvoj formata dokumentov kliničnih poti.
- 11) Iskanje strokovnjakov za izdelavo kliničnih poti in za njihovo sodelovanje v timu.
- 12) Zbiranje podatkov za izdelavo kliničnih poti.
- 13) Oblikovanje baze podatkov.
- 14) Spremljanje strokovne literature na področju izbrane diagnoze.
- 15) Sodelovanje z institucijami, ki zdravijo isto diagnozo.
- 16) Oblikovanje praktičnih smernic dela.
- 17) Usklajevanje končane vsebine pisnega izdelka z vsemi člani delovne skupine.
- 18) Konsenz celotnega tima o merilih izidov zdravljenja.
- 19) Razvoj sistema neskladnosti s predvideno potjo obravnave.
- 20) Kontrola pripadajoče in priporočljive dokumentacije h klinični poti.
- 21) Predstavitev klinične poti nadzornemu odboru.
- 22) Razvoj implementacijskega načrta.
- 23) Predvidevanje pomoči zaposlenim, ki se prvi srečajo z uporabo pripravljene klinične poti.
- 24) Po treh do šestih mesecih poskusne uvedbe je potrebna revizija in vnos sprememb.
- 25) Nadaljnje spremljanje izjem.
- 26) Razvoj avtomatskega zbiranja podatkov.
- 27) Predstavitev izjem ostalim članom multidisciplinarnega tima po trimesečnem obdobju.
- 28) Načrt aktivnosti zaradi obravnave možnih izjem procesa zdravljenja.
- 29) Vsakoletna prenovitev dokumentacije kliničnih poti.

Zakaj je klinična pot organizacijska inovacija? Na to vprašanje odgovarjam skozi vso nalogo. Če povzamem, pri definicijah tudi zato izbranih avtorjev poudarjam **obsežnost in radikalnost spremembe**, ki bo spremenila vsakodnevno delo večine zaposlenih v zdravstvenem sektorju in 60 do 70 % obravnav pacientov pri najpogostejših diagnozah, **koordinacijo aktivnosti** na podlagi implementacije kliničnih poti in verjeten **način financiranja** večine zdravstvenih storitev čez nekaj let. Gre za obsežno spremembo

zdravstvenega sistema, ki **spreminja tudi togo organizacijsko strukturo**, in prav zato je uvajanje kliničnih poti organizacijska inovacija.

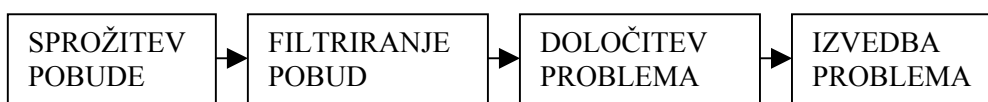
3 SPREJETJE ORGANIZACIJSKE INOVACIJE

Člani delovnih skupin klinične poti za hepatitis C in več kliničnih poti pod skupnim imenom Rane se na zadnjih sestankih delovnih skupin že ukvarjajo s končno podobo nekaterih poglavij pisnega izdelka. Ta bo podlaga za pripravo pilotnih projektov. Poudarek je predvsem na preverjanju informacij o aktivnostih in odločitvah, podobnih kot so na shemah 2.3 in 2.4. Pri tem prihaja do pogostega vprašanja, kaj je spremenljivo, s čim se posamezniki strinjajo. Prav zaradi te aktualnosti je odločitev o sprejetju v središču naslednjega poglavja.

3.1 FAZE INOVACIJSKEGA PROCESA

Posameznikovo odločitev v podporo ali odpor do kliničnih poti je potrebno najprej umestiti v inovacijski proces, ki se razlikuje od utečenega procesa obratovanja organizacije. Pri njem so

neznana razmerja med spremenljivkami, njihovo število in prepletanje. S tem je označena prva bistvena funkcija inovacijskega menedžmenta: obvladovanje skrajno kompleksnega problema odločanja. **Sprožitev** inovacijskega procesa Kos pripisuje posamezniku, ki ima dar za ustvarjalno opazovanje in porajanje idej. "Le ta je spoznal razhajanje med resničnostjo in svojim pričakovanjem, vendar je imel hkrati tudi voljo ... za spremembo, kar čuti kot izziv" (Kos, 1996:192).



SHEMA 3.1: Splošna shema inovacijskega procesa

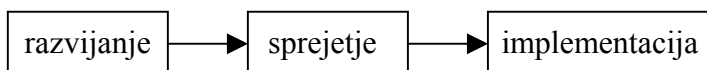
Filtriranje pobud mora izločiti neučinkovite in nestrokovne pobude ali več pobud povezati v snop (Kos, 1996: 194). Ta faza je pri kliničnih poteh aktualna samo v manjšem obsegu, s stališča pojavljanja idej, kaj vse je potrebno omeniti in kako natančno opisati v pisni dokumentaciji h klinični poti. Pri **določitvi problema** je potrebno razmejiti sistem, v katerem iščemo rešitev problema, s čim manj vrzeli, upoštevati je treba bo časovni okvir, finančne zmogljivosti in rešitev pustiti odprto za kasnejše revizije (povzeto po Kos, 1996: 198).

Volja ustvarjalnega posameznika ostane v sistemu neopažena, dokler ne doseže instance, ki ima pravico in moč, da sprostí vire za reševanje problema (Kos, 1996: 192). **Sprejetje** Kos navezuje na fazo sprožitve. Trdim, da se pojavlja pogosteje kot samo enkrat in samo v fazi sprožitve in to predvsem pri posameznikih, ki aktivno sodelujejo v delovni skupini. Ali je posameznik zainteresiran za uvedbo klinične poti, je odvisno od načina dela delovne skupine in njenih rezultatov. Če je zadovoljen, je to dobra motivacija za nadaljnje delo.

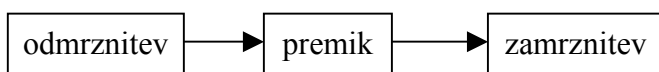


SHEMA 3.2: Kosova umestitev sprejetja v inovacijski proces

Kot nekoliko bolj pomembno sprejetje poudarjajo sledeči avtorji. O'Sullivan (2000) definira inovacijo kot proces uvajanja novih rešitev problemov v praksi. Skozi razvijanje, sprejetje in implementacijo so nove ideje obravnavane s strani posameznika, manjše skupine ali celotne organizacije.



HEMA 3.3: O'Sullivanova umestitev sprejetja v proces uvajanja inovacije



HEMA 3.4: Lewinov 3-stopenjski model uvajanja novosti

Lewinov model se začne s fazo odmrznitve, ko se zaposleni počutijo nezadovoljne z obstoječim stanjem in jih je zato mogoče spodbuditi k iskanju izboljšav. Nato sledi proces spreminjanja, ko zaposleni iščejo nove rešitve za stare probleme. V zadnji fazi gre za zamrznitev, za stabilizacijo delujočih silnic v novih razmerah. Tudi v tem primeru ponovna zamrznitev ni možna brez odločitve o sprejetju te zamrznitve novosti (shema 3.4). Ukvarjanje s sprejetjem ni aktualno samo s stališča inovacijskega procesa, ampak je ta tematika aktualna tudi širše. Dawson (1992) jo navezuje na spremljanje vsebine političnih odločitev in širitev manjših sprememb.

3.2 SPREJETJE

Spoznavanje inovacij in sprememb poteka prek spoznavanja sil spodbud in odpora (Byvelde in Newman, 1992). Sprememba se implementira skozi strategije, ki zmanjšujejo sile odpora. Rogers (2001: 7540) že v sami definiciji inovacije poudarja **percepcijo inovacije**, ki je lahko ideja, praksa ali objekt, ki ga posameznik ali kakšna druga **enota sprejetja razume kot nekaj**

novoga. To razdelitev sprejetja s stališča posameznika in organizacije uporabljajo tudi drugi avtorji (Frambach in Schilleweart 1999; O'Sullivan 2000). Pri tem poudarjajo pomembnost konteksta organizacije, njene strukture in značilnosti, ki so kot bistvene poudarjene tudi v prvem delu te naloge. Določena mera odpora novim idejam je nekaj normalnega in funkcionalnega, saj spodbudno opozarja, da so posamezniki o tem razmišljali, nečemu argumentirano nasprotujejo. Če je mogoče vzrok odpora razrešiti, se povečujejo možnosti za sprejetje.

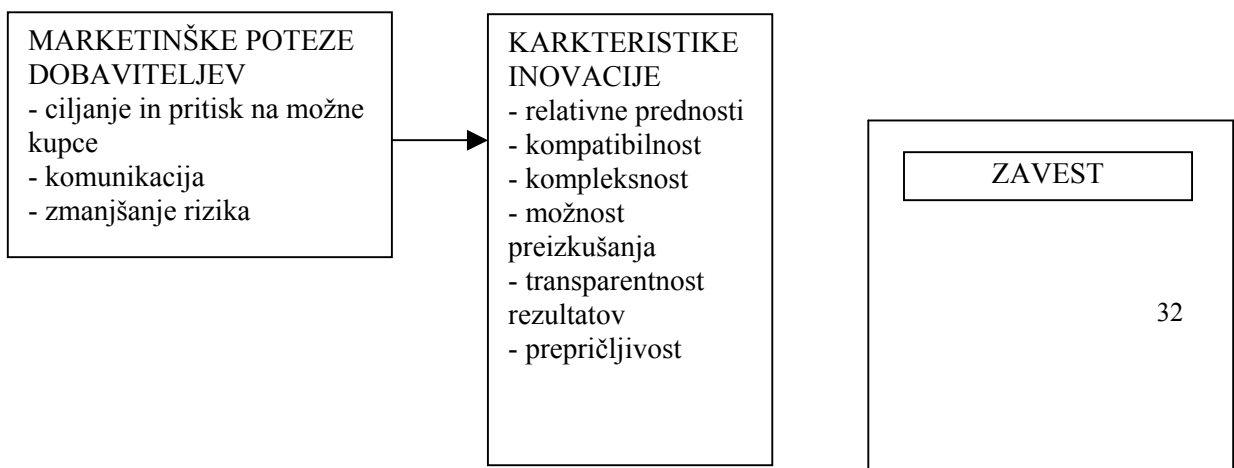
Faza sprejetja pride najbolj do izraza takrat, ko se posamezniki odločajo ali bodo inovacijo začeli uporabljati v dnevni rutini ali se bodo temu uprli. Kot že rečeno, je večji del dokumentacije dveh kliničnih poti že pripravljen. Vidne so že značilnosti in možne posledice uvajanja bodočega pilotnega projekta. Anketirani posamezniki so kot člani organizacije pred dilemo, kakšno stališče bodo zavzeli v pogovoru s sodelavci glede kliničnih poti. Njihovo sodelovanje in rezultati delovne skupine bodo postali vidni tudi ostalim.

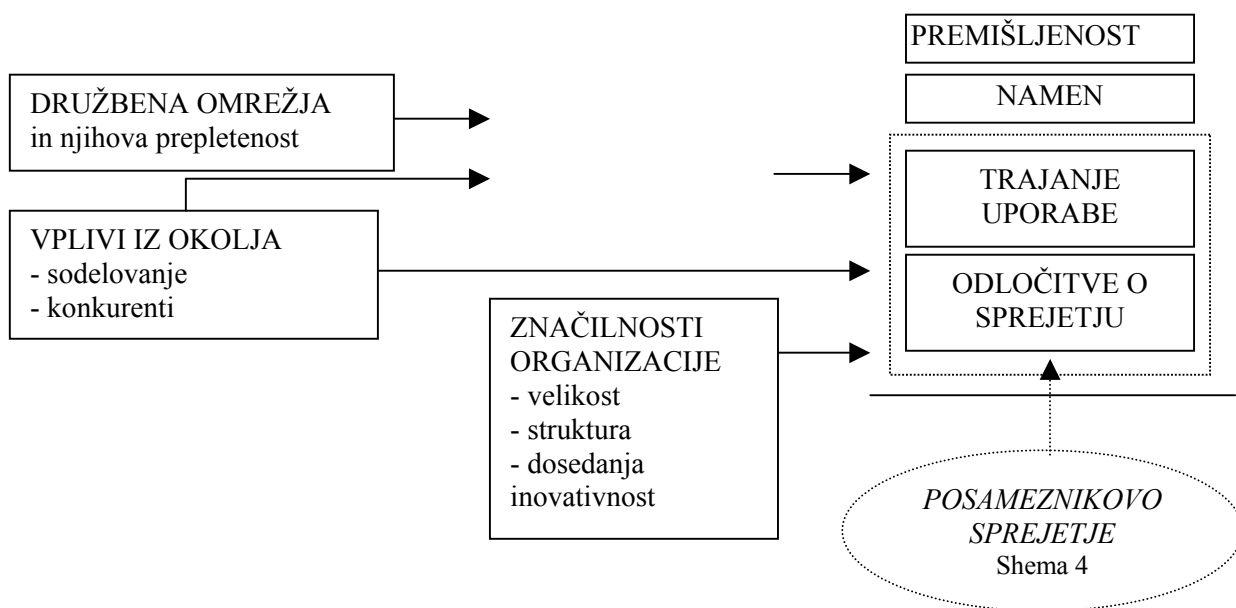
Sprejetje je za Frambacha in Schillewaerta (1999: 2-4) krajši izsek celotnega postopka uvajanja inovacije. Nanaša se na odločitev vsakega posameznika ali organizacije, da je pripravljen uporabljati inovacijo in v večini primerov pomeni že začetek dejanske implementacije pilotnega projekta (Frambach in Schillewaert, 1999: 2-4). Ali inovacija lahko zaživi kot v organizaciji in ali jo posamezniki sprejmejo za svojo, hkrati odgovarja tudi na vprašanje, kaj je potrebno pri tem spremeniti in kaj prilagoditi.

Družbene norme oblikujejo vzorce vedenja posameznikov znotraj družbe in organizacije in vplivajo na odstotek difuzije inovacije v družbi (Rogers, 2001: 7543). Eden posameznik ali več posameznikov v organizaciji mora sprejeti idejo o novosti in nejasnosti okrog nje za svojo. Ti posamezniki so odprti na sprejemanje rizika. Ko idejo sprejmejo in začno širiti tudi njene kvalitete, jo drugi člani sistema še naprej zavračajo, vse dokler je za svojo ne sprejmejo tudi glavni vodje sistema. V tem trenutku se v prid sprejetja inovacije spremenijo tudi norme v sistemu. Končno neko število posameznikov sprejme inovacijo in vse več ljudi o njej govori (Rogers, 2001: 7541).

Kritična masa je točka, ko zadostno število posameznikov sprejme inovacijo. Sprejeta inovacija se sama krepi in ima obliko S-krivulje (Rogers, 2001: 7543). Stopnja sprejetja (adaptacije) je relativna hitrost, ki meri število ljudi, ki jih je inovacija osvojila v določenem časovnem obdobju. Odvisna je od (Rogers, 2001: 7541-7542): a) relativne prednosti glede na v tem trenutku poznane možnosti sprememb, b) kompatibilnosti, inovacijske skladnosti z obstoječimi vrednotami, preteklimi izkušnjami in potencialnimi posamezniki, ki bodo inovacijo sprejeli za svojo, c) kompleksnosti kot razumevanjem in pojasnjenju težav z uresničevanjem inovacije v praksi, d) možnosti eksperimentiranja z inovacijo in e) preglednosti njenih rezultatov.

Natančnejšo analizo in opis neodvisnih dejavnikov sprejetja v svojem članku ponujata Frambach in Schillewaert (1999). Na osnovi multidisciplinarnih študij organizacijske inovacije sta identificirala faktorje, ki vplivajo na sprejetje organizacijske inovacije. Na shemi 3.5 so prikazane determinante na nivoju organizacije. Karakteristike inovacije so njima najpomembnejše in zato so postavljene v središče modela. Kljub temu, da je sprejetje proces, ki poteka v več fazah, se večina študij osredotoči na dihotomijo, da gre ali za odobravanje ali odpor do sprejetja. Odnosi med determinantami in sprejetjem so zabeleženi v tabeli 3.1. Da je organizacijska inovacija vključena v delovni proces, morajo v to privoliti predvsem ciljna skupina, ki mora čim prej spoznati prednosti bodoče inovacije. Model, ki ga predlagata v shemi 3.2, je poenostavljen in mora biti prilagojen predvsem odnosom v konkretni organizaciji. V obeh shemah se vidi, kje se po njunem mnenju v največji meri vključuje vpliv determinant ene sheme na drugo, kar kaže tudi tesna prepletenost obeh shem. Njuna diagrama in tabela so izdelani kot povzetek večjega števila raziskav drugih avtorjev in zato samo omejeno relevantni za preverjanje odpora v slovenskih zdravstvenih organizacijah. Njune ideje in opisi dejavnikov odpora so zato lahko samo omejeno upoštevane pri sestavi vprašalnika.





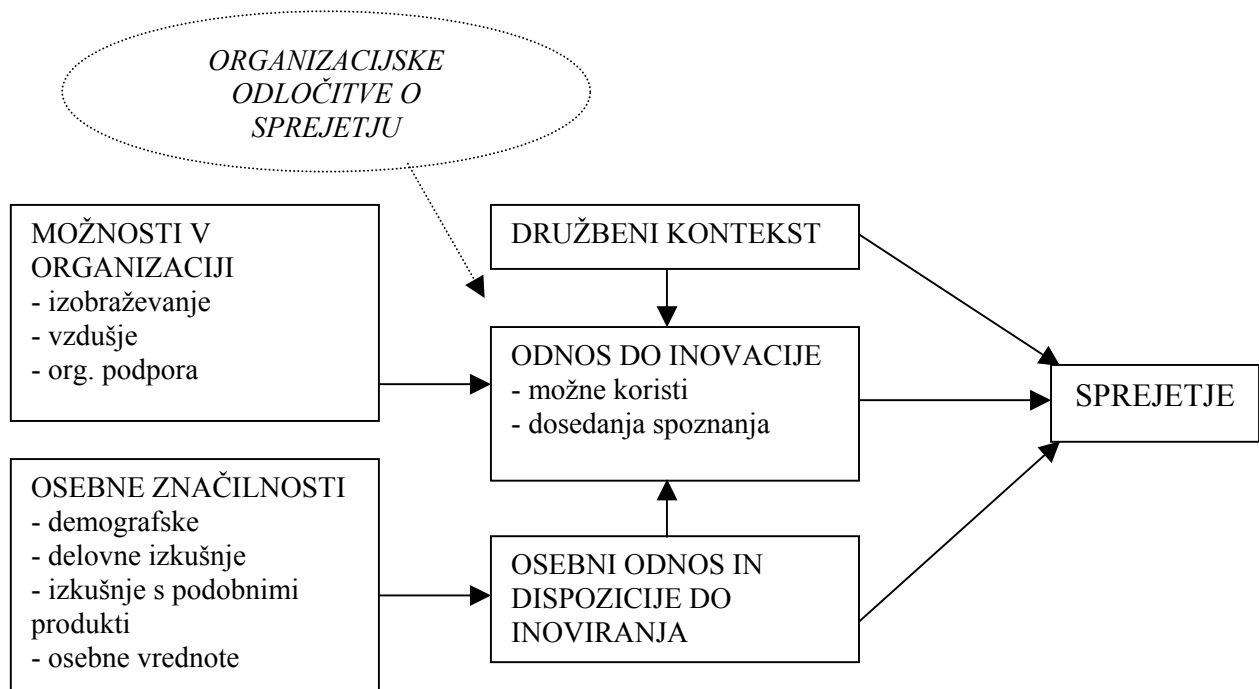
Vir: Frambach in Schillewaert, 1999: 34.

HEMA 3.5: Vpliv dejavnikov na organizacijsko sprejetje inovacije

TABELA 3.1: Dejavniki sprejetja organizacijske inovacije

RAZMERJE MED MOŽNOSTJO SPREJETJA ORGANIZACIJSKE INOVACIJE IN DETERMINANTAMI	
NEODVISNE SPREMENLJIVKE	RAZMERJE
SPREJEMANJE INOVACIJSKIH KARKTERISTIK - relativne prednosti - kompatibilnost - kompleksnost - možnost preizkušanja - transparentnost rezultatov - prepričljivost	- pozitivno - pozitivno - negativno - pozitivno - pozitivno - negativno
ZNAČILNOSTI ORGANIZACIJE - velikost - struktura - dosedanja inovativnost	- pozitivno - različno - pozitivno
DRUŽBENA OMREŽJA in njihova prepletenost	- pozitivno
MARKETINŠKE POTEZE DOBAVITELJEV - ciljanje in pritisk na možne kupce - komunikacija - zmanjšanje rizika	- ni poznano - pozitivno - pozitivno
VPLIVI IZ OKOLJA - sodelovanje - konkurenti	- pozitivno - različno

Vir: Frambach in Schillewaert, 1999: 35.



Vir: Frambach in Schillewaert, 1999: 36.

HEMA 3.6: Dejavniki organizacijskega sprejetja inovacije

3.3 ODPOR

Inovacija pomeni veliko spremembo v dosedanjem načinu dela, zato jo mnogi vidijo kot motnjo, preobrat in nesmiselno turbulenco (Kos, 1996: 134). Pri inovaciji je zato potrebno pričakovati določeno stopnjo odpora, saj je odpor pri posameznikih vsaj delno pogojen z izkušnjami iz preteklosti, ko so posamezniki že bili prizadeti zaradi različnih sprememb (Schmidt in Sujansky, 2002). Če gre pri posamezniku za radikalen odpor, skuša inovacijo preprečiti z izpostavljanjem tehničnih in ekonomskih dejstev. **Najhujši** so **odpori**, ki **kritizirajo** cilj inovacije. Te posameznike je najtežje prepričati o primernost bodoče inovacije. Če jim ne uspe doseči preprečitve uvajanja inovacije, se radikalen odpor spremeni v **zavlačevanje** (Kos, 1996: 140).

Kako delo v skupini narediti manj stresno, pokazati od česa je odvisno? Kaj storiti, da sprejemanje nadaljnjih odločitev o implementaciji inovacije ne bi bilo težavno? Kako pomagati zaposlenim, ki jim inovacija najbolj spreminja delovno okolje? Če so vzroki nesprejemanja inovacije znani, jih je mogoče rešiti. Navesti je mogoče več različnih

dejavnikov odpora, kot tudi idej za njihovo reševanje (npr. Anderson, 2002; Byvelds in Newman, 1992; Frambach in Schillewaert, 1999; Kos, 1996; O'Sullivan, 2000), vendar le ti dejavniki odpora niso povsem prilagojeni okolju KC. Celotna diplomska naloga je napisana s poudarjanjem okoliščin odpora in sprejetja uvajanja kliničnih poti. Po mojem mnenju najbolj relevantne dejavnike odpora sem združil v tabeli (tabela 3.2). Razdeljeni so na organizacijske, psihološke in ekonomske, ki jih v istem vrstnem redu preverjam tudi z vprašalnikom. Pri tem gre za interpretacijo sestavljenih vprašanj, ki so sicer oblikovana na osnovi teoretskih predpostavk (npr. Anderson, 2002; Byvelds in Newman, 1992; Frambach in Schillewaert, 1999; Kos, 1996; O'Sullivan, 2000).

TABELA 3.2: Dejavniki odpora

VAR.	VRSTE ODPORA	SKUPINA ODPORA
v04	nejasnost ciljev	psi.
v05	neupoštevanje izkušenj drugih	psi.
v06	pričakovan drugačen način vodenja	org.
v07	manko virov	org.
v08	navajenost na star način dela	psi.
v09	merjenje porabe (transparentnost)	ek.
v10	je le še en od neuspešnih poskusov	psi.
v11	moč	org.
v12	neformalno učenje	org.
v13	varčevanje	ek.
v14	manko formalnega znanja	org.
v15	poslabšanje prijateljskih odnosov	org.
v16	neupoštevanje kompleksnosti dela	org.
v17	IT (transparentnost)	psi.
v18	stroški	ek.
v19	strah	psi.
v20	odkrivanje starih napak (trans.)	psi.
v21	prednost nujnejšim spremembam	org.
v22	čas trajanja uvajanja	org.
v23	konformnost	org.

v24	strah pred stroški zaradi neuspeha	ek.
v25	manko interesa	psi.
v26	preizkušnost	psi.
v27	transparentnost	psi.
v28	nepoglobljenost, indiferentnost	psi.
v30	podpora kolegov(ic)	org.

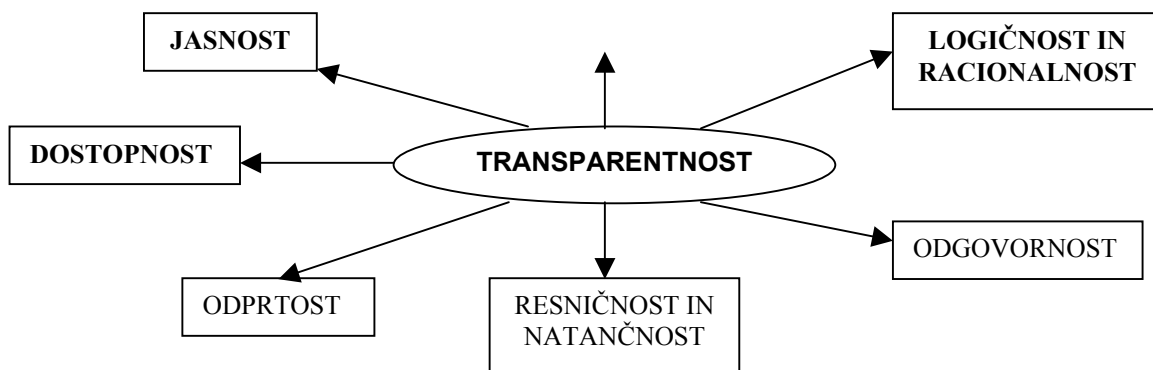
*Če je iz vprašanja moč razbrati tudi spraševanje o transparentnosti, je to pri pripadajoči variabli označeno v oklepaju.

Poimenovanje nekaterih variabel bi bilo lahko glede na sestavljen vprašalnik tudi nekoliko drugačno. Variable so uvrščene v eno od skupin, ker je to relevantno za kasnejše preverjanje hipotez v analitičnem delu naloge. Nekatere bi lahko uvrstili namesto med psihološke npr. med organizacijske ali celo ekonomske. Zato bi nekaterim variablam v tabeli lahko sledila obsežna razlaga in utemeljitev, vendar navajam samo nekatere. Pri nejasnosti ciljev je bolj poudarjen manko zainteresiranosti posameznika kot samo vzdušje in šibkost organizacije. Če posamezniki čutijo manko neformalnega učenja ali konformnost, je to le takšna značilnost organizacije in njihovih osebnih značilnosti.

3.4 TRANSPARENTNOST

Prav tako kot nekatera orodja za transparentno odločanje, kot je npr. DMS (decision mapping system), tudi klinične poti prek oblikovanih algoritmov širijo transparentnost. Sledenje napačnih odločitev v določenih časovnih točkah nam omogoča obsežna dokumentacija, ki je shranjena na specifični lokaciji (Drew, 2001). Pred komentarjem rezultatov analize v naslednjih poglavjih je potrebna natančnejša opredelitev transparentnosti, ki je po mojem mnenju glavni vzrok odpora. Transparentnost je večdimenzionalen problem, ki je sestavljen iz na spodnji shemi navedenih sestavin. Transparentnost je pomembna zaradi prispevka k demokratičnem načinu odločanja, saj so odločitve z njo učinkovitejše, dovoljujejo kontrolo in ocenjevanje, hkrati pa tudi institucionalno kredibilnost in legitimnost (Drew, 1996). Po Drew-ovi (2001) so njene sestavine: jasnost, dostopnost, skladnost z ostalimi odločitvami, logičnost in racionalnost, resničnost in natančnost, odprtost in odgovornost.

<p style="text-align: center;">SKLADNOST Z OSTALIMI ODLOČITVAMI</p>



Vir: Drew, 2001.

SHEMA 3.7: Analiza transparentnosti

Klinične poti bodo pripomogle k večji meri transparentnosti v procesu zdravstvene oskrbe pacienta, pri tem bodo **bolj kot sedaj tudi razvidni vzroki in posledice odločitev medicinskega osebja** (delno povzeto po Andriessen, 2003).

Logan (2003) v svojem članku navezuje transparentnost na korupcijo in menedžersko etiko. Na transparentnost v tej nalogi gledam manj pompozno, poleg kontrole pomeni namreč tudi pomoč, saj klinične poti omogočajo večjo preglednost ne le zaposlenim v zdravstvenem sektorju temveč tudi pacientu. Ta je lahko hitreje in pregledneje seznanjen s prihodnjo obravnavo zdravljenja svoje diagnoze. Dr. Keber (idr., 2003) v svoji Zdravstveni reformi v poglavju 5.2.4 poudarja koruptnost, saj poudarja "obstoj koruptivnih odnosov med dobavitelji in vodstvi zavodov in nedovoljenega kartelega dogovarjanja med dobavitelji". S tako ekstremno in vseobsegajočo izjavo se je težko strinjati, pa tudi klinične poti in z njimi prihajajoča večja transparentnost tako opisane situacije in ugleda slovenskega zdravstva ne bodo rešile.

4 REZULTATI ANALIZE

4.1 ZBIRANJE PODATKOV

Proučevani slučajni vzorec sestavljajo zaposleni in konzultanti v Kliničnem centru Ljubljana, ki se na svojem delovnem mestu srečujejo s pojmom kliničnih poti. Nekateri izmed njih tudi aktivno sodelujejo pri kliničnih poteh Rana, Hepatitis C, Akutna možganska kap ali Rak debelega črevesa. Respondenti so bili informirani o vzrokih in namenu anketiranja. Anketiranje je potekalo od 20. avgusta do 10. septembra 2003 in prikazuje posnetek stanja v tem časovnem obdobju.

4.2 OPIS VZORCA

Namen raziskave je bil anketirati 40 posameznikov, vendar jih 10 pri anketiranju ni želelo sodelovati. Anketirani ne predstavljajo reprezentativnega vzorca. Za izpolnjevanje ankete so bili izbrani posamezniki, ki imajo z uvajanjem kliničnih poti največ znanja in izkušenj. Poznajo problematiko in so relativno naklonjeni njihovem uvajanju, prav zato se je po

zaključku ankete v večini primerov razvil z njimi daljši razgovor, ki mi je bil v pomoč pri pisanju te naloge in razumevanju problematike kliničnih poti. Kljub temu je potrebno poudariti, da je bilo v KC Ljubljana manj kot 60 ljudi do sedaj vključenih v delovne skupine za pripravo kliničnih poti. Ostali zaposleni v KC te oblike organizacijske inovacije ne poznajo prav dobro. Med njimi žal obstajajo tudi nekateri, ki v njih ne sodelujejo aktivno. Tisti, ki očitno ne podpirajo uvajanja kliničnih poti, so se v večini primerov tudi izogibali sodelovanja pri anketi in pogovorom na to temo, kljub prošnji in poudarku relevantnosti tudi njihovih mnenj in odgovorov. Prav zato sem na začetku sicer želena idejo o reprezentativnem vzorcu moral opustiti.

TABELA 4.1: Število let zaposlitve v zdravstvu

ŠTEVILO LET ZAPOSLOTITVE V ZDRAVSTVU	FREKVENCA
od 0 do 5 let	3
od 5 do 10 let	6
od 10 do 15 let	6
od 15 do 20 let	7
nad 20 let	8
n	30

Anketiranih je bilo 30 posameznikov starih od 23 do 63 let. Spolna struktura je relativno uravnotežena. Glede na število let zaposlitve v zdravstvu so anketiranci relativno enakomerno razporejeni. Nekaj več jih je uvrščenih v zadnji odprti razred.

TABELA 4.2: Poklic

POKLIC	FREKVENCA
zdravnik/ca	7

diplomirana medicinska sestra	7
zdravstveni tehnik/ica	5
drugo	11
n	30

Diplomirane medicinske sestre in zdravstveni tehniki se navadno obravnavajo skupaj in tako predstavljajo dobro tretjino anketirancev. Zdravniki in zdravnice so bili tudi zaradi dopustov in zaradi tega potrebnih nadomeščanj kolegov in kolegic v času opravljanja ankete težje dosegljivi. Največ anketirancev sicer spada med nezdravstvene poklice, vendar tudi zato ker se nekateri zaposleni že nekaj let ne ukvarjajo s pacienti, kljub temu da po izobrazbi spadajo med zdravstvene poklice.

4.3 INTERPRETACIJA REZULTATOV IN KLJUČNE UGOTOVITVE

Že na začetku je potrebno poudariti, da gre za analizo manjšega vzorca anket. To ima za posledico omejenost pri obdelavi in interpretaciji rezultatov. Posploševanje na populacijo, v tem primeru na vse zaposlene KC, je prav zato tudi nesmiselno. Nemogoče je tudi zaradi nestrukturiranosti vzorca.

TABELA 4.3: Izmerjene vrednosti dejavnikov odpora

VAR.	SKUPINA ODPORA	POIMENOVANJE VARIABLE	POVPREČNA VREDNOST	STAND. ODKON
v01		<i>delovne izkušnje zdrav. sistemu</i>		
v02		<i>poklic</i>		
v03		<i>odobravanje kliničnih poti</i>	7,43	1,72
v29		<i>glavni vzrok neodobravanje uvajanja kliničnih poti</i>		
v31		<i>glavni vzrok neodobravanja sodelovcev</i>		
v04	psi.	nejasnost ciljev	4,93	2,92
v05	psi.	neupoštevanje izkušenj drugih	6,77	2,25
v06	org.	pričakovan drugačen način vodenja	6,47	2,06
v07	org.	manko virov	7,47	1,57
v08	psi.	navajenost na star način dela	7,53	2,18

v09	ek.	merjenje porabe (transparentnost)	5,67	3,55
v10	psi.	je le še en od neuspešnih poskusov	5,60	3,16
v11	org.	moč	5,27	2,74
v12	org.	neformalno učenje	7,57	1,91
v13	ek.	varčevanje	5,87	2,86
v14	org.	manko formalnega znanja	6,87	2,37
v15	org.	poslabšanje prijateljskih odnosov	6,17	2,53
v16	org.	neupoštevanje kompleksnosti dela	7,73	1,57
v17	psi.	IT (transparentnost)	5,90	3,11
v18	ek.	stroški	5,70	3,26
v19	psi.	strah	4,37	3,52
v20	psi.	odkrivanje starih napak (trans.)	6,27	2,90
v21	org.	prednost nujnejšim spremembam	7,63	1,69
v22	org.	čas trajanja uvajanja	5,77	2,73
v23	org.	konformnost	5,00	3,35
v24	ek.	strah pred stroški zaradi neuspeha	5,70	3,01
v25	psi.	manko interesa	6,90	2,41
v26	psi.	preizkušnost	5,59	3,26
v27	psi.	transparentnost	7,03	2,28
v28	psi.	nepoglobljenost, indiferentnost	4,60	3,16
v30	org.	podpora kolegov(ic)	4,53	1,85

* Razlaga tabele sledi tudi na strani 46-47.

Prvih pet variabel ne meri vrste odpora na številski lestvici, zaradi tega so v tabeli in zato so zaradi večje preglednosti navedeni ločeno. Odgovor na 3. vprašanje (variabla v03), v kolikšni meri anketiranci odobravajo uvajanje kliničnih poti, je za to diplomu največjega pomena, saj združeno meri odobravanja in s tem tudi odpor do uvajanja kliničnih poti. Prvi dve navedeni variabli, ki predstavljata število let zaposlitve v zdravstvu in poklic respondenta, sta že obravnavani v predhodnem poglavju. Vse našteje variable v drugem delu tabele predstavljajo vrste odpora in so v istem vrstnem redu tudi zaporedna vprašanja na anketnem listu (Priloga A). Za zadnje in za vključno tretje vprašanje velja številska merska lestvica z vrednostmi od 0 do 10. Vprašanje 29 je odprto in predstavlja posameznikov glavni vzrok neodobravanja uvajanja kliničnih poti, kot tudi 31. vprašanje, pri katerem anketiranci navedejo po njihovem mnenju glavni vzrok neodobravanja uvajanja kliničnih poti svojih sodelavcev.

Zaenkrat je transparentnost še hipotetično v tej nalogi ocenjena za glavni vzrok zavračanja sprejetja organizacijske inovacije in bo skladno s tem natančneje raziskana v nadaljnji analizi. Malenkostno jo merijo tudi odgovori na 9., 17. in 20. vprašanje. Transparentnost merim s ključnim 27. vprašanjem in v kontrolo še z novo variablo, v katero so združena že omenjena vprašanja. Pri tem zato izhajam iz predpostavke, da merijo eno in isto stvar.

Viri oblikovanja hipotez so predvsem daljši pogovori s kolegi iz KC, v nalogi omenjeni viri, kot tudi moje osebne izkušnje z uvajanjem kliničnih poti. Iz tega izhajajo sledeče hipoteze:

H₁: Respondenti podpirajo uvajanje kliničnih poti.

H₂: Organizacijski dejavniki odpora so statistično pomembnejši od psiholoških in ekonomskih.

H₃: Odpor zaradi transparentnosti ne izhaja iz ekonomskih dejavnikov odpora.

H₄: Strah pred bodočo transparentnostjo je glavni vzrok odpora do sprejetja organizacijske inovacije.

H₅: Odpor zaradi transparentnosti je odvisen od odpora pred odkrivanjem starih napak.

H₆: Nepoznavanje ciljev kliničnih poti je premo sorazmerno z odporom zaradi transparentnosti.

H₇: Odpor do uvajanja informacijske tehnologije (IT) vodi v odpor zaradi transparentnosti.

H₁: Respondenti podpirajo uvajanje kliničnih poti.

Iz tabele 4.3 je razvidno, da **posamezniki v veliki meri odobravajo uvajanje kliničnih poti**. Povprečna vrednost odgovorov je 7,4. Standardni odklon je manjši od 2, kar je malo v primerjavi z ostalimi variablami in pomeni manjšo variacijo odgovorov. S tem je samo še potrjena presenetljiva podpora uvajanju inovacij, saj iz tega lahko sklepamo, da je le malo anketirancev odgovarjalo z vrednostmi manjšimi kot 5, kar je komaj srednja vrednost na številski lestvici. Glede na moje izkušnje in na poznavanje problemov, s katerimi se srečujejo člani delovnih skupin, je rezultat presenetljiv. Verjetno je takšna mera odobravanja posledica nabora anketirancev, ki jih je moč uvrstiti med relativno naklonjene uvajanju kliničnih poti. Opazno pri članih delovnih skupin je, da če se posameznik resnično poglobi v značilnosti kliničnih poti, jih ne le odobrava, ampak tudi aktivno promovira.

TABELA 4.4: Odobravanje kliničnih poti glede na izkušnje

	ODOBRAVANJE KLINIČNIH POVPREČNA VREDNOST
ŠT. LET ZAPOSLOTITVE V ZDRAVSTVU	
od 0 do 5 let	8,7
od 5 do 10 let	6,5

od 10 do 15 let	6,0
od 15 do 20 let	7,7
nad 20 let	8,5
	7,4

TABELA 4.5: Odobravanje kliničnih poti glede na poklic

ŠT. LET ZAPOSLOTITVE V ZDRAVSTVU	ODOBRAVANJE KLINIČNIH POVPREČNA VREDNOST
zdravnik	9,0
diplomirana medicinska sestra	5,8
zdravstveni tehnik	6,8
drugo	7,7
	7,4

Uvajanje kliničnih poti absolutno bolj podpirajo posamezniki, ki so manj kot 5 ali več kot 20 let zaposleni v zdravstvu. Nekateri zaposleni iz srednjih treh razredov pa so manj naklonjeni uvajanju kliničnih poti. Mlajši so bolj dovzetni do sprememb. Starejši imajo že veliko izkušenj, poznajo ključne disfunkcije sistema. Vedo, kaj bi bilo koristno in kaj bi se dalo spremeniti. Statistično značilno po uporabljeni analizi variance enega faktorja odstopajo v podpori kliničnih poti predvsem medicinske sestre. Zveze z vrstami odpora niso statistično značilne, tako da lahko o vzrokih njihovega odobravanja samo ugibamo.

H₂: Organizacijski dejavniki odpora so statistično pomembnejši od psiholoških in ekonomskih.

Za potrebe preverjanja druge hipoteze je bilo potrebno ponovno kodiranje 3. in 30. variable, saj lestvici merita stopnjo sprejetja in ne stopnje odpora kot ostala vprašanja. Po analizi se je izkazalo, da je Pearsonov korelacijski koeficient najvišji za v novo variablo združene ekonomske dejavnike odpora (0,71) in prav najnižji za združene organizacijske (0,59). Izhajajoč iz predpostavke, da združeni indikatorji merijo isto stvar, so tudi v tem primeru kot že pri novi variabli transparentnosti (opisano na strani 41) vrste odpora združene v tri skupine. **Organizacijski dejavniki odpora niso statistično pomembnejši od ekonomskih in psiholoških** (0,61). Čeprav gre za majhno razliko v vrednosti vseh 3 koeficientov, pa koeficienti kažejo na močno zvezo. Kot kaže, anketiranci ne čutijo pritiska organizacije, v našem primeru profesionalne birokracije, na delovnem mestu.

H₃: Odpor zaradi transparentnosti ne izhaja iz ekonomskih dejavnikov odpora.

Odpor zaradi transparentnosti je v statistično značilni povezanosti z združenimi ekonomskimi dejavniki odpora. Osnovne hipoteze **ni mogoče sprejeti**. To je v nasprotju s postavljeno tezo, **da odpor zaradi transparentnosti ne izhaja iz ekonomskih dejavnikov odpora**. To velja tako za 27. vprašanje, ki poudarja samo transparentnost, kot tudi za združeno variablo transparentnosti, v katero so združeni štirje že omenjeni dejavniki odpora. Zanimivo je, da nista v statistično značilni zvezi odpor in kritika možne večje kontrole porabljenih materialov, ki jo že po definiciji spodbujajo klinične poti. Vsi anketiranci verjetno še ne čutijo klinične poti kot vseobsegajoče, kot organizacijske inovacije. Pri odprtih vprašanjih se kaže, da o njih mislijo kot še o eni nepotrebnih ideji vodstva in ne kot na v svetu popularno metodologijo delovanja organizacije, dela v zdravstvenih ustanovah.

H₄: Strah pred bodočo transparentnostjo je glavni vzrok odpora do sprejetja organizacijske inovacije.

Kljub temu, da med transparentnostjo in sprejetjem obstaja statistično značilna zveza, pa **strah pred bodočo transparentnostjo ni glavni vzrok odpora do sprejetja organizacijske inovacije**. Ostali, v analizi dobljeni Perasonovi koeficienti, kažejo močnejše zveze. Transparentnost so kot glavni vzrok neodobravanja kliničnih poti že na začetku mojega ukvarjanja s to tematiko poudarili posamezniki z največ znanja na tem področju, prav zato sem transparentnost izbral kot glavni vzrok neodobravanja kliničnih poti. Tudi po definiciji je tako, a ker se klinične poti še niso začele uvajati v praksi, na oddelkih, o tej njihovi značilnosti respondenti v večini ne razmišljajo prav poglobljeno.

H₅: Odpor zaradi transparentnosti je odvisen od odpora pred odkrivanjem starih napak.

Med strahom pred odkrivanjem starih napak in transparentnostjo ne obstaja statistično značilna zveza, kljub temu da bi bilo mogoče prav opisan strah uvrstiti med ene od variabel, ki deloma merijo tudi transparentnost. Podobno kot že pri razlagi rezultatov prejšnje hipoteze člani delovnih skupin ne čutijo transparentnosti kot grožnje pred odkrivanjem starih napak. Prav zato ker je ena od glavnih značilnosti kliničnih poti in ker jo zaposleni v KC ne razumejo kot oviro za sprejetje organizacijske inovacije, bi ji bilo v prihodnje potrebno namenjati več pozornosti, kot sem že nakazal v teoretskem delu diplome.

H₆: Nepoznavanje ciljev kliničnih poti je premo sorazmerno z odporom zaradi transparentnosti.

Odpor, ki ima vzrok v nepoznavanju ciljev, ni v statistični zvezi z odporom zaradi transparentnosti. Edina statistično značilna zveza, ki obstaja med cilji z več že omenjenimi oblikami transparentnosti, ki jih je možno razbrati iz vprašalnika, se kaže v sicer nizki in negativni vrednosti Pearsonovega korelacijskega koeficienta in odpora zaradi uvajanja informacijske tehnologije. Večji kot je odpor zaradi nepoznavanja ciljev, manjši je odpor do uvajanja IT. Iz tega lahko sklepamo, da anketiranci že sami vidijo uvajanje IT kot način zmanjševanja odpora. To je skladno z največkrat poudarjenim dejstvom odprtih vprašanj ankete, da bi bilo v prihodnje smiselno dosti več pozornosti nameniti jasni predstavitvi ciljev. Dva od anketirancev se ne pritožujeta direktno nad nepoznavanjem ciljev, moti ju pa predvsem nekonsistentnost ciljev.

H₇: Odpor do uvajanja informacijske tehnologije (IT) vodi v odpor zaradi transparentnosti.

Prav tako kot pri strahu zaradi odkrivanja starih napak velja tudi za korelacijo med uvajanjem **informacijske tehnologije** in transparentnostjo ne obstaja statistično značilna zveza. Ta se z razliko od odkrivanja starih napak navezuje na prihodnost, vendar prav tako **ni v statistični zvezi z odporom**. Tudi variabla, ki poudarja časovno komponento, ni v statistični zvezi s transparentnostjo. Podobno kot pri predhodnem komentarju preverjanja hipoteze lahko trdim, da je odpor do transparentnosti zaenkrat preveč latenten, da bi se lahko pri uvajanju kliničnih poti že manifestiral.

4.4 PREDLOGI ZA REŠITEV PROBLEMA ODPORA

Prav na največje izmerjene vrednosti odgovorov na vprašanja v tabeli 4.2 naj bodo v prihodnje usmerjene aktivnosti vodij in ostalih udeležencev delovnih skupin pri uvajanju kliničnih poti. Zbrani podatki v spodnji tabeli 4.6 so bistvo naloge. To so informacije, relevantne za zmanjševanje odpora in spodbudo sprejetja, ki se v procesu uvajanja organizacijske inovacije ne prestopata. Prav v naslednjih mesecih bosta pomembni

del procesa priprave pilotnega projekta, saj se bo teoretiziranje začelo preverjati v praksi, s čimer se bodo začele potrjevati ideje kliničnih poti. V tej fazi inovacijskega procesa se bo tudi razširil krog ljudi, ki bodo postali del procesa uvajanja.

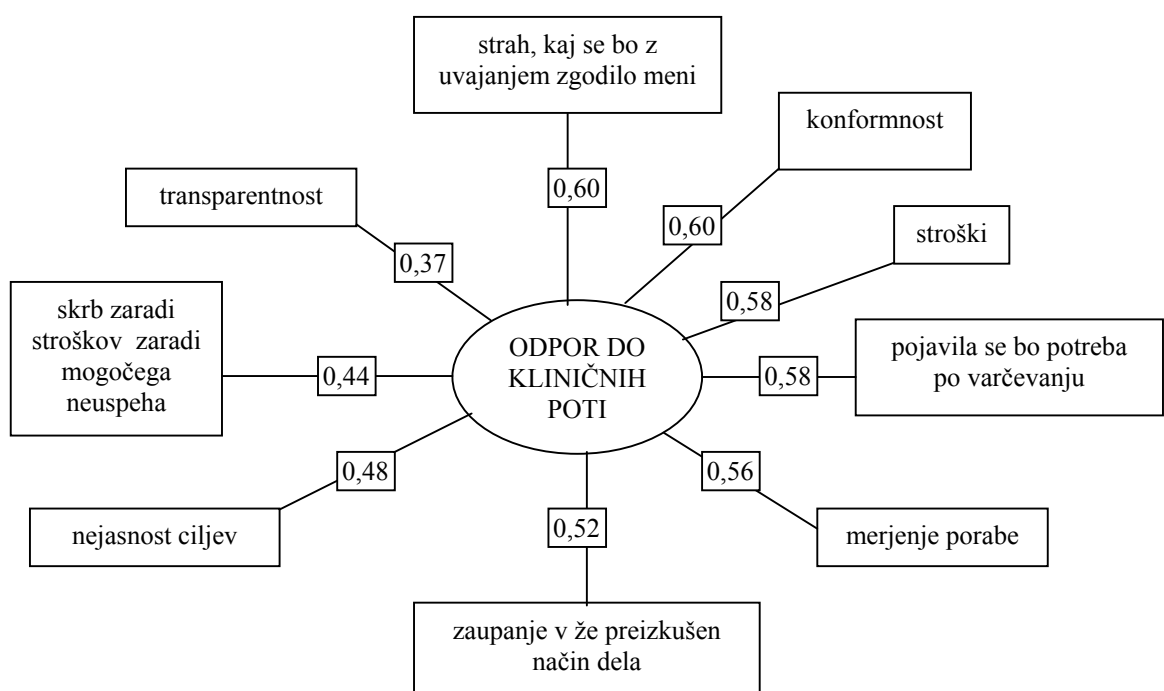
V času raziskave se je pokazalo, **da izmerjena intenzivnost odpora** (povprečne vrednosti variabel v tabeli 4.6) **v največji meri temelji na kompleksnosti vključitve klinične prakse v dokumente bodoče klinične poti, dajanju prednosti nujnejšim spremembam in da zaposleni zaupajo v ustaljen in poznan način dela.** To potrjuje, kako nedobrodošle so spremembe in organizacijske inovacije v zdravstvenih ustanovah, kot tudi v ostalih organizacijah, strukturiranih kot profesionalna birokracija. Hkrati to poudarja, da gre pri kliničnih poteh skladno z mojo idejo o organizacijski inovaciji za zelo vseobsegajočo spremembo. Dajanje prednosti nujnejšim spremembam pred kliničnimi potmi je skladno z mnenjem nekaterih avtorjev, npr. Janasa (1998), ki trdi, da je to lahko posledica manka ustrezne komunikacije, ki je bistvena komponenta dela v skupni, kjer delo priprave kliničnih poti tudi poteka. Sledi odpor zaradi manka neformalnih znanj in manka virov. Kot zadnji od pomembnejših dejavnikov odpora z izmerjeno povprečno vrednostjo večjo od 7 se kaže prav transparentnost. Glede na v nalogi napisane teoretske predpostavke nima takšnega pomena, kot je bilo pričakovati. Isto je moč trditi na podlagi testov korelacij s transparentnostjo in ostalih vrst odpora, saj gre pri transparentnosti za statistično značilno vez. Analiza je predstavljena v tabeli 4.6 in shemi 4.1. Zato je nesporno dejstvo, da se transparentnosti posamezniki zavedajo in se je tudi še bodo zaradi bližnjega začetka implementacije pilotnih projektov.

TABELA 4.6: Najvišje izmerjene vrednosti dejavnikov odpora

VAR.		POIMENOVANJE VARIABLE	Povprečna vrednost	Stand. odkon
v03		<i>odobravanje kliničnih poti</i>	7,43	1,72
v16	org.	neupoštevanje kompleksnosti dela	7,73	1,57
v21	org.	prednost nujnejšim spremembam	7,63	1,69
v12	org.	neformalno učenje	7,57	1,91
v08	psi.	navajenost na star način dela	7,53	2,18
v07	org.	manko virov	7,47	1,57
v27	psi.	transparentnost	7,03	2,28

Spodbudno na drugi strani je, da so nekaterim posameznikom cilji jasni (glej tabelo 4.3), nimajo strahu pred uvajanjem kliničnih poti in priznavajo, da so se v vsebino kliničnih poti premalo poglobili. Glede na opravljen test korelacije odpor posameznikov ni v statistično značilni zvezi z njihovim mnenjem o odporu sodelavcev. Tudi nihanje odgovorov pri tem vprašanju je minimalno. Posamezniki sklepajo, da njihovo odobravanje inovacije ni pogojeno z mnenjem sodelavcev. Standardni odklon odgovorov je največji pri odporu zaradi merjenja porabe, pri odporu zaradi strahu, kaj se jim bo zgodilo v prihodnosti, in glede poudarjanja konformnosti delovnega okolja. To kaže na kompleksnost odnosov v delovnem timu, kateremu pripadajo posamezniki. Vendar glede na to da gre za le 30 od več kot 6000 zaposlenih v KC, takšno nihanje niti ni presenetljivo.

V tej nalogi ni prostora za komentar vseh dobljenih odvisnosti korelacijskih koeficientov. V spodnji shemi 4.1 so navedene statistično značilne korelacije med odporom uvajanja kliničnih poti in vrstami odpora. **Večji kot je odpor, pomembnejši postaja njihov vpliv (shema 4.1)**, kljub temu, da je bil npr. strah, kaj se bo po uvajanju kliničnih poti zgodilo s posameznikom, spoznan za manj pomembnega glede na povprečne vrednosti ostalih vrst odpora. Povprečna vrednost straha, kaj se bo po uvajanju kliničnih poti zgodilo s posameznikom je le 4,37. Našteti dejavniki so prav tako pomembni za uspešnejšo promocijo kliničnih poti kot v začetku tega poglavja omenjeni vrstni red povprečnih vrednosti odporov. Ker je vzorec majhen, je tudi bolje, da je analiza previdnejša in ne enostranska.



SHEMA 4.1: Najpomembnejši vzroki odpora

*V manjših kvadratih so dodani statistično značilni Pearsonovi korelacijski koeficienti

4.5 PREDLOGI ZA NADALJNE RAZISKOVANJE

V teoretskem delu omenjeni delitvi dejavnikov sprejetja in odpora na organizacijske in psihološke so bili skladno s Kosom (1996) dodani tudi ekonomski dejavniki. Vsi ti so lahko različno pomembni in v različni medsebojni odvisnosti ter imajo tudi različne značilnosti v celotnem procesu uvajanja inovacije. Za Caldenteya in Gomeza (1997: 81) zahteva celoten proces inoviranja drugačno osnovno razmišljanje. Slednje je pod neprestanim vplivom cene in kvalitete ali vsaj ene od njiju, ki pa sta si lahko tudi med seboj v negativni ali pozitivni odvisnosti. Rezultati opravljene analize bi bili lahko tudi drugačni, saj so v shemi 3.5 in shemi 3.6 navedene še neupoštevane variable in mnoge možne zveze odvisnosti, ki niso bile vključene v opravljeno anketo. V prihodnje bi lahko nadaljnje raziskovanje temeljilo na v pričujočem empiričnem delu izmerjenih dejavnikih odpora in bilo usmerjeno na njihovo še natančnejše merjenje in razčlenjevanje. Ker je oblikovanje dokumentacije za začetek implementacije kliničnih poti v zadnjih fazah, bi lahko bilo podobno kot omenjata Byvelds in Newman (1992) več pozornosti namenjene načinom sprejemanja konsenza o vsebini in formatu končnega izdelka dokumentacije h klinični poti.

Če lahko izmerimo intenziteto odpora, je neka minimalna mera sprejetja med posamezniki v organizaciji že dosežena. To pomeni, da so posamezniki že razmišljali o značilnostih organizacijske inovacije. Če ne gre za omenjeni radikalni odpor ali odpor do ciljev, so podane smernice nadaljnjih aktivnosti za implementacijo kliničnih poti. Teoretično utemeljeno potrditev o kliničnih poteh kot organizacijski inovaciji bi bilo lažje pridobiti po vsaj delni implementaciji kliničnih poti čez nekaj mesecev. Takrat bo z njimi seznanjenih večje število od 6000 zaposlenih v KC in bi bilo mogoče preverjati ne le vzroke odpora, ampak tudi

podobo te organizacijske inovacije, npr. glede na tri variante, omenjene v njeni definiciji, ali razumevanje organizacijske inovacije pri posameznikih v različnih oddelkih in s tem različno strukturiranih organizacijskih oblikah v KC. V zvezi z implementacijo organizacijske inovacije v prihodnosti bi morala biti pozornost usmerjena na spodbujanje primerjalnih študij z ostalimi zdravstvenimi institucijami in na možnosti prenosljivosti idej ali samih organizacijskih inovacij med njimi. Birokracija, značilna za vse hierarhične organizacije, bo pri uspešnosti pilotnih projektov v prihodnje dosti bolj moteča, kot je bila pri sedanjem delu posameznikov v delovni skupini. Zato jo je potrebno zmanjšati z uvajanjem kliničnih poti in drugih oblik organizacijskih inovacij.

5 ZAKLJUČEK

Inovacija je v tej nalogi obravnavana kot želja po učinkovitejši organizaciji in opravljanju storitev. Inovacija ne samo da ustvarja, ampak tudi ruši, kot slikovito ponazarja Schumpetrov koncept kreativne destrukcije. Gre za napad na spremembo organizacijske kulture, na podzavestno verovanje njenih članov. Kultura omogoča preživetje in prilagajanje vplivov nastajajočih problemov znotraj organizacije in vplivov iz zunanjega okolja. Zato je razumljivo, da se pri tem pojavlja odpor.

Namen naloge je bila definicija in opis primera uvajanja organizacijske inovacije v KC Ljubljana, za kar je bil potreben mikro pristop k raziskovanju. To pa ima na drugi strani za posledico ujetost v kontekst KC. Organizacijska inovacija pokaže svojo dejansko vrednost in rezultate v daljšem časovnem obdobju. Zaradi različnih opredelitev v strokovni literaturi je novo oblikovana definicija organizacijske inovacije deljena na tri variante. Povzroča:

- 1) prerazporejanje in podreditev vseh ključnih virov organizacije. Prek koordinacijskih mehanizmov spodbuja k večjemu številu produktivnih in procesnih inovacij;

- 2) povzroči menjavo organizacijske strukture ali pomembnih delov organizacijske oblike npr. piramidne s hierarhičnim načinom odločanja v heterarhično soodločanje medsebojno povezujočih se akterjev;

3) vzpostavlja takšen odnos med neodvisnimi organizacijami, kar ima za posledico strukturne spremembe v gospodarstvu, razna pogodbeno razmerja in sodelovanja, mrežna povezanost podjetij ...

Zakaj je klinična pot organizacijska inovacija? Odgovori na to vprašanje se vrstijo skozi celotno nalogo. Gre predvsem za obsežnost spremembe, ki bo spremenila vsakodnevno delo večine zaposlenih v zdravstvenem sektorju in 60 do 70 % obravnava pacientov pri najpogostejših diagnozah, koordinacijo aktivnosti na podlagi implementacije kliničnih poti in verjeten način financiranja večine zdravstvenih storitev čez nekaj let. Gre za obsežno spremembo zdravstvenega sistema, ki se ne ogne jedra toge organizacijske strukture, zahteva njeno spremembo in prav zato je uvajanje kliničnih poti organizacijska inovacija.

Iz opravljene ankete je posredno spoznana tudi vrednost organizacijske inovacije v očeh anketirancev. Vsi anketiranci še ne čutijo klinične poti tako vseobsegajoče kot organizacijske inovacije. Pri odprtih vprašanjih se kaže, da o njih mislijo kot še o eni nepotrebnih ideji vodstva.

Kaj organizacijska inovacija mora vsebovati, da bo sprejeta v organizaciji, lahko pomeni, katere aktivnosti so potrebne, da se spremeni trenuten odpor do sprejetja in s tem dvigne uspešnost kot tudi učinkovitost organizacije. Drugi del naloge se osredotoči na vprašanje, kaj vse je potrebno, da jo posameznik sprejme za svojo. Po opisu inovacijskega procesa s poudarkom na sprejetju in odporu, so bili izluščeni ključni dejavniki odpora. Za preverjanje hipotez je bila na manjšem vzorcu opravljena anketa, ki analizira, na čem temelji posameznikova odločitev in s čim bi se dalo odpor zmanjšati. Nekateri vzroki odpora so zato v analizi izmerjeni in komentirani. Ideje nekaterih v nalogi omenjenih avtorjev so samo delno relevantne za okolje Kliničnega centra. Skupaj z navedenimi vrstami odpora zaposlenih ponujajo možnosti razrešitve odpora. Iz preverjanja hipotez sledijo naslednje ugotovitve in spoznanja:

- posamezniki v veliki meri odobravajo uvajanje kliničnih poti;
- organizacijski dejavniki odpora niso statistično pomembnejši od ekonomskih in psiholoških;
- odpor zaradi transparentnosti ne izhaja iz ekonomskih dejavnikov odpora;

- strah pred bodočo transparentnostjo ni glavni vzrok odpora do sprejetja organizacijske inovacije;
- med strahom pred odkrivanjem starih napak in transparentnostjo ne obstaja statistično značilna zveza;
- odpor, ki ima vzrok v nepoznavanju ciljev, ni v statistični zvezi z odporom zaradi transparentnosti;
- odpor zaradi informacijske tehnologije ni v statistični zvezi z odporom zaradi transparentnosti;

Analiza kaže, da bo v največji meri odpor temeljil na kompleksnosti vključitve klinične prakse v dokumente bodoče klinične poti. Prav tako na dajanju prednosti nujnejšim spremembam in zaupanju zaposlenih v ustaljen in poznan način dela. Na drugi strani pa večji kot bo odpor, večji bo pomen razmišljanja posameznika o sebi, kaj se mu bo zgodilo, o konformnosti, stroških kliničnih poti, varčevanju z materiali, o merjenju porabe, zaupanja v že preizkušen način dela, nejasnosti ciljev in transparentnosti. Transparentnost se kaže kot zadnji med pomembnejšimi dejavniki odpora, kar je sicer neskladno s teoretskimi predpostavkami. Prav zato ker je ena od glavnih značilnosti kliničnih poti in ker jo zaposleni v KC ne razumejo kot ključni dejavnik, bi ji bilo v prihodnje potrebno namenjati več pozornosti.

Za boljšo analizo bi bilo potrebno imeti kvalitetnejšo bazo podatkov in ne le mnenja in izkušnje majhnega števila sicer najbolj relevantnih posameznikov v množici 6000 zaposlenih v KC. Kljub temu je empirična analiza prikazala nekaj zanimivih dejstev. Potrebno bi bilo več podatkov o pacientovih odnosih do kliničnih poti, vzrokih odločitev nadaljnjih aktivnosti, natančnejši podatki o implementaciji in o možnostih uvajanja produktivnih in procesnih inovacij. Več podatkov, ki bi jih, sicer nekoliko paradokсно, lahko omogočila komaj implementirana organizacijska inovacija v obliki kliničnih poti.

Razlike med ljudmi so vir moči (O'Sullivan, 2000). Seveda si je citat mogoče razlagati na več načinov. Uporabljen v tej nalogi naj bi pomenil uspešno udejanjanje kliničnih poti po razrešitvi relevantnih vzrokov odpora, ki se med posamezniki razlikujejo. Tudi na odpor je zato potrebno ves čas gledati s pozitivnega stališča. Eden od načinov, kako premagati odpor

in uvesti inovacijo, temelji na vključitvi posameznikov v pripravo na njeno uvajanje. Najlažje je, da jo začutijo, če takšne vrste dejavnosti seveda že v naprej ne zavračajo. "Zaposleni so vir talentov in ustvarjalnosti in predstavljajo moč organizacije" (Collins, 1998: 101). Da bi bilo delo prijetnejše, vzporedno s kliničnimi potmi poteka uvajanje novega informacijskega sistema, ki vključuje tudi pripravo na spremenjen način plačevanja zdravstvenih storitev, zato le-ta ne bi bil samo posodobitev obstoječega administrativnega računalniškega sistema. Postal naj bi bistven sestavni del nove podobe organizacije, uveljavljenih kliničnih poti v podobi organizacijske inovacije.

6 LITERATURA

6.1 Monografske publikacije

- Collins, Davids (1998): *Organizational change, sociological perspectives*. Routledge, London.
- Dawson, Sandra (1992): *Analysing organisation*. The Macmillan press Ltd., London.
- Harper, Douglas in sodelavci (1998): *The care of the Patient with a chronic Leg ulcer*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Sigh Publication. Edinburgh.
- Ilič, Branko (2001): *Socioekonomska analiza spodbude za inoviranje v podjetju*. Znanstvena knjižica FDV, Ljubljana.
- Jevtič, Vanda in sodelavci (2002): *Projekt načrtovanja kliničnih poti v Kliničnem centru v Ljubljani*. Klinični center Ljubljana, Ljubljana.
- Keber, Dušan idr. (2003): *Izhodišče in cilji za reformo zdravstvenega varstva*. Ministrstvo za zdravje RS, Ljubljana.
- Kos, Marko (1996): *Inovacijski menedžmet*. Teorija in praksa, Ljubljana.
- Mintzberg, Henry (1979): *The structuring of Organizations*. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Smelser, J. Neil, Paul B. Baltes (2001): *International encyclopedia of the social and behaviour Science*. Elsevier, London.

6.2 Diplomske naloge

- Ilič, Branko (1996): *Kvaliteta delovnega življenja in zdravja zaposlenih v Sloveniji, diplomska naloga*. FDV, Ljubljana.

6.3 Članki

- Clark, Jocelyn (2003): "Quality improvement forum sets sights on developing countries and on patients, BMJ (PubMed)" V: *At the forum on Quality improvement in health care*. Bergen.
- Gardner, Martin (2003): "Why clinical information standards matter, Because they constrain what can be described". V: *BMJ*. 326, bmj.com, 1001-1002.
- Malnar, Brina (2002): "Uvod". V: Brina Malnar in Niko Toš (ur.): *Družbeni vidiki zdravja: Sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva*. FDV - IDV, Ljubljana, 4-7.
- Rogers, E. M. (2001): "Innovation, Theory of" V: Smelser, J. Neil in Paul B. Baltes (ur.): *International encyclopedia of the social and behaviour Science*. Elsevier, London, 7540-7543.
- Rura-Polley, T. (2001): "Innovation: Organizational". V: Smelser, J. Neil, Paul B. Baltes (ur.): *International encyclopedia of the social and behaviour Science*. Elsevier, London, 7536-7540.
- Vogrinc, Miša (2003): "Manj čakanja na operativne posege". V: Majda Struc (ur.): *Večer*. 17971, 183, Maribor, 1.

6.4. Internetni članki

- Anderson (2002): *26+ Reasons Why Employees Resist Changes*. Anderson Consulting, Philadelphia.
URL:<http://www.andersonconsulting.com/org/resist.htm>, (2.6.2003).
- Byvelts, Rita, Joanne Newman (1992): *Understanding change in an organization*.
URL:<http://www.gov.mb.ca/agriculture/homeec/cld01s01.html>, (2.6.2003).
- Caldentey, Albert Pedro, Ana Cristina Gomez Munoz (1997): *Typical products, technical innovation and organizational innovation, Typical and traditional productions: Rural effect and agro-industrial problems*. EAAE Seminar - Parma, June 19-21 1997, 77-87. URL:http://www.origin-food.org/pdf/eaae97/04_caldent.pdf, (30.6.2003).
- Cardozo, Lavoisier, Susan Aherns (1999): *Assessing the Efficacy of a Clinical Pathway in the Management of Older Patients Hospitalized with Congestive Heart Failure*. JHQ.
URL:<http://www.allenpress.com/JHQ/079/079.htm>. (1.9. 2003)
- Carlisle, Cynthia (1999): *Innovation Network*.
URL:<http://www.thinksmart.com/2/articlesorganizational.html>, (30.6.2003).
- Coriat, Benjamin (2000): *Organizational Innovation in European firms: A critical overview of the survey evidence*. Oxford University Press.
URL:http://sssup1.sssup.it/~LEM/Dynacom/files/D04_0.pdf, (21.3.2003).
- Drew, Christina (2001): *Transparency*. University of Washington.
URL:http://nalu.geog.washington.edu/dms/transparency_content.html, (2.6.2003).
- Fetter, Robert Barclay (1982): *Diagnosis-related group*. Yale University in Medicare.
URL:<http://www.wikipedia.org/wiki/DRG>, (1.9.2003).
- Fowler, Jo (2003): *Developing clinical pathway*. St. Vincent Hospital.
URL:http://wwwsvh.stvincents.com.au/qi/Clin_Pathways/cp_guidelines.htm, (30.7.2003)
- Frambach, T. Rudd, Niels Schillewaert (1999): *Organizational Innovation Adoption: A Multi-Level Framework of Determinants and Opportunities for Future Research*. University of Ghent in Tilburg University. URL:<http://www.ebusiness.xerox.com/isbm/dscgi/admin.py/Get/File-98/29-1999.pdf>, (2.6.2003).
- Janas, Monica (1998): *Shhhhh, the dragon is asleep and its name is Resistance*. University of Charleston, Journal of Staff Development, (Vol. 19, No. 3),
URL:<http://www.nsd.org/library/jsd/janas193.html>, (2.6.2003).
- Kolony, Harvey, Erik Latniak, Ulrik Pekruhl, Michel Liu, Franko Malerba, Giovanni Gavetti, Laura Campanini, Paul Lillrank, Juan Ramon Figuera, Rafael Ramos, Bengt Stymne, Torild Carlsson, Peter Hägglund, Peter Clark, Frank Müller, Fred Steward, Rami Shani (1994): *International Transfer of Organizational Innovation*. EIMS Project No 94/106.
URL:<http://www.cordis.lu/eims/src/eims-r45.htm>, (30.6.2003).

- Kratzer, Jan (2001): *Communication and performance, An empirical study in innovation teams*. Gera. URL:<http://www.ub.rug.nl/eldoc/dis/ppsw/j.kratzer/H1.pdf>, (2.6.2003).
- Logan, Robert (2003): *Transparency Ethics*. California nonprofit public benefit corporation, Camino. URL:<http://www.learnwell.org/eth14.shtml>, (20.6.2003).
- Meško, Borut (2003): *Slovenija v letu 2002*. URL:<http://www.24ur.com>, (20.3.2003).
- Schmidt, Suzanne Adele, Joanne G. Sujansky (2002): *Taking the Fear out of Organizational Change*. URL:<http://www.renewalatwork.com/article2.htm>, (2.6.2003).
- Yogesh, Malhotra (1998): *Business Process Redesign: An Overview*. IEEE Engineering Management Review. URL:<http://www.brint.com/papers/bpr.htm>, (1.9.2003).

7 VIRI

- Andriessen, Anneke (2002): *Formulary for tissue repair for the Republic of Slovenia*. Anneke Andriessen and Co BV, Malden.
- Andriessen, Anneke (2003a): *Rationale/strenght of evidence/competence levels*. Anneke Andriessen and Co BV, Malden.
- Andriessen, Anneke (2003b): *Evidence based medicine*. Anneke Andriessen and Co BV, Malden.
- Council of Europe, Committee of ministers (1997): *Recommendation No. R (97) 5 of the committee of ministers to member states on the protection of medical data*. 584th meeting of the Minsters' Deputies. URL:<http://www.umich.edu/~itdtq/2.1.resistance.to.change.html> (2.6.2003).
- Jevtič, Vanda, Zoran M. Arnež, Tanja Mate, Dorian Marušič, člani delovne skupine (2003): *From functions to processes: Clinical pathway as a tool for implementation of QIS*. Klinični center Ljubljana, Ljubljana.
- Matičič, Mojca idr. (2003): *Klinična pot, kronični hepatitis C*. Klinični center Ljubljana, Ljubljana, 21.
- Svet Evrope (1997): *Recalling the general principles on data protection in the Convention for the Protection of Individuals Data*. European Treaty Series, No. 108 No. R (97) 5, 1997, 1-5.
- Winterstein, G. Almut (2002): *Evidence based medicine and implementation of guidelines*. PHCA 5211 Pharmacy Outcomes Management, week 4, gradivo s seminarja.

8 PRILOGE

Priloga A: ANKETNI LIST

Spoštovani,

z namenom boljšega uvajanja kliničnih poti je pred vami krajši vprašalnik. Vaše izkušnje in mnenja nam bodo v pomoč, kaj storiti, da bi delo v praksi steklo na prijaznejši način, hitreje in manj stresno. Po nekaj uvodnih vprašanjih se osredotočim na vzroke nestrinjanja. Kaj storiti za boljši uspeh?

1. Koliko let ste že zaposleni v zdravstvu:

- a) 0 do 5
- b) nad 5 do 10
- c) nad 10 do 15
- d) nad 15 do 20
- e) nad 20

2. Poklic:

- a) zdravnik
- b) dipl. med. sestra
- c) zdravstveni tehnik
- d) drugo

Klinične poti se uvajajo, da bi proces zdravljenja učinkovito vodil preko različnih stopenj, skozi določena časovna obdobja, v smeri zelenega cilja. V Kliničnem centru smo jih definirali kot poti od vstopa pacienta v javni zavod vse od začetka do konca obravnave ter izstopa iz sistema. Z naslednjimi vprašanji Vas sprašujem za mnenje o njih. Prosim Vas, če na lestvici od 0 do deset obkrožite vrednost vašega strinjanja ali nestrinjanja z zapisano izjavo.

3. V kolikšni meri odobravate uvajanje kliničnih poti.

(se ne strinjam) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (v celoti odobravam)

4. Cilji kliničnih poti mi še vedno niso jasni.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

5. Že na samem začetku bi bilo še v večji meri potrebno upoštevanje mnenja strokovnjakov o podobnih projektih tudi v drugih ustanovah.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

6. Pričakovati je bilo drugačno vodenje dela v skupini za pripravo kliničnih poti.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

7. Ni usposobljenega osebja, opreme, izdelanih standardov in materialov za uvajanje kliničnih poti.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

8. Ljudje na oddelku smo že navajeni doseganja načina dela.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

9. Klinične poti se uvajajo samo zato, da bi se merila poraba materiala, vzroki težav pa so povsem drugače.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

10. Gre smo še za eden izmed mnogih neuspešnih poskusov uvajanja sprememb.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

11. Pomembne odločitve za delo na oddelku bodo v prihodnje sprejemali drugi.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

12. Spremembe v zdravstvu zahtevajo veliko truda, učenja, previdnosti ... pri privajanju na nov način dela. To pa je enostavno težko.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

13. Materiali za delo so že sedaj omejeni in z uvedbo kliničnih poti bo potrebno še bolj varčevati z njimi.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

14. Uvajanje kliničnih poti zahteva intenzivno učenje, za kar pa ni časa.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

15. Uvajanje kliničnih poti bo poslabšalo prijateljske odnose, ki pa so nujni za naše delo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

16. Težko je zajeti vso kompleksnost našega vsakdanjega dela.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

17. Z novimi tehnologijami (računalniško opremo) bodo vsem medicinskemu osebju znane informacije o zdravnikovih odločitvah.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

18. Uvajanje kliničnih poti terja dodatna finančna sredstva, ki bi jih bilo bolje porabiti kako drugače.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

19. Ker ne vem, kaj lahko pričakujem, je bolje, da ostane, kot je.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

20. S spremembami se začnejo kazati pomanjkljivosti sedanje situacije in možne napake. Tega pa ljudje nimajo radi.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

21. Prvo bi bilo potrebno vsakega od nas vprašati, kaj je pri našem delu najbolj nujno spremembe in to tudi upoštevati.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

22. Uvajanje kliničnih poti že predolgo traja.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

23. Mnogi na oddelku mislijo, da so takšne vrste sprememb slabe, zato že sam počasi dvomim.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

24. Ponesrečeno uvajanje kliničnih poti bo dražje kot bi bila izguba, če še naprej vztrajamo pri obstoječem načinu dela.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(se ne strinjam)

(v celoti se strinjam)

25. V večini izmed nas je premalo interesa za uvajanje klinične poti.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

26. Dosedanji način dela se je razvijal dlje časa, je že preizkušen in prav zato boljši kot samo obljubljene koristi kliničnih poti.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

27. Vsakodnevne odločitve v zdravstvu, kako najbolje pomagati pacientu, niso enostavne. To je težko zapisati v dokumente. Obstaja možnost, da bi se zapisano izrabljalo v škodo zaposlenih na oddelku.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

28. Ne vidim resnične razlike med obljubljenim in obstoječim stanjem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(se ne strinjam) (v celoti se strinjam)

29. Kaj je vaš glavni vzrok za neodobranja uvajanja kliničnih poti:

30. V kolikšni meri predvidevate, da uvajanje kliničnih poti podpirajo ali bi podpirali vaši sodelavci na oddelku:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(popolnoma nič) (zelo podpirajo)

31. Če se z uvajanjem v večini ne strinjajo. Kaj mislite, da je glavni vzrok njihovega neodobranja:

Hvala za pomoč.

Ljubljana, avgust 2003.