

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Miran Križančič

Uvedba opazovalne enote urgentnega centra
– študija primera UKC Maribor

Magistrsko delo

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Miran Križančič

Mentor:izr. prof. dr. Andrej Rus

Uvedba opazovalne enote urgentnega centra
– študija primera UKC Maribor

Magistrsko delo

Ljubljana, 2016

Vama, zaradi katerih sem to, kar sem.

*Iskreno se zahvaljujem izr. prof. dr. Andreju Rusu
za strokovne nasvete, koristne napotke in
sproščene pogovore ob nastajanju pričujoče naloge.*

Izjava o avtorstvu mag dela

Uvedba opazovalne enote urgentnega centra – študija primera UKC Maribor

V hitro spreminjajočem se svetu so spremembe edina stalnica. To je še posebej pomembno v zdravstvu, kjer tempo narekujejo napredek medicine in višji standardi oskrbe, spremembam pa je treba prilagoditi tudi organizacijsko ureditev zdravstvenih ustanov. Ena od tovrstnih prilagoditev je opazovalna enota (OE) urgentnega centra, ki ne prinaša zgolj organizacijskih prednosti, pač pa predvsem učinkovitejšo, hitrejšo in tudi bolj ekonomično obravnavo tistih bolnikov, ki potrebujejo zahtevnejšo diagnostiko ali kratkotrajno zdravljenje ter so predvidoma lahko odpuščeni domov v 24 urah.

Tovrstne enote so v svetu uveljavljene že več let, pri nas pa jih v klinični praksi še ni, pa tudi v naši strokovni zdravstveni literaturi in literaturi, ki obravnava zdravstvene organizacije, praktično ni zapisov, ki bi kakorkoli obravnavali koncept OE ali preverjali možnosti vzpostavitve tovrstne enote. Glede na to, da je koncept OE v svetu vedno bolj razširjena organizacijska rešitev, ki optimizira delo in sredstva ter prinaša ekonomske koristi, to seveda pomeni odlično priložnost za optimizacijo obstoječega slovenskega zdravstvenega sistema.

V pričajučem delu smo si zato zadali nalogo predstaviti organizacijo, njene značilnosti, razvoj in teoretične koncepte spreminjanja organizacije, nato pa predstaviti koncept OE, obravnavati njegove organizacijske, strokovne, kadrovske in finančne značilnosti, ga umestiti v obstoječi slovenski zdravstveni sistem ter izdelati smernice za vzpostavitev OE. Pričajuča naloga je tako v našem prostoru prva sistematična obravnava konceptov OE, ki je umeščena v organizacijsko shemo urgentne dejavnosti. Analiza smotrnosti organizacije OE v slovenskem zdravstvenem sistemu na primeru OE v UKC Maribor, pomeni odkrivanje in planiranje novih možnosti za izboljšanje celotnega zdravstvenega sistema.

Zastavili smo si vprašanje, ali je koncept OE primeren in učinkovit v slovenskem zdravstvenem sistemu. Sklepali smo, da to drži in da je koncept dober tako za bolnike s stališča hitre in učinkovite obravnave, kot tudi z ekonomskega stališča za samo organizacijo, saj optimizira določene diagnostične in terapevtske postopke ter teži k racionalizaciji bolnišničnih sredstev.

Na podlagi pregleda literature in primerjave s podobno bolnišnico v tujini smo potrdili zastavljene hipoteze, da je OE uporaben koncept v obravnavi urgentnih bolnikov in je primeren tudi v slovenskem zdravstvenem sistemu. Pripravili smo priporočila za uvedbo in vzorčni protokol, ki je lahko osnova vzpostavitve funkcionalne OE. Menimo, da bo organizacija OE v UKC Maribor in v drugih zdravstvenih ustanovah po Sloveniji prinesla pomembno racionalizacijo sedanjega sistema bolnišnične urgentne službe in znatno izboljšano oskrbo nujnih bolnikov.

Ključne besede:

opazovalna enota, urgentni center, urgenca, organizacija, organizacijska struktura.

Implementation of Observation Unit of Emergency Department – Case Study of University Clinical Center Maribor

In a rapidly changing world, changes are the only constant. That is especially important in health care, where the pace dictated by the progress of medical science and higher standards of care force health care institutions in constant organizational adaptations. One such adaptation is an observation unit (OU) of an emergency center, which does not entail only a purely organizational strength, but above all more efficient, faster and more economical treatment to the patients in need of a diagnostic procedures or short-term treatment that are likely to be discharged within 24 hours.

Observation units are used all around the world. In Slovenian health system such units do not exist in clinical practice, what is more, there are virtually no records dealing with the concept or the introduction of OU in our professional medical literature or literature dealing with health organizations. Given that the concept of OU is widely accepted and recognized as a solution that optimizes work and resources as well as bringing economic benefits, this represents an excellent opportunity to optimize existing Slovenian health care system, which is currently going through thorough structural changes of emergency system.

With this work, we have set ourselves a goal to present an organizational theory, development and changes of organizations and then to present the concept of OU, describing its organizational, technical and financial characteristics, explore possibilities of implementing OU in existing Slovenian health care system and to establish guidelines for setting up such unit. This work thus represents the first systematic overview of organizational concepts of OU, which is usually established as a part of an emergency health care center. Our analyses of feasibility of organizing OU at University Clinical Center Maribor means discovering and planning new ways to improve the entire Slovenian healthcare system.

We asked ourselves a question whether the concept of OU is appropriate and if it can be effective in existing Slovenian health care system. We concluded that this is the case and that the concept is good for both: for the patients from a viewpoint of a rapid and effective treatment and also for the organization itself from an economic standpoint, as it optimizes diagnostic and therapeutic procedures and seeks to streamline hospital resources. Based on a literature review and a comparison with a similar hospital abroad, we confirmed our hypothesis that the OU concept is a useful concept in the treatment of emergency patients and is also suitable in the Slovenian health care system. We have prepared the recommendations for introduction of OU in the system and have also provided a sample of a clinical protocol for admission, diagnostic procedures and treatment of the patients in such unit. Our work can be a useful basis for establishing OE. We believe that the organization of OU in UCC Maribor and other medical institutions in Slovenia will bring significant rationalization of the current hospital emergency departments system and emergency care and also substantially improve treatment of the patients.

Keywords:

observation unit, emergency medicine, emergency service, organization, organizational structure.

Kazalo

1	Uvod.....	8
2	Temeljna opredelitev magistrskega dela	12
	2.1 Izhodišča in omejitve magistrskega dela.....	12
	2.2 Namen in cilji magistrskega dela.....	14
	2.2.1 Hipoteze	14
	2.3 Metodologija dela	14
3	Organizacijska teorija	16
	3.1 Vodenje organizacij	18
	3.2 Načrtovanje organizacij	18
	3.3 Vrste organizacij	20
	3.4 Načrtovanje organizacijske strukture	21
	3.4.1 Organizacijska shema.....	23
	3.5 Procesna organizacija	28
4	Spreminjanje organizacije	29
	4.1 Lewinov model spreminjanja organizacije	30
	4.2 Kotterjev model spreminjanja organizacije	31
	4.3 Kongruenčni model spreminjanja organizacije	33
	4.4 Spreminjanje zdravstvenega sistema in zdravstvene organizacije	37
	4.4.1 Spreminjanje zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji	38
	4.4.2 Specifike uvajanja sprememb v zdravstvenih sistemih	40
5	Organizacija urgentne službe	42
	5.1 Organizacija urgentne službe v Republiki Sloveniji	42
	5.1.1 Urgentni center	44
	5.2 Financiranje zdravstvene dejavnosti v RS	50
	5.2.1 Financiranje urgentne službe v RS	51
	5.3 Oblikovanje kliničnih poti v zdravstvu	51
	5.4 Organizacija urgentne službe v UKC Maribor	52
6	Primerjava urgentne službe v Sloveniji in v ZDA.....	57
	6.1 Mount Sinai Medical Center – izbrana bolnišnica v ZDA.....	58
7	Teoretični koncepti opazovalne enote	60
	7.1 Opazovalna enota skozi čas	60
	7.2 Organizacija opazovalne enote.....	61
	7.2.1 Razpršena OE (tip 1)	62

7.2.2 Odprta definirana OE (tip 2)	63
7.2.3 Navidezna OE (tip 3).....	63
7.2.4 Zaprta OE (tip 4)	64
7.3 Prednosti obravnave bolnikov v OE	65
7.4 Klinična stanja, ki so primerna za obravnavo v OE	66
7.5 Finančni koncepti OE.....	67
7.5.1 Stroški.....	67
7.5.2 Zasedenost OE.....	70
7.5.3 Čas obravnave v OE	71
7.5.4 Delež odpuščenih domov.....	71
8 Implementacija opazovalne enote v UKC Maribor: analiza in predlogi.....	73
8.1 Spremembe sistema in organizacije pri uvajanju OE	73
8.2 Spreminjanje organizacijske strukture v UKC Maribor	74
8.3 Organizacijske posledice uvedbe opazovalne enote v UKC Maribor.....	78
8.4 Financiranje delovanja OE v UKC Maribor.....	80
8.5 Predlagana navodila za vzpostavitev OE v Urgentnem centru UKC Maribor.....	82
8.7 Opazovalna enota v slovenskem zdravstvenem sistemu	86
9 Sklep	87
10 Literatura.....	90
Priloge	101
Priloga A: Načrt urgentnega centra UKC Maribor	101
Priloga B: Triažna matrika po Maastrichtskem sistemu.....	102
Priloga C: Kadrovske normativne po delovnih urah urgentnega centra.....	104
Priloga Č: Modificirani organigram UKC Maribor z OE.....	105
Priloga D: Predlog protokola za sprejem v OE Urgentnega centra UKC Maribor.	106

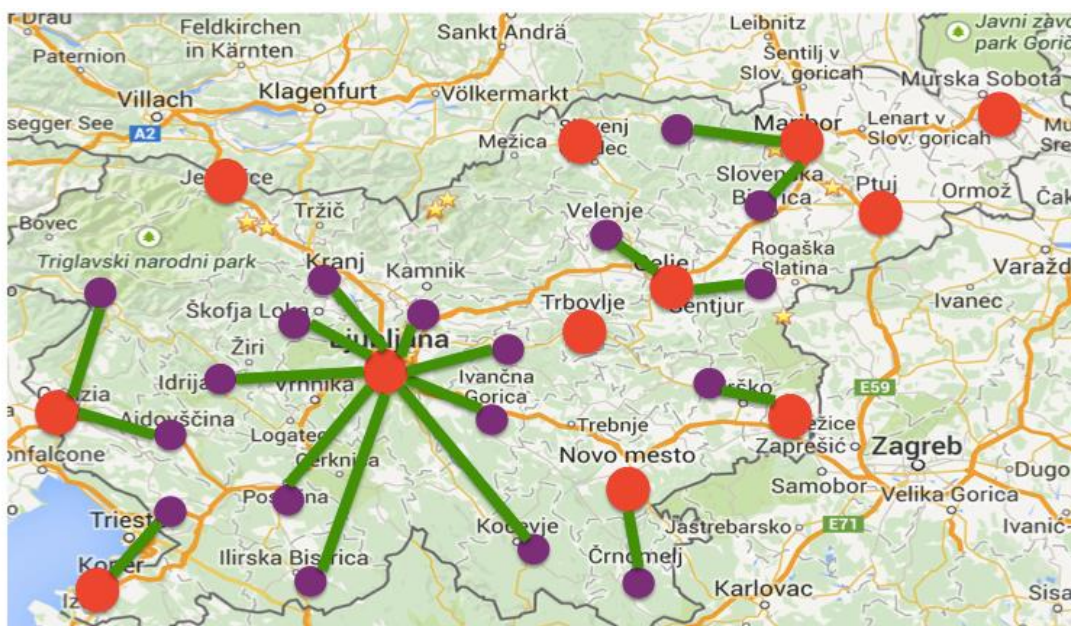
Čeprav iščemo *zdravje*, ko stopimo v bolnišnico, dobimo tam *zdravstveno oskrbo*. Ljudje velikokrat vidijo ta dva pojma kot sinonima, v resnici pa sta lahko popolnoma nepovezana. V nekaterih primerih sta si lahko celo nasprotna: več zdravstvene oskrbe ima lahko za posledico slabše zdravje (Illich, 1976).

1 Uvod

Zdravstveni sistem Republike Slovenije in tudi vsake druge države teži k dostopni, hitri in učinkoviti pomoči ljudem, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo. Za doseg te ciljev mora vsak zdravstveni sistem najprej vzpostaviti službo, ki nudi 24-urno pomoč ljudem takrat, ko jo potrebujejo. Temelj take oskrbe je sistem nujne medicinske pomoči in urgentne službe, ki deluje na primarnem nivoju v sklopu zdravstvenih domov, na sekundarnem nivoju pa na ravni bolnišnic in dveh kliničnih centrov. Zavedanje izjemnega pomena dobro organizirane in učinkovite urgentne službe je pripeljalo do vzpostavitve mreže enot nujne medicinske pomoči in urgentnih centrov.

Trenutno so tako v izgradnji urgentni centri po vsej državi, nekateri pa so tudi bili že odprti (glej sliko 1.1).

Slika 1.1: Načrt predvidene razporeditve urgentnih centrov (rdeče pike) in manjših urgenc (vijolične pike) ter njihovih povezav v RS.



Vir: Ministrstvo za zdravje RS – Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC (2015).

Zagotavljanje nujne medicinske pomoči na celotnem območju Republike Slovenije in vzpostavitev mreže urgentnih centrov je pomemben korak k zagotavljanju učinkovitejše (cenejše), hkrati pa uspešnejše (boljše zdravljenje) obravnave nujnih bolnikov, saj je praktično polovica bolnikov, ki so sprejeti na različne oddelke bolnišnice, tja sprejetih preko urgence. V ZDA je takih sprejemov preko 120 milijonov letno. Njihov delež se vsako leto povečuje za 1% letno, število hospitaliziranih bolnikov pa ostaja približno konstantno (Pitts in drugi 2008). Veliko število teh sprejemov je kratkotrajnih in bolniki v nekaj urah po opravljeni diagnostiki ali krajšem zdravljenju zapustijo bolnišnico. Bolnišnično zdravljenje je, četudi kratkotrajno, precej dražje kot ambulantno, zato se je po svetu začel uveljavljati koncept opazovalnih enot (OE).

OE je strokovna in organizacijska entiteta zdravstvene ustanove, njen namen pa je razmeroma kratkotrajna strokovna diagnostična in terapevtska obravnava bolnikov s specifičnimi, točno definiranimi zdravstvenimi stanji. Taka enota je največkrat del urgence oz. urgentnega centra, lahko pa sodi tudi v sklop posameznega oddelka (na primer kardiološkega za primere diagnostike in zdravljenja srčnih aritmij, atrijske fibrilacije ali bolečine v prsnem košu ipd.). Bolniki, ki so preko triažne ambulante napoteni v takšno enoto, potrebujejo običajno podrobnejšo diagnostiko ali kratkotrajno zdravljenje, nato pa jih po nekaj urah odpustijo domov oz. jih po opravljenih postopkih sprejmejo v nadaljnje bolnišnično zdravljenje. Navadno ostanejo bolniki v takšni enoti manj kot 24 ur. V ZDA ima tovrstno opazovalno enoto približno tretjina urgentnih centrov (Graff 2011).

Prednost tovrstnih enot je hiter diagnostični in terapevtski postopek z namenom čimprejšnjega odpusta bolnika domov, seveda ob predhodni kratkotrajni, a optimalni zdravstveni oskrbi.

Vsi bolniki, ki pridejo na urgenco, pa niso primerni za napotitev v OE. Sčasoma so se izoblikovala jasno definirana stanja, ki so lahko s pomočjo specifičnih diagnostičnih in terapevtskih algoritmov obravnavana v OE.

Čeprav imajo številne bolnišnice po svetu tovrstne enote že vrsto let in so se utemeljeno izkazale kot strokovno in ekonomsko uspešen koncept, pa v Sloveniji opazovalnih enot kot organizacijskih kliničnih enot še ne poznamo. Pri nas se bolniki,

ki so sicer primerni za obravnavo v OE, zdravijo ambulantno na različnih lokacijah (na primer kirurška urgencia, internistična urgencia, oddelek za infekcijske bolezni itd.), kar je lahko za bolnike s strokovnega stališča manj primerno, zamudno, hkrati pa se pri takem načinu dela mnogokrat obravnave, s tem pa dolžina obravnave in stroški podvajajo. Pogosto se bolniki, ki bi sicer potrebovali le podrobnejšo diagnostiko ali kratkotrajno nekajurno zdravljenje, zdravijo šele po sprejemu na bolnišnične oddelke, kjer ležijo več dni, s tem pa se pomembno zvišajo stroški zdravljenja, dinamika diagnostične in terapevtske obravnave je manj učinkovita, poveča pa se tudi možnost napak zaradi komunikacijskih nesporazumov in deljenosti obravnave med več zdravnikov.

V luči racionalizacije zdravstva ob sočasni zahtevi po vzdrževanju kvalitetne zdravstvene oskrbe vseh državljanov, je ustanovitev OE urgentnih oddelkov ena od možnih racionalizacij. Ustanavljanje OE temelji predvsem na učinkoviti izrabi prostora, osebja in materiala za čim bolj optimalno oskrbo bolnikov. Koncept OE se je v svetu izkazal za strokovno in tudi ekonomsko izredno uspešen koncept, ki je lahko primeren tudi za slovenski prostor, jasno pa je, da uvedba takšne enote pomeni organizacijsko spremembo, ki zahteva dobro poznavanje konceptov organizacije, uvajanja sprememb v organizacijah, razumevanje potreb po spremembah, odzive deležnikov na poskuse sprememb, obstoječih geografskih in demografskih razmer, epidemiološkega stanja populacije, zdravstvenega sistema ter sistema zdravstvenega zavarovanja, kot tudi natančno planiranje prostorov, opreme, kadra in druge infrastrukture za uspešen prehod v nov organizacijski model.

Prav zato bomo v nalogi najprej predstavili teoretične osnove organizacije kot kompleksnega sistema in organizacijsko teorijo, saj pomeni vzpostavljanje OE v obstoječem sistemu pomembno spremembo organizacijske strukture, pa tudi organizacijske kulture. Posvetili se bomo vprašanju vodenja organizacij, delitve in urejenja ter spreminjanja organizacij na splošno in specifično spreminjanju zdravstvenih organizacij.

V nadaljevanju bomo orisali trenutno stanje nujne medicinske pomoči in urgentne oskrbe pacientov v Republiki Sloveniji, primerjali urejenost urgentne dejavnosti pri nas in v Združenih državah Amerike (koncept OE namreč izhaja od tam), pregledali teoretične principe delovanja OE s stališča kliničnega dela, organizacijskih in

finančnih stališč ter jo poskušali umestiti v organizacijsko strukturo v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. Z dosegljivimi viri in s pomočjo izkušenj iz tujine bomo poskušali predstaviti tudi organizacijsko in stroškovno učinkovitost ter smotrnost vključitve OE v novo zgrajeni Urgentni center UKC Maribor in slovenski zdravstveni sistem.

2 Temeljna opredelitev magistrskega dela

2.1 Izhodišča in omejitve magistrskega dela

Čeprav imajo številne bolnišnice po svetu tovrstne enote že vrsto let in so se utemeljeno izkazale kot strokovno in ekonomsko uspešen koncept, pa v Sloveniji OE kot organizacijske enote še ne poznamo. Pri nas se bolniki, ki bi sicer bili primerni za obravnavo v OE, zdravijo ambulantno, kar je lahko za bolnike s strokovnega stališča zaradi pomanjkanja prostora, velikega števila bolnikov in omejenega časa pogosto neprimerno, mnogokrat pa so sprejeti na oddelke bolnišnice, kjer je obravnava bistveno manj intenzivna, zato traja dlje, poveča se možnost zapletov, napak, bolnišničnih okužb, s tem pa so pomembno višji tudi stroški tovrstnega zdravljenja.

Tudi v naši strokovni zdravstveni literaturi in literaturi, ki obravnava zdravstvene organizacije, praktično ni zapisov, ki bi kakorkoli obravnavali koncept OE ali poskušali teoretično primerjati naše razmere in možnosti vzpostavitve tovrstne enote. Posledično seveda ni nobene analize organizacijskih vidikov ali ekonomske upravičenosti uvedbe OE pri nas. Glede na to, da je koncept OE v svetu preverjena, uveljavljena in vedno bolj razširjena organizacijska rešitev, ki optimizira delo in sredstva ter prinaša ekonomske koristi, to seveda pomeni odlično priložnost za optimizacijo obstoječega slovenskega zdravstvenega sistema.

Urgentni center v Mariboru je odprl svoja vrata za bolnike 19. novembra 2015. Odprtje je izjemna pridobitev za bolnike iz severovzhodne Slovenije in bo v polni funkcionalnosti nudil celovito oskrbo bolnikom z akutnimi stanji. Otvoritev pomeni veliko prostorsko in tehnično pridobitev, še vedno pa niso urejene vse potrebne formalnosti glede dokončne ureditve in organizacije, vključno z morebitno vzpostavitvijo opazovalne enote in dokončno kadrovsko zasedbo urgentnega centra.

Še posebej so nedorečene stvari glede opazovalnega dela urgentnega centra, ki je v Enotni metodologiji organizacije urgentnih centrov v Republiki Sloveniji (2015) sicer omenjen, ne pa tudi natančno opredeljen. Manjkajo tako osnovne opredelitve enote, opredelitve ciljev, principa delovanja, kadrovskih zahtev pa tudi definicije notranje organizacije OE, protokolov in nenazadnje financiranja. Pravzaprav lahko to omembo opazovalnega prostora oz. opazovalnega dela urgentnega centra v dokumentu

razumemo res zgolj kot zasnovo prostora za opazovanje, brez jasne ideje o širšem smislu in koristi natančno definirane in organizirane opazovalne enote.

Pričujoča naloga je tako v našem prostoru prva poglobljena obravnava konceptov OE, ki je umeščena v organizacijsko shemo urgentne dejavnosti. Pregled smotrnosti organizacije OE v slovenskem zdravstvenem sistemu na primeru analize organizacijske, klinične in finančne upravičenosti OE v UKC Maribor pomeni odkrivanje in planiranje novih možnosti za izboljšanje celotnega slovenskega zdravstvenega sistema.

Zavedamo se, da je v okviru tovrstne naloge mogoče zgolj omejeno zajeti aspekte tako kompleksnega sistema, kot je zdravstveni. Pri analizi obstoječega stanja smo bili močno omejeni s pomanjkanjem celostne vizije slovenskega zdravstva in odsotnostjo relevantnih idejnih dokumentov, kaj šele, da bi bili na voljo podrobnejši načrti glede planiranih sprememb in modernizacije.

Kljub temu da je zdravstvo v Sloveniji večinoma javno, lastnik javnega zdravstva pa država, v javnih zavodih vodenje ne poteka po jasno določenih pravilih, pač pa je v veliki meri prepuščeno odločitvam posameznikov na vodilnih položajih. Tak primanjkljaj strategije in usmeritev države kot ustanoviteljice javnih zdravstvenih zavodov, je za enakomerno razvito in splošno dostopno javno zdravstvo slab in ponuja možnosti za nepravilnosti ter neracionalno trošenje sredstev, namenjenih javnemu zdravstvu. Zaradi pomanjkanja dokumentov, ki bi opredeljevali in analizirali organizacijsko strukturo trenutnega zdravstvenega sistema na vseh nivojih (še posebej pa na nivoju urgentnega centra, ki je krovna organizacija OE), na žalost dosledna izpeljava organizacijskih, kadrovskih in finančnih potreb opazovalne enote ni možna. Najprej bo treba zagotoviti ustrezne zakonske podlage, pravilnike in se dogovoriti za način financiranja, nato pa te dokumente uskladiti. Glede na to, da koncepti, kot je OE, lahko pripomorejo k znatnim prihrankom v zdravstvenem sistemu, bi morala biti uskladitev in implementacija zakonskih podlag, ki bi podprle ustanovitev in delovanje, prioriteta naloga pristojnih služb.

Zdravstven sistem je dinamičen in spremenljiv sistem. Rešitve, ki so v enem trenutku zadostne in učinkovite, se lahko čez čas izkažejo za neučinkovite in pomanjkljive.

Tako je tudi ta naloga analiza trenutnega stanja in zgolj poskuša predvideti učinke strukturnih organizacijskih sprememb, ki bi jih uvedba OE prinesla.

2.2 Namen in cilji magistrskega dela

Osnovni *namen* magistrskega dela je predstaviti organizacijsko teorijo, koncepte organizacije in njenega spreminjanja, nato pa predstaviti klinični organizacijski koncept nove entitete v slovenskem prostoru – opazovalne enote. Namen imamo obravnavati organizacijske, kadrovske in finančne značilnosti OE, njene prednosti in pomanjkljivosti ter jo umestiti v obstoječi slovenski zdravstveni sistem.

Cilj magistrskega dela je izdelati smernice za vzpostavitev opazovalne enote ter pripraviti koncept protokolov, ki so osnova za uspešno in učinkovito delovanje enote.

2.2.1 Hipoteze

Osnovno raziskovalno vprašanje naloge je, ali je koncept OE primeren in učinkovit v slovenskem zdravstvenem sistemu. Glede na to je temeljna teza, da je koncept OE dober tako za bolnike s stališča hitre in učinkovite obravnave, kot tudi z ekonomskega stališča za samo organizacijo, saj optimizira določene diagnostične in terapevtske postopke ter teži k racionalizaciji bolnišničnih sredstev.

Na podlagi tega smo opredelili naslednje hipoteze, ki se nanašajo na umeščenost OE v obstoječo urgentno zdravstveno dejavnost in organizacijo OE:

- OE je uporaben koncept v obravnavi urgentnih bolnikov, ki je primeren tudi v slovenskem zdravstvenem sistemu.
- OE pomeni za bolnika s stališča kvalitete zdravstvene oskrbe pomembno izboljšanje glede na obstoječi sistem.
- Organizacija OE v UKC Maribor bi prinesla pomembno racionalizacijo sedanjega sistema bolnišnične urgentne službe in znatne finančne prihranke.

2.3 Metodologija dela

V prvem, teoretskem delu naloge smo napravili pregled obstoječe tuje in domače strokovne literature, samostojnih publikacij, člankov in drugih virov s področja teorije

organizacije, vodenja organizacije, organizacijske strukture in kulture ter spreminjanja organizacij.

V nadaljevanju smo pregledali publikacije in dokumente o ureditvi nujne medicinske pomoči in urgence na področju Republike Slovenije. Primerjali smo bolnišnične urgentne službe v Sloveniji in v Združenih državah Amerike in nadaljevali s sistematičnim opisom organizacijske klinične entitete – opazovalne enote. V nadaljevanju smo preučili specifične publikacije in članke s področja razvoja, vsebine, organizacije in kliničnih vidikov opazovalnih enot v svetu.

V drugem delu smo obravnavali obstoječo organizacijo obravnave urgentnih bolnikov v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor in poskušali odgovoriti na vprašanje o strokovni ustreznosti organizacije OE za potrebe slovenskega prostora in zdravstvenega sistema. Hkrati smo s pregledom literature poskušali pridobiti tudi čim bolj relevantne podatke glede finančnega planiranja takšne enote, zbrali do sedaj objavljene analize ekonomske upravičenosti tovrstnih enot v svetu ter poskušali identificirati tiste točke, ki so za finančno upravičenost projekta najbolj pomembne. Na podlagi zbranih podatkov smo nato podali predlog protokola uvedbe OE v UKC Maribor ter izdelali vzorčni protokol za obravnavo izbranega stanja v OE.

3 Organizacijska teorija

V sodobnem svetu je osnovna struktura, v kateri so zbrani posamezniki za doseganje specifičnih ciljev, *organizacija*. Organizacija je pomembna, saj omogoča izvedbo nalog, ki presegajo zmožnosti posameznika na osnovi sodelovanja posameznikov. V njej se združijo in uskladijo številne funkcije, ki so povezane s procesom dela ter socialni in človeški dejavniki (Scott in Davis 2007).

Glavna naloga organizacije je zasnovati procese, ki omogočajo optimalno izkoriščanje razpoložljivih potencialov za trajno doseganje ciljev in smotrov ter razvojno uresničevanje posameznikov v organizaciji.

Kljub izredni različnosti organizacij (šole, podjetja, združenja, bolnišnice itd.) pa v splošnem vse organizacije povezujejo skupne sestavine: okolje, strategija in cilji, delo in tehnologija, formalna in neformalna organizacija ter zaposleni (Nadler in Tushman 1997). Vsaka organizacija je postavljena v svoje specifično fizično, kulturno, tehnološko in sociološko okolje, ki se mu mora prilagoditi. Okolje določa tako stranke, ki so jim usluge ali izdelki namenjeni, zaposlene, ki izhajajo iz tega okolja, pa tudi preostalo konkurenčno ponudbo (Porter 1980). Že ob ustanovitvi organizacije so običajno opredeljeni cilji organizacije in strategija, kako jih doseči. V načrtovanje je zajeta organizacija dela in tehnoloških sredstev, ki bodo potrebna za uspešno doseganje ciljev. Tehnološka sredstva ne predstavljajo le strojev in materiala, pač pa tudi znanje, veščine in ostala sredstva, potrebna za dosego ciljev.

V organizaciji so vzpostavljeni neformalni odnosi vrednot, norm in socialnih mrež preko *organizacijske kulture*, formalni odnosi pa preko hierarhije in avtoritet ter politike in delovanja vodstvenih delavcev. Formalne odnose narekuje tudi *organizacijska struktura*, v kateri je opredeljeno združevanje posameznih delavcev ali delavnih procesov v večje enote, ki so lahko med seboj različno povezane (Mintzberg 1979; Burton in Obel 2004).

Sodobne teorije organizacijo obravnavajo skozi več poglobitvenih usmeritev (npr. kot racionalen, naraven ali pa odprt sistem). Prva usmeritev, ki obravnava organizacijo kot *racionalni sistem*, organizacijo definira kot kolektiv, ki je usmerjen k doseganju specifičnih ciljev in izraža relativno visoko formalizirano socialno strukturo.

Obravnava organizacije kot *naravnega sistema* daje poudarek na udeležencih v procesih in definira organizacijo kot kolektiv, v katerem udeleženci sledijo lastnim in skupnim interesom, vendar se zavedajo pomena organizacije kot vira oz. cilja delovanja, definicija, ki pa obravnava organizacijo kot *odprti sistem*, pa jo opredeli kot medsebojno prepleteno delovanje in premikanje koalicij udeležencev, ki so vpleteni v širši okvir virov in okolja organizacije (Scott in Davis 2007).

V realnosti pa organizacije, ki se srečujejo z obvladovanjem kompleksnih nalog, običajno niso strogo definiranega tipa. Organizacije nimajo zgolj lastnosti naravnih sistemov, ki se uravnavajo sami s homeostazo, prav tako tudi niso kot tehnični sistemi, na primer stroji ali naprave, ki jih lahko naredimo tako, da se uravnavajo sami. Organizacije terjajo nenehno zavestno nadziranje in usmerjanje (Tavčar 2002). Ker je organizacija umetna človekova stvaritev za ljudi, mora biti, kolikor je le mogoče, prilagojena ljudem, njihovim lastnostim in pričakovanjem. V taki organizaciji ljudje delajo z veseljem, prostovoljno in so se za organizacijo tudi pripravljeni žrtvovati (Ivanko 2005).

To velja tudi za organizacijo bolnišnic, ki jo lahko večinoma opredelimo kot hibridno organizacijsko formo imenovano *strokovna organizacija*. Le-ta se je razvila kot posledica združevanja strokovnjakov v organizaciji. V sklopu organizacije so strokovnjaki sicer zadržali avtonomijo, vendar so vseeno bili pod nadzorom predvsem s strani drugih kolegov. Sčasoma so ti strokovnjaki postali odvisni od opreme in virov, ki jih je nudila organizacija. Poleg zdravstvenega osebja v takšnih organizacijah delujejo danes še na primer pravniki in znanstveniki (Freidson 1970).

Zdravstvene organizacije so tako zelo kompleksne organizacijske strukture, saj je stopnja notranje diferenciacije visoka, kadri pa so prav tako visoko specializirani. Predmet dela zdravstvenih organizacij ni – kakor pri podjetjih – objekt, pač pa človek – subjekt. V taki organizaciji lahko ob neurejeni zakonodaji in predpisih, nejasnih kompetencah med posameznimi profili zaposlenih, pomanjkanju timskega pristopa in karakterne specifike zaposlenih, hitro pride do neurejenih in napetih odnosov, ki pomembno vplivajo na kvaliteto storitev in zadovoljstva uporabnikov – bolnikov. Prav zato je vodenje in upravljanje zdravstvenih organizacij zahtevna naloga, ki terja od vodilnih jasno vizijo, predanost in odločnost doseči zastavljene cilje.

3.1 Vodenje organizacij

Vodenje organizacije ali management je proces planiranja, organiziranja in kontroliranja dela v organizaciji. Naloge so namenjene izpolnjevanju poslanstva in osnovnih ciljev organizacije (Možina 2002). V procesu upravljanja morajo managerji, ki vodijo organizacije, usklajevati aktivnosti za obvladovanje petstopenjskega procesa (Daft 2015):

1. *Planiranje* in identifikacija ciljev za prihodnjo uspešnost organizacije, odločanje glede nalog in uporabe resursov za njihovo doseg: definiranje, kje želi organizacija biti v prihodnosti in kako do tja priti.
2. *Organiziranje* aktivnosti (razdeljevanje nalog, razporejanje nalog v delovne skupine, oddelke, delegiranje odgovornosti, premikanje resursov znotraj organizacije).
3. *Vodenje*, motiviranje in komunikacija (motivacija zaposlenih za doseg organizacijskih ciljev, kreiranje skupnih vrednot in kulture, sporočanje ciljev zaposlenim, motiviranje zaposlenih za doseg ciljev).
4. *Kontrola učinkovitosti* z nadzorom aktivnosti zaposlenih, z ugotavljanjem, ali se organizacija premika naprej glede na zastavljene cilje, uvajanjem sprememb, če je to potrebno (v zadnjem času je težnja, da je izobrazijo zaposlene, da nadzirajo sami sebe in ne toliko, da se jih nadzira).
5. *Razvijanje potenciala* zaposlenih.

Vsaka od naštetih stopenj je pomembna za homogen in učinkovit razvoj organizacije ter za uspešno doseganje ciljev organizacije. Managerji so zato nosilci nalog in morajo za uspešno vodenje organizacije uporabljati tako različna tehnična znanja (specifična za organizacijo), socialne veščine za uspešno delo z ljudmi, kot tudi strateška znanja za razumevanje organizacije, njenih nalog ter interakcij z zunanjim in notranjim okoljem organizacije.

3.2 Načrtovanje organizacij

Prva in osnovna stopnja managementa je planiranje in načrtovanje organizacije, njenega poslanstva in ciljev.

Cilji organizacije so zaželena lastnost oz. stanje organizacije v prihodnosti (Etzioni 1984). So pomembni, saj organizacija obstaja z nekim namenom, cilji pa definirajo ta namen.

Načrt ali plan organizacije so smernice za dosego ciljev in vsebujejo potrebna sredstva, zastavljene časovne okvirje, naloge in druga dejanja. Če *cilji* pomenijo željeno končno stanje, *plan* opredeljuje trenutno stanje. Koncept *planiranja* tako vsebuje oboje; pomeni ugotavljanje organizacijskih ciljev in definiranje načinov za njihovo dosego (Daft 2015). Ločimo več nivojev ciljev in planiranja v organizaciji (glej sliko 3.1):

Slika 3.1: Hierarhija in nivoji ciljev ter planov.



Vir: Prirejeno po Daft (2015).

Načrtovanje se začne z zavedanjem *osnovnega poslanstva*, ki definira smisel organizacije. Osnovno poslanstvo je podlaga za postavitev *strateških planov* (planov organizacije), ki oblikujejo taktične cilje na nivoju glavnih enot organizacije in operativne cilje na nivoju oddelkov (Richards 1986). Cilje morajo vodilni ustrezno sporočiti od najvišnjega nivoja, ki oblikuje poslanstvo, do najnižnjega, kjer na nivoju oddelkov posamezniki izvajajo operativne cilje. Zavedanje celostne slike lahko namreč pripomore k predanosti izvajanja nalog za dosego ciljev. Za nadzor nad izvajanjem nalog je pomembno, da so cilji dovolj specifični in merljivi (Kenny 2012).

3.3 Vrste organizacij

Organizacije so lahko zelo različne tako po velikosti (majhne-velike), urejenosti (centralizirane-decentralizirane) in kompleksnosti (enostavne-kompleksne).

Glede na namen se v razvitem svetu v splošnem delijo na pridobitne in nepridobitne.

Pridobitne organizacije gospodarstvu prinašajo novo ekonomsko dodano vrednost, od katere je odvisen tako razvoj države, kot tudi družbe. Njihovi cilji so pridobitni in merljivi predvsem v denarju, dolgoročno pa so usmerjeni v primarno donosnost vloženega kapitala in v rast premoženja lastnikov (Možina in drugi 2002).

Nepridobitne organizacije temeljijo na zadovoljevanju družbenih potreb, ki jih pridobitne organizacije ne morejo zadovoljivo izvajati. V nasprotju s pridobitnimi organizacijami je njihova primarna naloga povečevanje kvalitete življenja človeka, ne pa ustvarjanje dobička. Nepridobitne organizacije tako delujejo v splošno družbeno korist. V najožjem pomenu vključujejo zasebne nepridobitne organizacije (npr. inštitute, zasebne šole, dobrodelne organizacije) ter javne vladne agencije in ustanove (npr. zapore), v širšem smislu pa zajemajo državne in lokalne oblasti, bolnišnice, muzeje, združenja, ustanove in druge podobne organizacije. Zaradi svoje narave nepridobitne organizacije večinoma niso sposobne pridobivati zadostnih lastnih sredstev in so tako odvisne od subvencij, donacij, članarin, še posebej pa od prodaje proizvodov in storitev, ki niso nujno prodajane po tržni ceni (Možina in drugi 2002).

Funkcije načrtovanja, organiziranja, vodenja in kontrole veljajo tako za nepridobitne organizacije, kot za podjetja, prav tako pa morajo managerji v nepridobitnih organizacijah uporabljati podobne veščine in izvajati podobne aktivnosti. Osnovna razlika – torej da managerji v pridobitnih organizacijah usmerjajo aktivnosti v smeri ustvarjanja kapitala, managerji v nepridobitnih organizacijah pa se morajo osredotočiti k ustvarjanju določenih socialne dosežkov – predstavlja za managerje v nepridobitnih organizacijah poseben izziv (Drucker 1992). Zaradi specifičnosti nepridobitnih organizacij je primarna naloga managerjev zagotavljati stalen vir prihodkov, ki zagotavljajo delovanje organizacije za zagotavljanje potreb strank, ki storitev večinoma direktno ne plačujejo. Osnovna osredotočenost managerjev je tako minimiziranje stroškov organizacije (Letts 1999).

Kljub naštetemu so dandanes tudi nepridobitne organizacije vedno bolj usmerjene k ponujanju svojih storitev in produktov na trgu. S tem se nekoliko zabriše meja med pridobitnim in nepridobitnim delovanjem organizacije, vendar ostaja bistvena lastnost nepridobitnih organizacij, ki ni v tem, da ne bi smele ustvarjati dobička, pač pa v tem, da z njim ne smejo prosto razpolagati oz. ga ne smejo izplačevati lastnikom (Dimovski 2002). Bolnišnice so v Sloveniji v veliki meri take nepridobitne organizacije, saj večina izmed njih v zadnjih letih poskuša tudi prodajati specifične storitve na trgu (samoplačniška dejavnost, nudenje storitev diagnostike zunanjim naročnikom itd.).

Poleg problema zagotavljanja zadostnih sredstev, se managerji v nepridobitnih organizacijah srečujejo s težavo, kako meriti uspešnost. Enostavno je namreč opredeliti uspešnost na podlagi razlike med prihodki in odhodki, precej težje pa izmeriti »izboljšanje zdravstvenega stanja populacije« in s tem oceniti uspešnost delovanja organizacije.

3.4 Načrtovanje organizacijske strukture

Organiziranje pomeni razporejanje organizacijskih sredstev za doseg strateških ciljev. Zaradi kompleksnosti velikih organizacij je nujno, da so procesi in naloge razdeljeni – organizacije so nagnjene k diferenciaciji aktivnosti, saj lahko le tako izkoristijo prednosti, ki jih specializacija nudi. Zato se v organizacijah oblikujejo enote, ki se ukvarjajo s specifičnimi notranjimi vprašanji ter z odnosom z okoljem. Organiziranje se tako odraža v razdelitvi na posamezne enote, oddelke, službe, hierarhiji odločanja in mehanizmih za koordinacijo različnih organizacijskih nalog (Daft 2015).

Proces organiziranja vodi do vzpostavitve organizacijske strukture, ki ponazarja, kako so posamezne naloge razdeljene in kako so uporabljena sredstva.

Z *organizacijsko strukturo* poimenujemo formalno ureditev in razporeditev *delovnih nalog* glede na *izvajalce* (nosilce dejavnosti) in *organizacijsko ureditev odnosov* med njimi (Možina in drugi 2002).

Lahko jo razčlenimo na tri pglavitne komponente: prva določa formalne odnose poročanja z ravnmi hierarhije ter z razponom managerjev in nadzornikov, druga določa princip združevanja posameznikov v oddelke in končno v celotno organizacijo,

tretja komponenta pa vključuje oblikovanje sistemov za zagotovitev učinkovite komunikacije, koordinacije in integracije po oddelkih (Dimovski 2003).

Z vidika podrobnosti organizacijskega urejanja odnosov med nosilci nalog in njihovimi nalogami ločimo mikro-, mezo- in makroorganizacijsko strukturo (Ivanko 2004). Mikroorganizacijska struktura se nanaša na razporeditev delovnih nalog po delovnih mestih znotraj organizacijskih enot in tudi na odnose med nosilci nalog znotraj organizacijske enote. Mezoorganizacijska struktura zajema delitev na organizacijske enote oz. skupine delovnih mest z logično razporeditvijo nalog in določanjem pristojnosti ter odgovornosti po enotah, makroorganizacijska struktura pa je temeljna zgradba, ki je razdeljena glede na razčlenitev poslovanja organizacije glede na komplekse različnih poslov: npr. razvoj, nabava, proizvodnja. Na vsakem nivoju organizacijska struktura ne ureja zgolj delitve na enote, pač pa v enaki meri tudi ureja odnose znotraj posamezne kategorije ter smernice za sistem poročanja in odgovornosti.

Organizacijska struktura mora biti načrtovana že ob nastanku organizacije, saj določa, kako bo družba delovala, kakšna so pričakovanja do zaposlenih in opredeljuje področja odgovornosti posameznikov. To omogoča učinkovito komunikacijo, odločanje in pretok informacij med oddelki in znotraj njih. Z dobro oblikovano organizacijsko strukturo je mogoče ustvariti vzdušje, ki delavce povezuje, jim daje možnost za osebni in profesionalni razvoj ter jih motivira za timsko delo in visoko stopnjo učinkovitosti.

V okolju, ki se neprestano spreminja, je pomembno, da organizacijska struktura ni rigidna tvorba, pač pa da je dinamična struktura, ki se spreminja skupaj z organizacijo. Prilagoditi se mora spremembam tako v zunanem, kot tudi notranjem okolju. Kljub temu, da je ena organizacijska oblika v določenem trenutku učinkovita, se mora zaradi nenehnega spreminjanja družbe in okolja organizacije pogosto prilagoditi in spremeniti. Občasno manjši popravki organizacijske strukture niso več zadostni in učinkoviti, zato moramo spremeniti celotno organizacijsko strukturo. Nobena organizacijska struktura tako ni univerzalno pravilna, pač pa mora biti prilagojena času, prostoru in ciljem organizacije. Na ravni organizacije mora organizacijska struktura podpirati strategijo organizacije, na ravni posameznika pa omogočati inovativnost in svobodo pri iskanju novih, boljših rešitev. Organiziranje je

pomembno, saj sledi strategiji organizacije. Če strategija definira »kaj delati«, organiziranje definira »kako to početi« (Daft 2015).

Organizacijska struktura je opredeljena na več načinov:

1. Kot nabor formalnih nalog, ki so dodeljene določenim posameznikom ali oddelkom.
2. Kot razmerja formalnega poročanja, vključno z odgovornostmi za odločitve, številom hierarhičnih nivojev ter obseg vodstvene kontrole.
3. Kot načrt sistema, ki zagotavlja učinkovito koordinacijo zaposlenih na oddelkih (Child 1984).

Hierarhična organizacijska struktura je osnova za centralizacijo ali decentralizacijo odločanja. Če je le-to centralizirano, se odločitve sprejemajo na višjih nivojih. Študija na primeru šolstva je pokazala, da je decentralizirano vodenje učinkovitejše (Ouchi 2006), zato se podobne spremembe uvajajo tudi v zdravstvu (Lyall 2010). Predlagatelji sprememb verjamejo, da bodo tako zmanjšali stroške, poenostavili in pospešili procese v zdravstvu ter zmanjšali neučinkovitost sistema z dodatnim angažiranjem vseh udeležencev v procesu: zdravnikov klinikov in končnih uporabnikov storitev – pacientov.

Zagotavljanje koordinacije med oddelki je ravno tako pomembno kot definiranje samih oddelkov. Nabor formalnih nalog in sistem poročanja zagotavlja vertikalno kontrolo v organizaciji. Karakteristike vertikalne (pa tudi horizontalne) strukture so ponazorjene v *organizacijski shemi*. Visoka organizacijska shema ima običajno več hierarhičnih nivojev, ploska, bolj široka, pa manj. Za vsako organizacijo obstaja optimalno število hierarhičnih nivojev glede na velikost in ostale specifične lastnosti organizacije, je pa raziskava med managerji pokazala, da je večina mnenja, da je nivojev managementa preveč (Dive 2008). Zaradi takšne organizacije je mnogokrat odločanje neučinkovito, saj so operativne odločitve sprejete na višjih nivojih in s tem zavirajo kreativnost, inovativnost in angažiranost vodilnih na nižjih nivojih.

3.4.1 Organizacijska shema

Organizacijska struktura temelji na koncentriranju aktivnosti v sklopu oddelkov in na poteh odločanja in poročanja. Managerji se odločajo, kako urediti poti odločanja in

odgovornosti z združevanjem zaposlenih v oddelke, kar se odraža v organizacijski shemi.

Poznamo 5 osnovnih organizacijskih shem (Galbraith 1995):

1. Vertikalna funkcionalna struktura

Vertikalna funkcionalna struktura razdeli organizacijo na oddelke glede na podobnost dela, ki ga zaposleni izvajajo. Na tak način so viri, ki jih uporabljajo, skoncentrirani na mestu, kjer jih potrebujejo vsi v skupini. Vsak oddelek opravlja dejavnost za celotno organizacijo. Poti poročanja potekajo po vertikalni hierarhiji, vodstvo je na vrhu. Zaposleni v posameznem oddelku večinoma komunicirajo med seboj in so zaradi tega tudi kompatibilni (glej sliko 3.2).

Slika 3.2: Vertikalna organizacijska struktura.

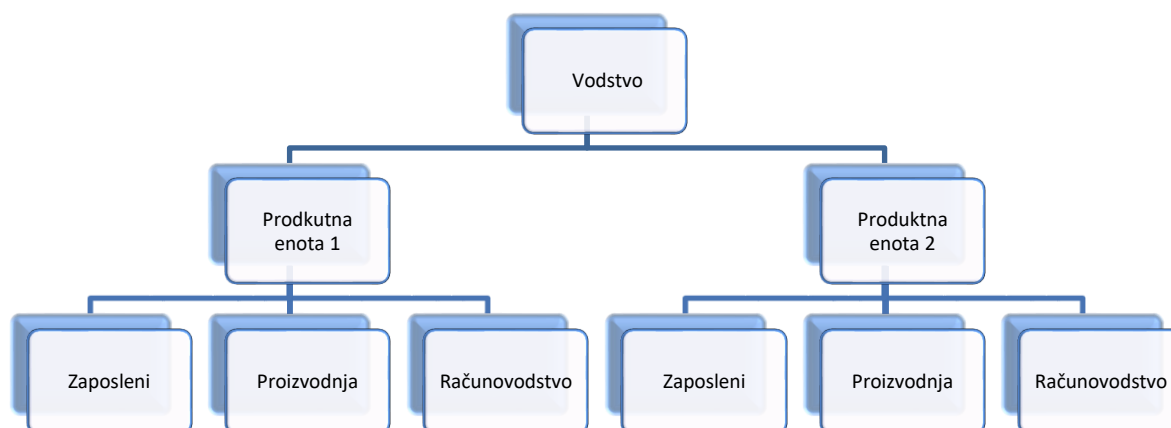


Vir: Prirejeno po Daft (2015).

2. Divizijska struktura

Za razliko od vertikalne organizacijske strukture so pri divizijski strukturi oddelki razdeljeni glede na skupen produkt, ki ga ustvarjajo. Tako strukturo imenujemo tudi »produktna« in je še posebej učinkovita v primeru velikih podjetij, ki uporabljajo različne tehnologije za ustvarjanje svojih produktov. Nivoji odločanja in poročanja so prestavljeni nekoliko nižje in se odločitve sprejemajo na nivoju divizije in ne zgolj na nivoju glavnega vodstva (glej sliko 3.3).

Slika 3.3: Divizijska struktura

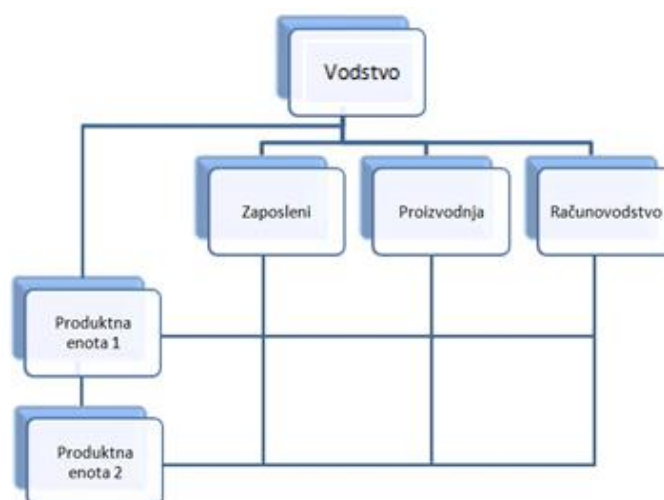


Vir: Prirejeno po Daft (2015).

3. Matrična struktura

Ta shema vsebuje elemente funkcionalne in divizijske strukture. Razvila se je, saj pomeni izboljšanje horizontalne koordinacije in pretoka informacij (Davis 1977). Specifična lastnost te strukture je v tem, da vsebuje dvojno linijo vodenja: funkcionalna hierarhija vodenja poteka vertikalno, divizijska pa horizontalno. Vertikalna komponenta zagotavlja tradicionalno kontrolo po oddelkih, horizontalna pa koordinacijo med oddelki. Zaposleni v organizaciji s takšno strukturo mnogokrat odgovarjajo hkrati dvema nadrejenima (glej sliko 3.4).

Slika 3.4: Matrična struktura.



Vir: Prirejeno po Daft (2015).

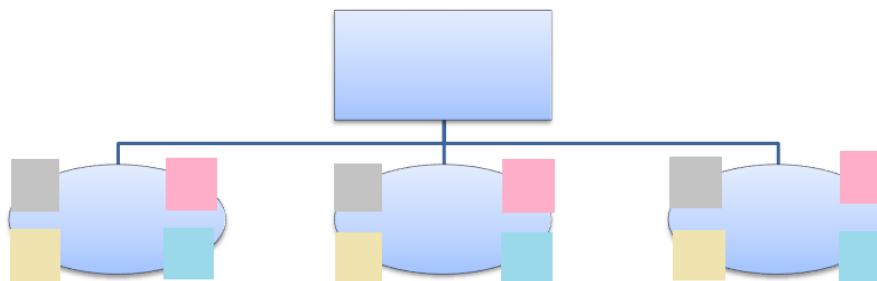
4. Timska struktura

Timska struktura je v zadnjih letih v porastu. Timski pristop namreč omogoča delegiranje odgovornosti nižje po strukturi, kar zagotavlja boljšo fleksibilnost in odzivnost na konkurenco v današnjem svetu.

Ena možnost timskega pristopa je *križno-funkcionalen tim*: le-ta je sestavljen iz zaposlenih v različnih funkcionalnih oddelkih, ki se zberejo kot tim in rešujejo skupne probleme. Člani tima poročajo tako vodji tima, kot tudi vodji njihovega funkcionalnega oddelka.

Druga možnost timskega pristopa je formacija *stalnih timov*, kjer so zbrani člani iz vseh funkcionalnih področij in se osredotočajo na izbrano nalogo. Poudarek je na horizontalni komunikaciji in izmenjavi informacij, saj lahko predstavniki vseh področij medsebojno koordinirajo svoje delo in znanja za uspešno izvedbo specifične naloge (glej sliko 3.5).

Slika 3.5: Timska struktura.



Vir: Prirejeno po Daft (2015).

5. Virtualna struktura (mreža)

Z razvojem informacijske tehnologije in interneta je nastal nov organizacijski pristop – pristop virtualne mreže oz. virtualne strukture. Zajema koncept sodelovanja zunaj meja organizacije. Princip oddaje posameznih nalog drugim podjetjem (t.i. *outsourcing*) je lahko tako razširjen, da primarno podjetje predstavlja zgolj minimalen štab vodilnih, vsa ostala dejavnosti pa je dodeljena drugim, specifičnim podjetjem (glej sliko 3.6).

Slika 3.6: Virtualna struktura.



Vir: Prirejeno po Daft (2015).

Bistvena razlika med prikazanimi strukturami je v tem, kako so zaposleni razdeljeni na oddelke in kako potekajo poti poročanja. Vsaka od organizacijskih struktur pa ima svoje prednosti in pomanjkljivosti (glej tabelo 3.1).

Tabela 3.1: Prednosti in pomanjkljivosti posameznih organizacijskih struktur:

Struktura	Prednosti	Pomanjkljivosti
Funkcionalna	Učinkovita izraba sredstev. Poglobljena specializacija in razvoj. Upravljanje in nadzor s strani najvišjega vodstva.	Slaba komunikacija med funkcionalnimi oddelki. Počasen odziv na zunanje spremembe. Odločanje na vrhu povzroča zaostanke pri sporočanju na nižje nivoje
Divizijska	Hitra odzivnost, fleksibilnost v nestabilnem okolju. Prilagodljivost na želje strank. Odlična koordinacija med oddelki.	Podvajanje sredstev med divizijami. Manj specializirana delitev. Slabša koordinacija med divizijami.
Matrična	Bolj učinkovita izraba sredstev. Fleksibilnost, prilagodljivost na zunanje dejavnike. Interdisciplinarno sodelovanje.	Podvajanje poti vodenja in poročanja. Velika možnost konfliktov med dvema stranema. Veliko sestankov – malo ukrepanja.
Timska	Zmanjšanje preprek med oddelki, več kompromisov. Krajši odzivni čas, hitro odločanje. Višja morala, entuzijazem.	Dvojna lojalnost lahko vodi v konflikt. Veliko časa za sestanke. Neplanska decentralizacija.
Virtualna mreža	Mednarodno znanje. Prilagodljivost in odzivnost. Zmanjšanje stroškov.	Pomanjkanje kontrole. Velik izziv za vodje. Manjka lojalnost zaposlenih.

Vir: Prirejeno po Daft (2015)

Vertikalne, formalne hierarhične strukture so v splošnem učinkovite, vendar je v današnjem, hitro spreminjajočem se svetu pomembna tudi horizontalna koordinacija. Managerji morajo zato prilagoditi organizacijsko strukturo strateškim ciljem, saj pravilno izbrana struktura pomembno vpliva na učinkovitost organizacije (Olson 2005).

3.5 Procesna organizacija

Procesni management je proces, ki zagotavlja kontinuirano izboljševanje delovanja organizacije. Kot vsak proces zahteva tudi procesni management odločno vodenje in smernice, po katerih se ravna. Včasih to pomeni, da so potrebne radikalne spremembe – to pomeni, da se analizirajo osnove posameznih procesov in se jih po potrebi tudi spremeni. Drugič to pomeni večkratno preverjanje ustreznosti procesov, njihove manjše modifikacije in prilagajanje novim razmeram. Vedno pa je potrebno posamezne procese analizirati v kontekstu ostalih potekajočih procesov in predvideti tudi vpliv posameznih procesov na usklajenost delovanja celote.

Procesi v organizaciji so vsaj toliko pomembni, kot so pomembni zaposleni, infrastruktura in informacije. Če so procesi ustrezno vodeni, se bo to odražalo v učinkovitosti delovanja celotne organizacije. Pravzaprav bodo procesi povezovali preostale člene, da bodo delovali usklajeno in da bodo viri ustrezno izkoriščeni. Prav zato je nujno, da se procesi nenehno prilagajajo in vzdržujejo dinamično ravnotežje, ki organizacijo vodi v želeni smeri (Gong in Janssen 2011).

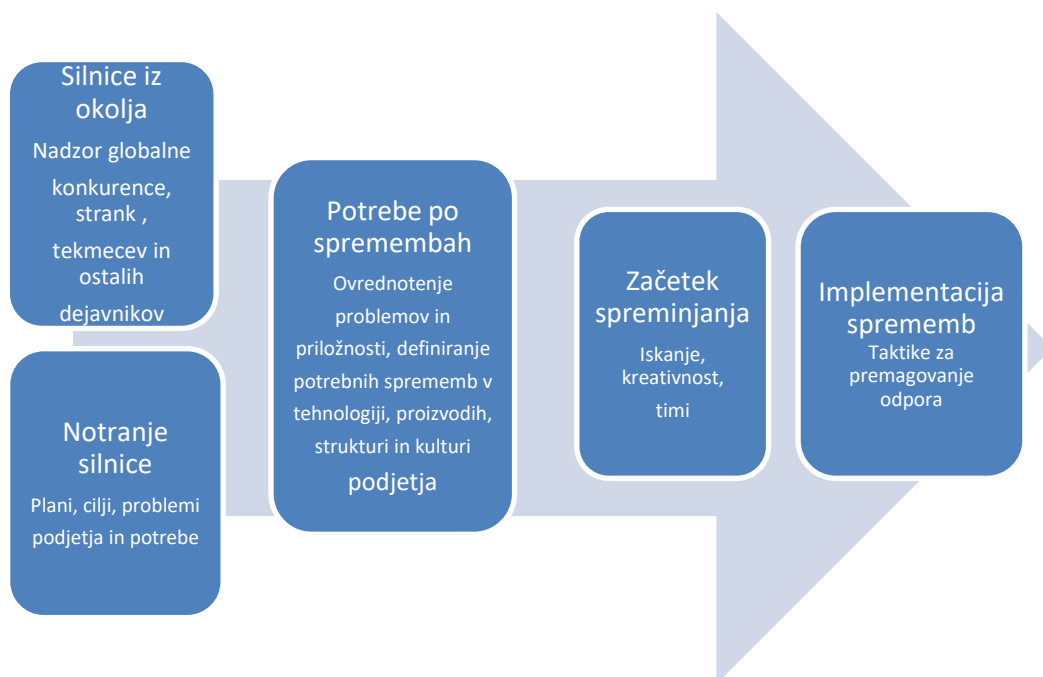
Zdravstvo je zaradi nenehnega napredka stroke še posebej občutljivo na spremembe in zato izrazito procesno usmerjeno. To potrjujejo tudi protokoli in sheme o obravnavi bolnikov, ki so sestavni del vsake zdravstvene organizacije. Uvedba opazovalne enote ne spreminja le strukture, temveč predvsem procese obravnave bolnikov. Različne strukture opisane v predhodnem poglavju so različno naklonjene procesnemu managementu: hierarhija najmanj, projektna in mrežna organizacija najbolj.

Obstoječa organizacija bolnišnic (po klinikah) ni naklonjena procesni organizaciji, saj precej rigidno obravnava bolnike ne glede na hiter razvoj medicine. Kot posebnost pri tem še posebej izstopa urgencia, saj mora zaradi negotovosti glede stanja pacientov (števila, različnosti zdravstvenih stanj in posameznikov v obravnavi) delovati drugače kot posamezne klinike: potrebuje inter-specialistično obravnavo in nenehno prepletanje obravnave različnih specialistov. Uvedba opazovalne enote zato pomeni nadgradnjo obstoječega načina dela na urgenci, hkrati pa predstavlja izziv za obstoječo organizacijo.

4 Spreminjanje organizacije

Spremembe so edina stalnica v svetu. Tudi organizacije se spreminjajo in z njimi organizacijska struktura ter organizacijska kultura. V organizacijah se odvijajo spremembe na dveh ravneh: *operativne spremembe*, ki temeljijo na prizadevanjih za izboljšanje osnovnih del in procesov na različnih področjih poslovanja ter *transformacijske spremembe*, ki pomenijo preoblikovanje in prenovu celotne organizacije. Snovalci sprememb – managerji – z opazovanjem zunanjih trendov, vzorcev in potreb načrtujejo prilagajanje organizacije glede na zunanje probleme in priložnosti (Dimovski 2003) (glej sliko 4.1).

Slika 4.1: Zaporedje dogodkov pri spreminjanju organizacije.



Vir: Povzeto po Dimovski (2003).

Spremembe v organizaciji lahko delimo na več področij oz. tipov (Dimovski 2003):

- *Tehnološke spremembe* so povezane s proizvodnim procesom v organizaciji in stremijo k temu, da postane organizacija bolj učinkovita. Običajno ideje za spremembe generirajo delavci na nižjih ravneh organizacije in jih nato posredujejo navzgor v odobritev.

- *Spremembe v proizvodih (oz. storitvah)* so spremembe v končnih produktih organizacije. Inovacije imajo pomembne posledice za organizacijo, saj lahko definirajo nov trg, proizvodni cikli proizvodov pa postajajo vedno krajši.
- *Strukturne spremembe* vključujejo hierarhijo avtoritete, strukturnih značilnosti, ciljev, administrativnih postopkov in managerskih sistemov.
- *Spremembe v kulturi/ljudeh* – te spremembe se kažejo v spremenjenih vrednotah, normah, odnosih, prepričanju in obnašanju. Spremembe širšega kroga ljudi ali celo organizacijske kulture lahko dosežemo z izobraževanji in programi usposabljanja.

Že zelo zgodaj so managerji in raziskovalci organizacij spoznali, da je spreminjanje organizacije in uvajanje novosti nujno za preživetje organizacije ter so razvili različne modele, ki opisujejo načela spreminjanja organizacij. V nadaljevanju bomo podrobneje pogledali vsebino treh pogosto uporabljenih modelov.

4.1 Lewinov model spreminjanja organizacije

Enega od temeljnih modelov spreminjanja organizacij je razvil Kurt Lewin v štiridesetih letih prejšnjega stoletja (Lewin 1951). Model, ki vsebuje tri stopnje, je poimenoval »odmrzni – spremeni – zamrzni«.

Po njegovem je v prvi fazi (»odmrzni«) potrebno utemeljiti potrebo po spremembah in pripraviti zaposlene na to, da so spremembe dobre in potrebne. Potrebno je ustvariti zavedanje, da so stari vedenjski vzorci in procesi slabi ter neproduktivni. S takim pristopom se namreč premaga individualno upiranje spremembam posameznikov in občutek skupinskega konformizma.

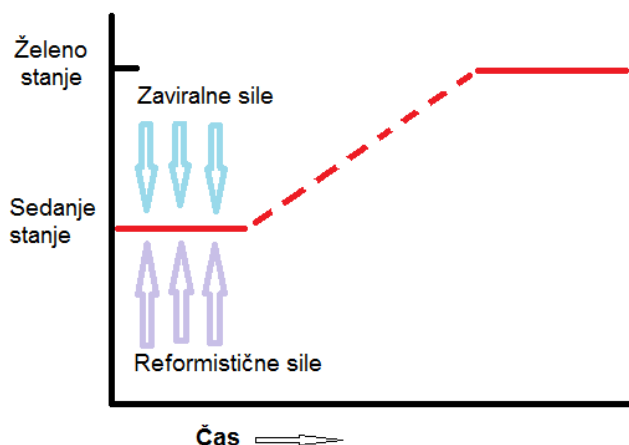
V drugi, izvedbeni fazi (»spremeni«), je potrebno izpeljati načrtovane spremembe tako na nivoju misli in občutkov, kot tudi na nivoju obnašanja. Ko postanejo člani kolektiva dovzetni za ideje o spremembah, se lahko spremembe v praksi tudi začnejo. Vse spremembe zahtevajo čas, velikokrat pa tudi prehodno obdobje. V tem obdobju bodo zaposleni sprejemali nove naloge in odgovornosti ter se na njih navajali. V tem procesu bodo najprej manj učinkoviti kot pred spremembami in se bo učinkovitost organizacije zmanjšala, kasneje pa postopoma izboljšala (učna krivulja). Proces spreminjanja mora biti zastavljen kot investicija, ki zahteva čas in

premeščanje sredstev z namenom izboljšanja procesov in celotne organizacije za uspešnejšo prihodnost.

Spremembe so lahko učinkovite le, če se obdržijo. S časom in z vztrajnostjo bodo lahko spremembe prinesle zelene rezultate. Po uveljavitvi sprememb je tako pomembno, da jih utrdimo, vgradimo v obstoječi sistem in tako uveljavimo nove standarde (tretja faza – »zamrzni«) (Lewin 1951).

Kurt Levin je analiziral tudi dejavnike, ki delujejo v procesu uveljavljanja sprememb (glej sliko 4.2).

Slika 4.2: Dejavniki, ki vplivajo na stanje v organizaciji.



Vir: Prirejeno po Schein (1999).

Sile, ki so gonilo sprememb, potiskajo procese v smeri sprememb, spremembe pa preprečujejo konservativne, zaviralne sile. Če reformistične sile v določenem trenutku prevladajo, pride do sprememb in se vzpostavi novo ravnovesno stanje na višjem nivoju. To stanje ostane le, če se na novem nivoju zopet vzpostavi ravnotežno stanje (Schein 1999).

4.2 Kotterjev model spreminjanja organizacije

John Kotter (1996) je pri svojih raziskavah pokazal, da je kar 70% vseh naporov za doseg večjih sprememb neuspešnih. Najpomembnejši razlog za to je, da organizacije ne uvidijo celostne slike potreb po spremembah oz. da je zavedanje teh potreb premajhno. Zato je v svojih raziskavah posvetil posebno pozornost pričetku

vsakega procesa spreminjanja organizacije – vzpostavljanju občutka *nujnosti* (ang. *urgency*) (Kotter 2008).

Ugotovil je, da je proces ustvarjanja nujnosti na vseh nivojih v organizaciji osnova za uspešno izvedbo sprememb. Če se ljudje zavedajo nujnosti sprememb, to postavlja na prvo mesto ter težijo k spremembam. Ustvarjanje občutka nujnosti in njegovo vzdrževanje pa ne pomeni, da so ljudje stalno pod pritiskom in da to privede do izgorevanja, pač pa pomeni nenehno zavedanje potrebe po spremembah – kar je nasprotno od lažnega občutka ustaljenosti, ki mnogokrat privede do pasivnosti kljub nevarni situaciji, ki lahko privede organizacijo do propada (Kotter 2008).

Predlagal je model z *osmimi stopnjami*, ki vodi k uspešnemu spreminjanju organizacij. V prvih treh stopnjah procesa je potrebno ustvariti ustrezno klimo za uveljavitev sprememb.

V prvi fazi predlaga, da se ustvari občutek nujnosti po spremembah. V tej fazi je izjemno pomembno, da poteka komunikacija, ki zaposlenim omogoča, da se zavedajo trenutnih in bodočih problemov ter da razmišljajo tudi o rešitvah za prihodnost.

V drugi fazi je potrebno formirati tim vplivnih posameznikov, ki bo spremembe vodil. Ti posamezniki morajo biti predani, med njimi pa morajo biti voditelji, ki bodo proces spreminjanja vodili.

V tretji fazi je potrebno opredeliti jasno vizijo namena sprememb, saj je bo ta način ljudem najbolj jasno, zakaj so spremembe potrebne in kam proces spreminjanja organizacijo vodi. Ta faza zajema tudi strategijo kako to vizijo udejanjiti.

V drugem sklopu procesa je potrebno vizijo sporočiti zaposlenim. To ne pomeni zgolj poročanje o viziji, pač pa tudi diskusijo o pomislekih in strahu pred spremembami, pa tudi pa integracijo vizije v reševanje vsakodnevnih problemov. Na ta način se bo ugnezdila v misli zaposlenih in se bodo nanjo spomnili bolj pogosto (4. faza).

V peti fazi je potrebno odstraniti prepreke, ki bi zavirale spremembe (tudi posameznike) in vzpostaviti infrastrukturo za spremembe. To zajema določitev vodij sprememb, ki morajo biti za uveljavljanje sprememb tudi nagrajeni.

V šesti fazi je potrebno postaviti kratkoročne cilje, ki bodo dosegljivi in bo njihovo doseganje pripomoglo k samozavesti za pripravljenost sodelovati pri dolgoročni uresničitvi vizije. Ta faza prav tako vsebuje tudi nagrajevanje ljudi za doseg kratkoročnih ciljev.

V sedmi fazi je potrebno analizirati, kaj je pri uresničitvi kratkoročnih ciljev bilo dobro in kaj bi lahko izboljšali. Na podlagi kratkoročnih uspehov je potrebno krepiti zavest o pomembnosti novih idej ter jih nadgrajevati s pomočjo vodij, ki so bili določeni v peti fazi.

V zadnji, osmi fazi, je potrebno zagotoviti, da so spremembe vidne na vseh področjih organizacije ter da jih podpirajo in razvijajo postavljeni vodje. Pomembno je, da vodje vidijo napredek in tudi sami napredujejo ter razvijajo nove ideje – na tak način ustvarimo novo kulturo organizacije (Kotter 1996; Kotter in Rathgeber 2006).

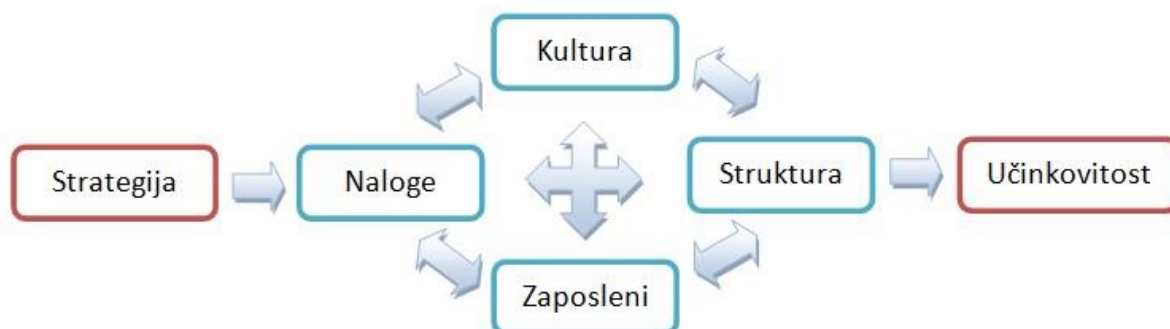
Kotterjev osem-stopenjski proces temelji na vzpostavitvi *zavedanja potrebe po spremembah* in na *ljudeh* (koaliciji za spremembe), ki jih je potrebno aktivno motivirati in vključiti v proces spreminjanja organizacije. Ne temelji le na tehničnih podrobnostih, pač pa predvsem na motivaciji in angažiranosti vseh zaposlenih, na nagrajevanju in spodbujanju želje in potrebe po spremembah.

4.3 Kongruenčni model spreminjanja organizacije

Nadler in Tushman (1980) sta razvila t.i. *kongruenčni model* spreminjanja organizacij. Ta model predstavlja uporabno orodje za ugotavljanje, kaj je z organizacijo narobe in kako jo izboljšati. Model temelji na spoznanju, da učinkovitost temelji na štirih osnovnih elementih: *nalogah, zaposlenih, strukturi in kulturi*.

Večje, kot je ujemanje (kongruenca) med temi elementi, boljša je učinkovitost organizacije. Če elementi niso usklajeni, bo učinkovitost slabša, za izboljšanje pa so potrebne spremembe organizacijske zasnove. Za učinkovito uskladitev (spremembo) je v prvi fazi potrebno razumeti posamezne komponente sistema in njihove medsebojne odnose (glej sliko 4.3).

Slika 4.3: Elementi kongruenčnega modela.



Vir: Prirejeno po Mind tools. Congruence model.

Najprej je potrebno razumeti, kakšna je narava *nalog*, ki jih organizacija opravlja, kakšen je potek dela, katera znanja in veščine so potrebne, za učinkovito izvajanje nalog ter kakšna so tveganja in prednosti pri opravljanju nalog.

Pomembno je prepoznati osnovne značilnosti *zaposlenih*, ki so zadolženi za izvedbo dela, katera znanja in veščine imajo, katere potrebe in vrednote (glede plačila in stimulacije) ter kakšna je demografska struktura zaposlenih in kako to vpliva na njihovo delo.

Tretja komponenta je *organizacijska struktura*. Zajema tako formalno organizacijsko strukturo (enote, podenote), linije odločanja, pa tudi specifične sisteme in procese v organizaciji, ki kot celota pripomorejo k uresničevanju osnovne strategije.

Četrta, neformalna komponenta, pa je *kultura*, ki predstavlja norme, vrednote in prepričanja v organizaciji. Vsebuje tudi vprašanja načina vodenja in komuniciranja znotraj organizacije.

V drugi fazi je potrebno analizirati, kako so ti elementi usklajeni: ali naloge opravljajo pravi ljudje (naloge-zaposleni), ali je delo primerno koordinirano glede na organizacijsko strukturo (naloge-struktura), ali formalna organizacija omogoča, da zaposleni delajo skupaj učinkovito (struktura-zaposleni), ali zaposleni delajo v organizacijski kulturi, ki jim najbolj odgovarja (zaposleni-kultura), ali organizacijska kultura podpira opravljanje zastavljenih nalog (kultura-naloge) in ali formalne in neformalne strukture sodelujejo ali med seboj tekmujejo (struktura-kultura) (povzeto po Nadler in Tushman 1980).

Po tovrstni analizi je potrebno razmisliti o tem, katere relacije delujejo učinkovito in so usklajene (kongruentne), katere pa ne. Tiste relacije, ki so, je potrebno okrepiti, tiste, ki pa niso usklajene pa spremeniti tako, da bodo take postale.

V literaturi torej obstaja še več modelov spreminjanja organizacij (npr. Burke in Litwin 1992; Weisbord 1976), vsem pa je skupno, da se zavedajo pomembnosti vzpostavitve ustrezne klime med zaposlenimi ter vzdrževanja doseženega stanja sprememb.

Nekateri avtorji pa ne podajajo teoretičnih modelov spreminjanja organizacij (receptov za uspeh), pač pa dokazujejo, da je uspeh plod jasne vizije in osredotočenega dela celotnega kolektiva ustreznih ljudi dolgoročno.

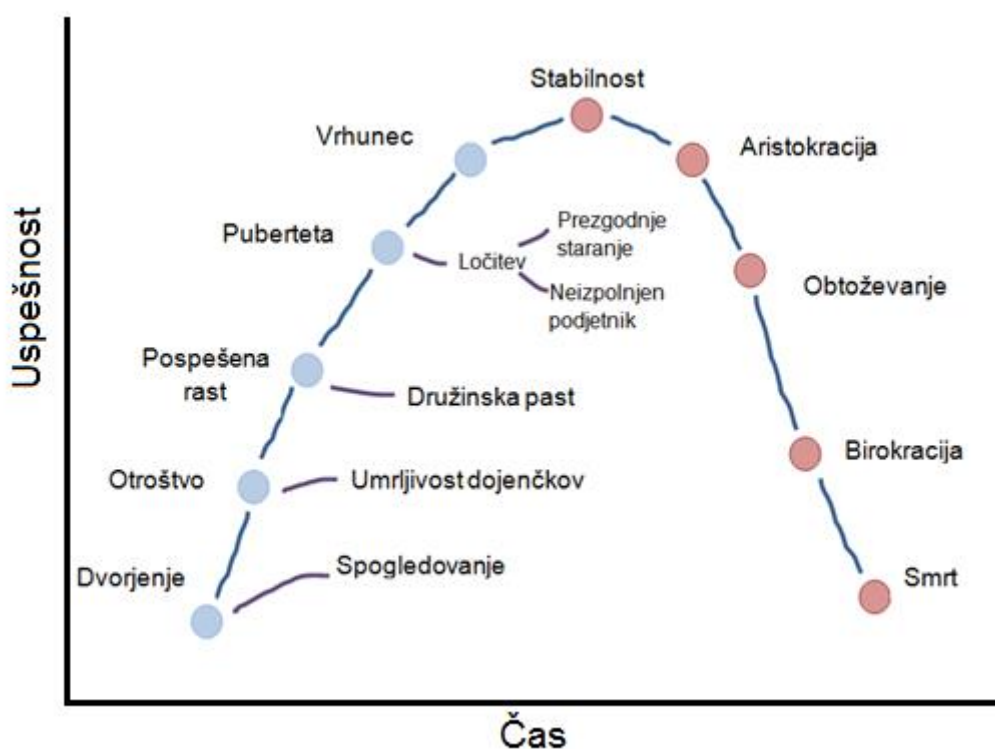
Collins (2001), na primer, je proučil dolgoročno (40 let) delovanje 1435 dobrih podjetij. Med njimi je evidentiral 11 podjetij, ki so se v tem času razvile iz dobrih podjetij v odlična podjetja. Analiziral je procese spreminjanja in dejavnike, ki so pripeljali podjetja do te spremembe in ugotovil, da ne obstaja enotna formula ali specifični, »magični« trenutek v razvoju podjetja, pač pa je razvoj do odličnosti dolgotrajen, postopen proces, ki je lahko uspešen le, če se odličnost gradi postopoma in predvsem s pravimi ljudmi na vodilnih položajih. Pod do uspeha je v jasnosti vizije in ne v trenutkih razsvetljenja, zahteva osredotočenje na to, kar je pomembno in izločitev faktorjev, ki pot odličnosti zavirajo. Poudaril je, da za dosego odličnosti ni toliko pomembna ena specifična vodilna oseba, pač pa je pomembno, da celoten kolektiv stremi k odličnosti in da je najpomembnejši dejavnik za doseganje odličnosti pravi nabor zaposlenih.

Po drugi strani pa Christensen (1997) ugotavlja, da v procesu izboljšave svojih produktov podjetja večinoma razvijajo t.i. *vzdržne inovacije*, ki izboljšujejo obstoječe izdelke in jih tako naredijo bolj privlačne. Na ta način se sicer organsko razvijajo, vendar so zaradi tega manj dovzetna za popolnoma drugače pogled na isti problem. V kolikor drugo podjetje razvije drugo, revolucionarno inovacijo (ki jo Christensen imenuje »disruptivna«), lahko razvoj take tehnologije pripelje do zatona uspešnega podjetja, ki te tehnologije ni prepoznalo kot pomembne. Taka tehnologija je običajno enostavnejša, cenejša, bolj zanesljiva in tudi uporabna kot predhodna, uveljavljena tehnologija. Uvajanje disruptivnih tehnologij v obstoječih podjetjih običajno in

učinkovito, saj v organizaciji deluje preveč sil, ki želijo obdržati trenutno linijo procesov, sprememba pa bi bila tudi zelo draga. Tako je najučinkoviteje, če disruptivno tehnologijo razvije povsem novo podjetje. Uveljavljanje novih tehnologij je tako najbolj učinkovito, ko pride do zasičenja trga z obstoječimi produkti. Disruptivne tehnologije prinesejo popolnoma nov pogled in lahko prevzamejo vodilno mesto na trgu (Christensen in Ovrdorf 2000).

Adizes (1988) ugotavlja, da organizacije praviloma sledijo specifičnemu življenjskemu ciklu – od nastanka do propada. Organizacije primerja z živimi organizmi, ki se v času premikajo po predvidljivem vzorcu, ki se med posameznimi organizacijami ponavlja (glej sliko 4.4).

Slika 4.4 : Cikel organizacij po Adizesu.



Vir: Prirejeno po Adizes (2015).

Na vsaki stopnji svojega življenjskega cikla se organizacije srečujejo s specifičnimi izzivi, od uspešnosti upravljanja pa je odvisno, ali podjetja nadaljujejo zdravo tranzicijo na novo stopnjo cikla, ali pa jih upravljanje vodi v zaton.

Vodenje organizacij pa ni enostavno: enake metode vodenja lahko v eni stopnji cikla pripeljejo organizacijo k uspehu, iste metode pa v drugi stopnji do neuspeha. Zato so potrebne za uspešno vodenje v vsaki stopnji različne spremembe in prilagoditve ter uravnoteženost med pravo mero kontrole in fleksibilnosti. Življenjski cikel organizacije – za razliko od življenjskega cikla živih bitij, ki neizogibno umrejo – ne vodi nujno v smrt. Temu se lahko organizacije izognejo z vzdrževanjem stopnje stabilnosti, ki jo lahko ohranjajo s pravo mero kontrole in prilagodljivosti (Adizes 2015).

Tuschman in O'Reilly (1996) prav tako verjameta v darvinistično evolucijsko spreminjanje organizacij in naravno selekcijo: neprilagojene izumrejo, njihovo mesto prevzamejo bolj prilagojene. Za preživetje morajo managerji organizacije prilagoditi kulturo in strategijo podjetja trenutnemu okolju, vendar na način, da ostane prilagodljiva za radikalne spremembe v okolju. Organizacija mora slediti tako evolucijskim, kot tudi revolucionarnim spremembam in inovacijam.

4.4 Spreminjanje zdravstvenega sistema in zdravstvene organizacije

Javnost in tudi zdravstvena politika zahteva vedno boljše storitve, kakovostnejšo oskrbo in zmanjševanje stroškov zdravstvenih storitev. Slednje je mnogokrat ob naraščajoči starosti populacije in s tem naraščajočemu številu obolenj ter potreb po zdravstveni oskrbi, v praksi težko uresničljivo, vsekakor pa je pomembno, da se uveljavijo reforme, ki lahko obstoječi sistem optimizirajo in ga prilagodijo aktualnim potrebam in zmožnostim. Če želi bolnišnica vpeljati elemente kakovosti v vsakdanje poslovanje, mora imeti vzpostavljene organizirane sisteme na ravni timov, oddelkov, posameznih zdravstvenih organizacij in tudi na ravni države (Robida 2006). Za uspešno uvajanje sprememb v organizaciji je nujno, da razumemo procese kolektivnega mišljenja, saj so podlaga delovanja posameznika v organizaciji. Organizacijska kultura, njeno razumevanje in postopno spreminjanje je tako nujno potrebno za uspešno spreminjanje organizacije strukture (Scott in drugi 2003).

Zdravstvene organizacije so kompleksne predvsem zaradi mešanja različnih strokovnih profilov vključno z zdravniki, medicinskimi sestrami, farmacevti in administratorji, ki imajo različna stališča, interese in časovno dojetje procesov. Zaradi tega je še posebno pomembno, da imajo zdravstvene organizacije predano

vodstvo z jasno vizijo, ki tudi spodbuja sodelovanje med različnimi profili izvajalcev. Nujno potrebno spreminjanje sistema zdravstva je lahko uspešno le, če upošteva dosedanje izkušnje in nasledstvo ter tudi interese vodij in ostalih deležnikov v procesu. Zgolj povečevanje količine denarja za potrebne spremembe ni dovolj, pač pa je potrebno vpeljati praktične rešitve, ki bodo izboljšale zdravstveno stanje populacije in tudi ekonomsko učinkovitost. Zahteve po spremembah, ki zadevajo tako managerje, zdravstvene strokovnjake in raziskovalce, naraščajo iz dneva v dan. Postopoma raste tudi zavest, da je nujno potrebno spremeniti tudi organizacijsko kulturo organizacije, ki je v trenutnih razmerah postala marsikje obremenjujoča in nestimulativna. Teorija spreminjanja organizacij ponuja rešitve za učinkovito vpeljavo potrebnih zdravstvenih sprememb.

Za uspešno reformiranje in spreminjanje zdravstvenega sistema morajo vodilni v zdravstvu poznati in razumeti procese, ki privedejo do sprememb, tako da lahko nato učinkovito pripravijo razmere, ki so potrebne za spremembe. Take razmere, kjer so zaposleni pripravljeni na spremembe, zmanjšujejo odpor do sprememb in ljudi spodbujajo, da se pri izvedbi spremembe aktivno vključijo. Potrebno je razumevanje motivov posameznikov, zakaj spremembam nasprotujejo (Antwi in Kale 2014). V literaturi najdemo številne teorije, modele, načrte in primere o spreminjanju organizacij, noben od modelov pa ni specifičen za zdravstvene organizacije. Zato je potrebno pri razumevanju in načrtovanju sprememb izhajati iz obstoječih, splošnih modelov, nato pa prenesti aplikativne stvari na nivo zdravstvenih organizacij.

Ena od pomembnih točk zagotavljanja dolgoročne vzdržnosti sistema je optimizacija učinkovitosti zdravstvene dejavnosti. Le-ta je značilno delovno intenzivna dejavnost, zato je za uspeh ključna pripravljenost vseh deležnikov v procesu obravnave bolnikov (zlasti nosilcev dejavnosti – zdravnikov), da vložijo dodatne napore za boljšo organiziranost procesov zdravljenja, kakovostnejše storitve in gospodarnejšo rabo razpoložljivih človeških, materialnih in finančnih virov (Česen 2006).

4.4.1 Spreminjanje zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji

V Sloveniji že vrsto let govorimo o nujno potrebni celostni zdravstveni reformi, ki pa je od leta 1992, ko je v sklopu reforme zdravstvenega sistema začela veljati nova zdravstvena zakonodaja (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem

zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti in Zakon o lekarniški dejavnosti) in je bil ustanovljen tudi Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije, do dandanes še nismo dočakali. Vsi deležniki v zdravstvu se strinjajo, da je prenova nujno potrebna, vendar se vedno zaplete pri doseganju splošnega konsenza o vsebini prenove in načinu izvedbe ter spreminjanju obstoječih, okostenelih sistemov, ki izvirajo iz pretekle državne in zdravstvene ureditve.

Poskusov uvedbe sprememb oz. reform zdravstvenega sistema je v zadnjih letih bilo kar nekaj, a nobena od njih v praksi ni zaživela. Tako je leta 2003 takratni minister za zdravstvo Dušan Keber predstavil celovito prenovo zdravstvenega sistema v Beli knjigi (Keber in drugi 2003), ki pa je pri parterjih naletela na številne kritike in reforma po menjavi vlade v letu 2004 ni bila sprejeta.

V kasnejšem času je bilo kar nekaj analiz trenutnega zdravstvenega sistema in predlogov sprememb. Majcen in Čok (2014) sta ugotavljala, da bo glede na demografska gibanja rast BDP in druge nedemografske dejavnike pri zdravstvenih izdatkih in finančnih virih dolgoročno za njihovo pokrivanje nastajal primanjkljaj ter da bo v prihodnosti treba zagotoviti dodatne finančne vire oz. zmanjšati porabo sredstev. Menila sta, da zdravstvena reforma, ki je sicer nujno potrebna in pričakovana, ne more potekati zgolj na strani finančnih virov, pač pa je treba sočasno urediti dolgotrajno oskrbo in uvesti spremembe pokojninskega sistema. V analizi poslovanja bolnišnic sta Mrkaić in Pezdir (2007) ugotavljala, da je za racionalizacijo zdravstva nujno povezati plačni sistem s produktivnostjo, organizacijsko shemo javnih bolnišnic pa spremeniti na način, ki je običajen za gospodarske družbe in pri katerem se zaradi specifičnosti razdelitve obveznosti in odgovornosti minimalizirajo možnosti notranjih konfliktov. Podobno so letos Tajnikar in drugi (2016) predlagali, da se zdravstvo reformira na način gospodarskih družb, zdravstvene delavce pa se izvzame iz javnega plačnega sistema, saj bi se jih le tako lahko nagrajevalo tudi po delovni uspešnosti. S tem bi se izvajalce zdravstvenih storitev motiviralo za zagotavljanje kakovosti in k bolj racionalnemu poslovanju. Premoženje bi po mnenju Tajnikarja moralo biti v lasti izvajalca, ki naj z njim gospodari in skrbi tudi za investicije, Ministrstvo za zdravje pa bi moralo preko oddelka za upravljanje zdravstvenih organizacij zagotoviti učinkovit nadzor.

Tudi sedanja vlada je napovedala korenite spremembe v zdravstvenem sistemu, ki pa jih še niso podrobno predstavili. Očitno je, da je pot do celovite zdravstvene prenove trnova, kljub temu da so jasni cilji zdravstvene reforme, ki temeljijo predvsem na večji preventivi in promociji zdravja, vzdržnosti sistema zdravstvenega varstva ter učinkovitega upravljanja z javnimi sredstvi (Ministrstvo za zdravje RS 2011).

4.4.2 Specifike uvajanja sprememb v zdravstvenih sistemih

Zdravstveni sistemi niso glede nujne potrebe po spremembah nobena izjema. Še več: glede na hiter razvoj medicine in znanosti je toliko bolj potrebno, da se organizacija prilagaja napredku v diagnostičnih in terapevtskih postopkih, pa tudi spreminjanju obolevnosti za določenimi boleznimi (na primer povečevanju števila rakastih obolenj kože in prebavil). Tudi družbene in demografske spremembe, kot so na primer staranje prebivalstva, multinacionalnost ali multikulturalnost, prinašajo vedno nove izzive. Večina sprememb je takih, ki predstavlja za zdravstveno blagajno dodatno breme, tako da so spremembe, ki lahko pomenijo finančni prihranek, za organizacije še toliko bolj pomembne.

Spremembe v zdravstvu lahko se v splošnem dogajajo na treh nivojih:

1. Inovacije in spremembe v postopkih zdravljenja, terapevtskih postopkov in diagnostike.
2. Organizacijske spremembe.
3. Sistemske spremembe.

Inovacije in spremembe v terapevtskih postopkih se sprejemajo preko Zdravstvenega sveta pri Ministrstvu za zdravje RS. Zdravstveni svet je usklajevalni posvetovalni organ ministra za zdravje in obravnava predloge zdravstvenih programov na nacionalni ravni. Oblikuje stališča glede izvedljivosti zdravstvenih programov, dostopnosti, enakomernega razvoja stroke in finančnega učinka zdravstvenih tehnologij (Ministrstvo za zdravje. *Zdravstveni svet*).

Organizacijske spremembe (spremembe administrativnih postopkov, organizacijske spremembe prostora, urnikov, čakalnic, čakalnih vrst, razporedov), se običajno dogajajo na nivoju zdravstvenega zavoda (bolnišnica, zdravstveni dom), kjer so običajno oblikovane znotraj strokovnih služb, potrjene pa na Svetu zavoda.

Organizacijske spremembe so lahko tudi zgolj del sprememb na nivoju posameznih oddelkov.

Sistemske spremembe so predvsem spremembe zakonodaje in financiranja zdravstvene dejavnosti. Zakonodajni postopki so običajno najzahtevnejši in dolgotrajni, oblikujejo se preko strokovnih teles Ministrstva za zdravje ali drugih interesnih skupin, potrjujejo pa v Parlamentu RS. Zaradi množice deležnikov in različnih interesnih skupin, ki jih spremembe zakonodaje zadevajo, je sprejetje kompromisnih predlogov, ki so sprejemljivi za vse strani, še toliko težje. Financiranje zdravstvene dejavnosti poteka preko Zavoda za zdravstveno zavarovanje, v luči nenehnega pomanjkanja finančnih sredstev in trenda vedno dražjih naprednih postopkov zdravljenja in zdravil pa so tudi tu postopki spreminjanja financiranja in pokrivanja stroškov dolgotrajni in za zdravstvene organizacije pogosto neuspešni.

Na vsakem od nivojev delujejo sile, ki spremembe zavirajo. Na prvem nivoju, ki zadeva nova zdravljenja in tehnike, so lahko prisotni farmacevtski ali zdravniški lobiji, ki zaradi svojih finančnih interesov preko sicer formalno neodvisnega Zdravstvenega sveta favorizirajo določen izdelek ali tehniko. Velik nasprotnik sprememb so tudi ustaljeni vzorci obnašanja in delovanja, saj je spreminjanje navad, ki so se vzpostavljale leta, v kratkem času težko doseči. Ta sila, ki nasprotuje spremembam, je prisotna tudi na drugem, organizacijskem nivoju. Tu so prisotni tudi interesi lokalnih predstojnikov in vodilnih, ki zaradi zaščite lastnih preteklih dosežkov nasprotujejo spremembam – spremembe bi namreč povročile, da bi njihove zasluge postale manj pomembne. Poleg tega se sčasoma tudi dojemljivost za spremembe zmanjšuje, zadovoljnost z obstoječim stanjem pa vodi v stagnacijo in nazadnje v zaostajanjem za napredkom v stroki. Sistemski nivo prav tako vsebuje sile, ki spremembam nasprotujejo: povečevanje količine denarja na enem koncu (na primer za uvedbo nove infrastrukture ali nacionalnih projektov) avtomatično pomeni manj denarja na drugih področjih. Isto velja tudi za financiranje dejavnosti preko ZZZS.

5 Organizacija urgentne službe

Urgentna služba je v vsakem zdravstvenem sistemu temelj zdravstvene oskrbe. Na voljo mora biti 24 ur na dan, sistem pa mora biti pripravljen tako, da lahko zagotovi zdravstveno oskrbo najrazličnejših nujnih stanj. Prav zato mora biti urgentna služba skrbno načrtovana v skladu z demografskimi in geografskimi značilnostmi, upoštevati mora obolevnost, mora pa biti pripravljena na posredovanje tudi v primeru izrednih dogodkov. Vzpostavitev učinkovitega sistema je tako organizacijsko zelo zahtevna in mora vključevati vse aspekte planiranja, organizacije, implementacije, kontrole in dinamičnih dejavnikov v današnjem, hitro spreminjajočem se svetu.

Leta 2008 je bila v Republiki Sloveniji sprememba organizacije urgentne dejavnosti nakazana v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev« (2008). V resoluciji je bila opredeljena vizija zdravstvenega varstva, s poudarki na organizacijsko dostopnem, kakovostnem in dolgoročno vzdržnem sistemu zdravstvenega varstva. V okviru prednostnih razvojnih področij je poudarila ureditev javne zdravstvene mreže in zmanjševanje neenakosti na področju zdravstva med regijami ter organizacijo bolnišnične urgentne službe, kjer je na celotnem geografskem območju Slovenije urgentna dejavnost skoncentrirana v vsaki bolnišnici v sklopu urgentnega oddelka (urgentnega centra), kot samostojna enota s specifično kadrovsko strukturo. Taka ureditev je primerljiva tudi z ureditvijo v drugih državah Evropske skupnosti. Kasneje je bila sprejeta Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (2015), kjer pa je osredotočenost prenesena na optimizacijo zdravstvene oskrbe, uspešnosti zdravstvenega sistema in na finančno vzdržnost sistema. Vsekakor je osnova za to urejenost in ustrezna organiziranost urgentne službe in njenih ključnih elementov – urgentne dejavnost in urgentnih centrov.

5.1 Organizacija urgentne službe v Republiki Sloveniji

Organizacijo urgentne službe v RS opredeljuje v lanskem letu sprejet Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (2015). V osnovi se deli urgentna služba na prehospitalni oz. predbolnišnični in hospitalni oz. bolnišnični del.

Predbolnišnična služba NMP je zdravstvena služba, ki se izvaja na primarni ravni zdravstvene dejavnosti v okviru mreže službe NMP, ki je točno opredeljena glede na geografske in demografske značilnosti Slovenije tako, da je v običajnih razmerah omogočena dosegljivost večine prebivalcev v čim krajšem oziroma vsaj še sprejemljivem odzivnem času. Mreža enot po Sloveniji upošteva število prebivalcev, delež oseb, starejših od 65 let, geografske razmere in teritorialno oddaljenost, stopnjo ogroženosti zaradi nesreč, prometa in podobnih dejavnikov, razvitost prometnih povezav, oddaljenost od bolnišnic, odzivnost ekip za izvajanje NMP, pogostnost dogodkov na posameznem območju in druge dejavnike (Pravilnik o NMP, 7. člen). Zagotavlja neprekinjeno delovanje in oskrbo ljudi tako v času dežurne službe, kot tudi ob redni ambulantni dejavnosti. Aktivacija NMP za življenjsko ogrožene paciente se začne z dispečersko službo ter z urgentnim reševalnim vozilom, v katerem je zdravnik in drugo medicinsko osebje, ki zagotavljajo oskrbo pacientov na terenu in prevoz v bolnišnico. Del urgentnih pacientov oskrbijo službe nujne medicinske pomoči (SNMP), ki trenutno delujejo na nivoju primarnega zdravstva v okrilju zdravstvenih domov, ponekod lokacijsko umeščene v bolnišnici, ponekod pa ne.

Bolnišnični del sistema NMP zagotavlja obravnavo poškodovanega ali akutno obolelega na različne načine in razpršeno po celotni bolnišnici v posameznih strokovnih dejavnostih, npr. kirurgija (kirurška nujna pomoč – KNP), interna medicina (internistična nujna pomoč – INP), pediatrija itd., ali pa v okviru celostne obravnave v urgentnem centru. Bolnišnice na različne načine zagotavljajo dokončno oskrbo akutnega pacienta ali poškodovanca. Oba klinična centra, UKC Ljubljana in UKC Maribor, zagotavljata dokončno oskrbo akutno obolelih in poškodovancev na vseh področjih, vse ostale bolnišnice pa imajo možnosti le za določen obseg dokončne oskrbe, zato je treba akutnega pacienta ali poškodovanca, za katerega bolnišnica ne more zagotoviti dokončne oskrbe, premestiti v najbližji klinični center (Ministrstvo za zdravje RS – Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC 2015).

Kako pomembna je ureditev urgentne službe v Sloveniji nam pove podatek, da je letno v urgentnih ambulantah opravljenih več kot 600.000 pregledov (glej sliko 5.1).

Slika 5.1: Število pregledanih pacientov v različnih bolnišnicah po Sloveniji v letu 2010.

Ustanova	Število urgentnih pregledov v urgentnih ambulantah v letu 2010
UKC Ljubljana	135.000
UKC Maribor	118.162
SB Celje	91.900
SB Izola	54.850
SB Jesenice	35.700
SB Murska Sobota	37.000
SB Novo mesto	44.430
SB Slovenj Gradec	34.748
SB Nova Gorica	37.157
SB Brežice	20.700
SB Trbovlje	15.200
SB Ptuj	17.000

Vir: Ministrstvo za zdravje RS – Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC (2015).

5.1.1 Urgentni center

Urgentni center je del bolnišnice, kjer lahko specialisti nudijo ustrezno oskrbo vseh nujnih stanj. Seveda je smiselno, da je v okviru kliničnih poti in trižnih matrik v delo v urgentnem centru organizirano tako, da so vanj vključene tudi vse ostale skupine specialistov, še posebej zato, ker trenutno usposobljenih urgentnih zdravnikov ni dovolj za pokrivanje vseh dejavnosti. Pacientom je v sklopu urgentnega centra na voljo vsa strokovna pomoč in diagnostika na enem mestu, s tem pa se izognemo nepotrebnemu obiskovanju pacientov v dislociranih zdravstvenih domovih in napotitvam specialistom, ki pogosto te paciente zaradi konzultacij med seboj pošiljajo en drugemu, saj so specialisti različnih strok pogosto med seboj lokacijsko ločeni in neposredne medsebojne konzultacije niso možne (Ministrstvo za zdravje RS – Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC 2015). Zaradi nepotrebne in

škodljivega čakanja ter parcialnih obravnav, je takšen zaporeden, vertikalni način napotitve dejansko najmanj primeren in celo nevaren za najbolj kritične paciente, hkrati pa je tudi organizacijsko manj optimalen in finančno potraten.

Urgentni center bolnišnice je torej namenjen oskrbi in sprejemu urgentnih pacientov, ima pa že v osnovi s Pravilnikom o službi NMP (Pravilnik o NMP, 3. člen) predvidene prostore za 24-urno opazovanje pacientov (glej prilogo C). Notranja arhitektura urgentnega centra je urejena na podlagi potreb oskrbe pacientov. Praviloma sta vstopni točki dva vhoda, eden za urgentne paciente, pripeljane z reševalnim vozilom in drugi za tiste, ki pridejo sami. V sklopu UC deluje šest notranjih organizacijskih enot:

1. Triaža in administrativni sprejem.
2. Enota za poškodbe (travmatolog/urgentni zdravnik).
3. Enota za bolezni (internist/urgentni zdravnik).
4. Enota za hitre preglede (splošni zdravnik).
5. Enota za opazovanje in nadzor.
6. Reanimacija (glej sliko 5.2).

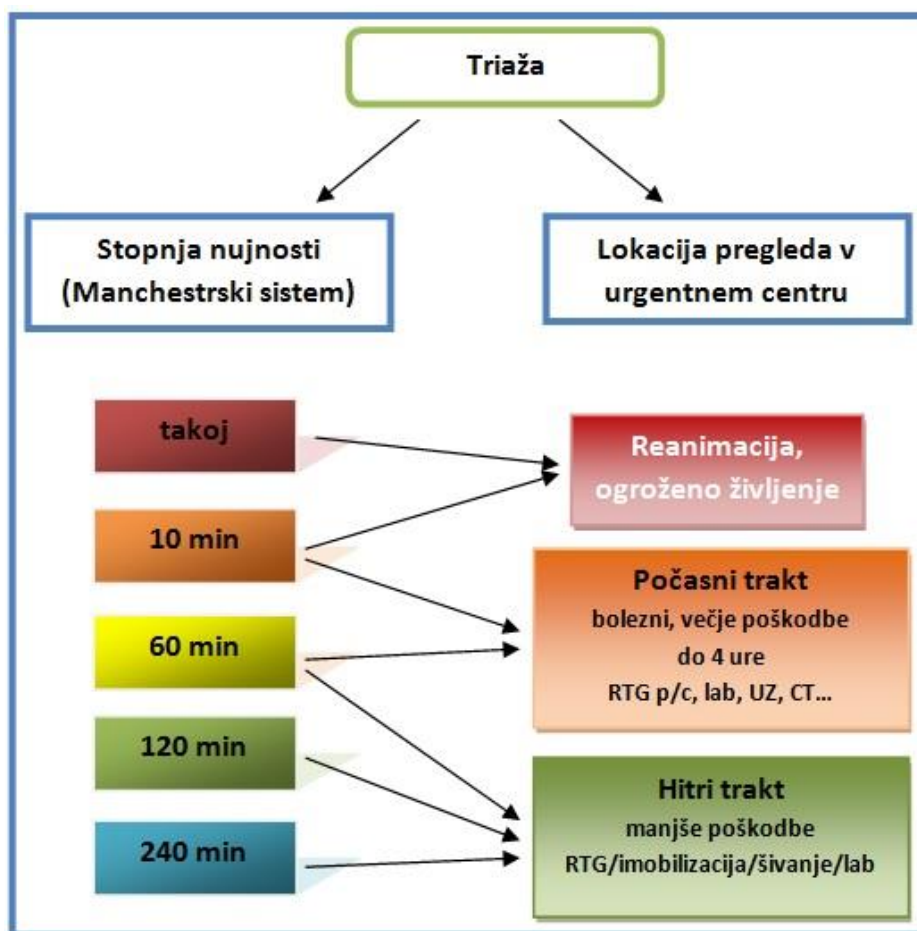
Slika 5.2: Notranja arhitektura odsekov – delovišč v urgentnem centru. Puščici prikazujeta mesta, kjer bolniki vstopajo v sistem.



Vir: Ministrstvo za zdravje RS – Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC (2015).

Ob prihodu pacientov v urgentni center se v sklopu triaže oceni njihovo zdravstveno stanje in se jih razvrsti glede na oceno ogroženosti v različne prioritete skupine, ki so tudi kodirane s specifično barvo (glej sliko 5.3).

Slika 5.3: Razdelitev bolnikov v triaži glede na stopnjo nujnosti in lokacijo pregleda (Legenda: RTG p/c – rentgenska slika pljuč in srca, lab – laboratorijske preiskave, UZ – ultrazvočne preiskave, CT – računalniška tomografija).



Vir: Ministrstvo za zdravje RS – Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC (2015).

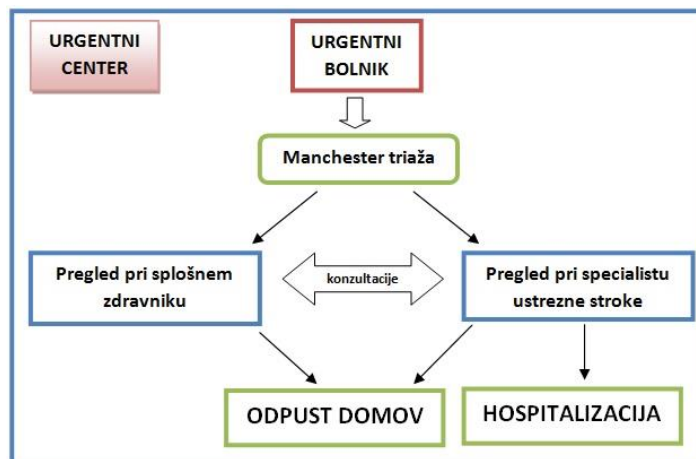
Triaža je prvi in zelo pomemben del začetne oskrbe pacientov. Triažo so uvedli francoski zdravniki v bitkah v devetnajstem stoletju (sama beseda pa izvira iz francoskega glagola »trier« – odbrati, prebrati). Pripomogla je k hitrejši in pravilnejši medicinski pomoči poškodovanih vojakov (Iserson in Moskop 2007).

V današnjem času je triaža običajen postopek razvrščanja bolnikov in poškodovancev na urgentnih oddelkih. Pri nas izvaja triažo diplomirani zdravstvenik z dodatnimi znanji s področja triaže po izbranem manchesterskem sistemu (Windle in drugi 2006) (glej prilogo B).

Triaža v obstoječem sistemu delovanja urgentnega centra razdeli paciente glede na nujnost njihovega zdravstvenega stanja in glede na strokovno področje med splošno

nujno medicinsko pomočjo (SNMP), internistično nujno medicinsko pomočjo (INP) in kirurško nujno medicinsko pomočjo (KNP) (glej sliko 5.4).

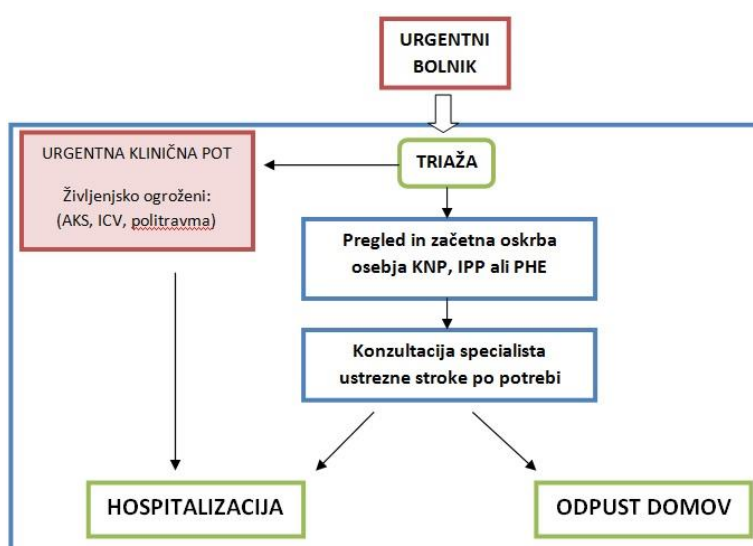
Slika 5.4: Horizontalna organizacija delovnih procesov v urgentnem centru.



Vir: Ministrstvo za zdravje RS – Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC (2015).

Življenjsko ogroženi bolniki (npr. politravma, možganska kap, akutni koronarni sindrom) so za kar najhitrejšo oskrbo prednostno obravnavani po jasno definiranih kliničnih poteh tako, da je zanje kar najhitreje ustrezno poskrbljeno (glej sliko 5.5).

Slika 5.5: Razporeditev pacientov v urgentnem centru in *urgentna klinična pot*. (Legenda: PHE – prehospitalna enota, AKS – akutni koronarni sindrom, ICV – cerebrovaskularni inzult oz. možganska kap, KNP – kirurška nujna medicinska pomoč, IPP – internistična prva pomoč).



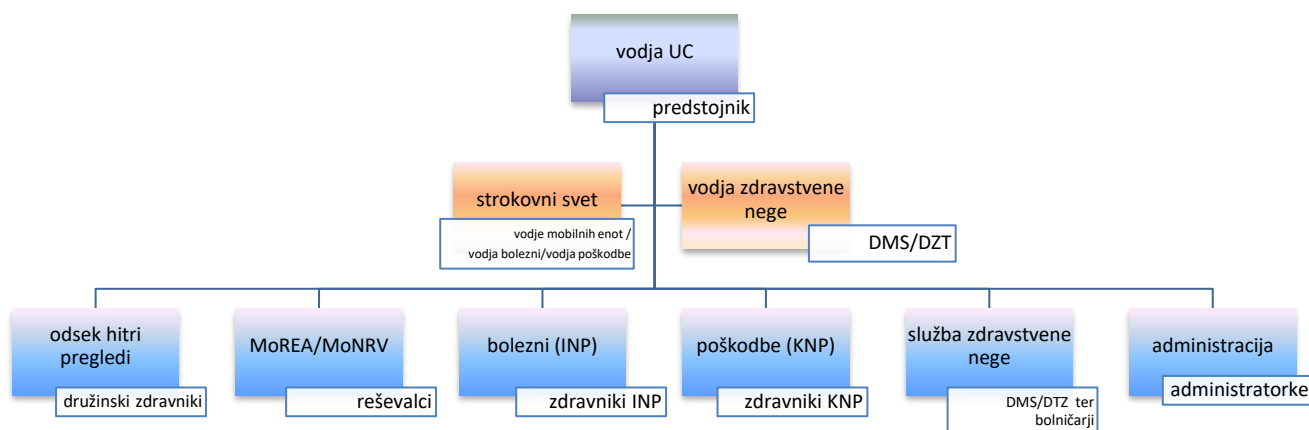
Vir: Prirejeno po: Ministrstvo za zdravje RS – Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC (2015).

S tako ureditvijo je zagotovljena hitra razporeditev pacientov in ustrezna strokovna obravnava.

V obstoječi organizacijski shemi pa ni predvidene posebne enote, ki ne bi bila del ambulant, pa tudi ne del bolnišnične obravnave, pač pa bi bila vmesna stopnja za diagnostično in terapevtsko obravnavo bolnikov, pri katerih pričakujemo kratkotrajno obravnavo in odpust domov v manj kot 24 urah. Metodologija opremljanja urgentnih centrov (Ministrstvo za zdravje RS, Projektna enota CNMP 2012) in Enotna metodologija organizacije UC (Ministrstvo za zdravje RS. Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC. 2015) predvidevata možnost specifičnega prostora, ki je namenjen za opazovanje in pregledovanje zahtevnejših pacientov in ki se lahko uporablja tudi kot prostor za 24-urno opazovanje. Za takšno »opazovalnico« so specificirani tudi kadrovski normativi (v katerih pa ni zdravnikov, pač pa le drugo medicinsko in nemedicinsko osebje) in oprema, ni pa nikakršnih koli drugih navodil za delovanje, protokolov, sistematizacije ali organizacijske ter hierarhične strukture delovanja (glej prilogo C). Tako lahko omembo razumemo zgolj kot predvidevanje prostora, v katerega »odložiš« bolnika, ki čaka npr. na poseg, ali je pri njem potrebna pred sprejemom v bolnišnično obravnavo kaka dodatna diagnostična preiskava.

V sedanji organizaciji urgentne službe in različnih, predvsem bolnišničnih ambulant internistične in kirurške nujne medicinske pomoči, pogosto vidimo, da so ta urgentna delovišča največkrat prepuščena mladim zdravnikom specializantom, vodenje oz. ukvarjanje z organizacijo in razvojem stroke pa vodijo različni specialisti in subspecialisti kirurških in internističnih strok, ki pa jih zaradi svojih osebnih interesov in razvoja lastne strokovnosti mnogokrat ne morejo voditi na pričakovanem nivoju. Zato je tako zelo pomembno, da ima vsak UC vodjo, ki je za svoj polni delovni čas posvečen pravemu strokovnemu delu in organizaciji UC, ter organizacijsko strukturo, ki zagotavlja natančno hierarhično sosledje in jasne odgovornosti (Ministrstvo za zdravje RS – Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC 2015) (glej sliko 5.6).

Slika 5.6: Organizacijska shema Urgentnega centra. (Legenda: DMS/DZT – diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstveni tehnik, MoNRV – Mobilna enota nujnega reševalnega vozila, INP – internistična nujna pomoč, KNP – kirurška nujna pomoč).



Vir: Ministrstvo za zdravje RS – Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC (2015).

V Sloveniji je že nekaj let uveljavljena specializacija iz urgentne medicine, ti zdravniki pa bi naj bili v prihodnosti nosilci dejavnosti v urgentnem centru, lahko pa bi bili tudi nosilci opazovalne dejavnosti. Glede na to, da je opazovalna enota v sklopu Urgentnega centra UKC, lahko urgentni zdravniki tudi konzultirajo zdravnike drugih specialnosti, ki bi bili koristni v diagnostično-terapevtski obravnavi (na primer abdominalne kirurge, interniste...). Trenutno je število urgentnih zdravnikov še razmeroma majhno, vendar bo v prihodnjih letih specializacijo zaključilo še več specializantov, ki bodo tvorili strokovno bazo urgentne službe, do takrat pa je nujno potrebno sodelovanje strokovnjakov, ki so tudi že sedaj pokrivali urgentno službo v okviru splošne nujne medicinske pomoči ali specialisti kirurških strok.

V zdravstveni dejavnosti, še posebej pa v urgentni službi, je zelo pomembno, da redno spremljamo kazalnike kakovosti oskrbe:

- delež neurgentnih pacientov z določitvijo nujnosti zdravstvenega stanja,
- delež pacientov, kjer je aktivna oskrba (brez opazovanja) trajala več kot 4 ure,
- delež umrlih v UC (delež preprečljivih smrti),
- delež umrlih pacientov iz različnih pomembnih skupin: npr. hudo poškodovani, bolniki z akutnim koronarnim sindromom, možgansko kapjo,
- delež pacientov, ki se vrnejo na ponovni pregled znotraj 24 ur,

- delež spregledanih zlomov ali drugih stanj.

Spremljanje vseh kazalnikov je močno odvisno od informacijskega sistema in sistema kakovosti, ki mora biti nujno del vsake organizacijske ureditve.

5.2 Financiranje zdravstvene dejavnosti v RS

V Republiki Sloveniji je financiranje zdravstvene dejavnosti na primarnem nivoju večinoma pavšalno, v bolnišničnem okolju pa večinoma na osnovi točk pregledov pri specialistih in opravljenih storitev.

Financiranje poteka preko nakupovanja zdravstvenih storitev. Proces nakupovanja poteka preko pogajanj s sklepanjem pogodb z izvajalci. Plačilo programa bolnišnice temelji na pogajanjih med izvajalcem in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), če pa se ZZZS in izvajalec ne moreta uskladiti glede plačila, pa končno odločitev sprejmejo ZZZS, izvajalec in MZ (tripartitni dogovor). V praksi splošni dogovor večinoma vnaprej določa pogodbe s posameznimi izvajalci. Program posamezne bolnišnice je določen na podlagi programa iz prejšnjega leta (dodato pa se upošteva potencialne spremembe, ki so določene v procesu pogajanj). Programi so opredeljeni kot skupno število uteži SPP (skupine primerljivih primerov) in celotno število primerov, za katere bo bolnišnica prejela plačilo od ZZZS. Sistem SPP je bil uveden leta 2004 in temelji na podlagi privzete avstralske različice SPP. Namen tega sistema je boljše spremljanje izvajanja dejavnosti bolnišnic ter bolj učinkovito upravljanje bolnišnic (Ministrstvo za zdravje 2015b).

V teoriji bolnišnice prejmejo plačila primerov, ki temeljijo na SPP, na zdravljenega bolnika, zelo redko pa so plačane za SPP, ki presegajo dogovorjeni program, ki temelji na SPP. V praksi bolnišnice mesečno prejmejo eno dvanajstino letnega obsega sredstev za določen program. Konec leta, ko se opravi bilanca mesečnih obrokov finančnih sredstev in hipotetičnih plačil primerov, ki temeljijo na SPP, se ta plačila ovrednotijo na podlagi uvoženih avstralskih stroškovnih uteži.

V sistemu plačevanja pa ni prilagoditev za primere, ki se obravnavajo kot dnevni primeri in tudi ne za primere, ki imajo krajšo ali daljšo ležalno dobo kot povprečje (Ministrstvo za zdravje 2015b).

5.2.1 Financiranje urgentne službe v RS

Pravilnik o NMP (38.–43. člen) določa tudi obseg financiranja dejavnosti (Ministrstvo za zdravje 2015a). Financiranje zagotovi Ministrstvo za zdravje preko ZZZS v okviru dogovora o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja določi obseg programa NMP. Pri vrednotenju programa NMP je upoštevana mreža službe NMP ter obseg storitev in meril, ki veljajo za sklepanje pogodb med izvajalci zdravstvene dejavnosti in ZZZS. Sredstva za nakup medicinske opreme in vozil za izvajanje službe NMP se zagotovijo na način in po postopku, ki velja za nakup opreme v zdravstveni dejavnosti in morajo biti enaka za celotno državo. Iz državnega proračuna se lahko financira ali sofinancira izdelava in izvedba vsebinskih in aplikacijskih programov ter nakup opreme za zagotavljanje razvoja in sistemskih rešitev na področju informacijsko-komunikacijske tehnologije, potrebne za nadaljnje delovanje na področju NMP (Pravilnik o NMP, 39. člen).

V praksi imajo bolnišnice vse večje težave z obračunavanjem storitev in prejetjem denarja iz Zdravstvene zavarovalnice, saj mnogokrat pregledi v urgenci niso urgentni in kot taki niso upravičeni do nadomestila plačila za urgentno obravnavo (Košir¹ 2016). Ljudje namreč ne glede na nujnost njihovega zdravstvenega stanja poiščejo zdravniško pomoč na način, kjer najhitreje pridejo do obravnave ne glede na čas ali dan v tednu.

Z novo organizacijo urgentne oskrbe bo v prihodnje treba prilagoditi ter formirati jasno in transparentno plačevanje storitev, ki bo ekonomsko vzdržno in bo omogočalo vse potrebne investicije ter vzdrževanje standardov opreme in prostorov pa tudi kadrovske zasedbe. To v praksi pomeni, da ob novogradnjah in uvedbi organizacijskih sprememb vsaka bolnišnica potrebuje statutarne spremembe, kjer mora statut zavoda urgentni center umestiti kot samostojni oddelek bolnišnice.

5.3 Oblikovanje kliničnih poti v zdravstvu

Obravnava bolnikov je kompleksen proces, ki zahteva širok nabor splošnega in specifičnega znanja. Tako združuje komunikacijske sposobnosti, sposobnosti delovanja v timu, sposobnosti hitrega razmišljanja, analize stanja in odločanja. Temelji na poznavanju specifičnih zdravstvenih stanj, njihovih značilnosti,

¹ Dr. Roman Košir, dr. med., predstojnik urgentnega centra UKC Maribor.

diagnostičnih procesov in terapevtskih zahtev. Zaradi take kompleksnosti so pri obravnavi bolnikov lahko v veliko korist opomniki oz. protokoli, ki vodijo zdravstveno osebje skozi postopek obravnave, s tem pa olajšajo odločanje in zmanjšujejo možnost spregledanja pomembnih zdravstvenih dejstev, diagnostičnih postopkov ali ustreznega zdravljenja. Tak klinični pripomoček se imenuje klinična pot.

Klinična pot (Mihalič 2007) je torej protokol, ki omogoča racionalno in na znanstvenih dokazih utemeljeno obravnavo bolnika, spremljanje kazalnikov kakovosti opravljenega dela, lažje dokumentiranje in evaluacijo zdravstvene prakse. Ob tem olajša tudi seznanjanje pacienta s predvidenim potekom obravnave, služi pa lahko tudi kot temelj za izračun stroškov obravnave. V dosedanji praksi mora zdravstveno osebje v medicinsko dokumentacijo večinoma v prazen prostor vpisovati aktivnosti članov zdravstvenega tima, klinična pot pa vnaprej predvideva vse potrebne aktivnosti pri obravnavi določenega zdravstvenega stanja, od člana zdravstvenega osebja pa na koncu terja pojasnilo izida obravnave. Če je bila predvidena aktivnost opravljena, zahteva le potrditev tega, če pa ni bila, mora osebje navesti razloge za uvedeno spremembo, pa tudi utemeljitev izbire drugečnega postopka od predvidene obravnave (Simčič in Marušič 2009).

Klinična pot se uporablja na vseh področjih zdravstva, številne bolnišnice po svetu in tudi v Sloveniji pa jih že aktivno uporabljajo za specifična stanja. Klinične poti so razmeroma dober približek protokolov, ki so osnova za učinkovito delovanje OE, navodila za pripravo klinične poti pa so primerna tudi za pripravo protokolov OE. To pomeni, da imamo v zdravstvenem sistemu že vzpostavljena odlična navodila, ki bi jih bilo treba samo prirediti za potrebe OE in izdelati protokole.

5.4 Organizacija urgentne službe v UKC Maribor

UKC Maribor ima več kot 2900 zaposlenih, od tega približno 530 zdravnikov specialistov in specializantov različnih strok, skoraj 1500 pa je zaposlenih v zdravstveni negi. Trenutno ima UKC Maribor 1292 bolniških postelj, bolniki ležijo povprečno 7,4 dni, na leto pa je v bolnišnično obravnavo sprejetih nekaj več kot 51.000 bolnikov. Skoraj 7.000 se jih letno zdravi v enodnevni bolnišnici, ki pa organizacijsko ni celovita in zajema razdrobljene enote, tako da ta številka predstavlja zgolj statistično število tistih, ki so po kratkotrajni obravnavi odpušteni

domov. Povprečna zasedenost postelj je 76 %. Delo na posameznih oddelkih je zelo intenzivno, kar dokazuje čedalje krajša ležalna doba; kjer je le mogoče, pa je delo opravljeno v okviru dnevnih in enodnevnih bolnišnic ter v specialistični ambulantni službi (UKC Maribor danes – poslanstvo in vizija 2016).

Urgentna dejavnost v UKC Maribor zagotavlja obolelim in poškodovanim neprekinjeno štiriindvajset urno dostopnost do specialistov različnih specialnosti. UKC Maribor ima pomembno vlogo regijskega centra in z urgentno dejavnostjo pokriva težko obolele ali poškodovane paciente iz celotne severovzhodne Slovenije. Število pacientov in poškodovancev narašča iz leta v leto, tako da je bilo leta 2005 obravnavanih 11.747 pacientov v internistični urgentni ambulanti, 45.067 pacientov in poškodovancev pa v kirurški urgentni ambulanti, v ostalih urgentnih ambulantah (ginekologija, dermatologija, infektologija, nevrologija, okulistika, otorinolaringologija in pediatrija) pa 21.564 pacientov. Upoštevajoč starostno strukturo prebivalcev ter trend staranja populacije, število rojstev, migracijske trende, položaj bolnišnice ter naraščajočo obolevnost, lahko po izračunih z veliko verjetnostjo napovemo, da bo obisk urgentnih ambulant bolnišnice narasel iz 78.378 leta 2005 na okoli 100.000 leta 2020 (UKC Maribor 2006).

V preteklosti je predstavljala velik problem urgentne službe v UKC Maribor razdrobljenost urgentnih specialističnih ambulant po različnih lokacijah znotraj bolnišnice, s tem pa je bila otežena celostna in multidisciplinarna obravnava bolnika ali poškodovanca na enem mestu, nepotrebni transporti znotraj bolnišnice zaradi specifičnih diagnostičnih ali terapevtskih posegov in neoptimalna koncentracija znanja specialistov različnih specialnosti pri najtežje prizadetih.

V UKC Maribor je od tako novembra 2015 večji del urgentne dejavnosti skoncentriran v Urgentnem centru, kljub temu pa se specifični nujni primeri obravnavajo tudi v drugih delih bolnišnice. V Urgentnem centru so tako pregledani vsi splošni primeri (v sklopu splošne nujne medicinske pomoči), vsi primeri poškodb in kirurških obolenj (v sklopu kirurške nujne medicinske pomoči), v kratkem pa bodo obravnavani tudi vsi internistični primeri (v sklopu internistične nujne pomoči). Nujna ginekološka, nevrološka, oftalmološka, infekcijska, ORL in pediatrična stanja so še vedno obravnavana v ambulantah, ki so lokacijsko na teh specifičnih oddelkih znotraj

bolnišnice. Kljub temu pa tudi ti primeri gredo preko Urgentnega centra, saj so tam primarno pregledani, nato pa napoteni na specifične preglede na omenjene oddelke.

Glede na prejšnje stanje je največja sprememba (ki je trenutno v izvedbeni fazi) preselitev enote internistične nujne pomoči, enotna triaža in boljša organizacija. Enotni Urgentni center tako bistveno vpliva na hitrost obravnave bolnikov in na učinkovitost obravnave s konzultacijami zdravnikov različnih specialnosti.

Organizacijo vseh urgentnih centrov v Sloveniji – in s tem posredno organizacijo UKC Maribor – opredeljuje krovni dokument, ki velja za celotno ureditev urgentnih centrov v Republiki Sloveniji: Enotna metodologija organizacije UC v RS (Ministrstvo za zdravje RS – Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC 2015).

Zaradi nove ureditve Urgentnega centra je bila potrebna tudi nova organizacijska shema, ki se podreja delitvi v tri stopnje in ki temelji na triaži bolnikov glede na naravo stanja oz. bolezni (povzeto po UKC Maribor 2015):

Stopnja 1: URGENTNI PROSTOR

- Bolniki ali poškodovanci, pripeljeni z urgentnim vozilom v spremstvu urgentnega zdravnika po predhodnem klicu in najavi prihoda,
- vsa življenjsko ogrožajoča stanja,
- vse premestitve kritično bolnih ali poškodovanih.

Stopnja 2: OPAZOVANJE/RECOVERY

- Vsi poškodovanci ali bolniki na transportnih vozičkih,
- poškodovanci s hujšimi poškodbami, ki zahtevajo vsaj dve diagnostični metodi, aplikacijo zdravil in kratkotrajno opazovanje,
- bolniki, ki zahtevajo vsaj dve diagnostični metodi, aplikacijo zdravil in kratkotrajno opazovanje,
- vse premestitve po predhodnem dogovoru s specialistom ustrezne stroke (bolniki ali poškodovanci).

Stopnja 3: AMBULANTE

1. Ambulante internistične nujne pomoči (INP):

- vsi napoteni bolniki v INP,
- vsa bolezenska stanja brez predhodne napotitve, predvsem bolečine v prsih, bolečine v trebuhu, zastrupitve, motnje zavesti, nevrološke motnje, močne bolečine, nenadno nastala poslabšanja bolezenskega stanja,
- vsa stanja po internističnem zdravljenju ali zapleti po internističnem zdravljenju.

2. Kirurške ambulate:

- manjše poškodbe, ki zahtevajo eno diagnostično metodo in/ali kirurški poseg,
- vsa stanja po kirurškem zdravljenju ali zapleti kirurškega zdravljenja.

3. Ambulate prehospitalne nujne medicinske pomoči/ambulanta splošne medicine:

- nenapoteni pacienti, predvsem s simptomi blagih bolečin (glava, grlo), kašelj, vročina, kožne spremembe, manjše poškodbe.

Na tak način ob prihodu v urgentni center bolnike v postopku triaže razporedijo na ustrezne pozicije, kjer so glede na stopnjo ogroženosti in naravno stanja pregledani in oskrbljeni.

Urgentna služba deluje 24 ur na dan, v posameznih stopnjah pa bolnike pregledajo specializanti ali specialisti ustrezne stroke. Pomembno je poudariti, da večino zdravniškega dela odpade na specializante, za katere predstavlja delo v urgenci pomembno stopnjo v izobraževalnem procesu, saj razvija komunikacijske sposobnosti, timski pristop in sodelovanje, razvija sposobnost analize zdravstvenega stanja, kritične ocene izvidov preiskav ter razvija sposobnost hitrih in učinkovitih odločitev v kritičnih trenutkih. Delo v urgenci je še toliko bolj zahtevno, saj poteka neprestano, tudi v nočnem času, ob koncih tedna in praznikih, od posameznika pa zahteva veliko mero samodiscipline in odrekanja.

V delitvi na posamezne enote urgentnega centra je kot stopnja 2 omenjen opazovalni prostor oz. t.i. recovery. To je prostor, v katerega so sprejeti pacienti pred krajšimi kirurškimi posegi ali pa tisti, pri katerih je potrebna dodatna obravnava in bodo predvidoma nato sprejeti na različne oddelke bolnišnice. Enota torej glede na trenutno uporabo nima funkcije prave klinične opazovalne enote ne organizacijsko,

pa tudi ne kadrovsko in managersko, saj nima razvitih protokolov obravnav, v njej pa tudi ni specifičnega osebja, ki bi bilo posebej usposobljeno za hitro in učinkovito obravnavo bolnikov, pri katerih se predvidevata kratkotrajna oskrba in odpust domov.

6 Primerjava urgentne službe v Sloveniji in v ZDA

Kot smo videli v prejšnjih poglavjih, je urgentna služba v Sloveniji in UKC Maribor razmeroma dobro in učinkovito urejena, v nadaljevanju pa bomo napravili okvirno primerjavo urgentne službe v Sloveniji in ZDA ter ugotovili morebitne razlike, ki bi pomembno vplivale na organizacijo Opazovalne enote.

Za primerjavo na bolnišničnem nivoju smo izbrali Medicinski center Mount Sinai na Manhattnu, saj je ta bolnišnica po obsegu primerljiva bolnišnica, pred kratkim pa je povečala opazovalno enoto oz. je iz specializirane OE za bolečino v srcu vzpostavila OE, ki pokriva vse specialnosti. Odločitev glede povečanja je seveda temeljila na racionalni izrabi sredstev in ekonomski upravičenosti – na principu, ki je ob osnovni ideji o kvalitetni zdravstveni oskrbi prebivalstva odločilen za dolgoročno finančno in organizacijsko vzdržnost vsakega projekta.

V splošnem deluje urgentna služba v ZDA precej drugače kot pri nas. Že v osnovi obstaja dvojni sistem: tak, ki ga financira država in drug, ki je podprt s strani zasebnikov. Državni sistem je običajno združen z gasilsko dejavnostjo, lahko pa tudi s policijo, v večjih mestih pa je samostojen. Zasebno organiziran sistem običajno sodeluje z mestnimi oblastmi in zagotavlja predvsem predbolnišnično obravnavo pacientov. Mnogokrat prvi nudijo zdravstveno pomoč gasilci ali policisti (Pozner in drugi 2004).

Sistem reševalcev temelji na usposobljenih medicinskih tehnikih, ki pridejo do pacientov (poškodovancev in drugih) in nudijo prvo pomoč. V osnovi so tehniki različno usposobljeni – obstaja 5 nivojev izobrazbe:

1. tehnik prvega odziva (first responder),
2. osnovni urgentni medicinski tehnik (basic EMT),
3. srednji urgentni medicinski tehnik (intermediate EMT),
4. reševalec (paramedic),
5. tehnik, ki nudi nujno predbolnišnično pomoč (pre-hospital critical-care provider) (Pozner in drugi 2004).

Po začetnem klicu tako na terenu reševalci nudijo pacientom osnovno oskrbo in jih čim hitreje odpeljejo v bolnišnico (sistem »pripeljati bolnika v bolnišnico«). V ekipi praviloma ni zdravnikov, zato je hiter transport osnovni pogoj za nadaljnjo stabilizacijo stanja pacientov. Mnogokrat so prepeljani bolniki pomanjkljivo oskrbljeni in je zato delo zdravnikov v bolnišnici najprej posvečeno stabilizaciji vitalnih funkcij, šele nato pa poglobljeni diagnostiki in terapiji. To seveda vpliva tudi na organizacijo bolnišničnega dela urgentne službe, kjer je triaža še toliko bolj pomembna. Pomembna razlika med ureditvijo urgentne službe je tako število pripeljanih bolnikov v urgenco, saj v ZDA praktično vse bolnike prepeljejo tja, medtem ko pri nas velik del urgentne dejavnosti prevzamejo ambulate splošne medicine na primarnem nivoju.

6.1 Mount Sinai Medical Center – izbrana bolnišnica v ZDA

Medicinski center Mount Sinai je nepridobitni terciarni zdravstveni center, ki je hkrati tudi učni in izobraževalni center. Bolnišnica je bila ustanovljena leta 1852, trenutno pa ima 1171 postelj. Znotraj bolnišnice deluje Oddelek za urgentno medicino, ki zagotavlja poglavitno akutno oskrbo zdravstvenih težav bolnikov. Od leta 2004 je znotraj Oddelka za urgentno medicino delovala opazovalna enota za bolečino v prsnem košu. Enota je bila nameščena znotraj urgentnega oddelka in je imela pet opazovalnih postelj za bolnike, pri katerih se je pojavila bolečina v prsih in pri katerih so bile potrebne nadaljnje diagnostične in terapevtske obravnave (Shaneeva 2007).

Zaradi majhnosti prostora in majhnega števila postelj opazovalna enota ni mela specifično namenjenega zdravstvenega osebja (zdravnika in sester). V naslednjih treh letih se je število bolnikov, ki so bili sprejeti v opazovalno enoto, več kot podvojilo, zato so napravili raziskavo o smiselnosti uvedbe splošne opazovalne enote za celoten Oddelek za urgentno medicino (Shaneeva 2007). Raziskava je pokazala, da je uvedba take enote smiselna in racionalna, zato so 2014 odprli prenovljeno opazovalno enoto z 20 posteljami (Mount Sinai 2014). V enoti je sedaj zaposleno specifično osebje, ki se ukvarja zgolj z bolniki v tej enoti: zdravniki, medicinske sestre, koordinator primerov in socialni delavec. Zaradi zagotavljanja hitre in kvalitetne oskrbe bolnikov pri obravnavah uporabljajo standardizirane evaluacijske protokole in tudi protokole za diagnostiko in zdravljenje. V okviru opazovalne enote je mesečno obravnavanih povprečno 300 bolnikov, od katerih jih je približno 20% sprejetih na bolnišnično obravnavo.

Število bolnišničnih postelj in obravnav v okviru OE je primerljivo s stanjem v UKC Maribor, zato lahko iz teh podatkov sklepamo, da bi bila tovrstna enota s primerljivim številom opazovalnih postelj primerna tudi za vzpostavitev v okviru urgentnega centra UKC Maribor.

7 Teoretični koncepti opazovalne enote

V svetu narašča težnja po vedno boljši obravnavi nujnih bolnikov. Kot prvo, mora biti tovrstna zdravstvena oskrba dostopna, pa tudi varna in kvalitetna, ob tem da morajo biti njeni stroški sprejemljivi za sistem. OE urgentnega oddelka je lahko prav takšna in prednosti tovrstne enote za klinično delo so številne.

V večini primerov OE predstavlja prostor, kjer se lahko izvaja diagnostična dejavnost ali zdravljenje skrbno izbranih bolnikov zunaj bolnišničnega zdravljenja. Z njeno vzpostavitvijo lahko pridobijo vse strani: bolniki so bolje diagnostično obdelani pred odpustom domov ali sprejemov na nadaljnje bolnišnično zdravljenje, stroški za nepotrebne hospitalizacije se zmanjšajo, bolnišnice lahko ponudijo proste postelje drugim bolnikom, ki bi sicer morali čakati na obravnavo, zdravniki pa imajo možnost obravnavati bolnike v ustreznem okolju in v ustrezno odmerjenem časovnem obdobju (Graff 2011).

7.1 Opazovalna enota skozi čas

Koncept opazovalne enote se je razvil v šestdesetih letih preteklega stoletja iz t.i. »opazovalnih postelj« znotraj urgentnega centra, kjer so ležali bolniki, ki so jih opazovali zaradi različnih akutnih stanj (npr. suma na vnetje slepiča), več kot običajnih 4 do 6 ur. Z napredkom diagnostike so začeli v času opazovanja bolnikov pri njih izvajati tudi dodatne diagnostične postopke, zato je enota dobile ime »enota kliničnega odločanja« ali pa »enota za hitro diagnostiko«. OE so najprej uporabljali pri bolnikih z bolečino v prsnem košu, kasneje pa se je njena uporaba razširila na vrsto drugih stanj in bolezni, vključno z ledvičnimi kamni, kožnimi infekcijami, alergijskimi reakcijami, astmatičnimi napadi in številnimi drugimi (Cooke in drugi 2003; Peacock in drugi 2006; Decker in drugi 2008).

Prve OE so se izkazale kot zelo koristne v primerih izključevanja akutnega koronarnega sindroma pri bolnikih z nizkim tveganjem, a z bolečino v prsih. Pri teh bolnikih so lahko v času obiska v OE natančneje ugotovili njihovo ogroženost in se hkrati izognili dragi bolnišnični hospitalizaciji (Graff in drugi 1995; Zalenski in drugi 1997; Goodacre in drugi 2004).

Sčasoma so med stanja, ki so še posebej primerna za obravnavo v OE, dodajali vedno nove primere; še posebej se je tovrstna obravnava izkazala za primerno pri akutnem nastanku atrijske fibrilacije (Decker in drugi 2008), pri sumu na tranzitorno ishemično atako (Ross in drugi 2007), akutno dekompenzirano srčno popuščanje (Peacock in drugi 2006) in številna druga stanja.

7.2 Organizacija opazovalne enote

Opazovalna enota je običajno enota, v kateri je štiri do dvajset postelj in se nahaja v sklopu urgentnega oddelka ali pa tudi ločeno (Brillman in Tandberg 1994). Povprečen čas bivanja bolnikov v takšni enoti je 10 ur (Graff 2011). Bolniki so sprejeti v OE iz ambulant urgentne službe oz. urgentnega centra, če potrebujejo nadaljnjo diagnostično obdelavo ali pa terapijo, ki je v sami urgentni ambulanti ne morejo prejeti, hkrati pa pričakujemo, da bodo po teh postopkih odpuščeni domov, najkasneje v 24 urah. Povprečno je 80% bolnikov, ki so sprejeti v OE, znotraj tega časa odpuščenih domov, preostali pa so sprejeti na nadaljnje bolnišnično zdravljenje (Baugh in Bohan 2008).

Organizacija in tudi formalna organizacijska shema opazovalne enote urgentnega centra je odvisna od dosegljivih virov: prostora, usposobljenosti kadra in vloženih finančnih sredstev. Študije so pokazale, da so uspehi boljši v primerih, ko za bolnike skrbi bolj specifično usposobljen kader v enoti, ki je samostojna in ne razkrojena v sklopu drugih oddelkov. Učinkovitost je odvisna tudi od tega, ali obravnavajo bolnike v OE po vpeljanih protokolih ali diskrecijsko, tj. brez ustaljenih protokolov, a vseeno v skladu z vsemi doktrinami zdravljenja (Brillman in Dunbar 1995).

Obravnava po protokolih je zaradi razumljivosti, ponovljivosti in nedvoumnosti lažja, strokovno pa vseeno ustrezna ter zmanjšuje možnost napak, izpuščenih diagnostičnih postopkov ali pomanjkljive terapije. Seveda pa morajo protokoli v redkih, specifičnih situacijah dopuščati tudi modifikacije in odstopanja.

OE lahko glede na njeno organiziranost razdelimo v štiri tipe (glej tabelo 7.1).

Tabela 7.1: Tipi OE glede na prostorsko organiziranost in usposobljenost osebja

		Razporeditev bolnikov v prostoru	
		Razpršeni prostori	Specifični prostor
Zdravstveno osebje (delitev glede na stopnjo usposobljenosti)	Splošno usposobljeni	Tip 1: Razpršeni	Tip 2: Odprti
	Specifično usposobljeni (s protokoli)	Tip 3: Navidezni	Tip 4: Zaprti

Vir: Povzeto po Robinson v Graff (2011).

7.2.1 Razpršena OE (tip 1)

Pri prvem, najpogostejšem tipu, skrbijo za bolnike različni zdravniki na različnih oddelkih, bolniki pa dobijo podobno oskrbo, kot če bi bili hospitalizirani (osebje je splošno usposobljeno, lokacija pa nespecifična).

Prednosti:

- potencialno več napotnih na obravnavo,
- nižji stroški vzpostavitve,
- lahka vzpostavitev,
- izraba obstoječih postelj.

Pomanjkljivosti:

- ni spremembe sistema,
- variabilnost pri obravnavi bolnikov zaradi odsotnosti protokolov,
- ni standardizacije,
- manjka osredotočenost osebja na te bolnike,
- ni timskega pristopa,

- bolniki so pogosto obravnavani enako, kot hospitalizirani.

7.2.2 Odprta definirana OE (tip 2)

Drugi tip OE je običajno imenovan »odprti tip« in lahko vanj bolnike sprejemajo in tudi obravnavajo zdravniki različnih specialnosti (osebje je splošno usposobljeno, lokacija pa specifična).

Prednosti:

- osredotočenost na klinično pot,
- sestre in podporno osebje je lahko bolj specifično izobraženo,
- osebje je specifično za OE in lahko pri odločitvah pomaga zdravniku,
- zmanjša število nepotrebne opreme.

Pomanjkljivosti:

- slabše usposobljeni ali nekooperativni zdravniki lahko negativno vplivajo na učinkovitost obravnave,
- zaradi odsotnosti protokolov zdravljenje ni standardizirano in lahko prihaja do napak,
- zahteva natančen management in kontrolo primerov,
- poseben prostor pomeni dodatne stroške.

7.2.3 Navidezna OE (tip 3)

Pri tretjem tipu OE, ki se imenuje tudi »virtualna opazovalna enota«, različni zdravniki tako iz urgence, kot tudi iz ostalih oddelkov bolnišnice obravnavajo bolnike po specifičnih protokolih, fizično pa so lahko postelje s temi bolniki na kateremkoli oddelku (osebje je usposobljeno in obravnava bolnike s protokoli, lokacija je nespecifična).

Prednosti:

- specializiran zdravnik izboljša učinkovitost, saj sledi standardnim postopkom,
- standardizirani postopki – protokoli – lahko ublažijo vpliv manj specifično usmerjenega oddelka ali ublažijo slabšo koordinacijo na oddelku.

Pomanjkljivosti:

- bolniki niso zbrani na enem mestu in je zato njihova obravnava manj učinkovita,
- sestrsko osebje, ki ne pozna protokolov, lahko negativno vpliva na učinkovitost.

7.2.4 Zaprta OE (tip 4)

Četrty tip OE je običajno organiziran v sklopu urgentnega centra ali v njegovi bližini, v njem pa pogosto sodelujejo urgentni zdravniki. Tak tip se pogosto imenuje tudi »opazovalna enota urgentnega centra« ali »enota kliničnega odločanja«. Najpogosteje so take enote zaprtega tipa in lahko vanje bolnike sprejmejo samo zdravniki iz urgence, ki bolnika nato tudi obravnavajo, za specifična vprašanja pa lahko v proces obravnave vključijo tudi druge specialiste (osebje je usposobljeno in obravnava paciente s protokoli, lokacija je specifična, vsi pacienti so na istem mestu).

Prednosti:

- fokusirana pozornost na bolnika, ko se pomika po sistemu,
- usposobljeno osebje lahko nudi standardizirane klinične poti,
- pacienti so zbrani na enem mestu in je tako njihova obravnava bolj učinkovita,
- načrtujemo lahko natančen protokol prehoda iz urgence v OE.

Pomanjkljivosti:

- višji stroški vzpostavitve,
- zahteva dodatni kader (zdravnike, sestre, podporno osebje),
- zahteva dodatne prostore in opremo namenjeno specifično OE.

Kljub temu, da je odprti tip opazovalne enote najpogostejši, pa podatki kažejo, da je za oskrbo bolnikov najboljši zaprti tip (tip 4), tako enoto pa bolniki praviloma tudi hitreje zapustijo (Ross in drugi 2013).

7.3 Prednosti obravnave bolnikov v OE

Obravnava bolnikov v OE povečuje tako specifičnost kot tudi senzitivnost obravnave. Dodaten čas za diagnostične postopke omogoča bolj natančno postavljanje diagnoz, tiste bolnike, ki pa vseeno potrebujejo nadaljnje bolnišnično zdravljenje, pa zato pogosteje napotijo na bolnišnične oddelke, ki so za njih najbolj primerni. Tako lahko bolniki v OE dodatno opravijo preiskave, kot je na primer magnetna resonanca, računalniška tomografija ali dodatne laboratorijske preiskave. Seveda bi lahko vse te preiskave naredili tudi pri bolniku, ki bi bil sprejet na bolnišnično zdravljenje, a bi to zahtevalo več administrativnega dela in več možnosti za nepotrebne nesporazume pri komunikaciji med zdravnikom, ki bi preiskave naročil in tistim, ki bi jih izvedel. Prav te predaje bolnikov so se namreč izkazale kot kritična točka za varnost bolnika v bolnišnični obravnavi (Cheung in drugi 2010).

Opazovanje v OE izboljša tudi senzitivnost za odkrivanje kritičnih stanj. Pri srčnem infarktu je v zgodnji fazi namreč relativno težko postaviti natančno diagnozo infarkta, če ni prisoten značilen elektrokardiogram (EKG). Dodaten pokazatelj so srčni encimi v krvi, ki pa porastejo šele z zamikom nekaj ur. Tako lahko pri sumu na srčni infarkt v OE pri bolniku na vsakih nekaj ur ponavljamo preiskave in s tem zmanjšamo možnost, da pošljemo domov bolnika, ki ima atipično sliko srčnega infarkta. Med opazovanjem lahko izvedemo še druge teste, kot je na primer obremenitveno testiranje ali ultrazvok (UZ).

OE pa ne poveča zgolj specifičnosti in senzitivnosti obravnave, pač pa tudi direktno poveča bolnikovo varnost. S krajšanjem časa, ki ga bolnik preživi v bolnišnici, se namreč zmanjšuje možnost okužbe z bolnišničnimi patogeni, zmanjša se možnost zdravniških napak in eventualnih padcev, pomembno pa se tudi zmanjša možnost delirantnih stanj in psihofizične dekompenzacije, ki se pogosto pojavi pri odvisnikih, pa tudi pri psihiatričnih bolnikih ali starejših osebah z demenco (Baker in drugi 2004).

Bolniki, ki so bili obravnavani v OE, so bili tudi bolj zadovoljni z obravnavo kot bolniki, ki so bili v bolnišnico sprejeti (Rydman in drugi 1997; 1999).

7.4 Klinična stanja, ki so primerna za obravnavo v OE

Za obravnavo v OE so primerna različna stanja, ki zahtevajo razširjeno diagnostiko, kratkotrajno terapijo ali zgolj opazovanje zaradi možnosti poslabšanja stanja v nekaj urah. Praktično vsaka (večja) disciplina medicine, ki se ukvarja z akutnimi boleznimi ali poškodbami ima nabor stanj, ki so primerne za obravnavo v OE (Graff 2011) (glej tabelo 7.1).

Tabela 7.1: Stanja, ki so primerna za obravnavo v OE.

Srčno-žilne bolezni	Poškodbe
- bolečina v prsih - srčno popuščanje - atrijska fibrilacija/ aritmije - sinkopa	- poškodbe trebuha - poškodbe prsnega koša - poškodba glave - manjše druge poškodbe
Gastrointestinalne/genitourinarna stanja	Pljučna obolenja in obolenja dihal
- bolečina v trebuhu - gastrointestinalna krvavitev - sečni kamni - dehidracija	- astma - KOPB - pljučna tromboza - globoka venska tromboza
Infekcijska stanja	Psihosocialna stanja
- medenična vnetna obolenja - pljučnica - pielonefritis - celulitis	- zloraba drog in alkohola - anemija srpastih celic - psihiatrični problemi
Metabolna/endokrina stanja	Ginekološka in porodniška stanja
- hiperkalcemija - zastrupitve - hipoglikemija - hiperglikemija	- bolečina v trebuhu pri nosečnici - vaginalna krvavitev
Nevrološka stanja	Razno
- zmedenost - glavobol - epileptični napad - TIA - vrtoglavica	- bolečina v križu - kolorektalni problemi in hemoroidi - sinkopa

Vir: Povzeto po Graff (2011).

Število OE je v zadnjih desetletjih v svetu močno naraslo, čeprav je število obiskov urgentnih centrov nekoliko upadlo. Je pa naraslo število bolnikov, ki so sprejeti v kratkotrajno obdelavo v opazovalno enoto, povečala pa se je tudi kompleksnost obravnave bolnikov (Kellermann 2006; Taylor 2006; Tang in drugi 2010; Pitts in drugi 2012). Kompleksnost obravnave se je povečala predvsem zaradi uvedbe novih diagnostičnih postopkov (na primer magnetna resonanca, računalniška tomografija, ultrazvok), ki so postali tudi cenovno bolj dostopni (Kocher in drugi 2011; Larson in drugi 2011; Rao in drugi 2011). Drugi razlog povečanega števila obiskov pa je staranje populacije in večje število starostnikov, ki potrebujejo le krajšo oskrbo pred odpustom v domače okolje (Pines in drugi 2013).

7.5 Finančni koncepti OE

7.5.1 Stroški

Številne študije so primerjale stroške obravnave posameznih pogostih stanj v OE in hospitalno. Ross (2007) je tako ugotovil, da je cena obravnave tranzitorne ishemične atake, pri kateri gre za začasno motene možganske funkcije zaradi začasnega zmanjšanja prekrvavitve v možganih, ob obravnavi v OE 864\$, v bolnišnični obravnavi pa 1529\$. Povprečen čas obravnave tega stanja v OE je bil 26 ur, v bolnišnični obravnavi pa 61 ur. Tudi drugi avtorji so ugotovili, da je obravnava v OE bistveno cenejša, kot obravnava v sklopu hospitalizacije (McDermott 1997; Roberts 1997; Goodacre 2004; Jagminas 2005; Greenberg 2006).

Posamezna bolnišnica ima lahko le omejeno število postelj. OE lahko zato predstavlja učinkovito rešitev pomanjkanja bolnišničnih postelj tudi v finančnem smislu (Roberts in Graff 2001). Ustanovitev ali razširitev OE je zaradi manjšega finančnega vložka za organizacijo mnogo lažje, kot povečanje razširitev urgentnega oddelka in števila bolnišničnih postelj. Organizacija OE se pomembno razlikuje od slednjih dveh, saj temelji na ustaljenih algoritmih, ki omogočajo standardizacijo in hitro diagnostiko ter zdravljenje običajno v manj kot 24 urah. Kot taka OE predstavlja optimizacijo in racionalizacijo urgentnega centra, saj temelji na modelu učinkovitejše izrabe sredstev in krajšem postanku bolnikov v bolnišnici.

Ekonomska učinkovitost OE temelji na preprostem osnovnem principu, kjer pomeni dobiček razliko med prihodki in odhodki. Prihodki OE so lahko ločeni od preostalega

urgentnega centra ali pa se z njimi pokrivajo. Osemdeset odstotkov bolnikov, ki so obravnavani v OE, je po obravnavi odpuščenih domov in tako zanje zavarovalnica krije stroške ambulantne obravnave (Baugh in Bohan 2008) in s tem stroške posameznih preiskav in zdravljenja. V primeru bolnikov, ki se zdravijo bolnišnično (pri bolnikih, obravnavanih v OE, je takih le 20%), pa zavarovalnica plača glede na diagnozo skupek storitev (skupine primerljivih primerov oz. SPP), ki zajema tudi laboratorijske preiskave, osnovno diagnostiko, samo hospitalizacijo in njene neposredne in posredne stroške.

Stroški bolnišnične diagnostike in zdravljenja ter stroški diagnostike in zdravljenja v OE so v osnovi enaki, pomembno pa so večji stroški bolnišnične oskrbe bolnika. Leta vsebuje tudi stroške bivanja, medicinske nege, prehrane in zdravniškega nadzora, ki v primeru obravnave v OE v večji meri odpadejo (glej tabelo 7.2).

Tabela 7.2: Najbolj očitne razlike/prednosti v vrednosti bolnišnične obravnave v primerjavi z obravnavno bolnika v OE.

	Opazovalna enota	Primer/Razlaga	Bolnišnična obravnava	Primer/Razlaga
Stroški				
Povprečni čas obravnave	cca 10 ur	Enotna obravnava s pomočjo protokolov in omejeno diagnostiko	cca 2 dni (za bolnike, ki bi sicer bili kandidati za OE)	Več možnosti različne diagnostike
Razmerje število bolnikov:medic. sester	do 5:1	Omejeno število diagnostike in protokoli terapije	Običajno 3:1 ali 4:1	Bolj heterogena struktura bolnikov zahteva več osebja
Velikost sob in fiksni stroški	Fleksibilne sobe, uporaba zastorov za omejitev pacientov	Izbrani, nizkorizični bolniki – ne zahtevajo specifičnih prostorov in tudi manj opreme	Morajo zadoščati minimalnim standardom v bolnišnici, omejena fleksibilnost	Bolj heterogena struktura bolnikov zahteva več specifične opreme; težnja k manjšim, bolj zasebnim sobam
Plačila				
Nadomeščanje stroškov in plačila	Plačilo glede na opravljene storitve	Plačilo glede na opravljeno diagnostiko (npr. RTG slikanje, CT, laboratorij) in zdravljenje	Skupno za celotno obravnavo (PPS)	Plačilo enotnega zneska ne glede na ceno specifične diagnostike in terapije
Možnost ugotovitve napak plačila pri nadzoru	Nizka	Plačnik ima natančno specifičen seznam storitev in plačila	Visoka	Odpuščeni pacienti (pre)hitro lahko izpadejo iz sistema plačila celotne obravnave

Vir: Prirejeno po Sieck (2005); Graff (2009).

Zdravniki so pri bolnikih, katerih narava stanja zahteva daljše čase opazovanja, uvedli strukturirane diagnostične algoritme in algoritme zdravljenja. Na ta način so povečali delež bolnikov, ki so bili iz OE odpuščeni domov. Prav zato mnogo ustanov uporablja strukturirane protokole za vse bolnike, ki so sprejeti v OE, številne ustanove pa bolnike, ki bi sicer sodili v OE, a le-te nimajo urejene, vodijo kot take v navadnem urgentnem prostoru. Prednost OE se najbolj izrazi ravno v primerih, ko se OE nahaja v neposredni bližini urgentnega sprejemnega in triažnega prostora. Če je OE bolj oddaljena, to sicer ne vpliva na dogajanje v sami OE, se pa pri tem zaradi oteženega transporta, komunikacije in menjav osebja občutno zmanjša učinkovitost enote. Razumevanje učinkovitega delovanja in potencialnih prihrankov je nujno za ustanovitev OE (Lenox in New 1997; Finarelli 2003).

Drugi, morebiti še bolj pomemben del izračuna ekonomske smiselnosti OE so stroški. Obstaja več vrst stroškov: fiksni, variabilni in oportunitetni stroški.

Fiksni stroški zajemajo stroške vzpostavitve in vzdrževanja OE. Mnogokrat lahko OE ustanovijo znotraj obstoječih, neizkoriščenih kapacitet bolnišnice, v nasprotnem primeru pa je treba zgraditi nove prostore. Kljub temu so stroški izgradnje tovrstnih prostorov bistveno nižji, kot izgradnje novega urgentnega centra ali bolnišničnih prostorov. Glavni del fiksnih tekočih stroškov OE je plačilo zaposlenih, ki pa je v primerjavi s plačilom za zaposlene v bolnišnični obravnavi še vedno nižje. Posamezna sestra lahko v OE skrbi za do 5 bolnikov, število zdravnikov za oskrbo pa je prav tako lahko minimalno. To število zadostuje, saj so bolniki, ki so napoteni v OE, skrbno izbrani, obravnavani po utečenem algoritmu in obstaja velika verjetnost, da bodo po oskrbi napoteni domov. Pri letni obremenjenosti urgentnega centra s 30.000 do 50.000 primeri je tako smiselno, da je v OE vsaj pet postelj. V primeru manjše obremenjenosti uvedba OE verjetno ni smiselna, v primeru večje obremenjenosti pa je smiselno ustrezno proporcionalno povečati število postelj in osebja (Graff 2011).

Variabilni stroški zajemajo materialna sredstva, ki jih bolniki uporabljajo med bivanjem v OE (npr. posteljnina, čiščenje, temperaturni listi in podobno). Ti stroški predstavljajo navadno minimalen strošek.

Oportunitetni stroški predstavljajo izgubo teoretičnega dobička, ki bi ga lahko ustanova imela z uporabo teh prostorov za druge dejavnosti in teoretični dobiček, ki bi ga lahko imela, če bi bolnike namesto obravnave v OE sprejeli na bolnišnično zdravljenje. Kot pa smo že omenili, je v tujini (pa tudi pri nas) običajno plačilo zavarovalnice za bolnišnično oskrbo nižje, kot so stroški oskrbe za ustanovo in zato ustanova z oskrbo bolnikov v OE ne izgublja, pač pa veča dobiček oz. prihranek. Med oportunitetne stroški spadajo tudi stroški povezani z neuporabo zmogljivosti OE. Če na primer bolnišnične postelje zasedajo bolniki, ki bi sicer lahko bili obravnavani v OE, to pomeni, da te postelje ne morejo zasedati bolniki, ki bi sicer prinašali ustanovi dobiček (npr. elektivni bolniki).

Poleg plačil in stroškov je *učinkovitost* odločilna sestavina uspešne OE. Učinkovitost je odvisna predvsem od treh poglavitnih dejavnikov: izkoriščenosti oz. zasedenosti, časa opazovanja oz. bivanja bolnika v OE in deleža bolnikov, ki so iz OE odpuščeni domov.

Več bolnikov v OE pomeni tudi manj bolnikov, ki bi napolnjevali sam urgentni oddelek, pa tudi večje možnosti za odpustitev domov in posledično manjšo obremenitev bolnišničnih kapacitet. Poleg tega pomeni več bolnikov v OE več preiskav, opravljenih v urgentnem centru/oddelku, to pa lahko pomeni večje prihodke. Seveda pa je treba pri načrtovanju tovrstne enote na prvo mesto postaviti skrb za bolnika in planirati OE zmogljivosti premišljeno.

7.5.2 Zasedenost OE

Nemogoče je zagotoviti stalno popolno usklajenost števila bolnikov, ki odhajajo iz OE, in tistih, ki so v OE sprejeti, zato je zasedenost vedno manjša kot 100%. Seveda pa je popolna in stalna zasedenost koristna za enoto, saj so tako najboljše zasedene tudi ostale kapacitete (število postelj, osebja). Optimalne dosegljivo zasedenost lahko izračunamo s preprostimi izračuni (Baugh in drugi 2011).

Vzemimo za primer OE z 10 posteljami in povprečnim časom, ki ga bolnik preživi v OE (12 ur). Pol ure je potrebne za pripravo postelje po odhodu bolnika na prihod naslednjega bolnika.

Tako lahko izračunamo, da imamo v tem primeru 240 opazovalnih ur na dan (24 ur x 10 postelj). To bi pomenilo v primeru 100-odstotne zasedenosti obravnavo 20 bolnikov dnevno. Če vključimo še čas, ki je potreben za pripravo postelj, hkrati pa predvidimo, da bolniki prihajajo natančno takrat, ko je postelja pripravljena (kar je seveda nerealno), dobimo bolj točen izračun zasedenosti: 12,5 ure na bolnika (12 ur obravnave plus pol ure priprave postelje), kar omogoča obravnavo 19,2 bolnika na dan (24 ur / 12,5 ure na bolnika x 10 postelj). To pomeni 230,4 ure, ki jih bolniki preživijo v OE (19,2 bolnika x 12 ur na bolnika) in posledično 96% zasedenost (230,5/240).

V realnosti je seveda zasedenost bistveno nižja. Kljub temu pa je povprečna oskrba 1,9 bolnika v 24 urah v primerjavi z bolnišničnim zdravljenjem, ki običajno za vsakega bolnika traja več dni, izjemno učinkovita.

7.5.3 Čas obravnave v OE

V ZDA zavarovalnica (Medicare) ne plača dodatnih stroškov klinične obravnave, v kolikor le-ta ne traja vsaj 8 ur, hkrati pa zavarovalnica dodatno ne plača obravnave daljše kot 8 ur. Obravnava, ki traja več kot 24 ur, nepotrebno polni kapacitete OE in je zato neupravičena. Idealen čas obravnave v OE je torej polnih 8 ur, a ne bistveno več.

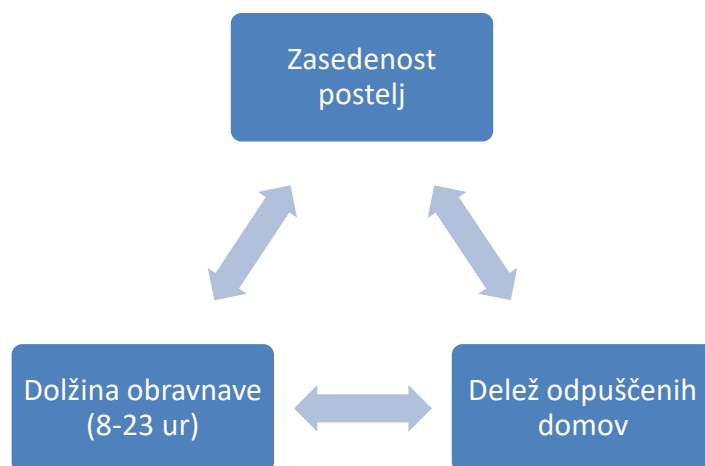
Če je bolnik sprejet na oddelek, zavarovalnica ne plača stroškov, ki so morebiti nastali pri obravnavi v OE, pač pa plača celotno standardizirano obravnavo glede na diagnozo (SPP). Sprejem na bolnišnično zdravljenje torej OE ne prinaša dobička, pač pa zgolj stroške.

7.5.4 Delež odpuščenih domov

Idealno bi bilo, da bi lahko 100% bolnikov iz OE odpustili domov. Velike študije na pediatrični populaciji so pokazale, da je odpuščenih med 80 in 85% (Zebrack in drugi 2005; Alpern in drugi 2008,) pri odraslih pa med 80% in 100% (Ross in Graff 2001; Ross in drugi 2007; Decker in drugi 2008; Madsen in drugi 2008; Cunningham in drugi 2009), tako da lahko realno pričakujemo, da bo okrog 20% bolnikov takih, ki jih bomo morali sprejeti na bolnišnično zdravljenje.

Ključne operative spremenljivke OE so zasedenost postelj, dolžina obravnave in delež odpuščenih domov prikazuje slika 7.1.

Slika 7.1: Ključne operative spremenljivke za obravnavo v OE.



Vir: Prirejeno po Baugh in drugi (2011).

Če se ena od teh spremenljivk bistveno spremeni, to vpliva tudi na drugi dve spremenljivki, zato je izbor bolnikov, ki so primerni za obravnavo v OE izredno pomemben, pravilna izbira bolnikov pa optimizira te spremenljivke. Izbor lahko izboljšamo z natančno določenimi kriteriji za uvrstitev v OE in tudi z določitvijo kriterijev, po katerih bolniki niso primerni za sprejem v OE, pomembno pa je tudi definirati diagnostične in terapevtske algoritme.

Kljub temu, da je finančna konstrukcija in ekonomika izredno pomembna za upravljanje in delovanje OE, pa je na koncu bistveno, da klinične odločitve ne temeljijo na finančnih parametrih, pač pa na strokovno podprtih temeljih. Cilj mora biti, da zagotovimo pravilno zdravstveno oskrbo vsem bolnikom na pravem kraju in pravočasno.

8 Implementacija opazovalne enote v UKC Maribor: analiza in predlogi

8.1 Spremembe sistema in organizacije pri uvajanju OE

Pri uvajanju OE so potrebne predvsem spremembe na vseh nivojih, naštetih v poglavju o specifikah uvajanja sprememb v zdravstvenih sistemih.

Na nivoju *sprememb v postopkih zdravljenja* bi moral predlog o uvedbi OE v skladu s svojo funkcijo obravnave sprememb obstoječih in predlogov novih zdravstvenih tehnologij ter predlaganja načinov njihovega financiranja sprejeti Zdravstveni svet. V obravnavi bi lahko ponudil tudi nekatere rešitve glede organizacije, še posebej pa usmeritve glede systemske podpore spremembam – načina financiranja. Postopki obravnave bolnikov v OE so v praksi enaki postopkom v klasični, bolnišnični obravnavi, le dinamika diagnostičnih postopkov, njihova izvedba ter terapijski postopki so bolj skoncentrirani, osredotočeni in zato tudi precej hitrejši.

Druga stopnja sprememb, ki je tudi najkompleksnejša, je na nivoju *organizacijskih sprememb*. Spremembe morajo biti tako infrastrukturne z ureditvijo primernih prostorov in opreme ter z uvedbo administrativnih postopkov za sprejem v obravnavo v OE. Uvedba standardiziranih protokolov, ki so osnovna prednost obravnave v OE, zahteva natančno proučitev stanj, ki so primerna za sprejem v OE, samo zdravljenje po protokolih pa strokovno ne odstopa od običajnih metod zdravljenja, pač pa protokoli predstavljajo zgolj opomnik in časovnico za učinkovito obravnavo pacienta v skladu s sprejetimi doktrinami zdravljenja. V sklopu organizacijskih sprememb je potrebno prilagoditi tudi kadrovsko strukturo (spremeniti sistematizacijo delovnih mest) in organizacijsko strukturo poročanja in odgovornosti.

Tretje spremembe, ki so potrebne za uspešno uvedbo OE, pa so *systemske*. Z njimi je potrebno prvenstveno zagotoviti vzdržno financiranje dejavnosti. To med drugim pomeni prilagoditev količnikov SPP za obravnavo primerov v OE. Glede na to, da količniki za obravnave izhajajo iz tujine, tudi obstoječi niso dovolj dobro prilagojeni lokalnim razmeram, hkrati pa se tudi sproti ne prilagajajo. Za učinkovitejšo in racionalnejšo obravnavo bi zato morali biti ti količniki posebej prilagojeni za primere, obravnavane v OE.

8.2 Spreminjanje organizacijske strukture v UKC Maribor

Spreminjanje organizacijske strukture je dolgotrajen proces, ki zahteva jasno definirane cilje in plane organizacije. Tabela 8.1 prikazuje primer ciljev in planov za bolnišnico.

Tabela 8.1: Cilji in plani: primer bolnišnice

CILJI IN PLANI

1. *osnovno poslanstvo*: boljše zdravstveno stanje populacije,
2. *strateški cilji*: uveljavljanje sodobnih metod zdravljenja in
3. *taktični cilji*: na nivoju glavnih enot: organizacijskih rešitev, ki zagotavljajo boljšo zdravstveno oskrbo
4. *operativni cilji*: zmanjšanje trajanja hospitalizacije in števila hospitalizacij.

Vir: lasten.

Pri vzpostavitvi Urgentnega centra UKC Maribor se je pokazalo, kako zelo pomembno je natančno poznavanje procesov spreminjanja organizacijske strukture in kako veliko truda in energije je treba vložiti, če hočemo zastavljene cilje nove organizacijske strukture doseči.

Stara urgencia UKC Maribor je bila kadrovsko podhranjena, organizacijsko pa se kljub strahovito hitremu napredku v zdravstvu ni spremenilo nič že več desetletij. Projekt, ki je na novo postavil temelje akutne obravnave bolnikov – Projekt urgentnih centrov v Republiki Sloveniji – je omogočil novo zasnovo in postopno reorganizacijo, ki bo v naslednjih letih prinesla ne le pomembnega izboljšanja kakovosti obravnave bolnikov – hitrejšo obravnavo, boljšo diagnostiko in uspešnejše zdravljenje – pač pa tudi pomembne finančne prihranke. Reorganizacija predhodno lokacijsko ločenih točk obravnave bolnikov v enovit center, kjer so bolniki v najkrajšem možnem času celovito diagnostično in terapevtsko obravnavani, je ključ do kvalitetnih storitev.

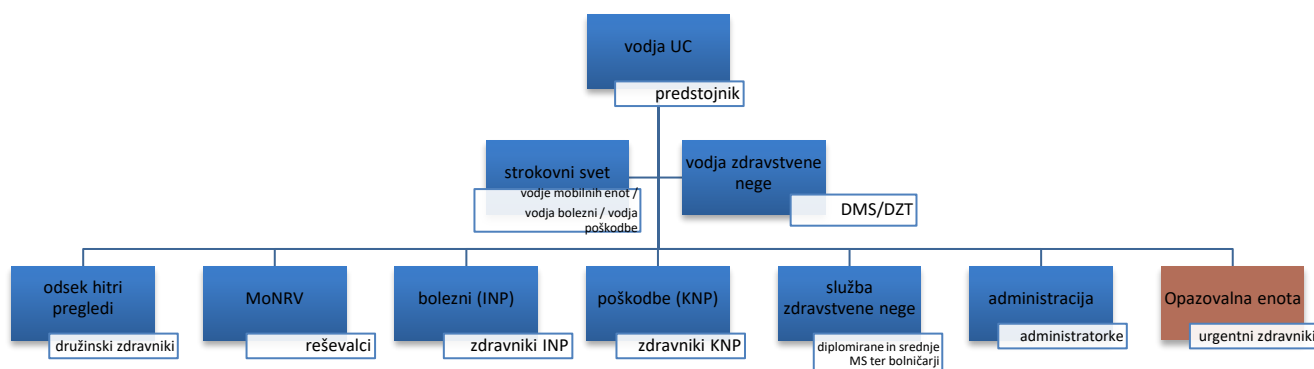
V procesu reorganizacije in spreminjanja organizacijske strukture pa je največ težav pri spreminjanju percepcije delovanja sistema pri tistih, ki so na svojih položajih že leta in jim trenutni parcialni sistem omogoča, da uresničujejo svoje osebne cilje, pa čeprav na račun kvalitete oskrbe bolnikov (Košir 2016). To je problem, ki je razširjen

v celotnem slovenskem prostoru, še posebej v javnem sektorju, kjer za ne-delo ni pomembnejših sankcij, prav tako pa ne ustreznega nagrajevanja za uspešno in nadpovprečno dobro delo.

Ključ do uspešne poti od ideje enovitega in učinkovitega urgentnega centra je bila dolga – trenutno se dopolnjuje peto leto te poti – vendar je v tem času napredek očiten: s pomočjo evropskih sredstev je bila prenovljena infrastruktura, nabavljena potrebna oprema in izveden del izobraževanja. Naslednja stopnja je nadaljnja strokovna usposobljenost kadra: tako nosilcev dejavnosti - urgentnih zdravnikov, kot tudi medicinskih sester in pomožnega osebja. Delo na urgenci je specifično, obremenjujoče in zahteva veliko specifičnega znanja in veščin. Le kompetentni zaposleni lahko v storitvenem sektorju, kot je zdravstvena oskrba, nudijo ustrezno kvalitetne storitve, ki v tem primeru koristijo državljanom in državi, saj pomembno zmanjšujejo stroške samega zdravljenja (da je čim bolj optimalno in uspešno), pa tudi neposredne in posredne stroške zaradi bolniških odsotnosti in dolgoročne sposobnosti ljudi za delo.

Spreminjanje organizacije je dolgotrajen proces, ki mora biti skrbno premišljen na vseh nivojih: tako pri pripravi ustrezne infrastrukture, kot tudi v pripravi ljudi za organizacijske spremembe. Hierarhija manjših urgentnih enot, razdeljenih na področja (kirurgija, interna medicina, nevrologija, infekcijske bolezni), ki je bila manj pregledna in organizirana, hkrati pa je pri obravnavi bolnikov prihajalo tudi do podvajanj tako diagnostike, kot tudi pregledov (saj so bolnike pregledali na primer tako na kirurški urgenci, kot tudi na internistični ali še dodatno na infekcijski urgenci), je z uvedbo enotnega Urgentnega centra postala preglednejša, manj zamudna in tudi ekonomsko bistveno učinkovitejša. Sprememba je v tem primeru iz razmeroma nepregledne organizacijske strukture naredila bolj sistematično in hierarhično urejeno strukturo Urgentnega centra. Z uvedbo OE se bo posledično v UKC Maribor spremenila organizacijska struktura in organigram Urgentnega centra (glej sliko 8.3).

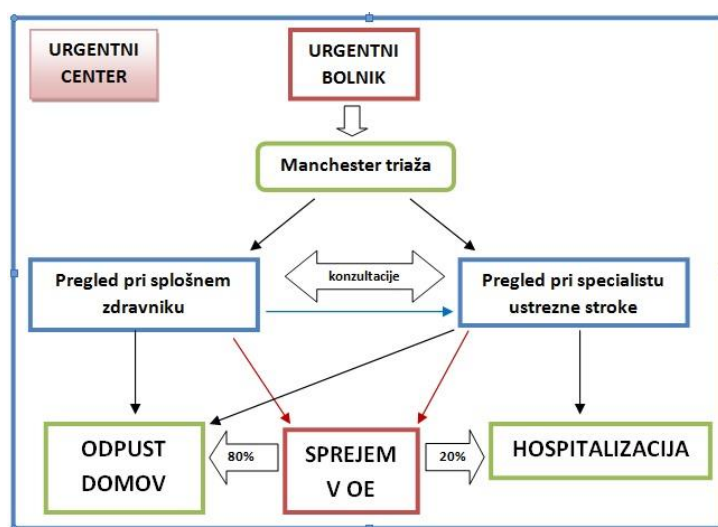
Slika 8.3: Modificiran organigram Urgentnega centra z dodano kategorijo OE in predvidenim profilom kadra. (Legenda: DMS/DZT – diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstveni tehnik, MoNRV – Mobilna enota nujnega reševalnega vozila, INP – internistična nujna pomoč, KNP – kirurška nujna pomoč).



Vir: Prirejeno po Ministrstvo za zdravje RS – Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC (2015).

Uvedba polno funkcionalne opazovalne enote bo tako strukturo še bolj povezala v enovito celoto in bo imela pri tem povezovanju odločilno vlogo. V enotnem prostoru bodo tako po triažnih protokolih sprejeti bolniki z različnimi, točno določenimi stanji, kjer bodo prejeli hitro, optimalno diagnostično in terapevtsko obravnavo, po kateri bodo večinoma odpuščeni v domačo oskrbo, težji primeri pa v nadaljnjo bolnišnično obravnavo (glej sliko 8.4).

Slika 8.4: Modificirana horizontalna organizacija delovnih procesov v urgentnem centru z opazovalno enoto (OE).



Vir: Modificirano po Ministrstvo za zdravje RS – Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC (2015).

Delovni procesi v organizaciji urgentnega centra, ki vsebuje OE, omogočajo sprejem v OE po pregledu pri specialistu ustrezne stroke, pa tudi po pregledu pri splošnem zdravniku. Za preprečevanje preobremenitve enote je zato nujno, da so izdelani natančni kriteriji za sprejem ter da je obravnava v OE čim bolj intenzivna.

Spreminjanje organizacijske strukture je pogosto težka naloga. Pri tem se pojavijo tako notranji kot zunanji dejavniki, ki se spreminjanju upirajo. Tudi v našem primeru bodo ob vzpostavitvi OE prav gotovo številne prepreke, ki bodo zavirale organizacijo enote. Edino z argumentirano analizo organizacije in njene strukture ter poznavanjem preprek pri spreminjanju organizacijske strukture, lahko te prepreke uspešno obidemo in spremembe tudi uveljavimo.

Pri primerjavi urgentne službe v ZDA ter pri nas na primeru bolnišnice Mount Sinai na Manhattnu je pokazala, da je trenutna ocena števila bolnikov, ki so/bodo sprejeti v Opazovalno enoto relativno majhno in da je pričakovati, da se bo število z vzpostavljenimi protokoli in razširjeno bazo stanj, ki so primerna za obravnavo v OE, povečalo. Analiza, ki so jo naredili v bolnišnici Mount Sinai (Shaneeva 2007), je namreč pokazala, da so pri primerljivem številu nujnih bolnikov v OE obravnavali bistveno več bolnikov, kot jih je trenutno obravnavanih v UKC Maribor v sklopu dnevnega hospitala. Glede na sistem urgentne službe v ZDA, kjer praktično vse

urgentne bolnike pripeljejo v sekundarne, urgentne centre, ki so zato bistveno bolj zasedeni in je posledično tudi število sprejemov v obravnavo v OE večje, je razumljivo, da potrebuje bolnišnica Mount Sinai precej več opazovalnih postelj (20). Če se bo v UKC Maribor izkazalo, da bo bolnikov, primernih za OE, bistveno več od načrtovanega števila, bo treba skladno s tem povečanjem načrtovati povečanje števila prostih mest v OE in tudi ustrezno povečati število zaposlenih.

8.3 Organizacijske posledice uvedbe opazovalne enote v UKC Maribor

V UKC Maribor so v sklopu novo odprtega Urgentnega centra že sedaj predvideni prostori za opazovanje (opazovalnica) (glej prilogo A). Trenutno ti prostori organizacijsko nimajo funkcije OE, vendar so narejeni tako, da odlično omogočajo usmerjeno obravnavo in nadzor, kar je osnovni pogoj za učinkovito oskrbo bolnikov v okviru OE. Zaenkrat je število specialistov urgentne medicine v Sloveniji še premajhno za pokrivanje vseh delovišč, kjer bi bili potrebni, tako da je v začetku smiselno, da skrbijo za obravnavo bolnikov specialisti, ki tudi sedaj obravnavajo bolnike, ki so v opazovalnico sprejeti. S tem bi na začetku OE bila 2. tipa (glej tabelo 7.1), z večanjem števila urgentnih zdravnikov, predvsem pa z definicijo vseh protokolov, pa 4. tipa. Opazovalna enota Urgentnega centra UKC Maribor bi bila tako lahko optimalna glede svoje specifičnosti – vodena s protokoli in z ločenimi prostori. Ta organizacijska oblika je v primeru UKC Maribor najboljša, saj omogoča najprimernejšo obravnavo tako glede izida obravnave, kot tudi glede dolžine bivanja v enoti, pomeni manj sprejemov v nadaljnjo bolnišnično obravnavo glede na ostale tipe OE, za ta tip enote pa je tudi lažje izučiti zaposlene, saj je osebje namenjeno zgolj oskrbi sprejetih bolnikov, slediti pa morajo točno določenim kliničnim smernicam. Poleg tega so vsi bolniki na istem mestu, kar omogoča prihranek časa v obravnavi, saj so zdravniki, ki so namenjeni OE, vedno na voljo in se posvečajo ves čas samo specifičnim bolnikom.

Za ustrezno obravnavo je treba zagotoviti ustrezno vodenje ter optimalno število zaposlenih. Mace in drugi (2003) so v analizah števila zaposlenih v OE ugotovili, da je najpogostejše razmerje bolnikov proti medicinskim sestram/zdravstvenim tehnikom 4,2 bolnika na eno medicinsko sestro ali tehnika. Sestre so v OE obremenjene relativno neenakomerno, saj je po izkušnjah iz dosedanjih obravnav večina bolnikov,

ki so kandidati za sprejem v OE, sprejetih v specifičnih delih dneva (dopoldne ali zvečer), v nočnem času pa je teh obiskov nekoliko manj. Prav tako je število obiskov večje ob ponedeljkih, manjše pa ob vikendih (Marcilio in drugi 2013). Mnogokrat se je zgodilo, da so v primeru, ko osebje OE ni bilo polno zasedeno, sestre iz OE premestili na druga delovna mesta (npr. za pomoč na oddelku), vendar se je izkazalo, da se na tak način postopoma zmanjšuje število bolnikov v OE, kar posledično privede do manj učinkovitega sistema in bolj zasedenih bolnišničnih postelj (Peacock in drugi 2014).

V UKC Maribor je letno obravnavanih skoraj 7000 bolnikov, ki sodijo v kategorijo enodnevnih bolnišnic, kar pomeni v povprečju skoraj 20 bolnikov dnevno. Kot smo videli v izračunu (poglavje 7 – Finančno planiranje OE), potrebujemo za tako število bolnikov približno 10 postelj za OE. Glede na število bolnikov in priporočila glede števila bolnikov na sestro, bi morali v UKC Maribor zagotoviti stalno prisotnost 3 sester oz. skupno 9 sester/tehnikov za 24 urno oskrbo OE. Ob predvideni 90-odstotni zasedenosti OE, predvidenih bolniških odsotnostih in letnih dopustih je tako verjetno optimalno število diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov 10 (glej tabelo 8.1).

Tabela 8.1: Predvidena kadrovska zasedba OE v UKC Maribor

	Število osebja v opazovalnici* Urgentnega centra, preračunano na 10 postelj	Predlagano število osebja v opazovalni enoti UKC Maribor (10 postelj)
Zdravniki	0	1
Diplomirane medicinske sestre	1,3	3
Srednje medicinske sestre	2,6	3
Bolničarji	1	2
Administratorke	0,5	0,5

*opazovalnica urgentnega centra, kot je opredeljena v Enotni metodologiji UC v RS (Ministrstvo za zdravje RS – Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC (2015). Vir: Lasten.

Idealno je, če skrbijo za bolnike v OE zdravniki, ki so namenjeni zgolj OE in nimajo drugih zadolžitev. Priporočajo, da OE vodijo urgentni zdravniki (Mace in drugi 2003). V nekaterih bolnišnicah so za OE zadolženi zdravniki, ki so sicer zaposleni v Urgentnem centru in skrbijo tudi za druge bolnike, urejen pa imajo deljen delovni čas.

V večjih centrih so zdravniki razporejeni specifično v OE in je njihova edina zadolžitev obravnava in oskrba bolnikov v OE (Ross in drugi 2012).

V UKC Maribor bi bilo glede na predvideno število bolnikov (20/dan) idealno, da je 24 ur na dan prisoten zdravnik, ki skrbi za dosledno in hitro diagnostično in terapevtsko obravnavo bolnikov po standardiziranih protokolih. To pomeni, da bi za pokrivanje 24 ur bilo treba zagotoviti 3 zdravnike oz. z upoštevanjem odsotnosti vsaj 4 zdravnike.

Glede na obstoječe predloge kadrovske zasedbe je seveda število zaposlenih v OE večje, saj je tudi obravnava bistveno intenzivnejša, tako da je za učinkovito delo tudi potrebnega bistveno več kadra. Kljub temu pa je finančno uvedba OE smiselna in tudi racionalna. Strošek delovne sile je namreč glede na preostale stroške v procesu diagnostične in terapevtske obravnave med manjšimi.

8.4 Financiranje delovanja OE v UKC Maribor

V sklopu uvedbe OE je seveda treba zagotoviti financiranje OE, ki mora pokrivati tekoče stroške delovanja, vključno s pokrivanjem stroškov dela, hkrati pa mora biti razvojno usmerjeno ter predvideti tudi prihodnje naložbe zaradi razvoja novih diagnostičnih metod in postopkov. Glede na dosedanje financiranje zdravstvene dejavnosti sta tako za financiranje dve možnosti: plačevanje po storitvah ali pa plačevanje glede na skupine primerljivih primerov (SPP).

V primeru plačevanja po storitvah bi morali po obravnavi storitve in materialne stroške ovrednotiti in Zdravstveni zavarovalnici izstaviti račun za poravnavo stroškov. Tak način bi seveda bil najbolj natančen, a bi hkrati tudi pomenil zamudo v financiranju ter plačevanje za nazaj. Vsaj na začetku bi to pomenilo primanjkljaj prihodkov nad odhodki, čeprav bi se v naslednjih letih ob načrtovanih sprejemih v OE ta primanjkljaj pokrila. Tovrstni sistem bi spodbujal k čim bolj racionalni izrabi sredstev in omejil morebitne nepotrebne postopke, po drugi strani pa bi lahko za bolnike pomenil tudi to, da ne bi bili deležni sicer potrebnih, a dražjih preiskav in terapevtskih postopkov.

V drugem primeru, tj. pri pavšalnem plačevanju po skupinah primerljivih primerov, bi bilo financiranje urejeno praktično enako, kot je že sedaj v bolnišnični obravnavi določenih stanj. Za vsakega bolnika, ki je sprejet v OE, je namreč glede na uvedene

kriterije natančno opredeljeno stanje, zaradi katerega je sprejet v OE, prav tako pa so tudi opredeljeni diagnostični in terapevtski protokoli, ki so v primeru specifičnega stanja predvideni. Tako lahko seveda tudi natančno predvidimo stroške, ki bodo nastali z obravnavo v OE glede na posamezno stanje.

V primeru OE je za plačnika (v primeru Slovenije za ZZZS) plačevanje po skupini primerov (SPP) trenutno bistveno manj ugodno, saj zajema tudi stroške hospitalizacije ne glede na dolžino le-te. Problem sistema plačevanja zdravstvenih storitev v RS na podlagi SPP je, da odgovornosti institucij pri posodabljanju SPP in posodabljanju stroškovnih uteži niso jasno opredeljene, prav tako pa tudi ni ustreznega nadzora nad izvajanjem programa. Stroškovne uteži so namreč povzete po avstralskem sistemu, nacionalnih stroškovnih uteži pa ni mogoče izračunati, saj zanje ni postavljenih standardov in pravil. Privzete stroškovne uteži tako v nekaterih primerih povzročijo previsoko ali prenizko vrednotenje nekaterih SPP. V bolnišnicah zbiranje podatkov, na katerih bi temeljilo pravično dodeljevanje uteži primerom SPP, ni standardizirano, zato bi bilo prilagajanje uteži SPP nujno potreben prvi korak k izboljšanju ustreznosti sistema plačevanja storitev.

V kontekstu uvedbe OE bi bilo potrebno izboljšati tudi sistem prilagoditev za izjemne primere z daljšo ali krajšo ležalno dobo ter še posebej za primere kratkotrajne obravnave v sklopu OE. Financiranje opazovalnice, kot je v trenutnem sistemu urgentnih centrov zastavljena, je pavšalno z izplačilom dvanajstine dogovorjenega letnega zneska mesečno – v UKC Maribor to trenutno predstavlja približno 40.000€ mesečno (na letni ravni 500.000€) (Košir 2016). To plačilo pokriva celoten spekter obravnave v opazovalnici, dodatno pa se plača še za storitve dražjih diagnostičnih preiskav in postopkov.

Vsekakor je v luči polno funkcionalne opazovalne enote tak pavšalni sistem neoptimalen. Z uvedbo natančnih protokolov in standardizirane obravnave je mogoče natančno predvideti stroške obravnave v OE ter tako zagotoviti ustrezna sredstva za delovanje. V prvem letu, dokler ni jasno predvideno število in spekter stanj, ki so za sprejem v OE primerna glede na demografijo in specifične področja, ki ga pokriva posamezna OE, je pavšalno plačilo seveda nujno, z natančnim spremljanjem porabe sredstev v začetku pa je kasneje možno predvideti število bolnikov in tudi materialne in finančne potrebe za obravnavo skupine primerov. Tako bi lahko bil prilagojeni SPP

za različne, točno definirane primere sprejete v OE realna osnova za plačevanje po primerih in ne zgolj pavšalno.

Pri plačevanju stroškov obravnave v OE je lahko plačevanje urejeno specifično za opravljene preiskave in zdravljenje in posledično precej nižje. Glede na specifičnost ureditve UE z natančno določenimi protokoli bi bilo verjetno najboljše smiselno plačevanje po specifičnih skupinah primerljivih primerov, ki pa bi bili za potrebe OE modificirani in bi bili iz obravnave izvzeti stroški hospitalizacije.

Tudi ta ureditev bi zagotavljala ustrezna sredstva za obravnavo, hkrati pa motivirala izvajalce za čim bolj racionalno, a vseeno ustrezno obravnavo bolnikov.

Problem (ne)racionalizacije postopkov seveda izvira iz sedanje ureditve zdravstvenega sistema, ki izvajalcev ne motivira za bolj racionalno delo z nagrajevanjem. Za celostno optimizacijo sistema bi bilo tako treba spremeniti sistem, zagotoviti nagrajevanje za uspešno in stroškovno učinkovito delo, ob tem pa bi bilo seveda nujno tudi zagotoviti spremljanje kakovosti in rezultatov oskrbe.

8.5 Predlagana navodila za vzpostavitev OE v Urgentnem centru UKC Maribor

V UKC Maribor je zaživel Urgentni center, ki že sam po sebi pomeni veliko pridobitev za zdravstveno oskrbo prebivalcev in kvaliteto storitev zaposlenih. V ustanovitvenih aktih in predvideni metodologiji je omenjena opazovalna enota, vendar ne kot samostojna enota s prav specifičnim poslanstvom in izdelano organizacijsko strukturo, pač pa zgolj kot prostor za opazovanje pacientov pod primarnim nadzorom medicinskih sester. Seveda to niti slučajno ni opazovalna enota, ki bi bila učinkovita, visoko specifična, vodena po protokolih z jasnimi sprejemnimi ter odpustnimi kriteriji in izdelano klinično potjo. Zaradi tega smo v sklopu te naloge pripravili navodila za vzpostavitev tovrstne enote (prilagojeno glede na smernice):

1. Osnove vzpostavitve OE, politika delovanja in klinični protokoli

- Treba je poznati obstoječi sistem, opredeliti procese, ki niso učinkoviti in jih je treba spremeniti. Sledi formiranje novih protokolov.
- Treba je vzpostaviti organizacijsko kulturo z multidisciplinarno usmeritvijo, hitrim načrtovanjem in ukrepanjem.
- Razviti je treba politiko dobre prakse: učinkovite postopke diagnostike in zdravljenja, ki temeljijo na dokazih.
- Poudarek mora biti na hitrih odločitvah in posredovanju ter pogosti multidisciplinarni obravnavi.
- Zagotoviti je treba pregledno organizacijsko strukturo z jasno opredeljeno strategijo in s točno določenimi zadolžitvami in odgovornostjo.
- Treba je zagotoviti proaktivno upravljanje in organizacijo, kjer so v proces obravnave vključeni izkušeni specialisti.
- Treba je zagotoviti ustrezno triažo, ki bo prepoznala stanja, ki so lahko obravnavana v OE in pri katerih se pričakuje, da bodo odpuščeni domov v manj kot 24 urah.
- V klinični praksi je treba zagotoviti:
 - a. Natančne diagnostične kriterije.
 - b. Kriterije za sprejema v OE in kriterije, zaradi katerih obravnava v OE ni primerna.
 - c. Opredeliti učinkovito klinično (diagnostično in terapevtsko) pot pri posameznih stanjih.
 - d. Zagotoviti nadzor (opazovanje) nad napredkom diagnostike in zdravljenja.
 - e. Definirati točke kontrole klinične slike z jasnimi časovnimi omejitvami.
 - f. Zaradi učinkovitosti je treba zagotavljati, da je enota zasedena največ 90% (kar dopušča fleksibilnost).

2. Selekcija pacientov, ki so primerni za sprejem v OE

- Opredeliti je treba nedvoumne, zgoščene kriterije za sprejem in odpust bolnikov v OE. Kriteriji morajo biti taki, ki so specifični za določeno stanje in so razumljivi za vse osebje OE.

- Kriteriji morajo biti prilagojeni glede na tip enote: v primeru UKC Maribor je lahko enota tipa 4 (določeni prostori, vodena s protokoli), ki je najbolj učinkovita.
- Določiti je potrebno skupine primerov, ki so lahko sprejeti v OE. Stanja morajo biti taka, pri katerih se predvideva odpust iz obravnave v manj kot 24 urah.
- Kriteriji morajo biti fleksibilni in se v primeru sprememb v klinični praksi ustrezno prilagajati.

3. Prostorske in tehnične zahteve za opazovanje

- Prostor za obravnavo in postelje morajo biti namenjene zgolj bolnikom na specifični obravnavi v OE, tako da je lahko obravnava vključno z oceno stanja ter planiranjem diagnostike in zdravljenja fokusirana in intenzivna.
- Zagotoviti je treba opremo, ki zagotavlja učinkovit nadzor vitalnih funkcij in druge specifične opreme.

4. Dostop do diagnostičnih storitev

- Zagotoviti je treba prednostni dostop do diagnostike 24 ur dnevno (RTG, endoskopija, UZ, laboratorij itd.).
- V proces obravnave je smiselno aktivno vključiti ključne osebe, ki izvajajo diagnostične postopke ter opredeliti časovne okvire izvedbe postopkov in pridobitve rezultatov diagnostičnih postopkov.
- Na podlagi podatkov o predvidenem številu diagnostičnih obravnav je treba zagotoviti ustrezno število prostih terminov za diagnostične obravnave.

5. Osebe namenjeno specifično OE

- Treba je zagotoviti, da osebje razume organizacijske cilje za OE, tako da lahko usmerja postopek diagnostične in terapevtske obravnave.
- Klinične odločitve mora sprejemati specialist ustrezne specialnosti.
- Treba je usposobiti osebje (diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik), ki je odgovoren/a za protokol in usmerja postopek.
- Zdravstveno osebje (diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik) mora biti ustrezno klinično usposobljeno za oskrbo pacientov.
- Zdravstveno osebje mora biti ustrezno strokovno usposobljeno za ugotavljanje potreb procesa obravnave in sprejemanja učinkovitih in varnih odločitev.

- Osebjem mora biti seznanjeno z možnostjo kontaktiranja drugih podpornih zdravstvenih služb (socialna služba, delovna terapija, psihološka podpora).
- Podporno osebje mora biti predano delu v OE (bolničarke, čistilke, administracija).
- Zagotoviti je treba jasne opise delovnih obveznosti za vse profile zaposlenih v OE.
- Vzpostaviti je treba jasna pravila komunikacije in narediti komunikacijski plan.

6. Upravljanje odstopanj

- Treba je vzpostaviti mehanizem za prepoznavo odstopanja od protokolov in hitro prepoznavo pacientov, pri katerih bodo preseženi časovni okvirji obravnave in ki zahtevajo hospitalizacijo.
- Vzpostaviti sistem za hitro premestitev v bolnišnično oskrbo.
- Redno je treba spremljati kazalnike kakovosti oskrbe, procesov dela, obremenjenosti kadrov, racionalnosti porabe virov in zadovoljstva uporabnikov
- Vse kazalnike je treba kritično ovrednotiti ter v primeru zaznanih suboptimalnih rezultatov spremeniti sistem tako, da bo vodil k izboljšanju stanja.

7. Ključni dejavniki za uspešno implementacijo OE

- Organizacijska struktura mora temeljiti na odločnem vodenju, predanemu osebju in učinkovitem poteku obravnave.
- Odgovornost in hierarhija morata biti natančno opredeljeni. Določen mora biti vodja OE z največjo odgovornostjo in pooblastili.
- Kriteriji za sprejem morajo biti nedvoumni, diagnostični in terapevtski postopki pa dobro načrtovani. Protokoli morajo zajemati vse udeležence in biti zanje tudi razumljivi.
- Zaposleni morajo imeti jasno vizijo oskrbe pacientov v OE.
- Organizacijska struktura mora odražati jasno strategijo, operativno politiko in predvideti kritične klinične poti za oskrbo specifičnih bolnikov.
- Treba je redno spremljati kazalce kakovosti in optimalne izrabe sredstev ter po potrebi modificirati klinične poti in protokole.

8.7 Opazovalna enota v slovenskem zdravstvenem sistemu

Uvedba opazovalne enote v UKC Maribor bo nedvomno prinesla pomembno izboljšavo v obravnavi nujnih bolnikov. V sklopu novega Urgentnega centra je prostora in resursov za uvedbo enote dovolj, letno število bolnikov, ki so obravnavani v urgentnem centru pa tudi tolikšno, da je uvedba OE smiselna. Značilnost OE je namreč, da je smiselna le, če je število bolnikov, ki so primerni za sprejem vanjo, zadosten, da je racionalno organizirati in vzdrževati poseben prostor in kadrovske zasedbe za potrebe OE.

Poleg UKC Maribor, ki je druga največja zdravstvena ustanova v Sloveniji, sta za uvedbo koncepta OE primerno veliki in frekventni še UKC Ljubljana in Splošna bolnišnica Celje. Tudi v teh dveh zdravstvenih ustanovah bi bilo smiselno razmisliti o uvedbi specializirane OE v namenskih prostorih in z namensko izšolanim zdravstvenim timom (tip 4). Zaradi večjega števila bolnikov v UKC Ljubljana bi bilo seveda treba prilagoditi število postelj in ustrezno tudi število zaposlenih, ostale značilnosti, pa tudi protokoli obravnave, pa bi lahko bili enaki. Še več, strokovno in organizacijsko najboljše bi bilo, če bi se strokovnjaki vseh bolnišnic, ki uvajajo OE, povezali in izdelali skupne protokole ter tako racionalizirali in poenotili tudi ta del slovenskega urgentnega sistema.

Preostale bolnišnice v Sloveniji so verjetno premajhne, da bi bilo racionalno organizirati OE tipa 4, vsekakor pa je smiselno razmisliti o enotah drugih tipov, ki so prav tako lahko učinkovite. Najpomembnejša točka pri vzpostavitvi enote pa je nedvomno jasna vizija oskrbe bolnikov v OE, s katero so seznanjeni vsi zaposleni, ki sodelujejo v procesu obravnave. Brez tega OE izgubi namen in funkcijo ter ostane na nivoju splošne bolnišnične oskrbe.

OE nedvomno ima svoje mesto v slovenskem zdravstvenem sistemu. Upamo, da bodo pristojni to organizacijsko obliko koristno uporabili za izboljšanje obstoječega sistema obravnave bolnikov in izboljšanje urgentnega zdravstvenega sistema nasploh.

9 Sklep

Po preučitvi obstoječega stanja na področju urgentne medicine, urgentnega centra in nujne medicinske pomoči v Sloveniji smo prišli do zaključka, da ne obstaja resna študija ali zapis iskrene težnje po vzpostavitvi opazovalne enote. Vzpostavitev take enote zato predstavlja za slovensko zdravstvo organizacijski izziv in priložnost, da se vzpostavi nov, strokovno in finančno učinkovit koncept v zdravstvu.

Metodološko smo v nalogi naredili sintezo obstoječe relevantne literature, kar pa prinaša nekaj omejitev. Med najbolj pomembnimi je pristranskost izbire strokovnih člankov, ki smo jih uporabili za izpeljavo zaključkov. V poplavi strokovnih člankov je namreč nujno narediti selekcijo, pri kateri pa lahko seveda hitro izpustimo kakšne relevantne podatke. Prospektivno bo treba napraviti nadaljnjo raziskavo dinamičnih, kompleksnih odnosov med urgentno obravnavo bolnikov in opazovalno enoto ter obravnavo bolnikov, ki so sprejeti na oddelke. Vpliv organizacije OE in obravnave bolnikov na splošne statistične kazalnike bolnišnice (na primer splošna zasedenost postelj, vpliv na splošno dolžino hospitalizacije, kadrovske potrebe) ni dovolj dobro proučen, prav tako pa v literaturi tovrstnih analiz ni zaslediti. Vsekakor pa obstajata vsaj dva očitna argumenta za vpeljavo OE: število dragih in neučinkovitih sprejemov na oddelke se pomembno zmanjša, kljub temu da so bolniki strokovno ustrezno obravnavani, hkrati pa se razbremenijo urgenco, saj se bolniki predajo naprej v specifično, temeljito diagnostično in terapevtsko obravnavo. Trenutni nabor stanj, ki so primerna za obravnavo v OE, se bo v prihodnosti prav gotovo še razširil ter tako še dodatno razbremenil bolnišnične kapacitete.

Pričujoča naloga je tako prva poglobljena obravnava organizacijske enote urgentnega centra: opazovalne enote kot funkcionalne, klinične enote urgentne službe. Kot izhodišče nadaljnjemu razmišljanju o vzpostavitvi tovrstne enote smo podali smernice in nekatere premisleke, ki so nujno potrebni ob načrtovani vzpostavitvi. Pri pregledu zbranih podatkov in napravljene primerjave lahko potrdimo, da bo uvedba OE v Urgentni center Maribor prinesla pomembno organizacijsko rešitev, ki bo primerna tudi za implementacijo v druge urgentne centre po Sloveniji. Glede na trenutno stanje, ko so bolniki na opazovanje sprejeti brez ustreznih protokolov in je njihova obravnava odvisna od izkušenosti zdravnika, ki je trenutno

zadolžen v okviru urgentne službe tudi za bolnike na opazovanju, bi obravnava po natančnih protokolih z jasno vizijo celotne diagnostične in terapevtske oskrbe prav gotovo pomenila strokovno neoporečno, hitrejšo ter bolj varno oskrbo bolnikov. Zaradi hitre obravnave, zmanjšanja možnosti napak in nepotrebnih podvajanj preiskav in pregledov pa bi prav gotovo pomenila tudi pomembno racionalizacijo resursov in nenazadnje tudi pomembne finančne prihranke.

Kot pri vsakem drugem projektu je treba k vzpostavitvi OE pristopiti sistematično:

- z razumevanjem organizacije, organizacijske strukture/kulture, njenimi značilnostmi in zakonitostmi spreminjanja organizacije,
- s pregledom obstoječega stanja,
- študijo dosedanjih izkušenj in okolij, kjer tovrstne enote že obstajajo,
- s primerjavo zdravstvenih, socialnih, ekonomskih in družbenih razmer,
- z izdelavo elaborata možnosti vzpostavitve,
- s predvidevanjem kadrovskih, organizacijskih in finančnih zahtev za vzpostavitev,
- s predvidevanjem kontrolnih mehanizmov in mehanizmov zagotavljanja kvalitete storitev.

Pričujoča naloga z obravnavo teorije organizacij, opisom obstoječega stanja, vsebinsko razčlenitvijo opazovalne enote in opisom finančnih plati organizacije tovrstne enote vsebuje številne od teh elementov, je pa seveda zgolj začetek in osnova za nadaljevanje in aktivno pripravo dokumentacije za pripravo projekta vzpostavitve OE.

Obstoječ nov Urgentni center v UKC Maribor je odlična osnova za OE: prostori so zadostni, število postelj ustrezno, strokovno izpopolnjevanje zaposlenih tako s strani zdravnikov kot tudi sestrskega osebja je v teku. Pravzaprav manjka le še priprava ustrezne dokumentacije in finančna analiza ter resna odločitev pristojnih, da se tovrstna organizacijska enota uvede. Korak k temu smo naredili s pričujočo analizo in pregledom literature in dostopnih informacij, s pripravo smernic za vzpostavitev enote ter s pripravo vzorčnega protokola za obravnavo. Seveda je do vzpostavitve še dolga pot, vendar niti najmanj ne dvomimo, da bo organizacija OE pomembno prispevala h

kakovosti oskrbe nujnih pacientov in prinesla tudi finančno ugodne učinke za bolnišnico in slovenski zdravstveni sistem.

10 Literatura

1. Adizes, Ichak. 1988. *Corporate Lifecycles: How and Why Corporations Grow and Die and What To Do About It*. NJ: Englewood Cliffs.
2. --- 2015. *Adizes corporate lifecycle*. Dostopno na: <http://www.adizes.com/lifecycle/> (16. marec 2016).
3. Alpern, Elizabeth R., Diane P. Calello, Randy Windreich, Kevin Osterhoudt in Kathy N. Shaw. 2008. Utilization and Unexpected Hospitalization Rates of a Pediatric Emergency Department 23-Hour Observation Unit. *Pediatric Emergency Care* 24(9): 589–594.
4. Antwi, Michael in Mruganka Kale. 2014. *Change Management in Healthcare*. Dostopno prek: https://smith.queensu.ca/centres/monieson/knowledge_articles/change-management-for-healthcare-policy---literature-review.php (3. marec 2016).
5. Baker, Ross G., Peter G. Norton, Virginia Flintoft, Régis Blais, Adalsteinn Brown, Jafna Cox, Ed Etchells, William A. Ghali, Philip Hébert, Sumit R. Majumdar, Maeve O'Beirne, Luz Palacios-Derflinger, Robert J. Reid, Sam Sheps in Robyn Tamblyn. 2004. The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 170(11): 1678–1686.
6. Barr Judith K., Tierney E. Giannotti, Shoshanna Sofaer, Cathy E. Duquette, William J. Waters in Marcia K. Petrillo. 2006. Using public reports of patient satisfaction for hospital quality improvement. *Health Services Research* 41(3 Pt 1): 663–682.
7. Baugh, Christopher W., Arjun K. Venkatesh in Stephen J. Bohan. 2011. Emergency department observation units: A clinical and financial benefit for hospitals. *Health Care Management Review* 36(1): 28–37.
8. Baugh, Cristopher W. in Stephen J. Bohan. 2008. Estimating observation unit profitability with options modeling. *Academic Emergency Medicine* 15(5): 445–452.
9. Bissey, Bret. 2008. *Observation, admission, and RAC-The next perfect storm?* (No. 12). Philadelphia, PA: IMA Consulting.
10. Brillman, J. C. in Tandberg D. 1994. Observation unit impact on ED admission for asthma. *American Journal of Emergency Medicine* 12(1): 11–14.

11. Brillman, J., Mathers-Dunbar L., Graff L., Joseph T., Leikin J. B., Schultz C., Severance H.W. Jr. in Werne C. 1995. Management of observation units. American College of Emergency Physicians. *Annals of Emergency Medicine* 25(6): 823–830.
12. Brillman, Judith, Lala Mathers-Dunbar, Louis Graff, Tony Joseph, Jerrold B. Leikin, Carl Schultz, Harry W. Severance Jr. in Carl Werne. 1995. Management of Observation Units. *Ann Emerg Med* 25(6): 823–830.
13. Burke, W.W. in Litwin G.H. 1992. A casual model of organizational performance and change. *Journal of Management* 18: 532–545.
14. Burkhardt, J., Peacock W. F. in Emerman C. L. 2005. Predictors of emergency department observation unit outcomes. *Academic Emergency Medicine* 12(9): 869–874.
15. Cheung, D. S., Kelly J. J., Beach C., Berkeley R. P., Bitterman R. A., Broida R. I., Dalsey W. C., Farley H. L., Fuller D. C., Garvey D. J., Klauer K. M., McCullough L. B., Patterson E. S., Pham J. C., Phelan M. P., Pines J. M., Schenkel S. M., Tomolo A., Turbiak T. W., Vozenilek J. A., Wears R. L. in White M. L. 2010. Improving handoffs in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 55(2): 171–180.
16. Child, John. 1984. *Organization: A guide to problems and practice*. 2nd ed. London: Harper & Row.
17. Christensen, Clayton M. 1997. *The innovator's dilemma: when new technologies cause great firms to fail*. New York: Harper Business.
18. Christensen, Clayton M. in Michael Overdorf. 2000. Meeting the challenge of disruptive change. *Harvard Business Review* 78(2): 66-75.
19. Collins, Jim. 2001. *Good to great*. New York: Harper Collins Publishers.
20. Cooke, M. W., Higgins J. in Kidd P. 2003. Use of emergency observation and assessment wards: A systematic literature review. *Emergency Medicine Journal* 20(2): 138–142.
21. Cunningham, R., Walton M. A., Weber J. E., O'Broin S., Tripathi S. P., Maio R. F. in Booth B. M. 2009. One-year medical outcomes and emergency department recidivism after emergency department observation for cocaine-associated chest pain. *Annals of Emergency Medicine* 53(3): 310–320.

22. Česen, Marjan. 2006. *Reforma zdravstva v Sloveniji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
23. Daft, Richard L. 2015. *Management*. Boston: Cengage learning.
24. Davis, Stanley M. in Paul R. Lawrence. 1977. *Matrix*. Reading, MA: Addison-Wesley.
25. Decker, W. W., Smars P. A., Vaidyanathan L., Goyal D. G., Boie E. T., Stead L. G., Packer D. L., Meloy T. D., Boggust A. J., Haro L. H., Laudon D. A., Lobl J. K., Sadosty A. T., Schears R. M., Schiebel N. E., Hodge D. O. in Shen W. K. 2008. A prospective, randomized trial of an emergency department observation unit for acute onset atrial fibrillation. *Annals of Emergency Medicine* 52(4): 322–328.
26. Dimovski, Vlado, Sandra Penger in Jana Žnidaršič. 2003. *Sodobni management*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
27. Dimovski, Vlado. 2002. *Management neprofitnih organizacij*. V *Management – nova znanja za uspeh*, ur. Stane Možina, 694–737. Radovljica: Didakta.
28. Dive, Brian. 2008. *Hierarchies for Flow and Profit*. Strategy + Business. Dostopno prek: <http://www.strategy-business.com/article/08315> (12. april 2016).
29. Dixit, A. K. in Nalebuff B. J. 1993. *Thinking strategically: The competitive edge in business, politics, and everyday life*. New York: W. W. Norton & Company.
30. Drucker, Peter F. 1992. *Managing the non-profit organization: principles and practices*. New York: Harper Business.
31. Etzioni, Amitai. 1984. *Modern organizations*. Engelwood Clifs. NJ: Prentice Hall.
32. Farkouh, M. E., Smars P. A., Reeder G. S., Zinsmeister A. R., Evans R. W., Meloy T. D., Kopecky S. L., Allen M., Allison T. G., Gibbons R. J. in Gabriel S. E. 1998. A clinical trial of a chest-pain observation unit for patients with unstable angina. Chest pain evaluation in the emergency room (CHEER) investigators. *New England Journal of Medicine* 339(26): 1882–1888.
33. Finarelli, Maria. 2003. Observation units can improve outcomes, financial performance. *Health Care Strategic Management* 21(8): 10–12.
34. Galbraith, J. R. 1995. *Designing organizations: An executive briefing on strategy, structure, and process*. San Francisco: Jossey-Bass.

35. Gong, Y. in Janssen M. 2011. From policy implementation to business process management: Principles for creating flexibility and agility. *Government Information Quarterly* 29(1): S61-S71.
36. Goodacre, Steve, Jon Nicholl, Simon Dixon, Elizabeth Cross, Karen Angelini, Jane Arnold, Sue Reville, Tom Locker, Simon J Capewell, Deborah Quinney, Stephen Campbell in Francis Morris. 2004. Randomised controlled trial and economic evaluation of a chest pain observation unit compared with routine care. *BMJ* 328(7434): 254.
37. Graff, L. G., Joseph T., Andelman R., Bahr R., DeHart D. in Espinosa J. 1995. American College of Emergency Physicians information paper: Chest pain units in emergency departments-A report from the short-term observation services section. *American Journal of Cardiology* 76(14): 1036–1039.
38. Graff, Luis G. 2011. *Observation medicine: The healthcare system's tincture of time*. American College of Emergency Physicians. Dostopno prek: <http://www.acep.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=45885> (15. december 2015).
39. Greenberg, R. A., Dudley N. C. in Rittichier K. K. 2006. A reduction in hospitalization, length of stay, and hospital charges for croup with the institution of pediatric observation unit. *American Journal of Emergency Medicine* 7(24), 818–821.
40. Iserson, K. V. in Moskop J. C. 2007. "Triage in medicine, part I: Concept, history, and types". *Annals of Emergency Medicine* 49 (3): 275–81.
41. Ivanko, Štefan. 2004. *Temelji organizacije*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
42. ---. 2005. *Teorija organizacije*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
43. Ivanuša Bezjak, Mirjana. 1999. Organizacijska kultura ali kultura v podjetju. *Podjetnik* 15(2): 62–67.
44. Jaffe, A. S., Babuin L. in Apple F. S. 2006. Biomarkers in acute cardiac disease: The present and the future. *Journal of the American College of Cardiology* 48(1): 1–11.
45. Jagminas, L. in Partridge R. 2005. A comparison of emergency department versus inhospital chest pain observation units. *American Journal of Emergency Medicine* 2(23): 111–113.
46. Keber, Dušan, Bojana Leskovar in Vesna Kerstin Petrič, (Ur.). 2003. *Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost - osnutek*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS

47. Kellermann, A. L. 2006. Crisis in the emergency department. *N Engl J Med* 355: 1300–1303.
48. Kenny, Graham. 2012. From the stakeholder viewpoint: designing measurable objectives. *Jurnal of Business Strategy* 33(6): 40–46.
49. Kidrič, Zdenka (Ur.). 2015. *Strokovno poročilo Univerzitetnega Kliničnega centra Maribor 2014*. Maribor: Dulcis.
50. Kocher, K. E., Meurer W. J., Fazel R., Scott P. A., Krumholz H. M. in Nallamothu B. K. 2011. National trends in use of computed tomography in the emergency department. *Ann Emerg Med* 58: 452–462 e3.
51. Košir, Roman. 2016. *Osebna komunikacija*. Maribor, 29. april.
52. Kotter, John P. 1996. *Leading change*. Cambridge, MA: Harvard Business School Press.
53. --- 2008. *A sense of urgency*. Boston: Harvard Business School Publishing.
54. Kotter, John in Holger Rathgeber. 2006. *Our iceberg is melting: changing and succeeding under any conditions*. New York: St. Martin's Press.
55. Larson, D. B., Johnson L. W., Schnell B. M., Salisbury S. R. in Forman H. P. 2011. National trends in CT use in the emergency department: 1995-2007. *Radiology* 258: 164–173.
56. Lenox, A. C. in New, H. 1997. Clinical observation units help manage costs and care. *Healthcare Financial Management* 51(4): 88–89.
57. Letts, Christine W., William P. Ryan in Allen Grossman. 1999. *High performance nonprofit organizations*. New York: Wiley & Sons.
58. Lewin, Kurt. 1951. *Field theory in social science*. New York, NY: Harper & Row.
59. Lyall, Sarah. 2010. *Britain plans to decentralize health care*. The New York Times, 25. julij. Dostopno prek: http://www.nytimes.com/2010/07/25/world/europe/25britain.html?_r=0, (12. april 2016).
60. Mace, S.E., Graff L., Mikhail M. in Ross M. 2003. A national survey of observation units in the United States. *Am J Emerg Med* 21(7): 529–533.

61. Madsen, T. E., Bledsoe J. in Bossart P. 2008. Appropriately screened geriatric chest pain patients in an observation unit are not admitted at a higher rate than nongeriatric patients. *Critical Pathways in Cardiology* 7(4): 245–247.
62. Majcen, Boris in Mitja Čok. 2014. *Ocena dolgoročne javno finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema in možnih virov financiranja*. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja. Dostopno prek: <http://www.zav-zdruzenje.si/zdravstvena-reforma/> (10. april 2016).
63. Marcilio, I., Hajat S. in Gouveia N. 2013. Forecasting daily emergency department visits using calendar variables and ambient temperature readings. *Acad Emerg Med* 20(8): 769–77.
64. McDermott, M. F., Murphy D. G., Zalenski R. J., Rydman R. J., McCarren M., Marder D., Jovanovic B., Kaur K., Roberts R. R., Isola M., Mensah E., Rajendran R. in Kampe L. 1997. A comparison between emergency diagnostic and treatment unit and inpatient care in the management of acute asthma. *Archives of Internal Medicine* 157(18): 2055–2062.
65. McHugh, M., Regenstein M. in Siegel B. 2008. The profitability of Medicare admissions based on source of admission. *Academic Emergency Medicine* 15(10): 900–907.
66. Mihalič, R. 2007. *Upravljamo organizacijsko kulturo in klimo*. Škofja Loka: Mihalič in partner.
67. Mind tools. *Congruence model*. Dostopno prek: https://www.mindtools.com/pages/article/newSTR_95.htm#sthash.mizJDcDP.dpuf (15. maj 2016).
68. Ministrstvo za zdravje RS. 2008. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«*. Uradni list RS, št. 72/08.
69. --- 2011. *Nadgradnja Zdravstvenega sistema od leta 2020 – korak naprej*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
70. --- 2015a. *Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči*. Uradni list RS, št. 81/2015.
71. --- 2015b. *Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji - pregled procesa nakupovanja in plačevanja zdravstvenih storitev - končno poročilo*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/analiza_zdravstvenega_sistema/ (12. april 2016).
72. --- 2016. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«*. Uradni list RS, št. 26/17.

73. Ministrstvo za zdravje RS, Projektna enota CNMP. 2012. *Enotna metodologija nameščanja medicinske in ostale opreme v urgentne centre v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
74. Ministrstvo za zdravje RS. Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC. 2015. *Enotna metodologija organizacije urgentnih centrov v republiki sloveniji - delovno gradivo*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/sistem_nujne_medicinske_pomoci/enotna_metodologija_organizacije_urgentnih_centrov/ (12. april 2016).
75. Ministrstvo za zdravje RS. *Zdravstveni svet*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/si/o_ministrstvu/zdravstveni_svet_in_ostala_posvetovalna_telesa/zdravstveni_svet/ (3. marec 2016).
76. Mount Sinai. 2014. *Mount Sinai Opens First Observation Unit for Emergency Department Patients*. Dostopno prek: <http://blog.mountsinai.org/blog/first-observation-unit-for-emergency-department-patients/> (12. april 2016).
77. Možina, Stane, Rudi Rozman, Mitja I. Tavčar, Danijel Pučko, Štefan Ivanko, Bogdan Lipičnik Jože Gričar, Miroslav Glas, Jenko Kralj, Metka Tekavčič, Vlado Dimovski in Bogomir Kovač. 2002. *Management: Nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.
78. Mrkaić, Mičo in Rado Pezdir. 2007. Omejitve poslovanja bolnišnic – korenine neučinkovitosti slovenskega zdravstva. *Bilten: Ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu* 23(4): 123–129.
79. Nadler, D. A. in Tushman M. L. 1980. A model for diagnosing organisational behaviour. *Organizational Dynamics* 9(2): 35–51.
80. Olson, Eric M., Stanley F. Slater in Tomas M. Hult. 2005. The Importance of Structure and Process to Strategy Implementation. *Business Horizons* 48: 47–54.
81. Ouchi, William G. 2006. Power to the principals: decentralization in three large school districts. *Organization Science* 17(2): 298–307.
82. Peacock, F., Beckley P., Clark C., Disch M., Hewins K., Hunn D., Kontos M. C., Levy P., Mace S., Melching K. S., Ordonez E., Osborne A., Suri P., Sun B. in Wheatley M. 2014. Recommendations for the evaluation and management of observation services: A Consensus white paper: The Society of Cardiovascular Patient Care. *Crit Pathw Cardiol* 13: 163–198.
83. Peacock, W. F., Young J., Collins S., Diercks D. in Emerman C. 2006. Heart failure observation units: Optimizing care. *Annals of Emergency Medicine* 47(1): 22–33.

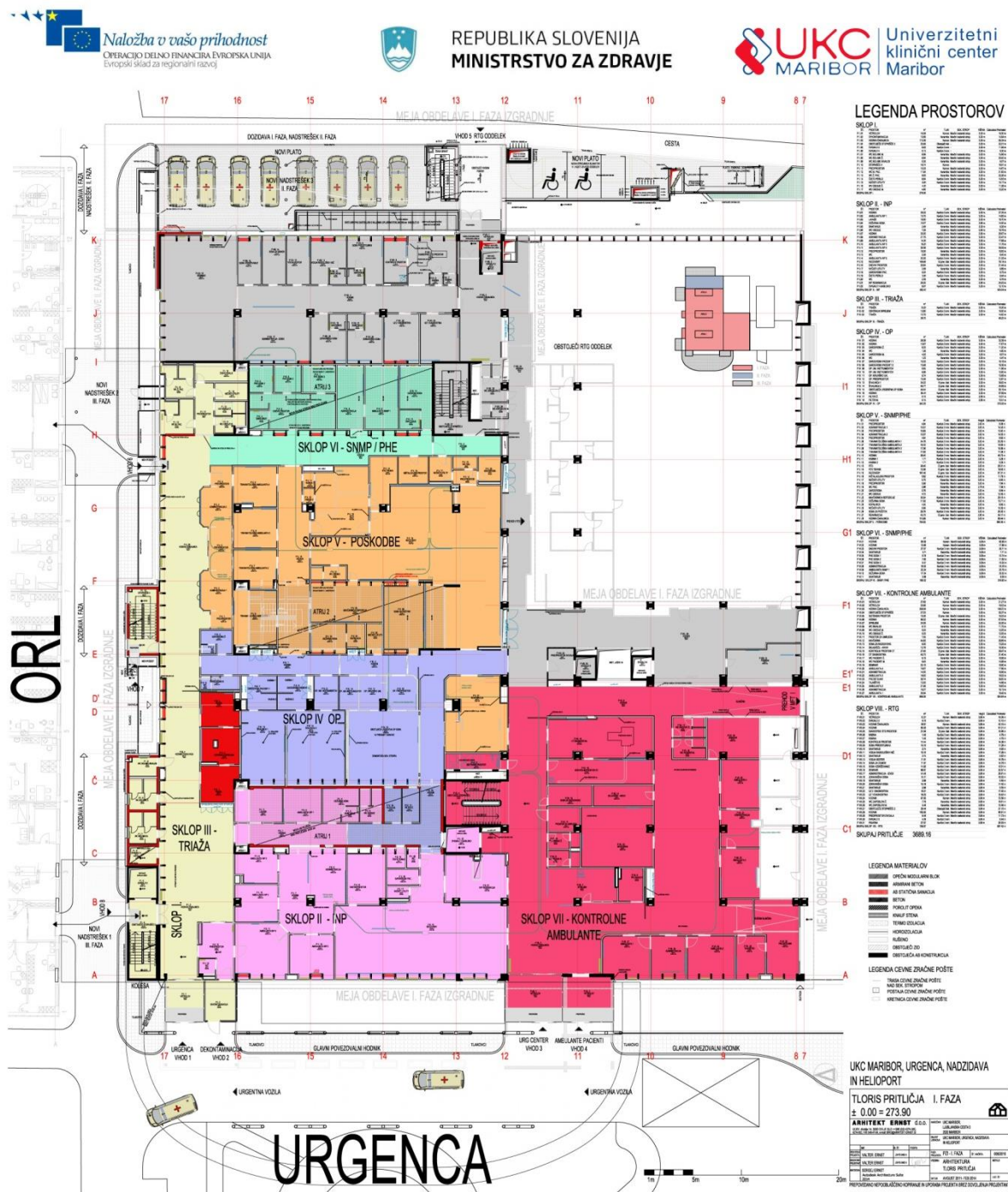
84. Pines, J. M., Mullins P. M., Cooper J. K., Feng L. B. in Roth K. E. 2013. National trends in emergency department use, care patterns, and quality of care of older adults in the United States. *J Am Geriatr Soc* 61: 12–17.
85. Pitts, S. R., Niska R. W., Xu J. in Burt C. W. 2008. National hospital ambulatory medical care survey: 2006 emergency department summary. *National Health Statistics Reports* 7: 1–39.
86. Pitts, S. R., Pines J. M., Handrigan M. T. in Kellermann A. L. 2012. National trends in emergency department occupancy, 2001 to 2008: Effect of inpatient admissions versus emergency department practice intensity. *Ann Emerg Med* 60: 679–86 e3.
87. Pozner, C. N., Zane R., Nelson S. J. in Levine M. 2004. International EMS Systems: The United States: past, present, and future. *Resuscitation* 60: 239–244.
88. Rao, V. M., Levin D. C., Parker L., Frangos A. J. in Sunshine J. H. 2011. Trends in utilization rates of the various imaging modalities in emergency departments: Nationwide Medicare data from 2000 to 2008. *J Am Coll Radiol* 8: 706–709.
89. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«*. Uradni list RS, št. 72/08.
90. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«*. Uradni list RS, št. 26/17.
91. Richards, Max D. 1986. *Setting strategic goals and objectives*. 2nd ed. St. Paul, MN: West.
92. Roberts, R. in Graff L. G. 2001. Economic issues in observation unit medicine. *Emergency Medicine Clinics of North America* 19(1): 19–33.
93. Roberts, R. R., Zalenski R. J., Mensah E. K., Rydman R. J., Ciavarella G., Gussow L, Das K., Kampe L. M., Dickover B., McDermott M. F., Hart A., Straus H. E., Murphy D. G. in Rao R. 1997. Costs of an emergency department-based accelerated diagnostic protocol vs hospitalization in patients with chest pain: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 278(20): 1670–1676.
94. Robida, Andrej. 2006. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu ter uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice. *Sporočila* 16 (12): 5–7.

95. Ross, M. A. in Graff L. G. 2001. Principles of observation medicine. *Emerg Med Clin North Am* 19: 1–17.
96. Ross, M. A., Aurora T., Graff L., Suri P., O'Malley R., Ojo A., Bohan S. in Clark C. I. 2012. State of the art: Emergency department observation units. *Crit Pathw Cardiol* 11:128–138.
97. Ross, M. A., Compton S., Medado P., Fitzgerald M., Kilanowski P. in O'Neil B. J. 2007. An emergency department diagnostic protocol for patients with transient ischemic attack: A randomized controlled trial. *Annals of Emergency Medicine* 50(2): 109–119.
98. Ross, M. A., Hockenberry J. M., Mutter R., Barrett M., Wheatley M. in Pitts S. R. 2013. Protocol-driven emergency department observation units offer savings, shorter stays, and reduced admissions. *Health Aff (Millwood)* 32: 2149–2156.
99. Rydman, R. J., Roberts R. R., Albrecht G. L., Zalenski R. J. in McDermott M. 1999. Patient satisfaction with an emergency department asthma observation unit. *Academic Emergency Medicine* 6(3): 178–183.
100. Rydman, R. J., Zalenski R. J., Roberts R. R., Albrecht G. A., Misiewicz V. M., Kampe L. M. in McCarren M. 1997. Patient satisfaction with an emergency department chest pain observation unit. *Annals of Emergency Medicine* 29(1): 109–115.
101. Schein, E. H. 1999. Kurt Lewin's change theory in the field and in the classroom: Notes toward a model of managed learning. *Reflections* 1(1): 59–74.
102. Schreyögg, J., Stargardt T., Velasco M. in Busse R. 2005. Defining the Health Benefit Basket in Nine European Countries; Evidence from the European Union Health BASKET Project. *EurJHealthEcon* 6(Suppl. 1): 2–10.
103. Scott, Tim, Russell Mannion, How Davies in Martin Marshall. 2003. The quantitative measurement of organisational culture in health care: What instruments are available? *Health Services Research* 38(3): 923–945.
104. Shaneeva, I. Benjamin. 2007. *An observation unit expansion: will it be cost-effective for mount sinai medical center's emergency department?* New York: Binghamton University.
105. Sieck, S. 2005. Cost effectiveness of chest pain units. *Cardiology Clinics* 23(4): 589–599 ix.
106. Simčič, Biserka in Dorjan Marušič (ur.). 2009. *Priročnik za oblikovanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

107. Tajnikar, Maks, (ur.), Petra Došenović Bonča, Mitja Čok, Polona Domadenik, Branko Korže, Jože Sambt in Brigita Skela Savič. 2016. *Prenova gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva*. Ljubljana: Enkomska fakulteta v Ljubljani.
108. Tang, N., Stein J., Hsia R. Y., Maselli J. H. in Gonzales R. 2010. Trends and characteristics of US emergency department visits, 1997-2007. *JAMA* 304: 664–70.
109. Tavčar, Mitja. 2002. *Strateški management*. Koper: Visoka šola za management.
110. Taylor, J. 2006. Don't bring me your tired, your poor: The crowded state of America's emergency departments. *Issue Brief George Wash Univ Natl Health Policy Forum* 7(811): 1–24.
111. Tushman, Michael L. in Charles A. O'Reilly. 1996. The Ambidextrous Organizations: Managing Evolutionary and Revolutionary Change. *California Management Review* 38(4): 8–30.
112. UKC Maribor. 2006. *Strokovno poročilo za leto 2005*. Maribor: UKC Maribor.
113. --- 2014. *Načrt urgentnega centra UKC Maribor*. Maribor: UKC Maribor - interni dokument.
114. --- 2015. *Strokovno poročilo za leto 2014*. Maribor: UKC Maribor.
115. *UKC Maribor - organizacijska shema*. Dostopno prek: <http://www.ukc-mb.si/bolnisnica/organizacijska-shema/> (12. april 2016).
116. *UKC Maribor danes – poslanstvo in vizija*. Dostopno prek: <http://www.ukc-mb.si/bolnisnica/ukc-maribor-danes-poslanstvo-in-vizija/> (12. april 2016).
117. Weisbord, M.R. 1976. Organizational diagnosis: Six places to look for trouble with or without a theory. *Group and Organizational Studies* 1: 430–447.
118. Windle, Jill, Kevin Mackway-Jones in Janet Marsden. 2006. *Emergency triage – Manchester triage group*. Cambridge, MA: Blackwell Pub.
119. Yazbeck, Anne-Marie in Andrej Robida (ur.). 2006. *Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
120. *Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-UPB3)*. Ur.l. RS 72/06.

121. Zalenski, R. J., McCarren M., Roberts R., Rydman R. J., Jovanovic B., Das K., Mendez J., el-Khadra M., Fraker L. in McDermott M. 1997. An evaluation of a chest pain diagnostic protocol to exclude acute cardiac ischemia in the emergency department. *Archives of Internal Medicine* 157(10): 1085–1091.
122. Zebrack, M., Kadish H. in Nelson D. 2005. The pediatric hybrid observation unit: An analysis of 6477 consecutive patient encounters. *Pediatrics* 115(5): e535–e542.

Priloga A: Načrt urgentnega centra UKC Maribor



Vir: UKC Maribor (2014)

Priloga B: Triažna matrika po Maastrichtskem sistemu.

	Triažna kategorija / obravnava pri specialistu				
Vzrok prihoda / vodilna težava	1	2	3	4	5
1. Absces in lokalne okužbe	REA	KNP	KNP	KNP	KNP
2. Alergija	REA	INP	INP	SM/DM	SM/DM
3. Astma	REA	INP	INP	SM/DM	SM/DM
4. Boleč vrat	REA	KNP	KNP	SM/DM	SM/DM
5. Bolečina v hrbtu	REA	KNP	KNP	SM/DM	SM/DM
6. Bolečina v prsih	REA	INP	INP	SM/DM	SM/DM
7. Bolečina v testisu	REA	UROL	UROL	UROL	UROL
8. Bolečina v trebuhu (odrasli)	REA	INP	INP	SM/DM	
9. Bolečina v žrelu	REA	ORL	ORL	SM/DM	SM/DM
10. Abscesi v žrelu	REA	ORL	ORL	x	x
10. Diabetes	REA	INP	INP	SM/DM	SM/DM
11. Dispneja pri odraslem	REA	INP	INP	SM/DM	SM/DM
12. Driska in bruhanje	REA	INFEK	INFEK	SM/DM	SM/DM
13. Duševna bolezen	REA	PSIH	PSIH	SM/DM	SM/DM
14. Epileptični napad	REA	NEVRO	NEVRO	SM/DM	SM/DM
15. Glavobol	REA	NEVRO	NEVRO	SM/DM	SM/DM
16. Izpostavljenost kemikalijam	REA	KNP	KNP	KNP	KNP
17. Izpuščaji	REA	INP	INP	SM/DM	SM/DM
18. Kolaps pri odraslem	REA	INP	INP	SM/DM	SM/DM
19. Krvavitev iz nožnice	REA	GINEK	GINEK	x	x
20. Krvavitev iz prebavil	REA	INP	INP	INP	INP
21. Napaden/pretep	REA	KNP	KNP	SM/DM	SM/DM
22. Krvavitve iz nosu	REA	ORL	ORL	SM/DM	SM/DM
22. Nenavadno obnašanje	REA	PSIH	PSIH	SM/DM	SM/DM
23. Nosečnost (> 20. tednov v porodnišnico)	REA	GINEK	GINEK	SM/DM	
24. Padci	REA	KNP	KNP	KNP	KNP
25. Palpitacije	REA	INP	INP	SM/DM	SM/DM
26. Piki in ugrizi	REA	KNP	KNP	KNP	KNP
27. Predoziranje in zastrupitev	REA	INP	INP	INP	
28. Slabo počutje odraslega	REA	INP	INP	SM/DM	SM/DM
29. Spolno prenosljive bolezni	REA	DERMAT	DERMAT	SM/DM	SM/DM
30. Stomatološke težave	REA	ORL	ORL	SM/DM	
31. Težave z obrazom	REA	ORL	ORL	SM/DM	
32. Težave z očmi	REA	OKUL	OKUL	SM/DM	SM/DM

33. Težave z udi	REA	KNP	KNP	KNP	
34. Težave z ušesi	REA	ORL	ORL	SM/DM	SM/DM
35. Urološke težave	REA	UROL	UROL	SM/DM	SM/DM
36. Videti pijan	REA	INP	INP	SM/DM	SM/DM
POŠKODBE					
37. Opeklina	REA	KNP	KNP	SM/DM	SM/DM
38. Poškodba glave	REA	KNP	KNP	KNP	SM/DM
39. Poškodba trupa	REA	KNP	KNP	KNP	KNP
40. Rane (razen obraza in vratu)	REA	KNP	KNP	SM/DM	SM/DM
41. Rane obraza in vratu	REA	ORL	ORL	SM/DM	SM/DM
41. Samopoškodba	REA	KNP	KNP	KNP	
42. Tujek (razen dihalne poti)	REA	KNP	KNP	KNP	KNP
43. Tujek v dihalni poti	REA	ORL	ORL		
43. Večja poškodba	REA	KNP	KNP		
OBRAVNAVA OTROK					
44. Poškodbe otrok	REA	KNP	KNP	KNP	KNP
44. Bolečina v trebuhu (otroci)	REA	PED	PED	PED	PED
45. Dispneja pri otroku	REA	PED	PED	PED	PED
46. Jokajočotrok	REA	PED	PED	PED	PED
47. Razdražljiv otrok	REA	PED	PED	PED	PED
48. Slabo počutje otroka	REA	PED	PED	PED	PED
49. Šepanje pri otroku	REA	PED	PED	PED	PED
50. Zaskrbljeni starši	REA	PED	PED	PED	PED

Legenda:

Reanimacijski prostor v UC	REA
Kirurška nujna pomoč	KNP
Internistična nujna pomoč	INP
Očesni oddelek	OKUL
Ušesa, nos, grlo	ORL
Ginekologija/Porodniški oddelek	GIN
Psihiatrija	PSIH
Pedriatrija	PEDI
Splošna / družinska med.	SM / DM
Urologija	UROL

Vir: Ministrstvo za zdravje RS – Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC (2015).

Priloga C: Kadrovski normativi po deloviščih urgentnega centra.

Legenda: DMS – diplomirana medicinska sestra, SMS – srednja medicinska sestra

dnevni turnus (dopoldan/popoldan) ter vikendi/prazniki podnevi	nočni turnus
TRIAŽA 1 triažna dms 1 administratorica	TRIAŽA 1 triažna dms 1 administratorica
BOLEZNI 1 zdravnik / 2 pregledovalna prostora 1 DMS / 2 pregledovalna prostora 1 SMS / 2 pregledovalna prostora 0,5 administratorke / 1 zdravnika	BOLEZNI 1 zdravnik 1 DMS 1 SMS 0,5 administratorke
POŠKODBE 1 zdravnik / 2 pregledovalna prostora 1 DMS / 2 pregledovalna prostora 1 SMS / 2 pregledovalna prostora 1 administratorica / 1 zdravnika	POŠKODBE 1 zdravnik 1 DMS 1 SMS 0,5 administratorke
HITRI PREGLEDI 1 splošni oz. družinski zdravnik iz regije / 1 pregledovalni prostor 1 DMS / 1 pregledovalni prostor 0,5 admin na 1 zdravnika (skupna administracija)	HITRI PREGLEDI 1 splošni oz. družinski zdravnik iz regije / 1 pregledovalni prostor 1 DMS
OPAZOVALNICA 1 DMS na 6 opazovalnih postelj 2 SMS na 6 opazovalnih postelj 1 bolničar na 10 opazovalnih postelj 0,5 administratorke/10 opazovalnih postelj	OPAZOVALNICA 1 DMS na 6 opazovalne postelje 1 SMS na 6 opazovalnih postelj 0,5 bolničarja na 10 opazovalnih postelj
MAVČARNA 1 ortopedski tehnolog / 1 mavčarno 1 bolničar / 1 mavčarno	MAVČARNA 1 ortopedski tehnolog / 1 mavčarno 1 bolničar / 1 mavčarno
MALI OPERATIVNI POSEGI 1 zdravnik 1 DMS 1 SMS	MALI OPERATIVNI POSEGI (zdravnik iz odseka poškodb) 1 DMS
REANIMACIJA 1 anesteziolog 1 DMS	REANIMACIJA 1 anesteziolog 1 DMS
RTG 1 rentgenolog 1 dipl. ing. rad.	RTG 1 rentgenolog 1 dipl. ing. rad.
TRANSPORTNA EKIPA 1 bolničar / 6 opazovanih enot	TRANSPORTNA EKIPA 1 bolničar / 12 opazovalnih enot

Vir: Prirejeno po Ministrstvo za zdravje RS – Projektna enota CNMP, delovna skupina EMOUC (2015).

Priloga Č: Modificirani organigram UKC Maribor z OE



PR 55 UV 001/10/10. 1. 2015

Direktor UKC
prim. doc. dr. Gregor Pivec, dr. med.

Strokovna direktorica UKC
loc. dr. Darja Arko, dr. med.

Vir: UKC Maribor – organizacijska shema.

Priloga D: Predlog protokola za sprejem v OE Urgentnega centra UKC Maribor.

Podatki oz. nalepka bolnika	 Univerzitetni klinični center Maribor
BOLEČINA V TREBUHU Protokol za obravnavo bolnika v Urgentnem centru in sprejem v Opazovalno enoto (OE)	

NI INDIKACIJA ZA SPREJEM V OE: socialen sprejem, slabost, nesposobnost osebne oskrbe, potrebuje namestitev, nezmožnost gibanja, hujšanje, kronično... (karkoli)		
Ocena potrebne oskrbe po trižnem pregledu: ☐ opazovanje ☐ sprejem (izpolni potrebne obrazce)		
ČE BOLNIK IZPOLNJUJE KATEREGA OD SPODNJIH KRITERIJEV, MORA BITI SPREJET NA ODDELEK.		
V PRIMERU SPREJEMA NE NADALJUJ NA STRAN 2, A VSEENO OZNAČI KRITERIJ ZA SPREJEM		
KRITERIJI ZA SPREJEM NA ODDELEK (in NE v OE) ali napotitev na <u>takojšnjo</u> nadaljnjo obravnavo		
☐ Močna dehidracija		
☐ Hemodinamska nestabilnost, hipotenzija		
☐ Na < 130 mEq; Na > 155 mEq		
☐ Spremljajoče drugo akutno dogajanje (npr. akutna ledvična odpoved, sepsa...)		
☐ Kronična bolečina v trebuhu		
☐ Akutni peritonitis		
☐ Verjetnost odpusta iz bolnišnice znotraj 24 ur < 80%		
☐ Velika verjetnost resnega vzroka simptomov (npr. akutni apendicitis, ileus, perforacija votlega organa)		
Bolnik mora izpolnjevati enega od spodnjih kriterijev za sprejem v OE – označi ustrezno		
POGOJI ZA OPAZOVANJE (kriteriji, ki so LAHKO primeren razlog za sprejem v OE)		
☐ Nezmožnost izboljšanja težav v ambulantni		
☐ Nezmožnost zaužitja tekočin PO		
☐ Obstaja velika verjetnost, da je v ozadju težav resno obolenje		
☐ Nezmožnost zmanjšanja bolečin s PO analgetiki		
☐ Potrebne so diagnostične preiskave, ki presegajo ambulantno obravnavo		
☐ Potrebna je kontrola simptomov in terapija (antiemetiki, analgetiki itd.) (okvirno 8-24 urna obravnavo)		
Odpust iz OE ali sprejem na oddlek/premestitev		
Bistveno izboljšanje težav	Vsi kriteriji izpolnjeni	ODPUST:
Stabilni vitalni znaki		
Sposobnost uživanja tekočin PO		
Dokončani diagnostični postopki		
Nezmožnost izboljšanja težav	Vsi kriteriji izpolnjeni	SPREJEM / PREMESTITEV:
Nezmožnost uživanja tekočin PO		
Potrebna dodatna diagnostika, ki zahteva hospitalizacijo		

Podpis zdravnika: _____ Osebna številka: _____ Datum: _____ Ura: _____

Bolečina v trebuhu: protokol sprejema in obravnave v OE UKC Maribor
 Obrazec št. XXX, Pregledano 30.2.2012
 Stran 1 od 2

Podatki oz. nalepka bolnika



BOLEČINA V TREBUHU

Protokol za obravnavo bolnika v Urgentnem centru in sprejem v Opazovalno enoto (OE)

ALERGIJE / OKUŽBE (označi)

Datum/Ura:

Napoten na obravnavo v OE

Označi za naročilo medicinskih postopkov / aplikacije zdravil.

Medicinski postopki	Aplikacija zdravil/terapije
☐ Monitoring	☐ IV tekočine:
	Katere: _____ Vol (l): _____ ml/h
☐ Vitalne funkcije (vsake 4 ure	Analgetiki:
Prehrana (izberi eno): ☐ Navadna ☐ Tešč	
☐ sladkorna ☐ pasirana ☐ drugo	
Aktivnost (izberi eno): ☐ brez omejitev ☐ do	
WC ☐ s pomočjo ☐ drugo	
☐ Kontrola vnosa/izločanja tekočin	
☐ Ne slano	
Laboratorijske preiskave:	
☐ KKS ☐ DKS ☐ CRP ☐ elektroliti ☐ retenti ☐ jetrni	
testi ☐ amilaza ☐ lipaza ☐ AF ☐	
drugo: _____	
☐ O ₂ : venturi _____ l/min, nosni kat _____ l/min	
Obvesti zdravnika, če:	
☐ RR <55 ali >100 ☐ frek. dihanja <12 ali >25	
☐ TT <35 ali >37,5°C	
☐ SKT <100 ali >170, DKT >120	
SaO ₂ : <90%	
☐ CT abdomna: indikacija _____	
☐ UZ abdomna: indikacija _____	
☐ UZ endovaginalni: indikacija _____	
☐ konzultacija dr.:	
Razlog za konzultacijo:	

Podpis zdravnika: _____ Osebna številka: _____ Datum: _____ Ura: _____