

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**ANALIZA UČINKOV UMESTITVE TRIAŽE V PROCES
OBRAVNAVE BOLNIKA V URGENTNEM BLOKU LJUBLJANA**

Ljubljana, december 2016

SNEŽANA KNEŽEVIĆ

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Snežana Knežević, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Analiza učinkov umestitve triaže v proces obravnave bolnika v Urgentnem bloku Ljubljana, pripravljenega v sodelovanju s svetovalko doc. dr. Petro Došenović Bončo

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatorstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne 13.12.2016

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 PREUČEVANJE POSLOVNIH PROCESOV V ZDRAVSTVU.....	8
1.1 Opredelitev poslovnih procesov.....	8
1.2 Modeliranje in prenova poslovnih procesov	11
1.3 Poslovni procesi v zdravstvu	15
2 NUJNA MEDICINSKA POMOČ	18
2.1 Nujna medicinska pomoč v Sloveniji.....	19
2.2 Opredelitev triaže kot del zagotavljanja nujne medicinske pomoči.....	24
2.3 Modeli triaže po svetu in v Evropski uniji	25
2.4 Razvoj Manchesterskega triažnega sistema in njegova uporabnost.....	29
2.5 Uvedba Manchesterskega triažnega sistema v Sloveniji.....	33
3 OPREDELITEV PROCESA OBRAVNAVE BOLNIKA V URGENTNEM BLOKU LJUBLJANA	35
3.1 Prikaz procesa obravnave urgentnih bolnikov v urgentnem bloku Ljubljana	38
3.2 Dokumentiranje procesa obravnave bolnikov	43
3.3 Uporaba triaže v urgentnem bloku Ljubljana.....	47
4 ANALIZA UČINKOV UVEDBE TRIAŽE V URGENTNEM BLOKU LJUBLJANA.....	50
4.1 Metodologija	53
4.2 Analiza intervjujev	57
4.2.1 Spremembe v procesih sprejema bolnika v Urgentnem bloku Ljubljana.....	57
4.2.2 Prepoznavna rizičnih skupin in nezaželenih dogodkov s pomočjo triaže	60
4.2.3 Večje zadovoljstvo bolnikov zaradi procesa triaže	63
4.2.4 Kakovostnejša obravnava bolnika zaradi uvedbe triaže.....	67
4.2.5 Povečani stroški zaradi uvedbe triaže	68
4.2.6 Boljša dokumentacija bolnika zaradi uvedbe triaže	69
4.3 Ugotovitve raziskave.....	70
5 PRIPOROČILA ZA NADALJNI RAZVOJ TRIAŽE	72
SKLEP	75
LITERATURA IN VIRI	79
PRILOGE	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Avstralsko-azijska triažna lestvica kategorij in s tem povezan čas za ocenjevanje in zdravljenje	26
--	----

Tabela 2: Kanadska triaža (CATS) in nivoji, povezani s časi za ocenjevanje in zdravljenje ter pogostost ocenjevanja	28
Tabela 3: Manchesterska triaža	29
Tabela 4: Opis kriterijev v triažnem algoritmu "Bolečina v prsih"	33
Tabela 5: Intervjuvanci in datum ter trajanje intervjujev	55

KAZALO SLIK

Slika 1: Členitev obravnave bolnika v urgentnem bloku UKC Ljubljana	10
Slika 2: Osnovni simboli za modeliranje	13
Slika 3: ESI algoritem	27
Slika 4 :Triažni algoritem »Bolečina v prsih«	32
Slika 5: Prehajanje bolnikov med ravnmi zdravstvene oskrbe	37
Slika 6: Diagram poteka obravnave bolnika v urgentnem bloku	42
Slika 7: Model procesov in aktivnosti triažiranja v urgentnem bloku Ljubljana	49
Slika 8: Okvir empiričnega dela.....	56
Slika 9: Število bolnikov v letu 2015 na Urgentnem bloku Ljubljana v %	61
Slika 10: Število bolnikov po triažnih skupinah v letu 2015 v Urgentnem bloku Ljubljana	62
Slika 11: Povprečni čas čakanja na pregled po triažnih skupinah (od prihoda do prvega pregleda) na Internistični prvi pomoči leta 2015	64
Slika 12: Povprečno trajanje obravnave (od prihoda do zaključka) po triažnih skupinah za leto 2015 na Internistični prvi pomoči	66

UVOD

Kadar govorimo o poslovnih procesih v organizacijah, se velikokrat pokaže, da so redki tisti, ki jih poznajo v celoti, saj gre za kompleksne sisteme, ki nastajajo več let. Od delovanja poslovnih procesov je odvisen uspeh podjetja, javnih služb oziroma organov državne uprave. Formalen opis in opredelitev poslovnih procesov je težavno, kar posledično povzroča težave pri razumevanju in težnji po izboljšanju le teh. Upravljanje poslovnih procesov in njihova analiza tako ponuja eno izmed načinov, da podjetje oziroma ustanova začne z izboljševanjem poslovnih procesov (Hooper & Wright, 2005, str. 32).

Obravnavanje procesov, ne zgolj posameznih opravil in funkcij postaja v zdravstvu vse bolj pomembna tema, predvsem zato, ker se lastnik javnih zavodov in tudi vodilni v javnih zavodih zavedajo, da je le jasen proces osnova za večjo kakovost, prožnost, strokovnost in učinkovitost pri delu. Definicija procesa je v teoriji zelo jasna, vendar pa v zdravstvu ni ravno tako, saj še vedno ne znajo ustrezno povezovati strokovnih in poslovnih procesov. Procesi v zdravstvu morajo biti vsekakor obravnavani celovito, saj strokovni procesi brez poslovnih ne morejo delovati, hkrati pa vsak strokovni proces troši vire, torej potrebuje sredstva in tako postane stroškovni oziroma prihodkovni nosilec. Strokovni procesi, nekateri jih imenujejo tudi klinične poti, se v slovensko zdravstvo že vpeljujejo predvsem za opisovanje poti zdravljenja bolnika, kar je pozitivno, če gledamo zelo ozko – strokovno. Če pa proces analiziramo z vidika celotne organizacije, pa je »klinična pot« samo eden od procesov, ki skupaj z ostalimi tvorijo glavni proces. Osnovo za obvladovanje procesov predstavljata analiza in prenova procesov s področja upravljanja s človeškimi viri in vodstvenimi, podpornimi, proizvodnimi ter finančno-računovodskimi procesi (Cugelj & Kern, 2008, str. 22).

Težnje in zahteve po prenovi poslovnih procesov so se pojavile na začetku devetdesetih let, saj so začela podjetja prehajati v informacijsko družbo. Pri takšni prenovi naj bi šlo za izboljšanje delovanja organizacije s pomočjo spreminjanja poslovanja, ki zahteva velike spremembe in vključuje drugačen pogled vodstva. Osnovno definicijo prenove poslovnih procesov lahko opredelimo kot temeljito preverjanje poslovnih procesov, postopkov in aktivnosti ter njihovo korenito spremembo. To sprožimo z namenom doseganja pozitivnih rezultatov na področjih, kot so zniževanje stroškov, povečanje kakovosti izdelkov in storitev, odstranjevanje nepotrebnih aktivnosti, skrajšanje dobavnih rokov in podobno (Kovačič, & Bosilj Vukšić, 2005, str. 35).

Značilnost današnjega časa so pospešene družbene, ekonomske, tehnološke, politične in kulturne spremembe. Hitre spremembe se dogajajo tudi v zdravstvenih organizacijah. Spreminja se financiranje, organizacija, kultura, management in tehnologija organizacije. Bistveno pa se spreminja zunanje okolje bolnišnic, kamor spadata predvsem hiter napredek tehnologije in spreminjajoča se demografska slika prebivalstva, kar se odraža na obsegu in

strukturi povpraševanja ter pričakovanjih financerjev po učinkovitejšem zdravljenju (Kristl, 2005, str. 2).

Vse te spremembe silijo bolnišnice in organizacije zdravstvenih ustanov, da se vedno bolj obnašajo kot podjetja, ki zadovoljujejo potrebe svojih strank. Odzivi zdravstvenih ustanov na izzive okolja so potekali na dva načina. Prvi način je bil v managementu celovite kakovosti (ang. *total quality management - TQM*), medtem ko je bil drugi način prenova projektov oziroma poslovnih procesov (Kristl, 2005, str. 3).

Poslovni procesi v zdravstvu se velikokrat nanašajo na klinične poti. Klinična pot je zapis obravnave bolnika in je del sistema za izboljševanje kakovosti. Velikokrat se klinična pot uporablja kot proces v zdravstvenih organizacijah za različne poslovne procese, v katerem se prepletajo klinične smernice in poti, standardi ter kazalniki kakovosti (Marušič, 2005, str. 856).

Da bi lahko opredelili, modelirali in prenovili poslovne procese v zdravstvu, se moramo najprej seznaniti z zakoni in ravni, ki opredeljujejo zdravstveno dejavnost, kar je v mojem primeru nujna medicinska pomoč in urgentni blok Ljubljana.

Zagotavljanje nujne medicinske pomoči v Sloveniji je v pristojnosti in odgovornosti države. Nujno medicinsko pomoč ureja Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. Leta 1996 je bil objavljen prvi pravilnik o nujni medicinski pomoči in tako je bila prvič oblikovana mreža službe nujne medicinske pomoči, s katero je Republika Slovenija zagotovila dostopnost do nujnih zdravstvenih storitev vsem prebivalcem Slovenije. Sistem nujne medicinske pomoči je postal del javne zdravstvene službe na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti (Košir, 2015a, str. 115–116).

Nujna medicinska pomoč je po definiciji tista oblika zdravstvene pomoči, ki jo dajejo zdravstveno izobraženi delavci na kraju nastanka poškodbe ali akutnega obolenja, med prevozom v ustrezno ustanovo ali v ustrezni ustanovi (Košir, 2015a, str. 115).

Po svetu se je urgentna medicina začela razvijati postopoma, v šestdesetih letih prejšnjega stoletja in kot samostojna veja medicine, ki se je organizacijsko razlikovala od države do države. Urgentna medicina v bolnišnični dejavnosti se je pri nas začela razvijati po vzoru razvitejšega zahoda z manjšo zamudo. Leta 1959 je v Združenih državah Amerike izšla knjiga *Sudden Death*, ki je opisovala nov način umetnega dihanja in zunanjo masažo srca. S to knjigo so bile organizirane koronarne enote, ki so bile predhodnice intenzivnih internih enot. Šele uveljavljanje urgentne medicine v bolnišnicah je omogočilo razvoj urgentne medicine izven bolnišničnega okolja (Prestor, 2006, str. 71).

Razvoj urgentne medicine v Sloveniji temelji na zdravstvenih domovih in primarni službi za oskrbo urgentnih bolnikov. Ločitev na primarno in sekundarno raven oskrbe pomeni, da

bolnika najprej v osnovi pregleda primarni zdravnik (osebni ali dežurni zdravnik v zdravstvenem domu) in ga nato napoti na sekundarno raven k specialistu ustrezne stroke. Ta model dobro deluje pri neurgentnih bolnikih, vendar se je v praksi izkazalo, da je pri akutno obolelem ali poškodovanem urgentnem bolniku pomembno, da čim prej pride do tistega zdravnika, ki lahko njegovo težavo dokončno reši (Prestor, 2006, str. 72).

Današnji sistem je oblikovan tako, da se nekako po »ljudskem izročilu« med prebivalci države oziroma določenega kraja ve, da zdravijo poškodbe v kirurški ambulanti, da je treba pomoč pri internistu poiskati največkrat, če te tja napoti osebni ali dežurni splošni zdravnik, da je za zdravljenje obolelih otrok na voljo pediatrična dežurna služba, pri težavah z očmi pa je potreben obisk dežurnega okulista itd. Vse te ambulante so zaradi zgodovinskega razvoja zdravstvenih domov geografsko razpršene na več lokacij. Najprej so namreč nastajali zdravstveni domovi, ki so bili bližje uporabnikom in dislocirani od bolnišnic, nato pa so tudi bolnišnice začele dograjevati ločene oddelke, od katerih je vsaka opravljala svojo urgenco (Košir, 2015b, str. 48–52).

Univerzitetni klinični center (v nadaljevanju UKC) Ljubljana je največja bolnišnica v Sloveniji in ena izmed največjih v osrednji Evropi. Zgodovinski mejnik za UKC Ljubljana je bila druga svetovna vojna. Med okupacijo se je dotok bolnikov precej zmanjšal, zaradi vojnih razmer pa je bila povprečna ležalna doba daljša, zato so si pristojni zaradi težkih pogojev dela že pred vojno prizadevali, da bi Ljubljana dobila novo bolnišnico. Stanje se je po letu 1945 nekoliko popravilo, vendar se je kmalu znova pokazala potreba po večjih prostorih in boljših pogojih dela. Tako se je 13. julija 1966 pričela gradnja osrednje stavbe UKC. Prvotni načrt je predvideval gradnjo stolpnice z devetnajstimi nadstropji in 896 bolniškimi posteljami. Načrte so večkrat spreminjali, končno pa so se odločili za objekt v osmih etažah, v katerem je bilo urejenih 1.100 bolniških postelj. Postopoma so jih od leta 1970 začeli zasedati bolniki, premeščeni z nekaterih oddelkov Kliničnih bolnišnic. Gradnja osrednje stavbe UKC Ljubljana je trajala skoraj 10 let, slovesna otvoritev pa je bila 29. novembra 1975 (Zgodovinski mejniki, 2016).

Dve leti po otvoritvi osrednje stavbe je februarja 1977, v okviru UKC je začel delovati urgentni blok (Košir, Brvar, & Mahnič, 2005). V ljubljanskem časopisu Delo so 1. marca 1977 zapisali »V kliničnem centru v Ljubljani so prejšnji teden odprli nov urgentni blok, kjer sprejemajo na zdravljenje tiste ljudi, ki imajo hujše notranje bolezni, kot so bolezni srca, pljuč, razne zastrupitve in vse tiste bolnike, ki si težje poškodujejo glavo ali hrbtenico pri raznih nesrečah. Seveda pa naj poudarimo, da v urgentnem bloku sprejemajo samo tiste bolnike, pri katerih je potreben nujen kirurški poseg in nadaljnje bolnišnično zdravljenje. Nov urgentni blok je v pritličju Kliničnega centra in prav gotovo predstavlja veliko pridobitev za naše zdravstvo.«

Danes se v UKC Ljubljana bolnišnična urgentna služba izvaja v šestnajstih različnih organizacijskih samostojnih enotah UKC Ljubljana. V glavni stavbi so tri organizacijske enote (internistična prva pomoč, urgentna kirurška pomoč ter urgentna ginekološka

ambulanta), 11 organizacijskih enot se nahaja na oddaljenih lokacijah (vsaka klinika, ki je ločena od glavne stavbe UKC, ima svojo urgentno sprejemno pisarno, na primer; Nevrološka klinika, Ortopedska klinika, Okulistika itd.) ter 2 službi gostujočih zdravstvenih zavodov, ki sta služba Splošne nujne medicinske pomoči Zdravstvenega doma Ljubljana in depo krvi Zavoda za transfuziologijo RS. V sklop urgentne službe sodijo še reševalna postaja UKC Ljubljana in timi različnih strokovnjakov, ki sodelujejo pri zdravstveni oskrbi bolnikov urgentnega bloka: tim anesteziologov, reševalci, inštrumentarke, rentgenologi, laboratorijski strokovnjaki in drugi (Košir et al., 2005; Fink, 2005, str. 10–11).

Po obsegu je največji del urgentnih bolnikov, pregledanih na Internistični prvi pomoči, Urgentnemu kirurškemu bloku in službi Splošne nujne medicinske pomoči.

Internistična prva pomoč deluje že od leta 1958 in predstavlja začetek urgentne medicinsko hospitalne službe v Sloveniji. Sprva se je oddelek imenoval Stalna internistična služba, ki je delovala na Polikliniki, nato se je z izgradnjo osrednje stavbe in ustanovitvijo urgentnega bloka preselila v pritličje UKC Ljubljana. Sedaj deluje kot enota v okviru Strokovne poslovne skupnosti Interne klinike in je specialistična urgentna in sprejemna ambulanta za širše področje ljubljanske regije. Urgentni kirurški blok je služba skupnega pomena Strokovne poslovne skupnosti Kirurške klinike, kjer 24 ur na dan oskrbujejo travmatološke bolnike in življenjsko ogrožene bolnike, druge kirurške bolnike pa sprejemajo, ko posamezni klinični oddelki nadaljujejo delo v obliki dežurstva. Služba splošne nujne medicinske pomoči je posebej organizirana enota zdravstvenega varstva odraslih v okviru Zdravstvenega doma Ljubljana. Do leta 1977 je bila kot nujna medicinska pomoč organizirana v dotedanjih petih zdravstvenih domovih, le v nočnem in nedeljsko oziroma prazničnem času pa kot dežurna služba. Leta 1977 je začela delovati kot gostujoča enota v urgentnem bloku UKC Ljubljana (Košir et al., 2005).

Nujna medicinska pomoč v Sloveniji se deli na predbolnišnično in bolnišnično. Nosilec predbolnišnične nujne medicinske pomoči v Ljubljani je Služba nujne medicinske pomoči Zdravstvenega doma Ljubljana, ki s svojimi ambulantami gostuje v Urgentnem bloku UKC Ljubljana. Izvajalec predbolnišnične nujne medicinske pomoči je poleg Službe splošne nujne medicinske pomoči Zdravstvenega doma Ljubljana še Reševalna postaja UKC Ljubljana (Fink, 2005, str. 10).

Bolnišnična nujna medicinska pomoč se izvaja z naslednjimi organizacijskimi oblikami, ki jih ureja stari pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (Ur.l. RS, št. 106/08; 81/15, v nadaljevanju Stari pravilnik o NMP):

- Urgentni center je organizacijska oblika nujne medicinske pomoči, ki na isti lokaciji združuje urgentni oddelek in predbolnišnično enoto (v nadaljevanju PHE).

- Urgentni oddelek je oddelek bolnišnice, ki je namenjen oskrbi in sprejemu urgentnih pacientov. V svoji sestavi ima prostore za pregled in oskrbo urgentnih pacientov in prostore za 24-urno opazovanje teh pacientov.
- Urgentni oddelek tipa H1 je oddelek bolnišnice, ki v celoti oskrbi vsa nujna stanja.
- Urgentni oddelek tipa H2 je urgentni oddelek bolnišnice, ki v celoti oskrbi večino nujnih stanj.

Predbolnišnično in bolnišnično nujno medicinsko pomoč lahko z vidika ravni zdravstvene dejavnosti delimo na (Stari pravilnik o NMP):

1. Na primarno zdravstveno raven, kjer delujejo enote A, B in okrepljena enota B (so organizacijske oblike službe splošne nujne medicinske pomoči, ki z ustreznimi kadri in opremo predstavljajo okrepljeno redno ambulantno dejavnost in dežurno službo), A2 (je oblika enote A, ki izjemoma deluje pri zdravstvenem domu ali zdravstveni postaji, kjer ni organizirane dežurne službe), C (je organizacijska oblika službe splošne nujne medicinske pomoči, ki vse dni v tednu v času od 7. do 20. ure deluje kot PHE, v preostalem času pa kot enota B) in PHE (predbolnišnična enota je organizirana kot posebna enota službe splošne nujne medicinske pomoči v večjih središčih in deluje 24 ur na dan ter se organizira poleg redne ambulantne dejavnosti in dežurne službe). Na tej ravni delujejo vse enote v okviru predbolnišnične nujne medicinske pomoči.
2. Na sekundarno raven zdravstvene dejavnosti, kjer delujejo enote tipa H2 in urgentni oddelek.
3. Na terciarno raven zdravstvene dejavnosti, kjer delujejo enote H1 in Center za zastrupitve.

Bolnišnično nujno medicinsko pomoč v UKC Ljubljana sestavljata bolnišnična urgentna služba (ki, še vedno deluje organizacijsko po starem pravilniku o službi nujne medicinske pomoči) in center za zastrupitve. Večina enot bolnišnične urgentne službe je koncentriranih v Urgentnem bloku in deluje kot urgentni center, ki se nahaja v glavni stavbi UKC Ljubljana, nekatere enote pa se nahajajo v dislociranih objektih in se izmenično vključujejo v bolnišnično urgentno službo (Fink, 2005, str. 10–12).

Geografsko področje oz. prebivalstvo, za katerega UKC Ljubljana zagotavlja predbolnišnično (primarna raven) in bolnišnično (sekundarna raven) nujno medicinsko pomoč, sovpada s področjem, za katerega ta bolnišnica zagotavlja zdravstveno varstvo. Nujno medicinsko pomoč na primarni in sekundarni ravni tako UKC Ljubljana zagotavlja okrog 558.000 prebivalcem, nujno medicinsko pomoč na terciarni ravni pa zagotavlja prebivalcem celotne Slovenije (Fink 2005, str. 5–10).

Centralni urgentni blok UKC Ljubljana je tako sestavljen iz različnih organizacijskih enot, vendar se bom osredotočila le na tri, ki so Internistična prva pomoč, Urgentni kirurški blok ter Služba splošne nujne medicinske pomoči. Vse tri enote imajo ločen informacijski

sistem ter so različne oziroma ločene organizacijske enote. Takšno ureditev Urgentnega bloka UKC Ljubljana določa stari pravilnik o nujni medicinski pomoči (Stari pravilnik o NMP). Z uvedbo novega pravilnika o službi nujni medicinski pomoči je predvideno združenje vseh organizacijskih enot v eno skupino, ki se bo imenovala Urgentni center Ljubljana. To bo omogočeno z izgradnjo nove urgence. Novi pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (Ur.l. RS, št. 81/15 in 93/15, v nadaljevanju Novi pravilnik o NMP) opredeljuje organizacijo in izvajanje nujne medicinske pomoči na bolnišnični ravni zdravstvene dejavnosti v sklopu Urgentnega centra, v katerem bi delovalo šest notranjih organizacijskih enot: Triaža in administrativni sprejem, Enota za poškodbe, Enota za bolezni, Enota za hitre preglede, Enota za opazovanje in nadzor ter Mobilne enote nujne medicinske pomoči.

Urgentni blok Ljubljana je trenutno organiziran in voden v skladu s starim pravilnikom o službi nujne medicinske pomoči, vendar se razvija v smeri novega pravilnika o službi nujne medicinske pomoči. Skladno z novim pravilnikom morajo vse organizacijske enote uvesti enotno triažo in administrativen sprejem. Novi pravilnik o službi nujne medicinske pomoči opredeljuje triažo kot postopek, s katerim se oceni nujnost zdravstvenega stanja bolnika in se ga razvrsti glede na potrebo po začetku zdravstvene oskrbe. Triaža je torej orodje za razvrstitev urgentnih bolnikov in predstavlja vstopno točko bolnika v proces obravnave v urgentni službi. Najpogostejše uporabljeni triažni sistemi po svetu so Emergency Severity index, Manchesterski triažni sistem, kanadski in avstralski triažni sistem. Zaporedje obravnave bolnikov je tako rezultat njihovega zdravstvenega stanja in ne vrstnega reda glede na čas prihoda na urgentni oddelek (Možina, 2013, str. 89–91). Triaža v Urgentnem bloku Ljubljana se izvaja na osnovi odločitvenega modela Manchesterskega triažnega sistema (Novi pravilnik o NMP).

Namen magistrskega dela je opredeliti in proučiti učinke uvedbe triaže v proces obravnave urgentnega bolnika v urgentnem bloku Ljubljana.

Cilji magistrskega dela so:

- Opredeliti strukturo procesa obravnave urgentnih bolnikov pred in po uvedbi triaže.
- Na podlagi pregleda tuje literature opredeliti, kakšni so pričakovani učinki uvedbe triaže v proces obravnave urgentnih bolnikov.
- Ugotoviti, ali je triaža pripomogla pri preprečevanju nezaželenih dogodkov in s tem prispevala h kakovostnejši obravnavi bolnikov v službi nujne medicinske pomoči v Urgentnem bloku Ljubljana in posledično k večjemu zadovoljstvu uporabnikov storitev v Urgentnem bloku Ljubljana.
- Ugotoviti, ali je zaradi triaže obravnava bolnika bolj učinkovita in hitrejša.
- Ugotoviti, kako vključitev triaže v proces obravnave urgentnih bolnikov vpliva na stroške oziroma na izdatke za to dejavnost v UKC Ljubljana.

- Opredeliti ključne ovire oziroma obstoječe slabosti, zaradi katerih so učinki uvedbe triaže pod optimalno ravno.
- Opredeliti priporočila za nadaljnji razvoj oziroma izboljšanje procesa obravnave urgentnih bolnikov v UKC Ljubljana.

V magistrskem delu se bom najbolj opirala na sekundarno analizo virov, s pomočjo katerih bom raziskala strokovno literaturo tujih in domačih avtorjev, ki so že v preteklosti in novjšem času objavljali aktualne knjige, članke in prispevke s področja triaže, nujne medicinske pomoči in procesnih metod dela. V prvem delu združim spoznanje strokovnjakov in institucij s področja urgentne medicine in poslovnih procesov. Del magistrskega dela in celotno raziskovalno delo se nanaša na Univerzitetni klinični center Ljubljana in Urgentni blok Ljubljana, kjer sem tudi zaposlena, zato bom pri pisanju naloge uporabila interne podatke v skladu z varnostno politiko UKC Ljubljana. V drugem delu magistrskega dela, ki temelji na kvantitativni in kvalitativni raziskavi bom preučila podatke iz treh različnih informacijskih sistemov organizacijskih enot urgentnega bloka Ljubljana. S pridobljenimi podatki bom preučila kakovost in učinkovitost triaže v urgentnem bloku Ljubljana. Kvalitativna raziskava bo temeljila na osebnih intervjujih, ter tako omogočila dodatna spoznanja o uporabi triaže, njeni stroškovni učinkovitosti ter pozitivnih in negativnih učinkih uporabe triaže kot dela procesa obravnave urgentnih bolnikov.

Za pridobitev statističnih podatkov in dovoljenja za razgovore z zaposlenimi sem vložila vlogo pri Skupini za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi v UKC Ljubljana – Področje za zdravstveno nego in oskrbo, kjer so vlogo preučili in jo tudi odobrili. Pred tem sem pridobila dovoljenje glavne medicinske sestre Kirurške klinike ter Interne klinike in vodje reševalne postaje UKC Ljubljana.

Po poglavjih predstavim pojem triaže in poslovni proces, zakonodajo ter opredelitev nujne medicinske pomoči v Sloveniji, razvoj triažnega sistema doma in v tujini, trenutno dogajanje v urgentnem bloku Ljubljana, procese in njihovo uporabnost v različnih organizacijskih enotah, cilje in ovire, s katerimi se srečujejo pri obravnavi tematike, ter pomembne raziskave in projekte na tem področju. Zaključim s podrobnejšo predstavitvijo uvedbe triaže v UKC Ljubljana.

V prvem poglavju se osredotočim na preučevanje poslovnih procesov v zdravstvu, kjer opredelim poslovni proces, njegovo modeliranje in prenovo ter preučim poslovne procese v zdravstvu. Nadaljujem z nujno medicinsko pomočjo in opišem stanje v Sloveniji, opredelim triažo v sklopu nujne medicinske pomoči, navedem in opišem različne modele triaže po svetu in v Evropski uniji, opredelim razvoj Manchesterskega triažnega sistema ter njegovo uvedbo v Sloveniji. V tretjem poglavju opredelim proces obravnave bolnika v urgentnem bloku Ljubljana, prikažem proces in njegovo dokumentiranje ter uporabo triaže. Četrto poglavje je namenjeno analizi mojih ugotovitev o učinku uvedbe triaže v urgentnem

bloku Ljubljana. V petem poglavju so napisana priporočila za nadaljnji razvoj triaže kot proces dela obravnave bolnika v urgentnem bloku Ljubljana.

1 PREUČEVANJE POSLOVNIH PROCESOV V ZDRAVSTVU

Globalizacija, hiter razvoj, stalne spremembe in odzivnost na trgu zahtevajo spremembe v načrtovanju, vodenju in izvajanju procesov znotraj organizacij. Vedno večji stroški, ki nastajajo zaradi nenehnega prilagajanja spremembam, zahtevajo nove načine organiziranja, ki se v marsičem razlikujejo od trenutnih. Nastajajo organizacije, ki so oblikovane po meri današnjega in jutrišnjega sveta, in ne organizacije, ki so prenesene iz minulega obdobja (Cugelj & Kern, 2008, str. 22–27).

Procesi spreminjanja, racionalizacije in zmanjševanja števila zaposlenih so v gospodarsko razvitih območjih vsakodnevni pojav. Trenutno obdobje, v katerem živimo, sodi v obdobje hitrega preurejanja, kar velja tako za profitne kot neprofitne organizacije. Usmerjeno je v doseganje večje notranje učinkovitosti in z njo povečane racionalizacije (Cugelj & Kern, 2008, str. 22– 27).

Uspešnost vsakega poslovnega sistema, tudi zdravstvenega, lahko merimo s stopnjo doseganja zastavljenih ciljev. Cilji se razlikujejo glede na vrsto poslovnih sistemov. Če je pri gospodarskih družbah cilj predvsem poslovna uspešnost oziroma dobiček, so za ostale sisteme, kamor uvrščamo tudi zdravstvo, šolstvo, državno upravo, ipd., cilji drugačni. Cugelj in Kern (2008, str. 22–27), navajata, da je zgoraj naštet, edina pomembna razlika med obravnavo različnih poslovnih sistemov, kadar jih želimo narediti za čim bolj uspešne. Ostali dejavniki uspešnosti, kot sta management in učinkovitost, so presenetljivo podobni, kar zlasti velja za načine doseganja večje učinkovitosti. To pomeni, da lahko veliko znanja, izkušenj in metod prenesemo iz gospodarstva, kjer so se že uveljavile, v negospodarsko področje in jih ustrezno prilagojene tudi uporabimo.

V magistrskem delu se bom osredotočila na poslovne procese. Najprej bom prikazala, kaj so poslovni procesi, kakšen je njihov razvoj in zakaj jih uporabljamo. Opredelila bom, kaj je potrebno narediti, da lahko izvedemo in obvladujemo poslovni proces ter kako je potrebno proces prilagoditi glede na strukturo organizacije. V zaključku poglavja bom opredelila in opisala procese v zdravstvu.

1.1 Opredelitev poslovnih procesov

Glede na najbolj preprosto definicijo poslovnega procesa po Plesums (2003) je poslovni proces niz strukturiranih ali delno strukturiranih delovnih nalog, ki se izvajajo zaporedno ali vzporedno z udeležbo dveh ali več posameznikov za doseg skupnega cilja. Vuk (1999, str. 234–236) proces opredeli kot zbirko dejavnosti, ki zahteva enega ali več vložkov in

ustvarja rezultat, ki za odjemalca pomeni neko vrednost. Cugelj in Kern (2008, str. 22–27) opredelita proces kot zaporedje korakov, nalog ali aktivnosti, ki spremenijo input v output. Delovni proces ustvarja dodatno vrednost inputom, tako da jih spreminja ali uporablja za ustvarjanje nečesa novega. Hammer in Champy (2003, str. 529) dodajata, da ima vsak proces jasno definiran začetek in konec ter vložke in rezultate, pri čemer je najpomembnejša njegova usmeritev h kupcu.

Natančneje, poslovni proces podjetja, v mojem primeru proces v zdravstveni ustanovi na urgentnem bloku UKC Ljubljana, zajema nabor aktivnosti, vlog, dokumentov in stanj, ki si sledijo po logičnem zaporedju glede na cilje in zadolžitve. Procesi so med seboj povezani skozi organizacijo in soodvisni glede na izvedene aktivnosti enega in drugega procesa, zato je pomembno gladko prehajanje podatkov, dokumentov ter informacij med organizacijskimi enotami. Proces bi lahko opredelili tudi kot zaporedje dejavnosti in nalog, ki so potrebne za prehod med stanji oziroma za zaključek procesa. V tem primeru govorimo o pogojih, ki jih je potrebno zagotoviti za začetek procesa, prehod med aktivnostmi in zaključek procesa (Harmon, 2003, str. 532).

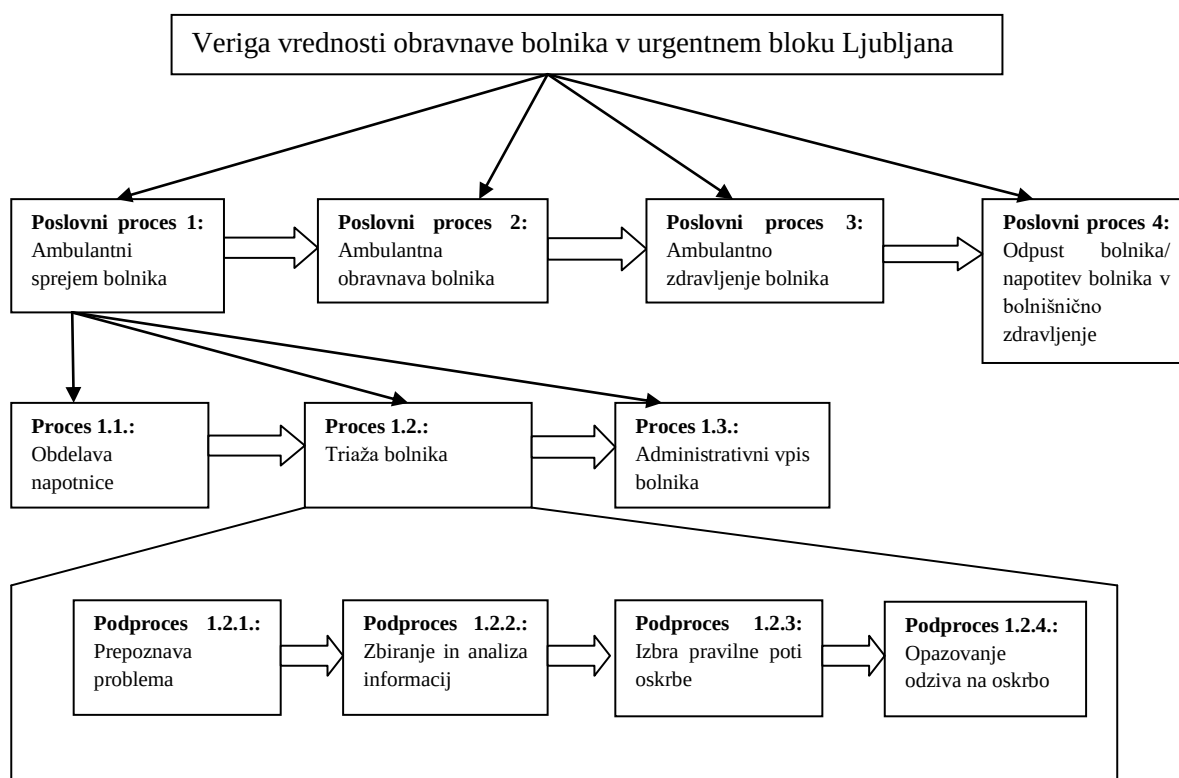
Različni avtorji uporabljajo svoje definicije in izrazoslovje, vendar med pojmom poslovni proces in proces ni jasne meje, saj ju številni avtorji ne ločijo. Uporabljajo se tudi različni izrazi, kot so, veriga vrednosti, ključni proces, krovni proces, delovni proces, podporni proces in managerski proces (Došenović Bonča, 2010, str. 15). Došenović Bonča (2010, str. 15) tudi navaja, da je za ustrezno uporabo navedenih pojmov ključno razumevanje in da s tem izrazoslovjem avtorji uporabljajo različne opredelitve procesov. Medtem Cugelj in Kern (2008, str. 24) trdita, da so vse definicije enakovredne in zagovarjajo tezo, da je potrebno proces gledati kot celoto in ne kot posamezno funkcijo. Navedeta tudi, da je napačno, da posamezen proces od začetka do konca prehaja skozi več funkcij, številne oddelke in službe. Te funkcije pa se obnašajo kot država v državi in skrbi samo za tisto, kar se dogaja znotraj njihovih meja. Tudi Kovačič, Jaklič, Indihar Štemberger in Groznik. (2004) opozarjajo, da temeljni poslovni procesi (nabava, proizvodnja, prodaja) tipično ne potekajo v samo eni organizacijski enoti, pač pa posamezne aktivnosti izvajajo različne enote. Da ne bi prihajalo do zastojev, mora biti omogočeno gladko prehajanje podatkov, informacij in dokumentov med različnimi oddelki, pri tem pa se je potrebno zavedati, da posameznih procesov ne definirajo le fizični tokovi, saj ima vsak proces svojega lastnika, ki skrbi za pretvarjanje inputov iz outputov.

Procese lahko razvrstimo v določene tipe glede na to, ali gre za poslovne procese, ki povezujejo organizacije med seboj, ali gre za notranje poslovne procese, to so procesi, ki se odvijajo znotraj posamezne organizacije, lahko pa jih razvrstimo tudi z vidika razčlenjenosti in strukturiranosti ter njihovega prispevka k ustvarjanju vrednosti (Došenović Bonča, 2010, str. 16). Po zgledu Harmona (2007) lahko tako notranje kot medorganizacijske procese zdravstvenih izvajalcev delimo na poslovne procese, le te pa

lahko razdelimo na posamezne procese in te na podprocese ter ustrezne aktivnosti. Aktivnost je najmanjši del procesa, ki ga obravnavamo pri modeliranju procesa. Praviloma gre za delovno nalogo, ki ji določimo vlogo v procesu. Vloga v procesu je večinoma predpisana udeležencu v procesu, ki ima zadolžitve, da izvede to aktivnost, kar omogoči prehod procesa v naslednjo aktivnost ali stanje (Hammer & Champy, 2003, str. 257). Pomembno je, da so pri poslovnih procesih, nosilci posameznih aktivnosti zaposleni. Tako je od kadra, njihove usposobljenosti in znanja kot tudi sodobne informacijske podpore odvisno, ali bo določen poslovni proces dobro opravljen (Rant, 2002, str. 296–302).

Osnove za celoviti poslovni proces je postavil Potter, leta 1985, v svoji knjigi. Prvi je postavil osnovno vrednostno verigo in njeno delitev na notranjo verigo vrednosti in sistem vrednosti ali zunanjo verigo vrednosti (Harmon, 2007). Za prikaz procesa obravnave bolnika v urgentnem bloku v magistrskem delu bom uporabila tovrstno verigo vrednosti. Namen vsakega člena te verige vrednosti je ustvarjanje dodane vrednosti oziroma končnega rezultata za obravnavanega bolnika (Harmon, 2007; Došenović Bonča, 2010). Proces obravnave bolnika v urgentnem bloku je prikazan na Sliki 1.

Slika 1: Členitev obravnave bolnika v urgentnem bloku UKC Ljubljana



Povzeto in prirejeno po P. Došenović Bonča, Inovacije kot dejavnik učinkovitosti in uspešnosti bolnišnic v Sloveniji, 2010, str. 21.

Veriga vrednosti prikazuje ključne procese pri obravnavi bolnika. Delimo jih na poslovni proces »sprejem bolnika«, poslovni proces »ambulantna obravnava bolnika«, poslovni

proces »ambulantno zdravljenje bolnika« in poslovni proces »odpustitev bolnika ali nadaljnja napotitev bolnika za bolnišnično zdravljenje«. Vsakega izmed teh poslovnih procesov lahko členimo na posamezne procese. Da bi lahko ustrezno prepoznali učinek umestitve triaže v proces obravnave bolnika, bomo opazovali zgolj učinke pri procesu triaže, ki je del sprejema bolnika v treh organizacijskih enotah urgentnega bloka v UKC Ljubljani. Tako Slika 1 prikazuje členitev poslovnega procesa »ambulantni sprejem bolnika«, ki ga razčlenimo na procese »obdelava napotnice«, »triaža bolnika« in »administrativni vpis«. Proces »triaža bolnika« delimo na štiri podprocese, to so podproces »prepoznavna problema«, podproces »zbiranje in analiza informacij«, podproces »izbira pravilne poti oskrbe« in podproces »opazovanje odziva na oskrbo«. Najnižje ravni procesov, to so aktivnosti, Slika 1 ne prikazuje, saj je v zdravstvu potrebno aktivnost prilagoditi posameznemu bolniku glede na njegovo bolezen in ostale težave.

Če se pri preučevanju poslovnih procesov osredotočimo na samo enega izmed členov verige vrednosti zdravstvenega sistema, torej na izvajalce zdravstvenih storitev, lahko na tej ravni opazovanja delimo poslovne procese na notranje, torej na procese, ki so značilni samo za določeno organizacijsko enoto oziroma za posameznega izvajalca zdravstvenih storitev, ter medorganizacijske procese. Zaradi vedno večje težnje po celoviti oskrbi bolnika je potrebno upoštevati, da pri sami oskrbi bolnika sodelujejo različne ravni zdravstvenega varstva in tudi več izvajalcev z iste ravni zdravstvenega varstva (Došenović Bonča, 2010, str. 18–19).

1.2 Modeliranje in prenova poslovnih procesov

Prenova poslovnih procesov se je pojavila v začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja, kot ena izmed rešitev za težave, ki so na prehodu v informacijsko družbo pestile večino organizacij. Opredelimo ga lahko kot temeljito preverjanje in spremembo poslovnih procesov z namenom izboljšanja njihove učinkovitosti ter celotnega poslovanja podjetja (Kovačič et al., 2004). Ta pristop se je razvil na podlagi ugotovitve, da uporaba informacijske tehnologije v podjetjih ne predstavlja le avtomatizacije posameznih poslovnih procesov, ampak tudi vpliva na način in kvaliteto izvedbe posameznih poslovnih procesov (Huzjan, 2005, str. 41). Hammer in Champy (2003, str. 257) sta opredelila prenovo poslovnih procesov, kot na novo premišljen in načrtan poslovni proces, namenjen doseganju dramatičnega napredka v ključnih in sodobnih kazalcih učinkovitosti, kot so stroški, hitrost proizvodnega cikla ter kakovost izdelkov in storitev. Prenova poslovnih procesov predvideva prenovu obsežnih in kompleksnih procesov, s takojšnjim in drastičnim prehodom na nov način poslovanja. Zahteva zelo natančno analizo vseh aktivnosti procesa in predlogov izboljšav, s ciljem poenostaviti in povečati učinkovitost posameznega procesa, hkrati pa ne ponuja neke gotovosti, da bo prenova dejansko uspešna (Smith & Fingar, 2003, str. 292).

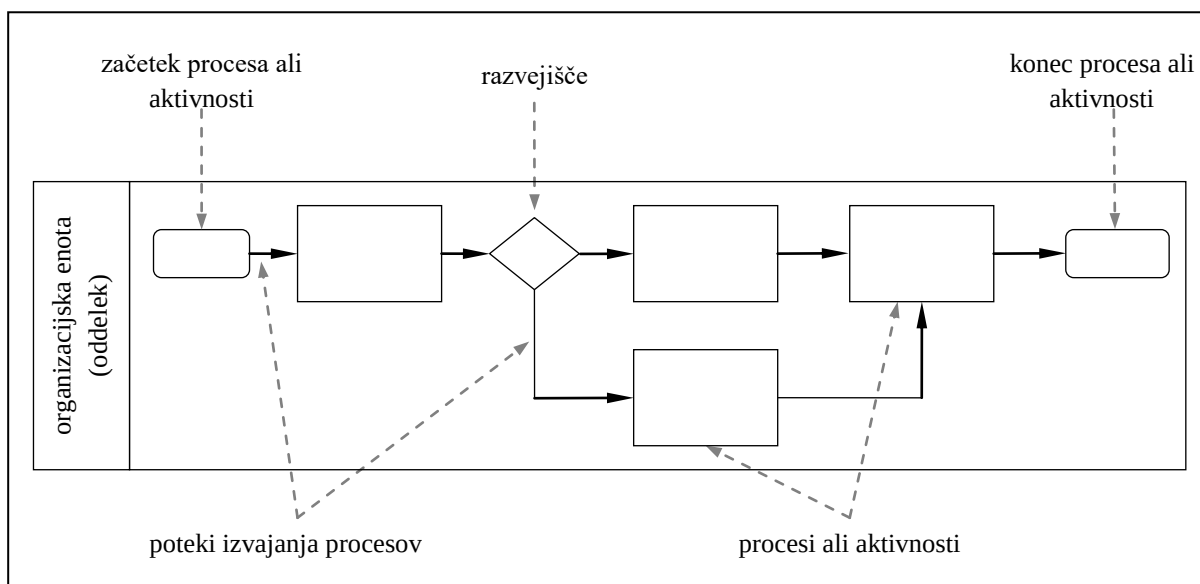
Prenova procesov najprej zahteva natančno analizo obstoječih procesov. Če se analizirajo procesi v posameznih organizacijah in podjetjih, lahko ugotovimo, da je večina le teh nepreglednih, zahtevnih, neprilagodljivih. Veliko zaposlenih, ki so del tega procesa, ne ve, katera aktivnost procesa se trenutno odvija. Problemi se pojavljajo že pri posameznem procesu. Pri pregledu povezav med procesi lahko zaznamo, da niso povezani in prihaja do podvajanja dela na različnih enotah organizacije (Seničar, 2006, str. 79). Na kratko lahko opredelimo osnovne probleme procesov v organizacijah, najpogostejši so podvajanje podatkov, nepoznavanje procesa in njegovih aktivnosti, neenotnost pri izvajanju ter dolgotrajni procesi zaradi čakanja na informacije, potrebne za prehod na naslednjo aktivnost (Kovačič et al., 2004). Pri analizi obstoječega procesa je potrebno izvesti naslednje aktivnosti in pregledati naslednje komponente procesa (Hammer & Champy, 2003, str. 257):

- pregled dokumentacije, ki prihaja v proces in nastaja med procesom; pregled dokumentacije procesa da analitiku podatke o informacijah, ki so potrebne za izvajanje poslovnega procesa in o aktivnosti, ki so del tega;
- pregled obstoječih programskih rešitev, ki podpirajo poslovni proces; to omogoča analizo podatkovnih baz, na katere bi se bilo potrebno povezati, in analizo obstoječih podatkov v bazi in njihovih pomanjkljivosti;
- izpraševanje udeležencev v procesu za posamezno aktivnost, kar omogoča analitiku vpogled v aktivnost in pogoje, ki jim je potrebno zadostiti za prehod na naslednjo aktivnost ali stanje procesa;
- pregled poslovnih pravil in izpraševanje nadrejenih, kar poda analitiku okvirne omejitve, ki jim mora nov model zadoščati;
- pregled celotnega procesa na primeru, ki omogoča preverjanje obstoječega modela ter njegovo pravilnost in učinkovitost v vsaki točki procesa.

Po analizi obstoječih procesov in določitvi vseh komponent lahko začnemo z modeliranjem poslovnih procesov. Glede na to, da poznamo več načinov modeliranja z različnimi tehnikami in orodji, je zelo pomembno izbrati pravo. Najpogosteje uporabljene tehnike modeliranja, ki so v praksi najbolj razširjene, so diagram toka podatkov (angl. *data flow diagram*), diagram poteka in procesni diagram poteka (angl. *process maps*), EPC (angl. *eventdriven process chain*), EPM (angl. *enhanced process map*), Petrijeve mreže in diagram poslovnih procesov (angl. *business process diagram – BPD*). Tehnike za modeliranje poslovnih procesov se med seboj razlikujejo. Nekatere so enostavnejše, druge pa bolj kompleksne, vendar zaradi tega ponujajo večje možnosti izražanja. Med seboj se razlikujejo tudi orodja (programska oprema, ki olajša modeliranje), prav tako po svojih zmožnostih, ceni, prijaznosti do uporabnika ipd. Nekatera orodja omogočajo tudi simulacijo izvajanja poslovnih procesov, s pomočjo katere dobimo boljši vpogled v izvajanje procesa, odkrijemo ozka grla ter lažje analiziramo procese in njihove predloge za prenavo (Kovačič et al., 2004, str. 81–82).

V magistrskem delu se bom osredotočila na diagram toka podatkov in diagrama poteka, ki je soroden diagramu toka podatkov in je klasičen predstavnik tehnik modeliranja, kjer si funkcije sledijo zaporedoma in so med seboj povezane ter odvisne od podatkov, ki jih prenašajo oziroma črpajo. Sama metoda predstavlja najširše uporabljeno tehniko na področju analize poslovnih procesov. Namen takšnega načina modeliranja je prikazovanje vseh vhodnih podatkov, ki so potrebni za izvedbo procesa in podatkov, ki prehajajo iz aktivnosti v aktivnost procesa ter vseh podatkov, ki so rezultat izvedbe procesa. Metoda je primerna za grafično predstavitev, saj je diagrame enostavno narisati, po drugi strani pa so razumljivi in primerni za večkratno uporabo, popravljanje ter spreminjanje v času analize procesa. Pri tej tehniki modeliranja prikažemo pomen operacij, omejitve aktivnosti in medsebojne analize odvisnosti. Vsak del procesa se lahko razdeli na manjše podprocese, tako podrobneje spoznamo aktivnosti procesa in naloge uporabnikov (Leben, 1997, str. 24–31).

Slika 2: Osnovni simboli za modeliranje



Povzeto in prirejeno po A. Kovačič & V. Bosilj Vukšič, Management poslovnih procesov, 2005, str. 187.

Diagram poteka grafično predstavi poslovni proces in programsko logiko zaporedja aktivnosti v procesu. Kot pri prejšnji tehniki se tudi tukaj uporabi za prikaz grafičnih simbolov, ki predstavljajo funkcijo in podatke, ki pridejo v proces oziroma so rezultat tega. Logika izvajanja procesa je vključena v samo funkcijo, ki vsebuje notranje algoritme, ki večkrat temeljijo na odločitvenih tabelah (Seničar, 2006, str. 7–20). Modeli, izdelani po tej tehniki, so razumljivi in prilagodljivi, zaradi česar lahko hitro postanejo preveliki. Tehnika je primerna za podrobnejšo analizo podprocesov in se lahko uporablja v kombinaciji s tehniko diagrama toka podatkov (Aguilar-Savén, 2004, str. 129–149). Kot je razvidno iz Slike 2 pri tehniki diagrama toka podatkov in diagram poteka, potekajo

posamezni procesi ali aktivnosti, prikazane s pravokotnikom, s smerno puščico pa prikazujemo potek izvajanja procesov. Razvejišče je povezano z določenimi odločitvenimi kriteriji, ki usmerijo potek procesa v primerih, ko lahko proces teče na več različnih načinov. Procese in aktivnosti, ki jih modeliramo, umestimo v organizacijsko enoto ali v več enot, ki sodelujejo pri njihovem izvajanju (Kovačič & Bosilj Vukšič, 2005).

Za izvedbo in izboljšanje procesa so pomembna tudi merila procesa. Merila omogočajo preverjanje obstoječega delovanja procesa, usmerjanje dejavnosti in izboljševanje procesa. Pomembna so, ker nudijo podatke, ki pomagajo timom identificirati in rešiti probleme v procesu (Mihelič & Škafar, 2008, str. 52–54). Obstajajo različna merila, s katerim si pomagamo in ocenimo delovanje procesa. Marolt in Gomišček (2005, str. 90) opisujeta tri različna merila, in sicer vhodna, procesna in izhodna. Vhodna merila nam dajo informacije o materialih ali storitvah, ki jih dobimo od dobaviteljev, saj bo neustrezen input neugodno vplival na kakovost outputa. S procesnimi merili lahko pridobimo podatke o času ciklusa, ki nam pove, koliko časa potrebujemo za izvršitev posamezne stopnje procesa oziroma lahko določimo, kakšne so zamude ali prekoračitve pri posamezni stopnji procesa; o ozkem grlu, kje so zastoji, kako pogosto pride do zastojev in kakšen vpliv imajo na proces ter podatke o kakovosti. Izhodna merila nam povedo količino ustreznih storitev; kakovost, če so bile storitve neustrezne in zakaj; stroške storitve ter kakšni so stroški pri neustrezni kakovosti storitev ter podatke o zadovoljstvu uporabnikov storitev, njihovih pripombah in pritožbah glede kakovosti obravnave in storitev.

Za kakovostno in ustrezno storitev moramo imeti tudi merila delovanja organizacije, ki so praviloma izražena kvantitativno. Dobro merilo delovanja organizacije je produktivnost, v preteklosti je bila velika pozornost usmerjena k povečanju produktivnosti. V zadnjih letih je pomembno vlogo pridobila tudi kakovost. Merila za zadovoljstvo uporabnika neke storitve lahko delimo na kvantitativna in kvalitativna. Kvantitativna merila so običajno izražena v času (na primer čas čakanja, čas obravnave pri zdravniku itd.), številu in vrstah napak, skladnosti z zahtevami (število pritožb, število neustreznih pregledov itd.), zanesljivosti delovanja, s številom izboljšav in podobno. Medtem ko so kvalitativna merila običajno izražena v atributivni oziroma pisni obliki. Pomembna so predvsem za merjenje zadovoljstva uporabnikov osebnih storitev, kjer je uporabnik neposredno vključen v proces izvajanja storitev, kot v zdravstvu. Merila se nanašajo na odnos izvajalcev (trjažna medicinska sestra, zdravnik itd.) do uporabnika storitve (običajno so to bolniki in njihovi svojci), kar se kaže v obliki prijaznosti, strokovnosti, prilagodljivosti, potrpežljivosti, sodelovanju ipd. Ta merila so pogosto povezana s čustveno komponento. Splošno bi lahko kvalitativna merila razdelili na obnašanje izvajalca (prijaznost, komunikativnost itd.), okolje (hrup, vonj, čistoča itd.) ter izvedbo (strokovnost, informiranje itd.) (Mihelič & Škafar, 2008, str. 52–54).

Nobeden od pristopov prenove procesa ni popoln in primeren za vse organizacije ter za prenovo vseh vrst procesov. Vsi pristopi se še razvijajo in dopolnjujejo. Vendar pa se večina znanih pristopov prenove procesov žal ukvarja le z ugodno strukturiranimi poslovnimi sistemi, kjer je mogoče preprosto identificirati in urediti procese ter jim posledično prilagoditi odnose v sistemu. Pogosti in problematični so poslovni sistemi, v katerih poteka množica prepletenih procesov, ki jih je težko identificirati in se nenehno spreminjajo, imajo različno frekvenco, a vendar uporabljajo iste resurse. Za izdelavo procesa in njegovo prenovo mora ta biti podrejen zahtevam organizacije in prilagojen njenim omejitvam (Kern, 2005, str. 18).

1.3 Poslovni procesi v zdravstvu

Pri izvajalcih zdravstvenih storitev morajo potek procesov, predvsem na ravni podprocesov in aktivnosti, prilagoditi posameznemu bolniku glede na njegovo bolezen in njene posamezne značilnosti. Za izvajalce zdravstvenih storitev je tako pomembno, da pri oblikovanju struktur in poteka aktivnosti zdravstvene obravnave posameznega bolnika zagotovijo celostno oskrbo, kar pomeni, da procesi in aktivnosti ne smejo biti omejeni na posamezne oddelke oziroma enote izvajalca zdravstvenih storitev. Potek procesov in aktivnosti mora temeljiti na podprtih dokazih medicine in zdravstvene nege, kliničnih smernicah ter znanju in veščinah zaposlenega osebja. Na teh podlagah opredeljeni običajni načini zdravljenja oziroma načrt zdravstvene nege in oskrbe za posamezno vrsto bolezni znotraj določene organizacije zdravstvenega varstva ter med posameznimi izvajalci, imenujemo klinične poti. Izvajalci zdravstvenih storitev z določeno klinično potjo opredelijo standardni načrt večdisciplinarne zdravstvene oskrbe tipične vrste bolnika z določenim obolenjem ali načrtovanim posegom. S klinično potjo je tako določeno zaporedje aktivnosti vseh, ki sodelujejo v procesu oskrbe (Došenović Bonča, 2010, str. 20–21).

V praksi so se procesi v obliki kliničnih poti izkazali kot najprimernejše orodje za doseganje dobrih izvidov zdravljenja in zdravstvene oskrbe. Klinična pot je pripomoček oziroma načrt celotne zdravstvene oskrbe tipične vrste bolnikov z neko boleznijo ali zdravstveno težavo. Praktično so se dokazale kot najprimernejše orodje za izboljšanje zdravljenja in oskrbe ter doseganje dobrih izidov (Hindle & Yazbeck, 2005). Njihova uvedba pomeni: zmanjševanje števila napak, spodbujanje večdisciplinarnega skupinskega dela ter zagotavljanje boljše podlage za obveščanje pacientov in njihovih sorodnikov o obravnavi, ki jo lahko upravičeno pričakujejo, saj jih postavi v središče zdravstvene obravnave (Berginc Dolenšek et al., 2006, str. 20).

Prednosti, ki jih zagotavlja klinična pot pri izboljševanju zdravstvene obravnave, so njena strukturirana oblika, ki ima klinično vsebino in značilnosti lokalne organizacije v posamezni zdravstveni ustanovi. Omogoča hitro posodabljanje zdravstvene oskrbe z novimi znanstvenimi, strokovnimi in organizacijskimi spoznanji. Z njeno pomočjo je

olajšano usposabljanje novih zdravstvenih delavcev. Oblikuje jo celoten zdravstveni tim za določeno vrsto pacientov ter zato spodbuja »lastništvo« klinične poti in nanj pozitivno vpliva. S spremljanjem odklonov ter primerjanjem standardov in dobrih praks spodbuja izboljševanje dela na podlagi merjenja in ne po občutku, vpliva na oblikovanje timov, osredotočenih na pacienta in zdravljenje, ter spreminja dosednji način dela, ograjenega za zidovi oddelkov. Vpliva na boljše komuniciranje, sodelovanje in povezovanje ter preglednost opravljenega dela. Omogoča tudi boljše kodiranje, podpira presojo in raziskovanje. Ne nazadnje klinična pot spodbuja sodelovanje pacienta pri zdravstveni oskrbi in obravnavi. S tem, ko pacient prejme poenostavljeno različico klinične poti, ki je zanj največkrat prirejena, vnaprej ve, kako bo njegovo zdravljenje potekalo. Lažje sprašuje, sledi in sodeluje pri svojem zdravljenju. Tako je zdravstvena obravnava naravnana na potrebe pacientov in ne institucij (Berginc Dolenšek et al., 2006, str. 16–20).

Klinična pot je ena izmed orodij in je del sistema izboljševanja kakovosti. Za zagotavljanje in nenehno izboljševanje kakovosti je smiselno obravnavati klinično pot kot proces. V ta proces so vključeni vsi izvajalci kot tudi uporabniki. V praksi se zaradi procesa upravljanja celovite kakovosti prepletajo smernice klinične prakse, klinične poti, standardi (strokovni, kakovosti in varnosti) ter kazalniki kakovosti. Del procesa so tudi merjenje uspešnosti delovanja, odgovornost, izobraževanje in pretok informacij, notranja presoja ter samoocenjevanje, nadzor nad potekom procesa zagotavljanja celovite kakovosti, kar je pogoj za akreditacijo in standardizacijo po mednarodno priznanih standardih (EFQM, ISO, itd.) (Šavora, 2013, str. 119–122; Berginc Dolenšek et al., 2006, str. 29–35).

Marušič (2005, str. 9) meni, da je klinična pot zapis obravnave, ki ga v kliničnem timu sprejmejo in običajno izvajajo pri določenem tipu bolnika. Klinična pot je sprejemljiv, razumljiv, vgrajen potek celostne obravnave obolelega državljana s predpisanim postopkom, usmerjenim v bolezen, s stremljenjem k maksimalni učinkovitosti in kakovosti. Poudarek je na preprečevanju in/ali agresivni obravnavi, da bo poseg najbolj učinkovit. Navedel je tudi koristi, ki si jih lahko ometamo z uporabo klinične poti. Te naj bi bile predvsem v dvigu kakovostne obravnave in koordinacije kliničnega tima, olajšanem koordiniranju, obvladovanju stroškov, primerjavi med izvajalci, pogajalskih izhodiščih ter pri vključitvi uporabnikov.

Klinične poti so najprej začeli uvajati v Veliki Britaniji in Združenih državah Amerike, od koder so prenesene v druge razvite države, predvsem v tiste, ki želijo v zdravstvenem sistemu povečati transparentnost, sledljivost, kakovost in varnost zdravstvenih storitev. V obeh državah so na podlagi preliminarne študij leta 1990 uvedli prve primere in kasneje opravili tudi prve analize. Eno izmed prvih obsežnih analiz je opravil Rotter s sodelavci (2010). Ugotovili so, da so klinične poti koristne, saj so olajšale uvajanje kliničnih smernic in protokolov v praksi. Na podlagi tega je bilo opazno znižanje zapletov v času bolnišničnega zdravljenja, izboljšano je bilo dokumentiranje, pri pacientih, ki so bili obravnavani po klinični poti, pa so bili dokazani nižji stroški zdravljenja. Analiza je zajela

27 raziskav obravnave po klinični poti, v katere je bilo vključenih 11.398 pacientov (Rotter et. al., 2010, str. 3).

V Sloveniji so se prve klinične poti začele oblikovati in uvajati leta 2002. Zaradi velikega zanimanja zdravstvenega osebja je Ministrstvo za zdravje RS, v želji za izboljšanje kakovosti in varnosti v zdravstvu, podprlo pospeševalno delovno skupino za klinične poti in nato decembra 2005 organiziralo konferenco o kliničnih poteh z mednarodno udeležbo (Berginc Dolenšek et al., 2006, str. 35–41).

Yazbeck (2014, str. 2–3) je v doktorski nalogi opisovala uporabo klinične poti v bolnišničnem okolju in opravila obsežno raziskavo o kliničnih poteh v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergije Golnik. Ugotavljala je, da so klinične poti orodje, ki omogočajo zdravstvenemu timu boljšo celostno obravnavo bolnika na standardiziran način, oblikovane so tako, da temeljijo na podlagi dokazov in so bile razvite v okviru zmožnosti lokalne skupnosti in ostalih virov, ki jih omogoča zdravstvena organizacija.

V svetu se povečuje zavedanje o pomenu klinične poti, kar dokazuje tudi Evropsko združenje za klinične poti, ki je leta 2012 organiziralo mednarodno konferenco, na kateri so bile na dokazih medicine in zdravstvene oskrbe predstavljene klinične poti oziroma upravljanje in vodenje kliničnih poti, klinične poti in varnost pacientov, klinične poti in timsko delo, klinične poti v praksi sekundarnega in terciarnega zdravstvenega varstva ter e-klinične poti (Evropsko združenje za klinične poti, 2012).

V Evropski uniji se klinične poti še vedno uporabljajo predvsem na sekundarnem nivoju v splošnih in univerzitetnih bolnišnicah. Najbolj aktivne države so Belgija, Nizozemska, Velika Britanija, Danska, sledijo jim Nemčija, Italija, Estonija in Slovenija. Vodstvo bolnišnic se še vedno ne zavzema dovolj za uvajanje in uporabo kliničnih poti, saj njihova uvedba še vedno ni integrirani del bolnišnične strategije predvsem na račun značilne zdravstvene organizacijske kulture, ki je prisotna v bolnišnicah. V državah, kot so Belgija, Nizozemska in Danska, so uspeli uvesti organizacijske spremembe in vpeljati klinično pot v vsakdanje delovanje bolnišnic. V Nemčiji so se v določenih bolnišnicah lotili uporabe in uvajanja klinične poti, da bi izboljšali kakovost zdravstvene obravnave in s tem znižali stroške zdravstvene oskrbe. Poznamo nekatere primere klinične poti na nacionalni ravni. Danska je leta 2000 vpeljala klinično pot za zdravljenje raka, ki je postala del nacionalnega plana za zdravljenje raka in ima zadnjih 10 let najvišjo podporo na nacionalni ravni. Danski Nacionalni odbor za zdravje je v dokumentu National Cancer Plan II iz leta 2005 predstavil priporočila za izboljšanje zdravstvenih storitev in obravnave za obolenje za rakom. Na podlagi tega dekreta so začeli večdisciplinarni timi po bolnišnicah pripravljati nacionalne klinične poti za najbolj pogosta rakava obolenja, ki so ji poimenovali »cancer packages« ali »paketi za obravnavo raka«. Glavni razlog za pripravo takšnih paketov so bile ugotovitve, da je oskrba obolelih za rakom neustrezna in da se storitve, s tem tudi stroški, podvajajo, ter da je razporeditev človeških virov neustrezna. Za uvajanje

nacionalnih kliničnih poti se je Danska odločila, da bi zmanjšala stopnjo smrtnosti zaradi raka in omogočila bolj kakovostno zdravstveno oskrbo za svoje paciente (Hajnrih et al., 2009, str. 16).

Globalne klinične poti za najhujša življenjsko ogrožajoča stanja, npr. težko poškodovani, akutni koronarni sindrom in možganska kap, niso enako in vsepovsod ustrezno koordinirane v naših ustanovah, saj gre za sodelovanje med izvenbolnišničnimi enotami in bolnišničnimi oddelki, npr. travmatologijo, kardiologijo, nevrokirurgijo, radiologijo, nevrologijo, intenzivno terapijo kirurških in internističnih strok itd. Za sodelovanje služb je pomembno, da v verigi sodeluje čim manj členov, in je njihovo delo čim bolj povezano, prav tako je pomembno, da se transport vrši k sebi in ne od sebe (Ministrstvo za zdravje RS – Delovna skupina EMOUC, 2015).

Procesi v obravnavi urgentnega bolnika ne temeljijo samo na kliničnih poteh, teh je namreč zelo malo. V takih primerih se opirajo na klinične smernice. Klinične smernice so sistematično oblikovana stališča, ki zdravniku in drugemu zdravstvenemu osebju, pa tudi ostalem zdravstvenemu osebju in pacientom, pomagajo pri odločitvah o primernem zdravstvenem varstvu v posebnih kliničnih okoliščinah. Klinične smernice so lahko nacionalnega ali mednarodnega pomena. Sestavljene so iz štirih točk, ki vključuje epidemiološke podatke, splošne predloge za diagnostiko in zdravljenje, podrobnejše in posebne predloge za zdravstveno oskrbo različnih zdravstvenih težav ter dodatno gradivo za diagnostiko in zdravljenje (Robida, 2005).

2 NUJNA MEDICINSKA POMOČ

Kot je bilo omenjeno v uvodu, je namen magistrskega dela analizirati učinke triaže kot enega izmed procesov v verigi obravnave urgentnega bolnika. Triaža je del nujne medicinske pomoči, ki je služba za zagotavljanje zdravstvenega varstva 24 ur na dan. Triažo in nujno medicinsko pomoč ureja pravilnik o nujni medicinski pomoči (Novi pravilnik o NMP).

Triažiranje izvira iz Napoleonovih vojn v zgodnjem 19. stoletju. Beseda triaža izhaja iz francoske besede »*triere*« in pomeni razporejanje, razvrščanje. V Napoleonovih vojnah je francoski vojaški kirurg in glavni zdravnik Larrey med letoma 1797 in 1815 formiral letečo ambulanto (franc. *ambulance volante*). Glavni namen organizirane ambulante je bilo izvajanje nujnih operativnih posegov čim bližje bojišču. Larrey je bil tako uradni začetnik predbolnišničnega sistema nujenja medicinske pomoči, ki je že imel zasnove triaže. Konec istega stoletja je v državljanski vojni v Združenih državah Amerike med letoma 1861 in 1865 koordinirala oskrbo bolnih in poškodovanih vojakov medicinska sestra Barton. Prevezla je organizacijo triaže in prevoza poškodovancev do improviziranih poljskih bolnišnic (Prestor, 2011, str. 151).

Besedo triaža prvič zasledimo v začetku 19. stoletja v francoski vojaški medicini. Ta način ocenjevanja in njihovo razvrščanje v prioritete skupine so prevzele vojske celega sveta, kasneje tudi civilna medicina. Na začetku 20. stoletja so občasno uporabljali triažo v preobremenjenih ambulantah za nujno medicinsko pomoč. V današnjem času pa je triaža običajen postopek, kjer je vedno več poškodovanih, bolnih in ti ne morejo biti vsi pregledani in oskrbljeni naenkrat (Kovač, 2006, str. 25–32).

Triaža je proces, ki se v delu in obravnavi bolnikov v urgentnih ambulantah pojavlja po svetu že dolgo, najbolj intenzivno pa se je začela razvijati v 20. stoletju. Kriterij za vrstni red obravnave ni ura prihoda, temveč ogroženost bolnika. Namen triaže ni diagnosticiranje, ampak napotitev pravega bolnika na pravo mesto ob pravem času, zaradi prave bolezni. O triaži lahko govorimo po prvem stiku oziroma prihodu v ambulante urgentne medicine. Tukaj se izvede hitra ocena bolnikovih težav, s pomočjo katere določimo hitrost obravnave bolnika oziroma njegov čas čakanja v čakalnici. Triaža je postopek zmanjševanja kliničnega tveganja za bolnike v primerih, ko zaradi velikega števila bolnikov zdravstveno osebje ne zmore sprotne obravnave vseh bolnikov. Namen triaže je, da se zagotovi pravilna in pravočasna oskrba bolnika glede na težave, zaradi katerih prihajajo (Mackway-Jones, Marsden, & Windle, 2006). Triaža je proces, ki razvršča bolnike in pri tem uporablja različne metode obravnave oziroma strukture poteka obravnave (Department of Health and Ageing, 2007).

V zadnjih letih triaža pridobiva pomen zaradi velikega števila bolnikov, novih načinov zdravljenja in pričakovanj bolnikov, da bodo hitro in kakovostno obravnavani ter oskrbljeni. Osnovni princip triaže ob sprejemu temelji na določitvi klinične prizadetosti bolnika in nujnosti primera. Ta ocena je možna le ob bolniku. Oseba, ki triažira mora bolnika videti, stopiti do njega in zbrati informacije (Cotič Anderle, 2007, str. 49–52).

Prvi sistemi triaže so temeljili predvsem na intuiciji in s tem niso omogočali zanesljivosti in ponovljivosti (Mackway-Jones et al, 2006). Ščesoma so se triažni sistemi izboljšali in izpopolnili. Danes se v Evropi in po svetu v urgentnih ambulantah uporablja več različnih triažnih sistemov. Manchesterski triažni sistem je najbolj razširjen v Evropi. Osnovna načela in cilji vseh triažnih sistemov so enaki, razlikujejo se edino po načinu dela, klasifikaciji in časovnih okvirih. V Sloveniji se uvaja Manchesterski triažni sistem, ki je najbolj primeren za uporabo v našem okolju. Sistem ima natančno izdelano metodologijo in algoritme, ki so konsistentni, saj ob enaki težavi bolnika vedno razvrstijo v enako triažno kategorijo (Rajapaksa, 2015, str. 259–267).

2.1 Nujna medicinska pomoč v Sloveniji

Sistem nujne medicinske pomoči predstavlja enega izmed elementov sodobnega zdravstvenega sistema. Skrbi za osebe vseh starosti, ki so zaradi nenadne bolezni, poškodbe ali zastrupitve življenjsko ogrožene. Pravočasna in učinkovita nujna medicinska

pomoč lahko odloča o preživetju bolnika, trajanju zdravljenja, stopnji invalidnosti ter stroških zdravljenja. Dokazano naj bi bilo, da pozitivni učinki učinkovite nujne medicinske pomoči, kot so manjša smrtnost ter krajše in manj zahtevno zdravljenje, nekajkrat presegajo stroške delovanja službe nujne medicinske pomoči (Zdravniška zbornica Slovenije, 2011).

V Republiki Sloveniji se zagotavlja 24-urno zdravstveno varstvo vsem prebivalcem. V letu 1996 je bila prvič oblikovana mreža enot nujne medicinske pomoči, s katero je bila ta dostopnost tudi zagotovljena. Razvoj medicinske stroke, tehnologije, opreme, predvsem pa znanja je bistveno spremenil pogoje dela ekip, možnost preživetja življenjsko ogroženih bolnikov in s tem povezano boljšo kakovost življenja (Sistem nujne medicinske pomoči: Reorganizacija urgentne službe, 2016).

SedANJI sistem nujne medicinske pomoči omogoča neprekinjeno nujno medicinsko pomoč ter nujne prevoze poškodovanih in nenadoma obolelih oseb na območju Republike Slovenije na ravni bolnišnične in predbolnišnične dejavnosti. Na ravni predbolnišnične dejavnosti se izvajanje nujne medicinske pomoči za življenjsko ogrožene bolnike prične z dispečersko službo ter urgentnim reševalnim vozilom, ki zagotavlja oskrbo na terenu in prevoz v bolnišnico z ekipo zdravstvenega osebja, ki vključuje zdravnika in reševalca z nacionalno poklicno kvalifikacijo ali samo ekipo dveh reševalcev z nacionalno poklicno kvalifikacijo. Del urgentnih bolnikov oskrbijo službe nujne medicinske pomoči, ki trenutno delujejo na ravni primarnega zdravstva v okviru zdravstvenih domov, ki so ponekod lokacijsko umeščene v bolnišnici, ponekod pa ne (Ministrstvo za zdravje RS – Delovna skupina EMOUC, 2015).

Bolnišnični del sistema nujne medicinske pomoči zagotavlja obravnavo poškodovanega ali nenadoma obolelega bolnika na različne načine in razpršeno po celotni bolnišnici v posameznih strokovnih dejavnostih, na primer kirurgija (kirurška nujna pomoč, v UKC Ljubljana je to urgentni centralni blok – travmatologija), interna medicina (internistična nujna pomoč, v UKC Ljubljana je to Internistična prva pomoč), pediatrija itd. Bolnišnice na različne načine zagotavljajo dokončno oskrbo akutnega bolnika ali poškodovanca. Oba klinična centra, UKC Ljubljana in UKC Maribor, zagotavljata dokončno oskrbo akutno obolelih in poškodovancev na vseh področjih. Vse ostale bolnišnice imajo možnost le za določen obseg dokončne oskrbe. Zaradi tega je potrebno nenadno obolelega bolnika ali poškodovanca premestiti v najbližjo kliniko v Sloveniji, ki bo zagotovila dokončno oskrbo in nadaljnje zdravljenje. V sklopu tega so potrebne tudi pogoste konzultacije zdravnikov med posameznimi bolnišnicami (Ministrstvo za zdravje RS – Delovna skupina EMOUC, 2015).

Nujna medicinska pomoč se izvaja v naslednjih organizacijskih oblikah po starem pravilniku o nujni medicinski pomoči (Stari pravilnik o NMP):

- Enote, A, B, B-okrepljena so organizacijske oblike službe nujne medicinske pomoči na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, ki z ustreznimi kadri in opremo predstavljajo okrepljeno redno ambulantno dejavnost in dežurno službo.
- Enota A2 je oblika enote A, ki izjemoma deluje pri zdravstvenem domu ali zdravstveni postaji, kjer ni organizirane dežurne službe.
- Prehospitalna enota oziroma PHE je organizirana kot posebna enota službe nujne medicinske pomoči v večjih središčih in deluje na primarni ravni zdravstvene dejavnosti 24 ur dnevno. Organizira se poleg redne ambulantne dejavnosti in dežurne službe.
- Enota C je organizacijska oblika službe nujne medicinske pomoči, ki vse dni v tednu v času od 7. do 20. ure deluje kot predbolnišnična enota, v preostalem času pa kot enota B.
- Urgentni oddelek je oddelek bolnišnice, ki je namenjen oskrbi in sprejemu urgentnih bolnikov. V svoji sestavi ima prostore za pregled in oskrbo urgentnih bolnikov in prostore za 24-urno opazovanje.
- Urgentni oddelek tipa H1 je oddelek bolnišnice, ki v celoti oskrbi urgentna stanja.
- Urgentno oddelek tipa H2 je urgentni oddelek bolnišnice, ki v celoti oskrbi večino nujnih stanj.
- Dispečerska služba je služba, ki je v običajnih razmerah sestavni del službe nujne medicinske pomoči in pokriva celoten spekter delovanja zdravstvenih intervencijskih ekip za izvajanje nujne medicinske pomoči in nenujnih prevozov ter vodi evidenco razpoložljivih zmogljivosti bolnišnic. V primeru naravnih in drugih nesreč, kriznih razmer in vojne je dispečerska služba nepogrešljiva, saj zagotavlja pretok informacij, ki so potrebne za učinkovito koordiniranje in usmerjanje delovanja celotnega zdravstvenega sistema

Novembra 2015 je v veljavo vstopil novi pravilnik o sistemu nujne medicinske pomoči in tako prinesel reorganizacijo službe in nove organizacijske sheme. Ministrstvo za zdravje v okviru reorganizacije sistema nujne medicinske pomoči predvideva prehodno obdobje, kar pomeni, da se bodo spremembe v sistemu nujne medicinske pomoči začele postopoma uvajati. Uvajanje sprememb in vzpostavitev novega sistema pa je odvisno oziroma vezano predvsem na vzpostavitev temeljnih gradnikov sistema, ki so (Novi pravilnik o NMP; Bručan, 2012, str. 125):

- Vzpostavitev enotnega dispečerskega centra: Prihodnji sistem dispečerstva nujnih klicev (112) bo centraliziran, tako fizično kot konceptualno. Vzpostavljena bosta dva dispečerska centra, v Ljubljani in Mariboru, ter tretji »satelitski« v Izoli. Dva dispečerska centra bosta pokrivala vsak svoj del Slovenije in s primerno tehnološko podporo usmerjala vozila.

- Informacijski sistem v izgradnji je podpora dispečerskemu sistemu, sistemu predbolnišnične nujne medicinske pomoči in sistemu podpore urgentnih centrov ter povezav med njimi.
- Sistem triaže: V novi organizaciji sistema nujne medicinske pomoči se uvaja enotni sistem triaže. To je ocena bolnika zdravstvenega stanja in določitev vrstnega reda pregledov na osnovi ocene zdravstvenega stanja bolnika po načelih Manchesterskega triažnega sistema.
- Nova mreža predbolnišničnih mobilnih enot: Ključna naloga ekip nujnih reševalnih vozil je zagotoviti hiter dostopni čas in najbolj pomembne prve ukrepe v najbolj kritičnih primerih (srčni zastoj, zapora dihalne poti, dihalna stiska, večja krvavitev).
- Helikoptersko reševanje: Pomembna naloga je uvedba helikopterskega reševanja, kjer so težko dostopni kraji ali nesreče na avtocesti. Prednostna naloga je vzpostavitev baze v severovzhodnem delu države. Boljša mreža helikopterske pomoči služi tudi k boljšemu medbolnišničnem transportu, ki postaja nujnost zaradi sodobne nivojske oskrbe zdravstvenega sistema in bolnišnic.
- Urgentni centri in satelitski urgentni centri: Osnovni namen in korist urgentnih centrov je, da se vsakdo, ki je utemeljeno zaskrbljen za svoje zdravstveno stanje, lahko vsak trenutek dneva ali noči po pomoč zateče na uradno, obče znano in vedno dostopno mesto – urgentni center. Satelitski urgentni centri bodo razporejeni tako, da bodo zagotavljali oskrbo prebivalcem, ki so od urgentnega centra po strokovnih merilih preveč oddaljeni. Odprti bodo 24 ur na dan in vse dni v letu. Opremljeni bodo z možnostjo diagnostike, ki izključuje življenjsko ogrožajoča stanja.
- Izobraževanje kadra: Nov pravilnik o nujni medicinski pomoči opredeljuje seznam ustreznih znanj in usposobljenosti za izvajanje službe nujne medicinske pomoči. Uspešno opravljena znanja in usposobljenosti, veljavna 3 leta, so pogoj za sodelovanje v mobilni enoti nujne medicinske pomoči.

Po starem pravilniku o nujni medicinski pomoči je v 5. členu pravilnika organizirana nujna medicinska pomoč na treh ravneh (Stari pravilnik o NMP):

1. Primarna raven, na kateri delujejo enote A, A2, B, B-okrepljena, C in predbolnišnična enota.
2. Sekundarna raven, kjer delujejo enote tipa H1 in urgentni oddelek.
3. Terciarna raven, kjer so prisotne enote tipa H2 in Center za zastrupitev (se organizira v UKC Ljubljana, ki poleg osnovne dejavnosti zdravljenja zastrupljenцев opravlja še 24-urno posvetovalno-informacijsko službo in druge naloge, ki jih določi minister za zdravje).

Z vzpostavitev novega sistema nujne medicinske pomoči naj bi odpravili večino težav sedanjega sistema. Težave sedanjega sistema so v slabem delovanju dispečerske službe,

neoptimalni organizaciji predbolnišnične nujne medicinske pomoči in vzpostavitvi enotne triažne službe v urgentnih ambulantah (Košir, 2015a, str. 118).

Slaba organiziranost dispečerske službe se kaže v tem, da nima celotnega pregleda nad dogajanjem na lokalni, regionalni in državni ravni. Zdravstvena služba je namreč edina služba, ki nima svojega dispečerskega centra. Tako prihaja do zlorabe številke 112, ki je izključno namenjena za klic v sili, saj na nacionalni ravni ne obstaja enotna številka za naročanje nenujnih reševalnih in sanitetnih prevozov (Košir, 2015a, str. 122).

Sedanji pravilnik nujne medicinske pomoči predvsem na ravni predbolnišnične oskrbe predpisuje organizacijo predbolnišničnih enot, ki so ločene od bolnišnic. Tako na predbolnišnični ravni še vedno obstaja vrsta napak oziroma težav. Težave so predvsem pri tem, da sistem temelji na zdravnikih družinske medicine, da je velika večina obiskovalcev ambulant nenujnih, da družinski zdravniki od 47. od 52. enote opravljajo službo nujne medicinske pomoči istočasno, kar pomeni, da zapuščajo svoje delovišče in ambulantno pustijo prazno, ko morajo na pot z reševalnim vozilom, da se posamezni zdravniki v najmanjših in manj obremenjenih enotah redkeje srečujejo z nujnimi stanji, da razen redkih izjem (večje bolnišnice) ni sodobne triaže ob prihodu v enoto, in da je v sistemu vedno več diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, ki nimajo kompetenc in delujejo samo kot zdravnikovi sodelavci (Košir, 2015a, str. 120–123).

Težave se pojavljajo tudi v bolnišničnem okolju. Predvsem v tem, da nobeden od pravnih aktov in pravilnikov ne posega v natančno organizacijo bolnišnične urgentne dejavnosti. Tako je bila ta prepuščena sposobnosti ter iznajdljivosti bolnišnic in mnogim oddelkom v njih. Ustrezni urgentni centri še nikjer niso formirani v sodobni obliki (Košir, 2015a, str. 123–124; Ministrstvo za zdravje RS – Delovna skupina EMOUC, 2015). Čeprav je bil leta 2006 sprejet program mreže urgentnih centrov v Sloveniji in kasneje v letu 2009 in 2010 dopolnjen ter na koncu podprt z možnostjo izgradnje z uporabo evropskih finančnih sredstev. V tem projektu je bilo za izgradnjo vključenih 10 urgentnih centrov, medtem pa je bil urgentni center Ljubljana izvzet iz tega projekta (Bručan, 2012, str. 125).

Nekatere bolnišnice so se trudile izboljšati razmere na tem področju, saj so oblikovale posebne urgentne oddelke z medicinskim kadrom in vodenjem, vendar povsod z zdravniki z drugih oddelkov, katerih primarno delovanje ni urgentna služba. Kadri v bolnišnicah, ki naj bi pokrivali urgentno medicino, niso primerno sistematizirani. Čeprav gre za specialistično delovanje jo v večini bolnišnic, opravljajo specializanti. Delovanje bolnišničnih enot in različnih urgentnih ambulant ni dovolj koordinirano oziroma je prepuščeno volji in iznajdljivosti posameznih skupin zdravnikov (Ministrstvo za zdravje RS – Delovna skupina EMOUC, 2015).

Kaj je medicinska urgenca in katera področja dejavnosti vključuje, je slabo definirano, zato prebivalci države sistem prepogosto izkoriščajo, in ker ni čakalnih dob ali drugih mehanizmov omejitve dostopa, obiskujejo zdravnike sredi noči in s tem bremenijo sistem, ki je načeloma naravnano samo za najnujnejše primere. Kakovost oskrbe bolnikov zato upada, saj je vse manj časa za optimalno oskrbo. Z obdobjem vpeljevanja kakovosti in certificiranja so morali v bolnišnicah vpisati mnoge delovne procese in funkcionalne enote, zavedajoč se, da niso optimalni zaradi neustreznih prostorskih, kadrovskih in tehničnih zmožnosti (Košir, 2015a, str. 122).

Del nujne medicinske pomoči je tudi triaža, ki se vedno bolj razvija. Z uvedbo urgentnih centrov po Sloveniji se srečujemo pri procesu obravnave urgentnega bolnika tudi s triažiranjem. V urgentnem bloku Ljubljana je bila triaža vedno prisotna, samo ne v formalni obliki, zato je bil prehod na formalno – manchestersko triažo, lažji. Medtem ko se v večini urgentnih centrov s triažo niso ukvarjali. V podpoglavju 2.2 bom podrobneje opredelila triažo kot del zagotavljanja nujne medicinske pomoči.

2.2 Opredelitev triaže kot del zagotavljanja nujne medicinske pomoči

Triaža je del procesa sprejema urgentnega bolnika v procesu nujne medicinske pomoči. To je vstopna točka bolnika, ki predstavlja začetek obravnave in zdravljenja v prihodnjih urgentnih centrih ter sedanjih urgentnih oddelkih po Sloveniji.

V pravilniku nujne medicinske pomoči 4. člen (Novi pravilnik o NMP) opisuje organiziranost službe za nujno medicinsko pomoč, ki pravi, da se na bolnišnični ravni izvaja nujna medicinska pomoč v urgentnih centrih in v sklopu njega deluje šest organizacijskih enot: triaža in administrativni sprejem, enota za poškodbe, enota za bolezni, enota za hitre preglede, enota za opazovanje in nadzor, mobilne enote nujne medicinske pomoči.

Po 14. členu pravilnika nujne medicinske pomoči (Novi pravilnik o NMP) se izvaja triaža v urgentnih centrih in satelitskih urgentnih centrih ob prihodu bolnika v službo nujne medicinske pomoči, kjer se oceni njegovo stanje in se ga razvrsti glede na oceno ogroženosti. Za to se uporablja odločitveni model Manchesterskega triažnega sistema. Triažo izvaja usposobljena medicinska sestra/zdravstvenik, ki ima dodatna znanja s področja triaže. S strani ministrstva za zdravje pa je pripravljen enoten informacijski sistem za izvajane triaže in zbiranje podatkov.

Kot je bilo opisano v podpoglavju 2.1, je sistem nujne medicinske pomoči v prehodnem delovanju, zato se proces triaže ne izvaja v vseh bolnišnicah po isti procesni metodi. V novih urgentnih centrih se bo triaža uporabljala kot vstopni proces sprejema bolnika v obravnavo in bo bolnik triažiran samo enkrat.

Vsak urgentni center bo moral biti enotno organiziran v podobne funkcionalne enote (Ministrstvo za zdravje RS – Delovna skupina EMOUC, 2015), kjer se bo izvajala oskrba urgentnega bolnika. Vsak bolnik naj bi prihajal v urgentni center na dva načina, preko vhodnih vrat, kjer se prijavi na triaži in administraciji, ali preko posebnega vhoda za življenjsko nujne primere, ki pridejo s prehospitalno enoto. Triaža je in bo ključni element za razporejanje bolnikov v urgentnem centru. Razporejanje je dvojno, in sicer glede na stopnjo nujnosti pregleda po Manchesterskem sistemu ter glede na lokacijo pregleda v urgentnem centru, saj je funkcionalno razdeljen na več enot, kjer obravnavajo različna urgentna stanja zdravniki različnih specialnosti. Nekaj bolnikov bo napotenih že preko svojega osebnega zdravnika z napotnico k določenemu specialistu. Naloga triaže v urgentnem centru je opredeliti njegovo nujnost, tudi če pride z napotnico, in bolnika po potrebi obravnavati prednostno v tistem delu urgentnega centra, kjer se izvaja oskrba takšnih primerov.

Dobra triaža omogoča normalno delovanje urgentnega centra. Zato je pomembno, da v vsakem urgentnem centru predstojnik s svojimi strokovnimi ekipami napiše pravilno razdelitev pacientov glede na priporočila pravilnika za nujno medicinsko pomoč in enotne metodologije organizacije urgentnih centrov (Novi pravilnik o NMP; Ministrstvo za zdravje RS – Delovna skupina EMOUC, 2015).

Triaža mora določiti osnovno bolnikovo težavo glede na Manchesterski triažni sistem, zagotoviti prednostno obravnavo ter mesto oskrbe v urgentnem centru. Za življenjsko ogrožene primere, kot so politravma, akutni koronarni sindrom in možganska kap, morajo biti jasno definirane klinične poti in vloga sodelujočega zdravstvenega in nezdravstvenega osebja (Ministrstvo za zdravje RS – Delovna skupina EMOUC, 2015).

Triaža bo v združitvi primarne ravni splošnih in urgentnih družinskih zdravnikov ter osebja kirurške nujne pomoči in internistične prve pomoči delovala kot točka za hiter in učinkovit pretok prihajajočih bolnikov. Triaža spremeni vsakega bolnika, ki prihaja z napotnico od osebnega zdravnika, v bolnika, ki ima določeno težavo in nujnost. Med težave sodijo: glavobol, bolečina v trebuhu, težko dihanje, kašelj, vročina, bolečine v križu, bolečine v prsnem košu, alergije, kožne spremembe, poškodbe, težave z udi itd. (Ministrstvo za zdravje RS – Delovna skupina EMOUC, 2015; Mackway-Jones et al., 2006 in 2014).

2.3 Modeli triaže po svetu in v Evropski uniji

Poznamo veliko triažnih sistemov, ki se med seboj bolj ali manj razlikujejo, vsi pa imajo opredeljeno lestvico triažiranja, kriterije, po katerih se bolnika razvršča v triažno skupino, dokumentacijo in vrednotenje procesa triaže. Dober triažni sistem obsega tudi protokole oziroma klinično pot, ki medicinsko sestro na sprejemu usmerjajo in vodijo v nadaljnjo obravnavo bolnika. Dobri sistemi imajo natančno izdelane protokole/klinične poti, sam

sistem pa mora biti petstopenjski, kar omogoča visoko stopnjo strinjanja, natančnosti in ponovljivosti v triažnem postopku (Department of Health and Ageing, 2007). Zaradi velikega števila bolnikov v urgentnih ambulantah nujne medicinske pomoči lahko postanejo razpoložljivi resursi v določenem trenutku preobremenjeni, kar vodi k velikemu tveganju glede varnosti bolnikov. Prav zaradi tega po svetu uporabljajo različne sisteme triažiranja za oceno ogroženosti in tako določijo prednostno obravnavo. Najpogosteje uporabljeni triažni sistemi so (Fortes Lähdet, Suserud, Jonsson, & Lundberg, 2009, str. 16):

1. Avstralsko-azijska triažna lestvica (angl. *Australasian Triage Scale*, v nadaljevanju ATS) je bila razvita s strani Auststralasian College za urgentno medicino in je nacionalna triaža metoda za Avstralijo in Novo Zelandijo. Grupa ima pet stopenj in je povezana z razporedom časa in zdravljenja, kar je prikazano v Tabeli 1.

Tabela 1: Avstralsko-azijska triažna lestvica kategorij in s tem povezan čas za ocenjevanje in zdravljenje

Stopnja	Čas za ocenjevanje in zdravljenje
1	takojšnje in hkratno
2	v 10 minutah, pogosto hkratno
3	začeti v roku 30 min
4	začeti v roku 60 min
5	začeti v roku 120 min

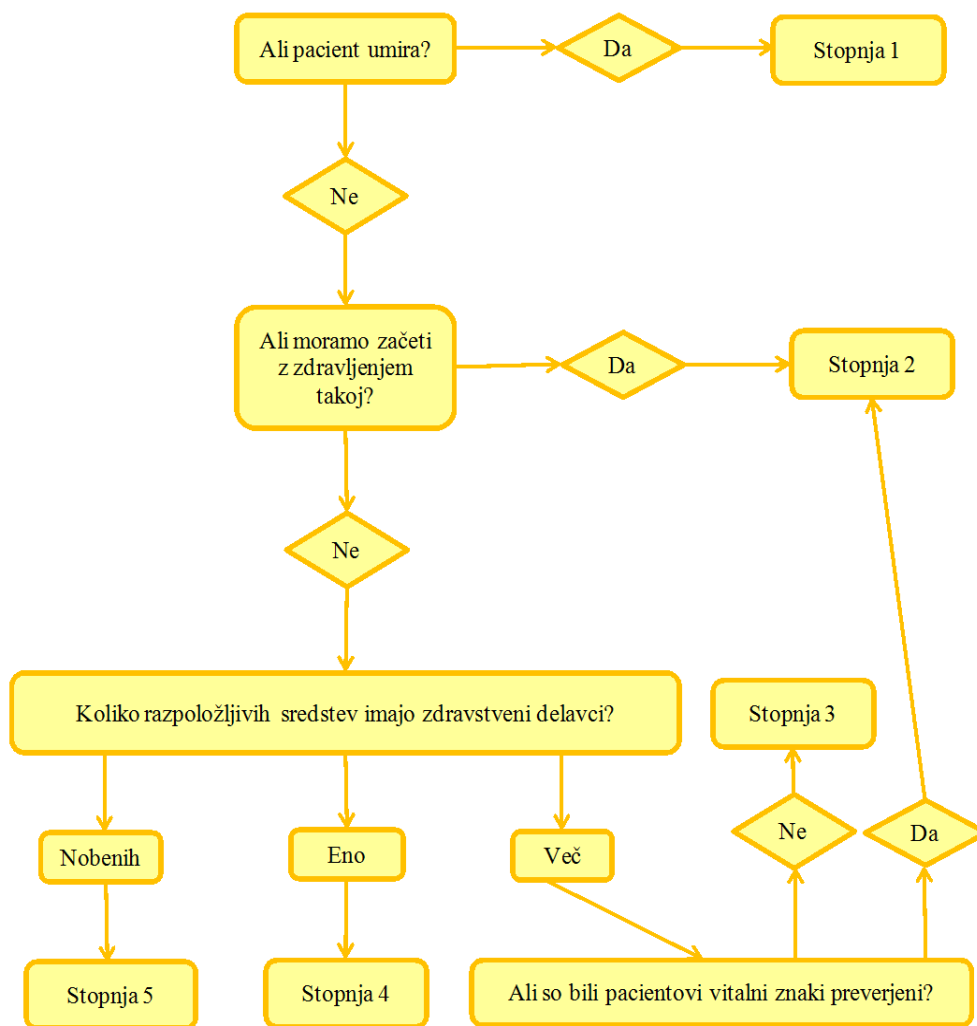
Vir: Department of Health and Ageing, Emergency Triage Education Kit, 2007, str. 12, tabela 2.1.

Prva je triažni sistem uvedla Avstralija (nacionalna triažna lestvica) in sicer leta 1993. V 21. stoletju se je ta preimenovala v Avstralsko-azijsko triažno lestvico. V Avstraliji se je zaradi povečanega števila obiskov v urgentnih oddelkih pojavila potreba po sistematičnem sprejemu bolnikov. Kmalu so rešitev našli v standardizirani triažni skali. Model vsebuje pet kategorij. Vsaka kategorija tudi natančno opredeljuje, kako dolgo lahko bolnik čaka na obravnavo (Department of Health and Ageing, 2007).

Kot del reforme Ministrstva za zdravje na Hrvaškem so leta 2012 na nacionalni ravni sprejeli ATS kot model triažiranja. Izdali so priročnik »Triaža u odjelu hitne medicine« kot »zlati standard« za izvajanje triaže. Postavili so temelje triažnih standardov s končnim ciljem, da se standardizirane triažne kategorije začnejo uporabljati na oddelkih nujne medicinske pomoči. Pri tem poudarjajo, da bo dosednji način dela zamenjal organiziran triažni postopek, kar bo pripomoglo k boljšim kliničnim rezultatom pri oskrbi bolnikov (Slavetić & Važanić, 2012).

2. Stopnje urgentne ogroženosti (angl. *Emergency Severity Index*, v nadaljevanju ESI) so razvili Wuerz, Milne, Eitel, Travers in Gilboy. (2000, str. 236–246) in je sedaj najbolj pogosto uporabljen triažni model v urgentnih centrih v Združenih državah Amerike (AHRO, 2005). Ima pet stopenj, ki so oštevilčene od 1 do 5, pri čemer številka pada glede na ogroženost pacienta, kot je prikazano na Sliki 3. Medicinska sestra mora oceniti ogroženost in potrebo po oskrbi pacienta pa tudi količino in vrsto razpoložljivih sredstev, ki so potrebna za zdravljenje.

Slika 3: ESI algoritem



Povzeto in prirejeno po Agency for Healthcare Research and Quality, *Emergency Severity Index Version 4: Implementaion handbook*, 2005.

3. Kanadski triažni sistem (angl. *Canadian Triage And Acuity Scale*, v nadaljevanju CATS) je bil razvit v sodelovanju kanadskega združenja zdravnikov za urgentno medicino leta 1997. Nato so triažni model sprejeli tudi Nacionalno združenje medicinskih sester v urgenci in Association des Médecins d'Urgence du Québec. CATS je zdaj nacionalna triažna metoda v Kanadi. Kanadski triažni model ima pet

stopenj, ki jih prikazuje Tabela 2. Vsaka je povezana z razlogom prihoda, pristopom in načinom zdravljenja ter z razpoložljivimi viri urgentnega oddelka v danem trenutku. V primeru množične nesreče z veliko žrtev je triažna medicinska sestra z uporabo triažne lestvice primorana upoštevati bolnišnične resurse, ki so lahko omejeni (Fortes Lähdet et al., 2009, str. 16–17).

Vsaki stopnji je dan tudi okvirni čas čakanja pacienta kot vodilo triažni medicinski sestri pri določitvi prioritete za obravnavo. Obravnava mora biti redno opravljena v intervalih, ki so določeni za vsako prioriteto (Fortes Lähdet et al., 2009, str. 17).

Tabela 2: Kanadska triaža (CATS) in nivoji, povezani s časi za ocenjevanje in zdravljenje ter pogostost ocenjevanja

Stopnja	Vzrok	Čas do zdravnika, njegova ocena in zdravljenje	Pogostost ocenjevanja
I	oživljanje	takojšni	neprekinjena oskrba
II	nastajajoči	v roku 15 minut	vsakih 15 minut
III	nujen	v roku 30 minut	vsakih 30 minut
IV	manj nujen	v roku 60 minut	vsakih 60 minut
V	nenujen	v roku 120 minut	vsakih 120 minut

Vir: Canadian Association of Emergency Physicians, Implementation guidelines for the Canadian Emergency Department, Triage and Acuity Scale, b.l..

4. Manchesterski triažni sistem (angl. *Manchester triage system*) je nacionalna triažna metoda v Združenem kraljestvu Velike Britanije in Republiki Irski že več kot desetletje, in sicer od leta 2001. V Sloveniji je uradno postala triažna metoda šele od leta 2010. Razvita je bila s strani manchesterske triažne grupe, ki so jo sestavljali zdravniki in medicinske sestre iz različnih urgentnih oddelkov v Manchesteru. Ima pet stopenj, vsaka ima svojo barvo in stopnjo ogroženosti, kar prikazuje Tabela 3, podrobneje pa je ta sistem triaže opisan v podpoglavju 2.4.

Manchesterski triažni model je bil sprejet na nacionalnem nivoju v vseh urgentnih ambulantah, uporabljajo tudi kot enega izmed kazalnikov kakovosti dela. Model temelji na »glavni težavi«, ki se identificira iz kratke anamneze sedanje bolezni ali poškodbe. Triažne odločitve temeljijo na opazovanju splošnega stanja bolnika, osredotočenju na anamnezo in fizioloških podatkih. Triažo lahko izvajajo samo izkušene medicinske sestre z opravljenim tečajem triaže in obsežnim znanjem iz nujne medicinske pomoči (Department of Health and Aging, 2007).

Tabela 3: Manchesterska triaža

Stopnja	Status	Barva	Čas za čakanje
1	takojšnja	rdeča	0 minut
2	zelo nujno	oranžna	10 minut
3	nujno	rumena	60 minut
4	standardno	zelena	120 minut
5	nenujno	modra	240 minut

Vir: J.K. Mackway, J. Marsden, & J. Windle, *Manchester triage grupe/Emergency triage*, 2006, str. 2, tabela 3.

Triažni sistemi s petimi stopnjami so bolj zanesljivi kot tisti s tremi (Christ, Grossmann, Winter, Bingisser, & Platz, 2010, str. 892–898). Da je tako, dokazujejo tudi švedski avtorji, ki poudarjajo, da Manchesterski sistem triaže povečuje zanesljivost in natančnost ter zmanjšuje prekomerno triažo. Zaradi tega je priporočljivo, da izvajalci triaže uporabljajo strukturirane algoritme (Olfsson, Gellerstedt, & Carlström, 2009, str. 143–148).

Iz pregleda literature ugotavljam, da so na začetku 21. stoletja v večini urgentnih oddelkov na Švedskem uporabljali švedske nacionalne kriterije za triažo, ki so zagotavljali le tri prioritete skupine. Ko se je čakalna doba zaradi povečanega števila bolnikov podaljšala, so ugotovili, da ti kriteriji ne zadostujejo potrebam urgentnih oddelkov. Takrat so preučili tuje triažne modele in izbrali Manchesterski sistem triaže (Olfsson et al., 2009, str. 143–148). V Sloveniji se ponekod še vedno uporabljajo lokalni protokoli triaže, ki se izvajajo na osnovi intuicije in izkušenj, kljub temu se v nove urgentne centre uvaja Manchesterska triaža, zato jo bom v podpoglavju 2.4 podrobneje opisala.

2.4 Razvoj Manchesterskega triažnega sistema in njegova uporabnost

Kot smo že pojasnili, je triaža postopek zmanjševanja kliničnega tveganja za bolnike v primerih, ko zaradi velikega števila bolnikov zdravstveno osebje ne zmore sprotne obravnave vseh naenkrat. Namen triaže je, da zagotovi pravilno in pravočasno oskrbo bolnikov glede na težave, zaradi katerih prihajajo. Manchesterska triažna skupina je nastala z namenom poenotiti triažne standarde, v soglasju z izkušenimi urgentnimi zdravniki in medicinskimi sestrami. Glavni cilji so bili razvoj skupnih definicij, način usposabljanja, način spremljanja dela in razvoj enostavne triažne metode (Mackway-Jones et al., 2014). Manchesterski triažni sistem je orodje, ki medicinski sestre na triaži olajša delo (celostna obravnava bolnika, pravna zaščita, optimalizacija resursov itd.). Manchesterska triažna skupina je nastala novembra 1994 v Angliji (Manchester). Oblikovali so pet triažnih stopenj, ki se ločijo po barvah. Vsaka triažna stopnja ima barvo in določen idealni maksimalni čas do zdravstvene obravnave. V dvajsetih letih obstoja je triažna lestvica

dobila pomembno mesto v številnih urgentnih oddelkih po svetu (Mackway-Jones et al., 2006).

V Veliki Britaniji so manchesterski triažni sistem začeli uporabljati v kliničnem okolju leta 1997. Leta 2005 so začeli uporabljati izboljšano obliko, kjer so pri prenovi protokolov oziroma algoritmov upoštevali vse prijavljene napake. S tem se je klinična zanesljivost triažnega sistema povečala (Mackway-Jones et al., 2006). Na Portugalskem uporabljajo Manchesterski triažni sistem od leta 2000 in poudarjajo, da je učinkovit predvsem pri bolnikih s prsno bolečino. Bolniki s tipično obliko akutnega miokardnega infarkta so varni ob sprejemu z Manchesterskim triažnim sistemom in imajo boljše kratkoročno preživetje (Providencia et al., 2011). Tudi Pinto, Lunet in Azevedo (2010) so preučevali občutljivost in specifičnost Manchesterskega triažnega sistema za bolnike z akutnim koronarnim sindromom in ugotovili, da sistem v večini primerov identificira akutni koronarni sindrom. Zaključili so, da Manchesterski triažni sistem omogoča dobro odkrivanje bolnikov z akutnim koronarnim sindromom. V Nemčiji obstajajo raziskave, ki dokazujejo, da največjo zanesljivost triaže zagotavljajo petstopenjski triažni sistemi, kar Manchesterski triažni sistem je. Uporabljajo ga v mnogih urgentnih ambulantah v Nemčiji (Christ et al., 2010, str. 891). Na Nizozemskem ugotavljajo, da se triažni sistem obnese tako pri odrasli populaciji kot v pediatriji (van der Wulp, van Baar, & Schrijvers, 2008, str. 431–434). Španski avtorji opisujejo triažo kot glavno orodje v urgentni medicini. Opisujejo jo kot proces, ki omogoča ocenitev kliničnega tveganja, zato da bi varno in ustrezno oskrbeli bolnike kot potreba, ki prekaša razpoložljiva sredstva. Trenutno so v uporabi triažni sistemi, ki imajo petstopenjsko prioriteto. Avtorji opisujejo Manchesterski triažni sistem kot standardiziran sistem, ki je najbolj uporaben (Soler, Gomez Munoz, Bragulat, & Alvarez, 2010, str. 55–68).

Namen triažne metodologije je določitev klinične prioritete za posameznega bolnika. Triaža ni namenjena postavljanju diagnoz. Namen triaže je ocena ogroženosti in prizadetosti bolnika ob prihodu na urgentni oddelek. Gre za triažno metodo, kjer medicinska sestra ugotovi glavni razlog prihoda bolnika, glede na to izbere ustrezni triažni algoritem in znotraj tega ugotavlja ustrezni triažni kriterij. Najprej ugotavlja kriterije, ki kažejo na večjo stopnjo nujnosti (Mackway-Jones et al., 2006).

Manchesterski triažni sistem danes temelji na uporabi 53 algoritmov, ki zajemajo glavne simptome, zaradi katerih bolniki prihajajo v urgentno ambulanto (Rajapaksa, 2015, str. 265). Algoritmi so sestavljeni tako, da so najprej navedeni kriteriji, ki kažejo na večjo stopnjo ogroženosti ali nujnosti. Bolj, ko se triažna medicinska sestra v postopku triaže spušča navzdol po algoritmu, manjša je verjetnost, da gre za ogroženega bolnika. Tako v zeleno ali standardno triažno stopnjo spadajo bolniki, pri katerih so bili izključeni nujnejši kriteriji. Sistem omogoča razvrščanje v najvišje prioritete brez postavljanja diagnoze. Tak način dela je izbran namenoma in je posledica dejstva, da morajo urgentni oddelki pri svojem delu v prvi vrsti upoštevati predvsem simptome in znake svojih bolnikov, saj so

lahko le ti, pri enaki diagnozi, zelo različno klinično prizadeti. Namen opisane triažne metodologije je, da zdravstveno osebje na začetku obravnave določi klinično prioriteto za vsakega posameznika glede na njegovo prizadetost in ogroženost. Klinična prioriteta se prikaže v barvi triažne stopnje (Mackway-Jones et al., 2014; Rajapaksa, 2015, str 263).

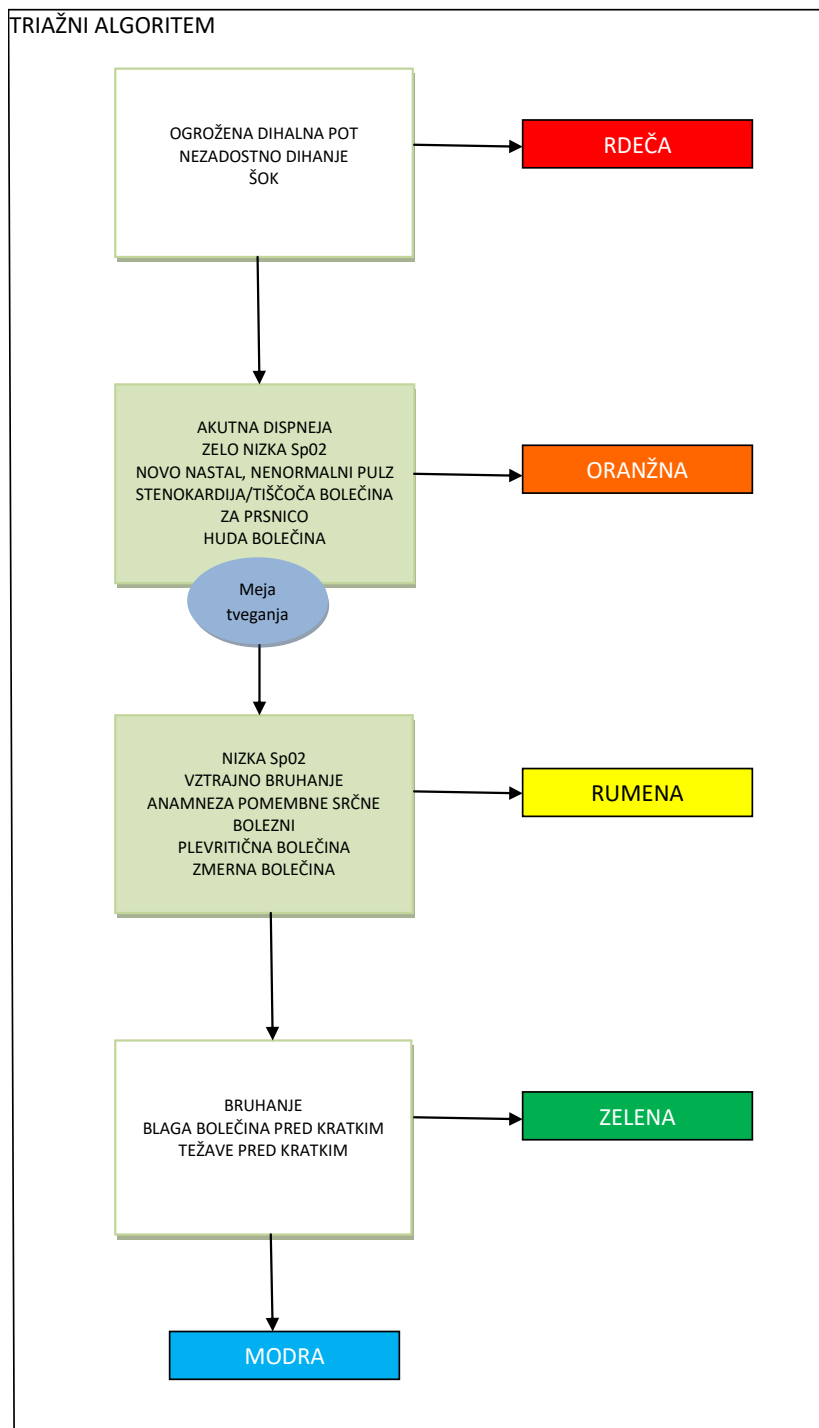
Triažna medicinska sestra izbere tisti algoritem, ki najbolj ustreza glavni težavi, zaradi katere je bolnik prišel v urgentno ambulantno. Nato sledi algoritmu zapisanih simptomov in znakom, dokler ne najde prisotnosti prvega od njih in na podlagi tega razvrsti v pravilno triažno skupino oziroma stopnjo. Primer algoritma »Bolečina v prsih« je prikazan na Sliki 4 (Rajapaksa, 2015, str. 264). Algoritem je prikazan za bolnika, ki pride s prsno bolečino in to opredeli kot glavni simptom. Triažna medicinska sestra sledi algoritmu »Bolečina v prsih«. S pridobljeno anamnezo, simptomi in znaki najprej izključi življenjsko ogrožajoče stanje. S pomočjo kriterijev, ki so napisani v algoritmu za vsako triažno skupino, lahko izključuje triažne stopnje. Če bolnik nima kriterijev, kot sta ogrožena dihalna pot ter nezadostno dihanje in ni v šoku, ne spada v triažno stopnjo »Rdeča«. Tako nadaljuje pot po triažnih stopnjah z izključevanjem kriterijev, dokler ne pride do kriterija, ki ustreza bolniku in ga tako uvrsti v to triažno stopnjo. Ko triažna medicinska sestra pride do ustreznega kriterija, več ne poizveduje.

Med vsako triažno stopnjo so tudi meje tveganja, ki opozarjajo medicinsko sestro, naj bo pozorna na kriterije. Na primer v algoritmu »Bolečina v prsih« je v oranžni stopnji kriterij stenokardija (opis kriterija je prikazan v Tabeli 4) v rumeni pa zmerna bolečina. Če je bolečina tipična po opisu, kot stenokardija, bolnika kljub zmerni bolečini uvrstimo v višjo stopnjo.

Vsak algoritem ima omejeno število simptomov in znakov na vsaki prioritetni ravni oziroma v triažni stopnji. Simptomi in znaki so podlaga za določanje klinične prioritete in jih imenujemo kriteriji. Obstajata dve vrsti kriterijev. Splošni kriteriji se pojavljajo v vseh algoritmih, specifični kriteriji pa samo v posameznih algoritmih. Kriteriji so znotraj triažnega algoritma tudi dodatno obrazloženi (Tabela 4) (Rajapaksa, 2015, str. 264–265). Pomembna lastnost Manchesterske triaže je hitra prilagodljivost. Avtorji nenehno spremljajo njeno uporabnost, spremembe strokovne doktrine in uveljavljajo pripombe izvajalcev manchesterskega triažnega sistema po svetu. Vse to vgradijo v novo izdajo algoritmov. Po prvi izdaji se je začetni – manchesterski triažni skupini pridružila mednarodna referenčna skupina s člani iz Švedske, Nizozemske, Španije, Portugalske in Nemčije. Tako je v letu 2006 izšla druga izdaja knjige, januarja 2014 pa že tretja izdaja. Tretja izdaja je prinesla tri dodatne algoritme za triažo otrok in nekatere druge spremembe v skladu s predlaganimi predlogi in veljavno strokovno doktrino. Spremenjen in poenoten je bil vrstni red navedenih kriterijev v vseh algoritmih (kar pomeni, da so splošni kriteriji vedno v enaki triažni stopnji, ne glede, ali smo izbrali algoritem »Glavobol« ali »Bolečina v prsih«), in sicer tako, da so pri vseh algoritmih v vsaki triažni stopnji najprej navedeni

bolj ogrožajoči kriteriji. Na ta način je prepoznavanje bolj ogroženih pacientov lažja in hitrejša (Mackway-Jones et al., 2014; Rajepaksa, 2015, str. 266).

Slika 4 :Triažni algoritem »Bolečina v prsih«



Povzeto in prirejeno po K. Mackway-Jones, J. Marsden & J. Windle, *Manchester triage grupe/Emergency triage*, 2006, str. 74.

Tabela 4: Opis kriterijev v triažnem algoritmu "Bolečina v prsih"

Glej tudi	Opombe za algoritem Bolečina v prsih
	Bolečino v prsih pogosto srečamo v urgentnih službi, saj predstavlja 2-5% vseh stikov z bolniki. Vzroki bolečine v prsih variirajo od akutnega miokardnega infarkta do mišičnega draženja in pravilna razvrstitev je ključnega pomena. Uporabljenih je več splošnih kriterijev, vključno z Življenska ogroženost in Bolečina. Specifični kriteriji vključujejo naravo in silovitost bolečine (stenokardija ali plevritična bolečina) in nenormalen pulz.
Specifični kriteriji	Razlaga
Akutna dispneja	Je nenadoma nastala dispneja ali nenadoma nastalo poslabšanje kronične dispneje
Zelo nizka SpO2	Je zasičenost s kisikom <95% z dodatnim kisikom ali <92% brez dodanega kisika
Novo nastali nenormalni pulz	Je bradikardija (<60 utripov/min pri odraslih), tahikardija (>100 utripov/min pri odraslih) ali nereden utrip. Pri otrocih moramo definicijo bradikardije in tahikardije prilagoditi starosti.
Stenokardija/tiščoča bolečina za prsnico	Klasična topa "stiskajoča" ali "tiščoča" bolečina v sredini prsnega koša, ki se širi proti levi roki ali proti vratu. Lahko je prisotno znojenje in slabost.
Nizka SpO2	Je zasičenost s kisikom <95% brez dodanega kisika
Vztrajno bruhanje	Bruhanje, ki je neprekinjeno oz. brez predaha med epizodami.
Anamneza pomembne srčne bolezni	Pomembna je poznana ponavljajoča se življensko ogrožajoča aritmija, ker je to srčna bolezen, ki se lahko zelo hitro poslabša.
Plevritična bolečina	Je ostra, lokalizirana bolečina v prsih, ki se okrepi ob dihanju, kašlju ali kihanju.

Povzeto in prirejeno po K. Mackway-Jones, J. Marsden & J. Windle, Manchester triage grupe/Emergency triage, 2006, str. 75.

2.5 Uvedba Manchesterskega triažnega sistema v Sloveniji

Do leta 2009 v slovenskih ambulantah urgentne medicine ni bilo urejenega sprejema in triaže bolnikov po enem od splošno sprejetih triažnih modelov oziroma sistemov. Bolnik je bil ob sprejemu triažiran glede na izkušnje in odločitve posameznika. S tem se je povečala možnost za nepravočasno nudenje ustrezne nujne medicinske pomoči ter klinično tveganje pri bolnikih z neustrezno triažo. Bolnik ob sprejemu ni bil triažiran. V večini ambulantah urgentne medicine v državi je sprejem potekal tako, da ni bilo ustrezno označene poti, in so bolniki iskali pot do ambulanta. Ko so prispeli do sprejema, so oddali kartico zdravstvenega zavarovanja ter na sprejemu povedali glavni vzrok prihoda. Po postavljenih, nekaj kratkih vprašanjih, se je bolnika napotilo v čakalnico, nad katero pogosto nihče ni imel nadzora. Tako so v vrsti čakali nenadzorovani bolniki, ki so bili nepregledani in ekipi neznani, le na osnovi zaporedja prihoda. Omejen način dela je imel za netriažiranega predvidoma tudi povečano možnost za nepravočasno nudenje nujne medicinske pomoči. Gre za nevarno dejanje, ki povečuje klinično tveganje pri bolnikih. Predvidevamo, da so zaradi zamujene medicinske oskrbe lahko okvare zdravja večje, zdravljenje pa dolgotrajnejše (Fekonja, Kelbič, Šimat, & Zafošnik, 2011).

Leta 2010 se je na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije oblikovala delovna skupina za pripravo izobraževanja in usposabljanja diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v sistemu nujne medicinske pomoči – triaža. Sprejeli so odločitev o potrebnosti enotne triaže v vseh slovenskih ambulantah urgentne medicinske pomoči (Lavrenčič Zafošnik, 2013).

V Sloveniji se je začel uporabljati Manchesterski triažni sistem, ki sta ga podprla Ministrstvo za zdravje in Zbornica zdravstvene nege. Začela so se izvajati izobraževanja za triažne medicinske sestre, v mesecu januarju 2013 pa je bil zaključen projekt Zdravstvenega doma Ljubljana o informatizaciji triaže, preko e-zdravja. Ministrstvo za zdravje je zato, 26. julija 2010 izdalo navodilo o sprejemu bolnikov, in istega leta v mesecu novembru imenovalo delovno skupino z nalogo, da najde za Slovenijo ustrezní triažni sistem v urgentnih ambulantah, in da določi ustrezno usposabljanje medicinskih sester, ki bodo triažo izvajale. Delovna skupina je izbrala Manchesterski triažni sistem in na podlagi te odločitve je februarja 2011 potekal prvi formalni tečaj Manchesterskega triažnega sistema s sodelovanjem gostujočega angleškega inštruktorja. V novembru 2011 je Ministrstvo za zdravje napotilo na usposabljanje osem medicinskih sester in dve zdravnici v Anglijo na usposabljanje za inštruktorje. Leta 2012 se je izvedlo prvo izobraževanje in usposabljanje za diplomirane medicinske sestre v urgentni dejavnosti iz vsebin triaže v slovenskem jeziku. Tečaj je bil organiziran v sodelovanju z UKC Maribor in podprt s strani Ministrstva za zdravje. Udeležilo se ga je 25 medicinskih sester iz različnih urgentnih ambulant, ki se s triažo pri svojem delu že ukvarjajo (Lavrenčič Zafošnik, 2013). Delovna skupina je na podlagi njihovih izkušenj in uporabnosti Manchesterskega triažnega sistema v vsakodnevni praksi pripravila slovenski program za izobraževanje in učno gradivo v slovenskem jeziku. S tem je bil dokončno potrjen Manchesterski triažni sistem za sprejem bolnikov v ambulantah nujne medicinske pomoči in urgentnih sprejemnih ambulantah v bolnišnici. Minister za zdravje je 18. februarja 2013 z Odredbo določil program usposabljanja za izvajanje službe Nujne medicinske pomoči z naslovom »Triaža v sistemu nujne medicinske pomoči v Republiki Sloveniji« (Rajapaksa, 2015).

Marca 2012 se je v Zdravstvenem domu Ljubljana – nujna medicinska pomoč pričela informatizacija triažnega sistema. Z omejenim programom spremljajo kazalce kakovosti. Slehernega bolnika, sprejetega na oddelku, vnesejo v računalniški program »čakalnica«. Program omogoča spremljanje in vodenje bolnika že med obravnavo bolnika na oddelku, kot na primer: kje se bolnik nahaja, ali čaka na laboratorijske in rentgenske izvide ipd. Med drugim pa s pomočjo omejenega programa pridobivajo statistične podatke ter kazalce kakovosti (Zafošnik & Špilek Plahutnik, 2012). Z računalniškim programom dostopajo do podatkov v različnih stopnjah obravnave bolnika in z njegovo pomočjo so obveščeni o času sprejema, času obravnave v triaži, triažni stopnji bolnika, kje se nahaja med obravnavo, koliko razpoložljivih virov je v ambulantah Službe splošne nujne medicinske pomoči in času odpusta. S programom preko monitorja tudi čakajoče obveščajo o čakalni vrsti in poteku obravnave (Zafošnik, Eržen, & Vidonja, 2012, str. 168).

V Sloveniji sta na lastno pobudo s triažo v svojih ambulantah prvi začeli PHE Maribor, leta 2009 ter leto kasneje PHE Ljubljana. Na nacionalni ravni so problem sprejema bolnikov v urgentnih ambulantah prepoznali leta 2010, kot posledico nezaželenih dogodkov s tragičnimi posledicami. Na oddelku za e-zdravje Ministrstva za zdravje so ob sofinanciranju Evropske skupnosti in ob podpori Delovne skupine za triažo pripravili tudi

računalniški program za pomoč pri izvajanju in spremljanju procesa triaže. Enotna metodologija organizacije urgentnih centrov v Republiki Sloveniji je postavila triažo na prvo mesto med delovnimi procesi v prihodnjih urgentnih centrih. Potrebo po izvajanju triaže ob sprejemu urgentnih bolnikov v urgentnih ambulantah in Manchesterskem triážnem sistemu, kot primeren model v Sloveniji, sta potrdila tudi Razširjeni strokovni kolegij za urgentno medicino, 12. oktobra 2010 in Razširjeni strokovni kolegij za pediatrijo pri Ministrstvu za zdravje 25. januarja 2012. Da je izvajanje triaže nujnost v urgentnih ambulantah, je prepoznal tudi Zdravstveni svet, in tako podprl uvedbo triážnega sistema v Sloveniji (Rajapaksa, 2015).

Manchesterski sistem triaže je v desetih letih svojega obstoja dobil pomembno mesto v številnih urgentnih oddelkih po svetu. Počasi jo dobiva tudi v Sloveniji, predvsem zaradi pridobitev, ki jih prinaša za izvajalce zdravstvene nege in bolnike. Med vsemi pridobitvami sta najpomembnejši zmanjšanje kliničnega tveganja za bolnike in zaščita za izvajalce triaže (Lavrenčič Zafošnik, 2013, str. 2).

V vseh novih urgentnih centrih tako potekajo pospešena izobraževanja in uvajanja v Manchesterski triážni sistem v proces sprejema urgentnega bolnika.

3 OPREDELITEV PROCESA OBRAVNAVE BOLNIKA V URGENTNEM BLOKU LJUBLJANA

Posamezne procese v določenih ravneh zdravstvenega varstva oblikujejo zdravstveni zavodi, bolnišnice, zasebne ambulante itd., glede na svoje zmožnosti, specialnost in vrsto obravnavanih bolnikov, glede na naravo zdravstvene obravnave pa so določeni procesi tudi medorganizacijski in zahtevajo sodelovanje različnih izvajalcev zdravstvenega varstva. Bolniki tako prehajajo iz ene ravni na drugo, višjo raven obravnave. Iz primarne ravni na sekundarno raven lahko bolnika napotijo samo z napotnico, ki je standardizirani obrazec v Republiki Slovenija, saj je sekundarna raven odgovorna za sprejeme v bolnišnico (Hajnrih et al., 2009). Vse procese obravnave bolnika, od pregleda pri osebnem zdravniku, sprejema v bolnišnico in akutne obravnave do rehabilitacije v zdravstvu, imenujemo klinična pot.

Posamezni deli procesov oziroma kliničnih poti skupaj tvorijo celoto, ki temelji na potrebah bolnika in strokovni presoji zdravstvenega tima. (Hajnrih et al., 2009). Na Sliki 5 so prikazani procesi in povezave, ki jih ti vzpostavijo med ravnmi zdravstvene obravnave za redno obravnavo bolnika, ki ni življenjsko ogrožen. Slika 5 prikazuje pot bolnika med ravnmi zdravstvene oskrbe. Bolnik pot začne, ko pride v ambulanto oziroma k osebnemu zdravniku, le ta ga obravnava in se odloča, ali je potrebna dodatna obravnava na sekundarni ravni, v primeru, da je ne potrebuje, se obravnava zaključí. V kolikor bolnik potrebuje napotitev na sekundarno raven, osebni zdravnik napiše standardizirani obrazec oziroma napotnico, ki vsebuje tudi stopnjo napotitve (stopnje so: nujna, hitra ali redna).

Stopnja napotitve določa, v kolikšnem času bo bolnik pregledan v specialistični ambulanti. Za urgentno specialistično ambulanto je napotnica vedno pod stopnjo – nujno.

Na sekundarni ravni bolnika pregleda specialist/specializant ustrezne stroke in se odloča, ali bolnik potrebuje nadaljnjo obravnavo, torej obravnavo v bolnišnici, v primeru, da je ne potrebuje, bolnik zaključi obravnavo na sekundarni ravni. Za obravnavo v bolnišnici specialist/specializant sprejme bolnika na ustrezen oddelek. V bolnišnični obravnavi oddelčni zdravniki odločajo, ali bolnik potrebuje dodatno diagnostiko oziroma nadaljnjo obravnavo v zdraviliščih ali na terciarni ravni v terciarni kliniki. Bolniki lahko preglede opravijo kot konziliarne preglede, ali pa bolnika premestijo na ustrezen klinični oddelek, ki se ukvarja z dodatno diagnostiko. Če po dodatni diagnostiki bolnik ne potrebuje več dodatne obravnave, se obravnava zaključi, v primeru, da jo potrebuje, ga specialist iz klinike pošlje v rehabilitacijski center.

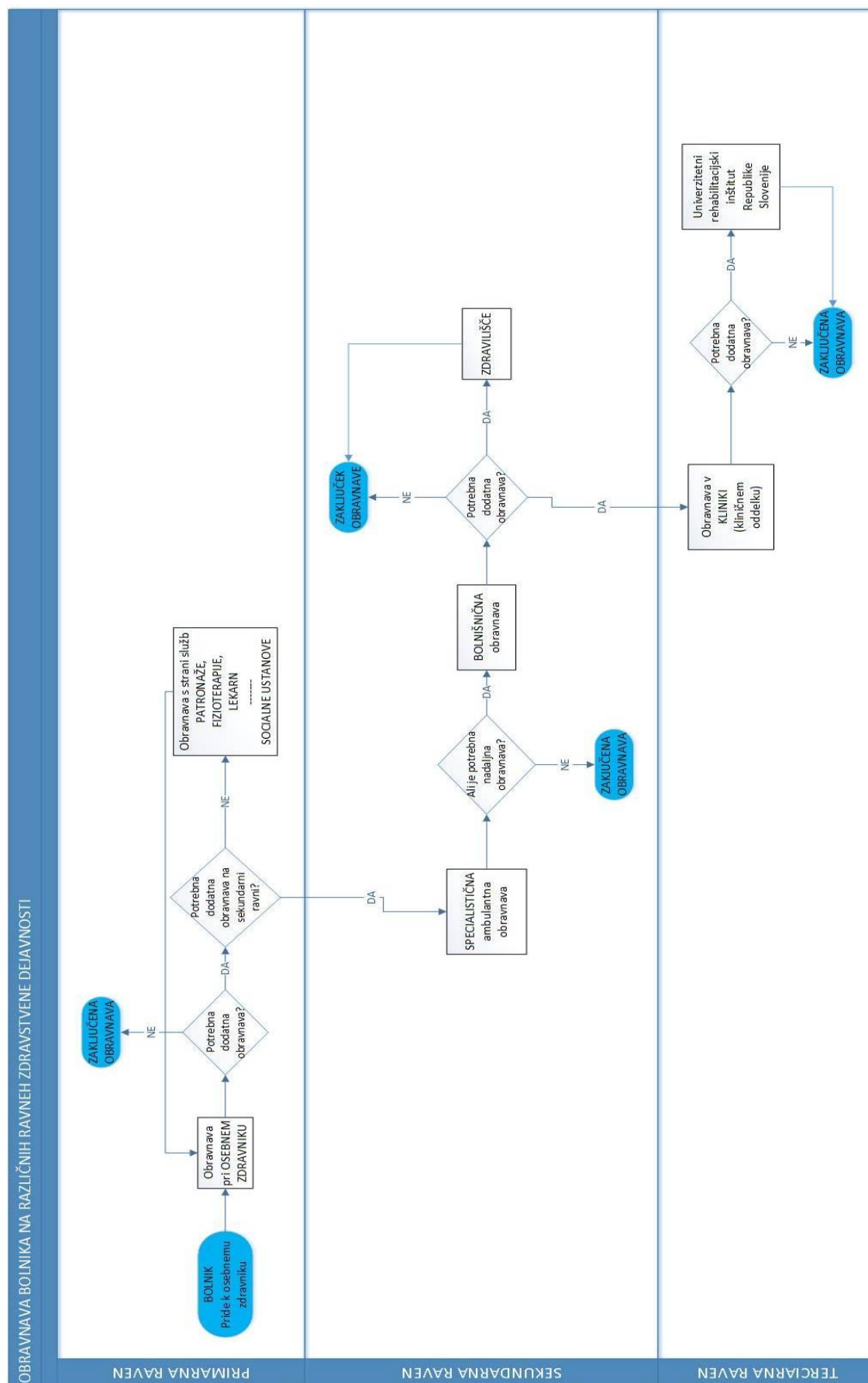
Sprejem bolnikov v urgentni ambulanti se bistveno razlikuje od sprejema v redni ambulanti (sprejem v redni ambulanti je prikazan na Sliki 5). Prihod je nenačrtovan, nenapovedan in neenakomeren. Zdravstveno osebje ne pozna njihovih prejšnjih in kroničnih bolezni, njihovih rednih terapij ali morebitnih alergij. Razlogi za prihod v urgentno ambulanto so raznoliki kakor tudi zdravstveno stanje bolnikov, ki lahko obsega vse od popolne neprizadetosti do življenjsko ogrožajočega stanja, ki ga ne moremo predvideti vnaprej.

V določenem trenutku se lahko v urgentnih ambulantah pojavi bistveno več bolnikov, kot jih lahko osebje oskrbi in obravnava. Našteto je razlog, da sprejem v urgentni ambulanti postane kritična točka v procesu obravnave urgentnih bolnikov (Rajapaksa, 2015, str. 260).

Da bi lahko to kritično točko obvladovali, je potrebno ob sprejemu uporabiti sistematičen pristop in načrtovanje obravnave bolnika, ki bosta ločila nujne bolnike od nenujnih in določila vrstni red obravnave. S pomočjo Manchesterskega triážnega sistema, ki ga uporabljamo v Sloveniji, lahko na podlagi jasno opredeljenih algoritmov razvrstimo bolnika glede na ogroženost in tako opredelimo čas čakanja ter vrstni red procesov oziroma aktivnosti.

Organizacija službe nujne medicinske pomoči po Sloveniji ni enaka. Z izgradnjo urgentnih centrov po Sloveniji naj bi se služba nujne medicinske pomoči in procesi obravnave urgentnih bolnikov poenotili. Trenutno delujejo službe nujne medicinske pomoči na primarni ravni, ponekod še vedno ločene od sekundarne ravni. V okviru desetih urgentnih centrov, ki so jih zgradili po Sloveniji, naj bi se enote PHE in C, ki delujejo ob ali v zgradbah, kjer bodo zgrajeni urgentni centri, fizično preselile v urgentne centre, organizacijsko pa naj bi ostale v okviru zdravstvenih domov.

Slika 5: Prehajanje bolnikov med ravnmi zdravstvene oskrbe



Povzeto in prirejeno po Hajnrih et al. Priročnik za oblikovanje kliničnih poti, 2009, str 20.

Hkrati naj bi se v te centre preselile tudi bolnišnične urgentne enote. V urgentnem bloku UKC Ljubljana so izvajalci primarne in sekundarne ravni že vrsto let v istih prostorih, a za zdaj še ne delujejo na način, ki ga predvidevajo novi urgentni centri. Za lažje razumevanje sedanje ureditve in prehajanja bolnikov med posameznimi enotami v urgentnem bloku UKC, Slika 6 v podpoglavju 3.1 prikazuje tokove bolnikov oziroma povezave med različnimi enotami.

3.1 Prikaz procesa obravnave urgentnih bolnikov v urgentnem bloku Ljubljana

Poslovni proces sestavlja zaporedje opravil, ki jih je potrebno izvesti, da je rezultat končni izdelek ali storitev. Vsak proces ima svoj input in output, ki predstavljata začetek in konec poslovnega procesa (Kovačič & Boslić Vukšić, 2005, str. 29–30). Temeljni poslovni procesi, ki potekajo v večini podjetij, so nabavljanje, proizvodnje in prodajanje. V zdravstveni organizaciji, ki je predmet tega magistrskega dela, so takšni procesi sprejem, triaža, diagnostika in zdravljenje ter zaključek obravnave. Ti procesi običajno ne potekajo samo v eni organizacijski enoti, ampak posamezne aktivnosti izvajajo različni oddelki. Omogočeno mora biti gladko prehajanje bolnikov, podatkov, informacij in dokumentov med različnimi oddelki, da pri tem ne prihaja do zastojev in napak (Kosi, 2010, str. 6).

Kot smo omenili, bomo prikazali proces obravnave urgentnih bolnikov in obravnavali učinke uvedbe triaže v proces obravnave bolnikov v urgentnem bloku Ljubljana. Pregled obstoječe organiziranosti nujne medicinske pomoči kaže, da ta še vedno poteka na različne načine, vendar so danes med različnimi organizacijskimi oblikami določene podobnosti. Večje poenotenje bo doseženo z dokončno vzpostavitvijo urgentnih centrov po Sloveniji, ki bodo združili primarno in sekundarno raven. Žlender (2016) tako tudi v svojem delu opisuje, kako bodo procesi potekali v novoustanovljenih urgencah po Sloveniji, ko bosta obe ravni združeni. Težava pri reorganizaciji je tudi pri financiranju, saj se trenutna ureditev plačuje po ureditvi Zakona o zdravstveni dejavnosti (Ur.l. RS, št. 23/05 – UPB, 14/13, v nadaljevanju ZZDej). Ta opredeljuje delovanje službe nujne medicinske pomoči v zdravstvenih domovih, ki pa spadajo na primarno raven, kar pomeni, da se denar za službo nujne medicinske pomoči črpa iz primarne ravni, česar urgentni centri ne bodo dopustili.

Sistemska ureditev financiranja zdravstva in odnos med zasebno in javno lastnino izvajalcev zdravstvenih storitev pomembno vplivata na delovanje slovenskega zdravstvenega sistema. Plačniki, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in tri prostovoljne zdravstvene zavarovalnice, razporejajo sredstva iz naslova obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja med izvajalce zdravstvenih dejavnosti na podlagi dogovorjenega obsega zdravstvenih programov, pri čemer sta način merjenja količine opravljenih storitev in opredelitev ustreznih cen odvisna od mehanizmov za

plačevanje storitev, ki so neenotne za vso zdravstveno dejavnost (Došenovič Bonča, 2010, str. 30).

Financiranje dejavnosti v zunajbolnišničnem okolju je večinoma pavšalno, v bolnišničnem okolju pa pogosto na osnovi točk pregledov oziroma na podlagi skupin primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP). Vodstvo bolnišnic in vodje urgentnih oddelkov imajo vse večje težave s plačili, saj velikokrat dejanski pregledi niso urgentni in upravičeni, toda dejstvo je, da večina prebivalcev poišče zdravniško pomoč tam, kjer jo lahko prejme čim prej in čim bolje ter na najbolj priročen način.

Organizacija urgentne oskrbe bo z nastankom urgentnih centrov in novo organizacijo omogočala večjo transparentnost plačevanja storitev, kar bo omogočalo tudi zagotavljanje ustreznih standardov oskrbe z ustrezno opremljenimi prostori in kadri. Ker je sistem plačevanja enak že več desetletij, ga bo potrebno ustrezno prilagoditi ter optimizirati, saj je urejen sistem financiranja eden od nujnih pogojev za uspešno in vzdržno delovanje urgentnih centrov. Vzpostaviti bo potrebno sistem, da bodo opravljeno delo in storitve v urgenci dejansko plačane po primerih in ne pavšalno, saj načrtovanje na tem segmentu zdravstva ni možno. Prav tako bo potrebno razmisliti o varovalnih mehanizmihi, ki bodo poskrbeli, da prebivalstvo tega sistema ne bo izkoriščalo (Ministrstvo za zdravje RS – Delovna skupina EMOUC, 2015, str. 11–12).

Poleg težav s financiranjem je trenutno z vidika ureditve nujne medicinske pomoči največji izziv heterogenost v načinih njenega izvajanja. Prav tako velja, da so se nekateri izvajalci v večji meri prilagodili novi ureditvi urgentnih centrov, nekateri pa z gradnjo in reorganizacijo zaostajajo. Takšen primer sta služba nujne medicinske pomoči in dežurna služba Zdravstvenega doma Brežice (od januarja 2016 v prostorih urgentnega centra Splošne bolnišnice Brežice), ki še vedno sodita v organizacijsko obliko nujne medicinske pomoči enote C, ki je podrobneje bila opisana v podpoglavju 2.1. V urgentnem centru Brežice naj bi se v prvi fazi reorganizacije prenos dela službe nujne medicinske pomoči izvajal postopoma. Zdravstvenemu domu Brežice, naj bi se pridružil tudi zdravstveni dom Krško, ki trenutno še vedno deluje pod okriljem zdravstvenega doma in v njegovih prostorih.

Organizacija dela v novem urgentnem centru Celje je skladna z enotno metodologijo delovanja urgentnih centrov v državi. V njem so bolniki obravnavani v različnih organizacijskih enotah, glede na stopnjo nujnosti njihove obravnave in vrste zdravstvenih storitev, ki jih potrebujejo. Vsi bolniki, razen nosečnic po 20. tednu nosečnosti, v urgentni center vstopajo skozi eno vstopno točko. Na vstopni točki opravijo administrativni vpis ter triažo, s katero so razporejeni v skupino glede na stopnjo ogroženosti v skladu z Manchesterskim sistemom, ki je podrobneje opisan v podpoglavju 2.4 in 2.5. Ob triaznem pregledu, ki ga opravijo posebej usposobljene diplomirane medicinske sestre, vsak pacient prejme oznako s številko, ki se izpisuje na monitorjih za obveščanje in barvno oznako, ki

je odvisna od stopnje nujnosti zdravstvene obravnave. Monitorji za obveščanje so nameščeni v čakalnicah, na njih pa lahko bolniki spremljajo vrstni red obravnave v posameznih ambulantah. Po opravljeni triaži so bolniki razporejeni po različnih enotah. Bolniki z modro ali zeleno oznako so obravnavani v ambulantah modro-zelenega sektorja, v katerih delajo zdravniki specialisti družinske medicine, bolniki z rumeno in oranžno oznako pa so glede na vrsto obolenja usmerjeni v operativni ali neoperativni trakt. Bolniki z rdečo stopnjo so neposredno pripeljeni v reanimacijski prostor in ne gredo skozi triažo. Pri takih bolnikih se triaža opravi že na terenu, saj se v takšnih primerih se ne izgublja čas s ponovno retriažo, šteje namreč vsaka minuta. V kirurškem in internističnem traktu rumeno-oranžne bolnike obravnavajo bolnišnični zdravniki specialisti, ki lahko zdravstveno obravnavo zaključijo in bolnika odpustijo v domačo oskrbo. Po začetni zdravstveni obravnavi bolnika hospitalizirajo in obdržijo v opazovalni enoti. Odločitev o hospitalizaciji ali odpustu sprejmejo po določenem časovnem obdobju. V okviru Urgentnega centra delujejo triaža in administrativni sprejem, enota za hitre preglede (modro-zeleni sektor), urgentni del operativnih in neoperativnih strok (rumeno-oranžni sektor), opazovalne enote, pediatrični urgentni center ter mavčarna (Urgentni center Celje, 2016).

Urgentni center v Izoli deluje drugače. Še vedno je oddelek Splošne bolnišnice Izola, ki združuje sekundarno specialistično ambulanto za obravnavo nujnih stanj. Ustanovljen je bil februarja 2013, kot del načrta Ministrstva za zdravje o reorganizaciji urgentne službe v Sloveniji. Delo je organizirano v obliki triaže, urgentne specialistične ambulantne dejavnosti in kratkotrajnega intenzivnega opazovanja. V delo Urgentnega centra se vključuje tudi Centralna urgentna služba obalnih zdravstvenih domov. V urgentnem centru je obravnava bolnikov organizirana tako, da obravnava bolnike po načelu nujnosti s triažo, ki je osnovana po načelih Manchesterskega triažnega sistema. Bolniki z nizko stopnjo nujnosti (modri in zeleni) in bolniki z visoko stopnjo nujnosti (rumeni, oranžni in rdeči) so prostorsko ločeni. Prvi so namreč obravnavani v zunanjem, prosto dostopnem delu urgentnega centra, medtem ko so tisti z visoko stopnjo nujnosti obravnavani v notranjem delu urgentnega centra, ki ima nadzorovani dostop. Tako se poti teh bolnikov ne križajo pri vstopu, ne med obravnavo niti ob izstopu iz urgentnega centra (Urgentni center Izola – Strokovno delo, 2016).

V UKC Maribor je urgentni center organiziran kot samostojna organizacijska enota v okviru kirurške službe. Urgentni blok sestavljata sobi za kirurško reanimacijo ter prvo strokovno pomoč z diagnostiko. V sklopu urgentnega bloka deluje tudi operacijska soba za nujne primere in soba za okrevanje. Od leta 2001 v okviru zgradbe deluje urgentna dežurna služba zdravstvenega doma s prehospitalno enoto ter enota Internistične nujne pomoči. V načrtu je združitev vseh urgentnih služb v okviru urgentnega centra, ki bo v pritličju medicinsko-funkcionalnega trakta (Urgentni center Maribor, 2016).

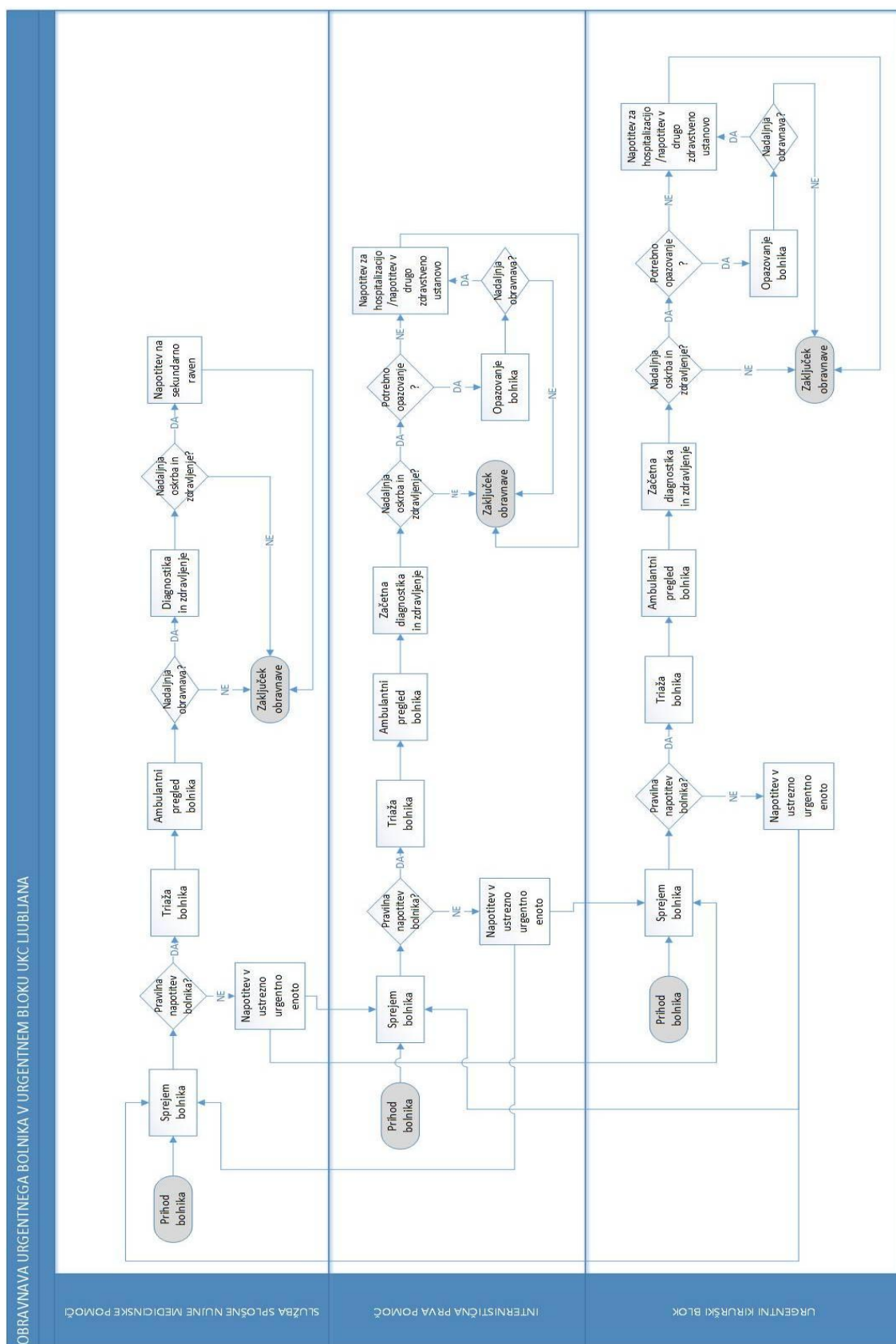
V Splošni bolnici Dr. Franca Derganca Nova Gorica se je odprl urgentni center v sklopu gradnje urgentne mreže v Sloveniji s pomočjo evropskih sredstev, s februarjem 2015 pa se je tudi primarna raven službe nujne medicinske pomoči Zdravstvenega doma Nova Gorica preselila v njihove prostore. Delo je še vedno organizirano po starem pravilniku o NMP (Nujna medicinska pomoč Nova Gorica, 2016).

Decembra 2015 je Splošna bolnišnica Novo mesto odprla nov Urgentni center, ki bo služil potrebam organizacije nujne medicinske pomoči prebivalcem Dolenjske in Bele krajine. V urgentni center so preselili sedanjo kirurško in internistično urgenco, s februarjem 2016 pa so se v urgentni center preselile še dejavnosti Zdravstvenega doma Novo mesto. Urgentni center je organiziran po zasnovi Enotne metodologije urgentnih centrov v RS, kjer bo združeno delovala primarna raven službe nujne medicinske pomoči – hitri pregledi s prehospitalno enoto in enoto nujnih reševalnih prevozov, internistična ter kirurška nujna pomoč. Z urgentnim centrom so pridobili prostor za triažo, kjer bodo vsi bolniki, ki bodo prišli v urgentni center, triažirani po Manchesterskem triažnem sistemu in nato usmerjeni v ustrezno obravnavo (Splošna bolnišnica Novo mesto, 2016).

V ljubljanskem urgentnem bloku poteka nujna medicinska pomoč na dveh ravneh. Primarni, ki vključuje službo nujne medicinske pomoči in sekundarni ravni, ki vključuje Internistično prvo pomoč in Urgentni kirurški blok. Procesni model z metodo procesni diagram poteka prikazuje Slika 6. Slika 6 ni povzeta po tujih virih, ampak gre za lastni prikaz in lastno opazovanje oziroma sodelovanje v vlogi triažne medicinske sestre v prikazanih procesih in aktivnostih. Procesi in aktivnosti so povezani glede na tokove bolnikov. Prikazuje, kako bolniki prehajajo med različnimi sedanjimi enotami. Glede na trenutno ureditev je lahko katerakoli od treh organizacijskih enot v urgentnem bloku Ljubljana vstopna točka za urgentne bolnike. Organizacijska enota pomeni vstopno točko za bolnika, če se njegova zdravstvena oskrba oziroma obravnava začne. Osnovni tok bolnikov nastane z vstopom bolnika iz okolja v urgentni blok, med organizacijskimi enotami v urgentnem bloku bolnišnice in z izstopom bolnika iz urgentnega bloka v okolje (Došenović Bonča, 2010, str. 10–23).

Proces obravnave bolnika v urgentnem bloku UKC Ljubljana lahko začnemo s prihodom bolnika oziroma njegovim vstopom iz okolja v urgentni blok. Prihod bolnika je lahko različen, bolnik lahko pride sam ali z reševalnim vozilom, ki ga pripelje. Nato sledi sprejem in administrativni vpis v informacijski sistem. Ob tem poteka proces triaže, ki ga opravi diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik, sledi proces diagnostike in zdravljenja, v katerem potekajo aktivnosti ambulantnega pregleda bolnika s strani zdravnika, zdravljenje in preiskave ter konzultacije z drugimi specialisti. S pridobitvijo vseh izvidov in rezultatov preiskav se sprejme odločitev o nadaljnji oskrbi in zdravljenju.

Slika 6: Diagram poteka obravnave bolnika v urgentnem bloku



Če se ne odločimo za nadaljnjo obravnavo in zdravljenje, se obravnava bolnika zaključi. V primeru nadaljnjega zdravljenja in oskrbe je potrebna napotitev bolnika v ustrezno ustanovo oziroma oddelek, kar predstavlja končano obravnavo bolnika.

V procesu triaže se ugotavlja tudi, ali je bil bolnik pravilno napoten oziroma ali je bolnik v ustrezni urgentni enoti v Urgentnem bloku UKC Ljubljana. Če se diplomirana medicinska sestra, ki triažira s pomočjo nadzornega zdravnika, odloči, da je bila napotitev nepravilna oziroma neustrezna, se bolnika napoti na ustrezni oddelek oziroma enoto na urgentnem bloku UKC Ljubljana, kjer se ponovno izvede aktivnost sprejem bolnika. Takšno podvajanje dela za bolnike predstavlja podaljšan časa čakanja in večje nezadovoljstvo s sistemom. Kljub temu da je bil bolnik v določeni enoti pregledan in zaključen, mora ob preusmeritvi na drugo enoto v okviru urgentnega bloka Ljubljana ponovno skozi podoben proces začetne obravnave, kljub temu da ima s seboj vso potrebno dokumentacijo iz druge enote.

Urgentna služba na vseh ravneh je prvo ogledalo organiziranosti zdravstvenega sistema v vsaki državi. V Sloveniji je zdravstvo organizacijsko marsikje pomanjkljivo. Pojavlja se vse več nezaželenih dogodkov, opozorila so nedvoumna in zahtevajo nekakšno spremembo v sistemu zdravstvenega varstva. Vzpostavitev in reorganizacija urgentnih centrov po Sloveniji je po mnenju mnogih potrebna tudi zaradi splošnega vtisa vseh uporabnikov o organiziranosti zdravstva v državi, še posebej v tistih primerih, ko ga nemudoma in najbolj potrebujejo (Ministrstvo za zdravje RS – Delovna skupina EMOUC, 2015, str. 12).

3.2 Dokumentiranje procesa obravnave bolnikov

Sestavni del procesnega dela je celovita dokumentacija, ki združuje celotni zdravstveni tim in omogoča koordinacijo dela. Dokumentacija mora prenašati podatke in informacije na način, da je zagotovljena čim boljša uporabnost pri delu, mora pa biti tudi pregledna in prijazna uporabniku. Vsakemu članu tima mora proces omogočati hiter dostop do evidentiranja njegovega dela (Berginc Dolenšek et al., 2006). Opravljene aktivnosti morajo biti zapisane na strukturiranem obrazcu, ki pomeni dejansko pot obravnave bolnika, ta je v ustanovi najbolj preverjena in ustaljena glede na potek in čas. Proces obravnave mora imeti ustrezno grafično in oblikovno podobo ter ne sme predstavljati le razširitve dokumentiranja postopka. Strnitev dokumentacije vseh članov tima prepreči podvajanje in tako olajša informacijsko podlago procesne metode dela. Z informatizacijo in informacijsko podprto procesno metodo dela je olajšano analiziranje odklonov, poročanje o zapletih in primerljivost znotraj posameznega izvajalca ter med njimi (Hajnrih et al., 2009, str. 20–29).

Obstajata dva glavna načina dokumentiranja procesa, protokola ali klinične poti. Oskrbo lahko dokumentiramo na način, kaj naj bi bilo narejeno v procesu zdravljenja ter kaj lahko

bolnik doseže v določenem času. Torej imamo dokumentacijo, ki temelji na postopku oziroma oskrbi, ter drugi način dokumentiranja, ki temelji na rezultatih v procesu. Dokumentacija, ki temelji na procesu, se večinoma uporablja, ko se v procesu pojavi potreba po opomniku (angl. *checklist*), kaj je potrebno narediti pri bolniku. Ta način dokumentiranja se večinoma uporablja na oddelkih, kjer je veliki obrat osebja, veliko novega osebja, ali kjer se uporablja nadomestno osebje (npr. osebje, ki pride dežurat iz drugih oddelkov). S tem načinom dokumentiranja se zagotovi da je delo narejeno, na primer: prevez rane. Sam način dokumentacije ne zagotavlja celjenja rane, v tem primeru se uporabi dokumentiranje, ki temelji na rezultatih v procesu, kar je drugi način dokumentiranja (Yazbeck, 2014, str. 10).

Middleton in Roberts (2002, str. 46) navajata, da ne obstajajo specifična pravila, kako naj bi bil oblikovan proces, kakšno obliko naj bi imel na papirju in katere metode dokumentacije uporabimo. Vpliv na obliko bodo imele izkušnje in spretnosti ter narava grupe bolnikov, ki jih želimo obravnavati. Vendar je prišlo do dogovora, ki predlaga, kakšna bi morala biti dokumentacija: zaporedna, ki vključuje časovni okvir in jasne kazalnike, kako učinkovito mora bolnik napredovati v času svojega zdravljenja oziroma hospitalizacije; napisana v preprostem jeziku in s čim manj okrajšavami besed, razen če je bil tak dogovor v multidisciplinarnem timu; predstavljena na A4 formatu, bistvo in ne širina, uporaba minimalno 10pt pisave.

Odgovornost za posamezno točko je prikazan pri vsakem koraku procesa, največkrat so to parafe zdravnika, medicinske sestre ali terapevta, ki je odgovoren za opravljeno aktivnost. Dokumentacijo dodajamo v zaporedju, ko se vršijo aktivnosti posameznega člana tima. Največkrat je potrebno dodati samo kljukico, da dokumentiramo opravljeno aktivnost in pokažemo, da je bila izvedena pravilno in v skladu s standardi v kliničnih poteh. V nekaterih primerih pa moramo zabeležiti čas in vrednost meritve (kot je na primer krvni tlak, pulz, frekvenca dihanja ali bilanca tekočine) ali določene aktivnosti (na primer, pri dajanju zdravil, odvzemu krvi, odhodu na preiskavo itd.) (Middleton & Roberts, 2000; Yazbeck, 2014, str. 10).

Zdravstvo je z vidika delovanja, strukture in izmenjave informacij kompleksen sistem. Potrebe po učinkovitem in kakovostnem informacijskem sistemu, ki omogoča pregledno zbiranje in posredovanje podatkov ter informacij, so zato zelo velike. E-poslovanje zdravstva ne omogoča samo izmenjave splošnih administrativnih sporočil, temveč tudi izmenjavo sporočil na področju zdravstva, kot na primer receptov, napotnic, rezultatov laboratorijskih raziskav ipd. Osnovni nosilec informacij in edina materialna vez z informacijsko tehnologijo je kartica zdravstvenega zavarovanja. Preko nje lahko pacient in zdravnik dostopata do podatkov. Prav tako je kartica oziroma številka kartice vstopna koda v vsak alternativni računalniški program, ki ga uporabljajo zdravstvene ustanove (Osojnik, 2007, str. 25).

Pri dokumentiranju procesa obravnave v Urgentnem bloku UKC Ljubljana gre za prikaz stanja, ki izvira iz mojega lastnega poznavanja dela v Urgentnem bloku Ljubljana, zato se bom osredotočila predvsem na začetno dokumentacijo, ki predstavlja administrativni vpis in triažni list. Vsaka organizacijska enota ima trenutno svoj informacijski sistem oziroma računalniški program, s katerim vpišejo bolnika, kar je dodatna pomanjkljivost sedanje ureditve procesa obravnave urgentnih bolnikov. Internistična prva pomoč uporablja informacijski sistem Hipokrat, Urgentni kirurški blok informacijski sistem Birpis, Služba nujne medicinske pomoči pa e-zdravje, ki je del informatizacije Ministrstva za zdravje. Z izgradnjo urgentnega centra Ljubljana, naj bi se za triažo začel uporabljati enoten informacijski sistem, program e-zdravje, ki bo omogočal enotno dokumentiranje in pregled ostale zdravstvene dokumentacije. Vse tri organizacijske enote v sedanji ureditvi imajo svoj triažni list, ki je prilagojen zahtevam enote ter boleznim in zdravstvenim stanjem obravnavanih bolnikov. Internistična prva pomoč je bolj usmerjena v internistično diagnostiko, medtem ko je kirurška urgenca bolj usmerjena na poškodbe in obravnavo. Služba splošna nujna medicinska pomoč ima računalniški obrazec, ki ga dobi triažna medicinska sestra s svojim uporabniškim imenom in geslom. Na Internistični prvi pomoči se v poletnih mesecih julija in avgusta 2016, preizkuša računalniška oblika elektronskega ambulantnega kartona, ki je implementiran v informacijski sistem Hipokrat. Elektronski ambulantni karton zajema triažo, ki vsebuje enake karakteristike kot papirna oblika. Izvajati naj bi se začel v sredini septembra 2016. Urgentni kirurški blok trenutno nima triaže v računalniški obliki.

Informacijski sistem Hipokrat, ki se uporablja v enoti Internistične prve pomoči, omogoča: podporo strokovno-medicinskemu delu zdravnika (anamneza, status, preiskave, terapija), uporabo kartice zdravstvenega zavarovanja na namiznih in prenosnih čitalnikih, obračunavanje zdravstvenih storitev (za kateregakoli plačnika), izpisovanje obrazcev, formularjev, nalepk, poročil in pregledov, evidentiranje oziroma prenašanje laboratorijskih in drugih preiskav, spremljanje finančnega poslovanja, izdelavo predpisane statistike, povezavo z drugimi informacijskimi sistemi ter računalniško izmenjavanje podatkov (List d.o.o., 2016). Za razliko od e-zdravja, ki izhaja iz mojega lastnega poznavanja dela v Urgentnem bloku Ljubljana, pa ne zagotavlja podpore triažnemu sistemu, zato so na Internistični prvi pomoči razvili triažni list, ki je podoben triažnemu listu v okviru e-zdravja in je prilagojen potrebam te organizacijske enote. Približno dve leti je trajalo, da se je spisal program za Hipokrat, ki bo implementiral triažo v informacijski sistem. Trenutno je program v obdobju preizkušanja. Ko administrator vstavi bolnikovo kartico zdravstvenega zavarovanja v čitalnik, le ta odčita in ima vpogled v zdravstveno zavarovanje bolnika, ko ga vpiše v informacijski sistem, ima triažna medicinska sestra možnost v programu začeti e- triažo. Ti podatki se potem avtomatično prenesejo v elektronsko tabelo, ki prikaže triažno oznako, čas prihoda, triažni algoritem, alergije/znane bolnišnične okužbe ter diagnostične postopke. Elektronska tabela tudi prikaže prekoračitve čakalnega časa za določeno triažno skupino, tako da se avtomatično obarva v rdečo barvo.

Urgentni kirurški blok uporablja Birpis, ki je informacijski sistem za bolnišnično dejavnost, osnovan v računalniškem sistemu Windows. Uporaba programa je enostavna, saj se preko uporabniškega vmesnika dostopa do podatkov in najrazličnejših informacij o bolniku. Za vsakega bolnika se pripravi elektronska zdravstvena kartoteka, v katero se shranjujejo in evidentirajo podatki o bolniku in zdravstvenih storitvah, ki jih je bolnik uporabil. Ena izmed lastnosti programa je, da različnim uporabnikom dodeljuje različne ravni pri dostopu do baze podatkov. Na takšen način program zaščiti podatke pred nepooblaščenimi osebami in nezaželenimi spremembami. Za vsako delovno okolje je lahko vpisanih več zdravnikov, medicinskih sester in zdravstvenih administratorjev, ki delajo v tem okolju. Označeni so z vlogo, imenom in nazivom ter veljavnostjo prijave za okolje. Za vsako naslednjo storitev je potrebna uspešna prepoznava profesionalne kartice uporabnika. Bolnikove matične podatke lahko odpremo na več načinov, preko kartice zdravstvenega zavarovanja in s čitalnikom, lahko pa bolnika poiščemo tudi med shranjenimi podatki obiskov, kadar bolnik s seboj ni prinesel kartice zdravstvenega zavarovanja in pod pogojem, da zanj že obstaja elektronska kartoteka. Birpis omogoča tudi obračunavanje zdravniških in zdravstvenih storitev, ki so lahko samoplačniška (izda se račun) ter preko Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Program Birpis nima informacijske podpore za triažo, zdravstveni delavci lahko samo vnesejo triažno barvo in tako urejajo elektronsko čakalnico, kjer lahko na podlagi identifikacijske številke ob vpisu, ki jo bolnik prejme, opazuje vrstni red na zunanjih monitorjih (Osolnik, 2007, str. 31). Tako Internistična prva pomoč kot Urgentni kirurški blok imata isto elektronsko čakalno vrsto, ki jo lahko spremljajo preko spletne strani UKC Ljubljana. V urgentnem bloku ima vsaka organizacijska enota svoje zunanje monitorje, kjer lahko bolniki na podlagi identifikacijske številke ob vpisu, spremljajo čakalno vrsto in opazujejo, koliko bolnikov pred njimi čaka na obravnavo.

Splošna nujna medicinska pomoč uporablja program e-zdravje, ki je bil predviden v Načrtu razvojnih programov za obdobje od vključno leta 2006 do 2012. S proračunom za leti 2008 in 2009 ga je sprejel Državni zbor Republike Slovenije v evidenčnem projektu z nazivom Krepitev institucionalne usposobljenosti oziroma v letu 2008 preknjižen v investicijski projekt z nazivom ESS – eZdravje do 2014. Projekt delno financira Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada. Operacija se izvaja v okviru Operativnega programa razvoja človeških virov za obdobje 2007–2013, razvojne prioritete Institucionalna in administrativna usposobljenost, prednostne usmeritve Zdravstvo v informacijski dobi. eTriaža zagotavlja informacijsko podporo za Manchesterski triažni postopek v zdravstvenih domovih ter bolnišnicah, uporablja pa se z namenom zmanjšanja kliničnega tveganja v primerih, ko zaradi velikega števila pacientov zdravstveno osebje ne zmore sprotne obravnave vseh pacientov. Namen triaže je, da zdravstveno osebje paciente strokovno razdeli glede na nujnost obravnave in jim tako zagotovi pravilno in pravočasno oskrbo. eTriaža omogoča varnejše vodenje čakalnega seznama pacientov (Ministrstvo za zdravje RS, b.l.). Splošna nujna medicinska pomoč je trenutno edina služba na urgentnem

bloku v Ljubljani, ki ta program uporablja za triažno delo, ima pa tudi svoj informacijski podporni program, ki omogoča naročanje krvi, pisanje izvidov. Za elektronsko naročanje rentgenoloških preiskav uporablja tudi delno informacijski program Hipokrat, saj koristi storitve UKC Ljubljana. Tako omogoča vpogled v izvide organizacijskih enot internistične prve pomoči in urgentnega kirurškega bloka.

Iz zgornjega prikaza dokumentiranja obravnav bolnikov v Urgentnem bloku UKC Ljubljana je razvidno, da ima obstoječa ureditev vrsto pomanjkljivosti. Vsaka organizacijska enota v urgentnem bloku Ljubljana ima namreč lastno dokumentacijo in uporablja ločene in različne informacijske sisteme. Za triažo imajo vse ločene liste. Vsaka organizacijska enota list tudi različno imenuje. Na splošni nujni medicinski pomoči je to e-triaža, ki vsebuje glavo, v kateri so osebni podatki bolnika, razlog prihoda, algoritem, triažna kategorija ter opombe. Obrazec izpolnijo elektronsko s svojim geslom, ki je nadomestek podpisa, ga stiskajo ter ožigosajo s svojim imenom in priimkom. Internistična prva pomoč še vedno uporablja svoj triažni list, ki ga imenujejo »Urgentna obravnava – List zdravstvene nege«, in je priložen v Prilogi 1. Na prvi strani je glava, ki vsebuje podatke o bolniku, datum in čas prihoda, razlog prihoda in s tem izbira algoritma ter določitev triažne kategorije. Obrazec se trenutno izpolni ročno, vpiše ga administratorica, ki potem v računalnik ročno vnese triažni algoritem ter triažno kategorijo. Internistična prva pomoč in Urgentni kirurški blok sta svojo triažno dokumentacijo združila z dokumentacijo zdravstvene nege. Tako na prvi strani del o triaži izpolni triažna medicinska sestra, ostalo pa medicinska sestra oziroma zdravstvenik/zdravstveni tehnik, ki ima bolnika v obravnavi. Takšna ureditev oziroma urejanje dokumentacije otežuje koordinacijo dela med oddelki, prav tako se podvajajo določena dela, kar zmanjšuje učinkovitost dela v Urgentnem bloku Ljubljana. Omenjena ureditev ni optimalna z vidika zagotavljanja večje kakovosti dela in zadovoljstva obravnavanih bolnikov.

3.3 Uporaba triaže v urgentnem bloku Ljubljana

Glavne prednosti in koristi triažiranja so pravočasna in kakovostna obravnava vsakega bolnika, ki vstopi na urgentni blok, sistematično delo zmanjšuje obremenitev, zmanjša se možnost napak z uporabo protokolov nujnih stanj, prostorska ureditev in pridobitev ustreznega prostora za izvajanje intervencij (triažni prostor, administrativni sprejem) ter pravno formalna zaščita zaradi uporabe protokolov in sprejetega standarda s tem pa lažji nadzor nad delom (Fekonja et al., 2010).

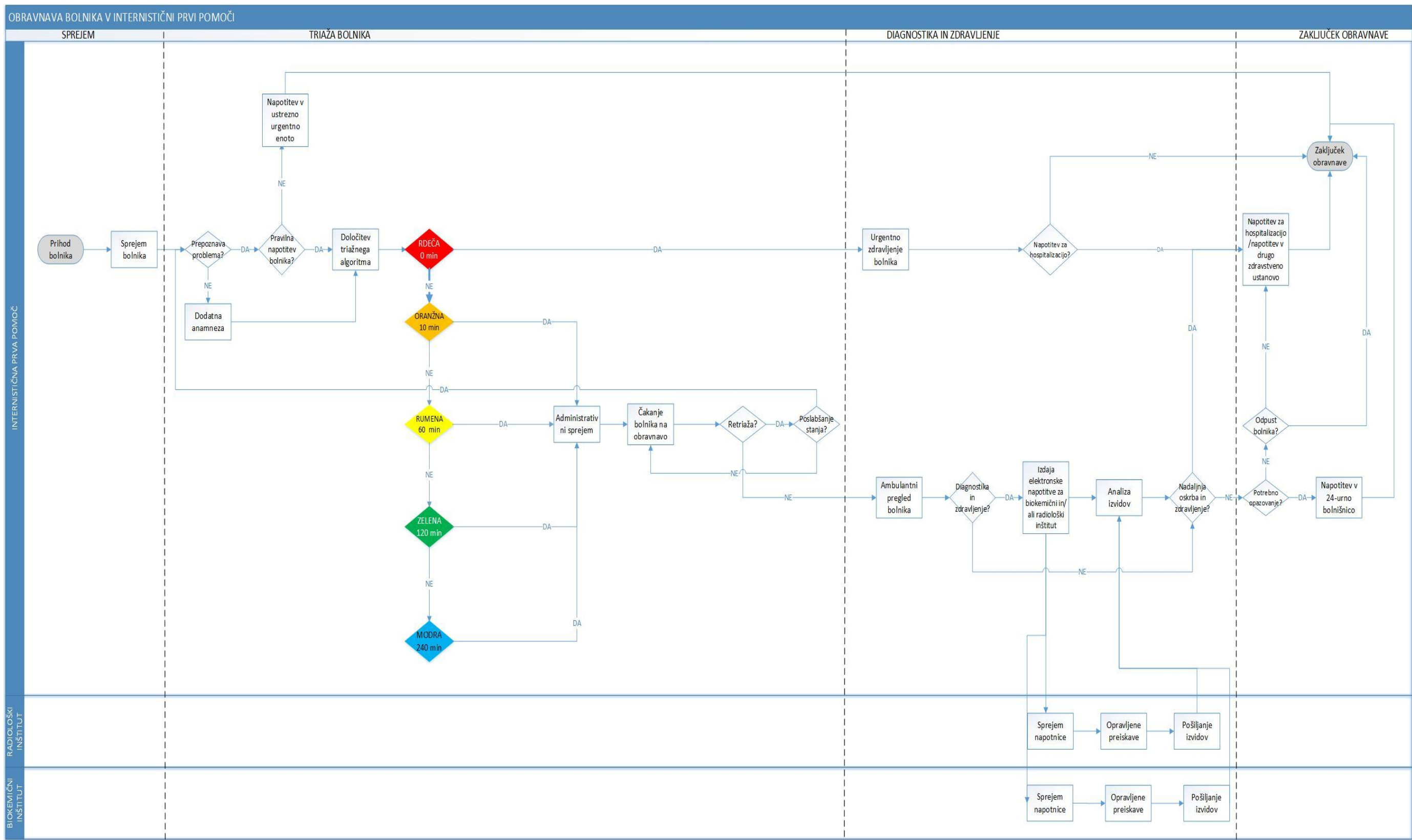
Pri členitvi procesov v urgentnem bloku Ljubljana (Slika 1) sem naredila verigo vrednosti sprejema bolnika, kjer v poslovnem procesu »ambulantni sprejem bolnika«, določim procese in med njimi je tudi proces »triažirati bolnika«, ki ga razčlenim na podprocese. Te bom prikazala v diagramu za organizacijsko enoto Internistične prve pomoči na urgentnem bloku Ljubljana, ki je prikazan na Sliki 7.

Na Sliki 7 so prikazani procesi in aktivnosti sprejema bolnika v urgentnem bloku na dveh zdravstvenih ravneh. Prva raven zdravstvenega varstva je primarna raven, ki vključuje Službo nujne medicinske pomoči in ostale dežurne službe v Sloveniji. Druga raven je sekundarna, ta zajema službe Internistične prve pomoči, Urgentnega kirurškega bloka in ostale pomožne službe, ki se vključujejo v delo urgentnega bloka v Ljubljani.

Na Sliki 7 so prikazani procesi in aktivnosti sprejema bolnika v urgentnem bloku, predvsem pa je poudarjen proces triaže in njene aktivnosti ter podprocesi. Slika 7 ni povzeta po tujih virih, ampak gre za lastni prikaz in lastno opazovanje oziroma sodelovanje v vlogi triažne medicinske sestre v prikazanih procesih in aktivnostih. Iz Slike 7 je razvidno, da je proces triaže pri vseh treh organizacijskih enotah enak. Začetek procesa je pri vseh enak »prihod bolnika«, ki lahko pride z reševalnim vozilom ali z osebjem urgentnega bloka. Tako posamezni bolnik začne svojo zdravstveno obravnavo s procesom sprejema bolnika, v katerem medicinska sestra preveri, ali je bolnik pravilno napoten in na pravilnem mestu ter sprejme ustno in pisno (protokol reševalnega prevoza s strani reševalcev) predajo bolnika od reševalne ekipe ali pomožnega osebja, ki bolnika pripeljejo. Nato bolnik nadaljuje s procesom triaže, sledi proces diagnostike in zdravljenje.

S procesom triaže bolniku določimo klinično stopnjo obravnave, oceni se njegova trenutna prizadetost. Proces triaže bolnika delimo na podprocese in aktivnosti, s katerim se določi stopnja obravnave. S podprocesom prepoznava problema, poskuša triažna medicinska sestra določiti enega izmed odločitvenih algoritmov po Manchesterski triaži. Prepoznava problema se navezuje s podprocesom »Določitev triažnega kriterija« ter podprocesom »Dodatna anamneza«, saj je le tako možno pridobiti glavni simptom prihoda na urgenco in izbrati pravilen odločitveni algoritem. S tema podprocesoma ne postavljamo diagnoze, ampak akutni problem bolnika, zaradi katerega je prišel na urgenco. Ko določimo stopnjo obravnave, ga napotimo v podproces »Administrativni sprejem«, nato bolnik čaka na proces ambulantnega pregleda. V kolikor pride do poslabšanja stanja, se poslužimo odločitvenega procesa »Retriaža«, ki ponovno pripelje bolnika do podprocesa »Prepoznava problema«. Po končanem procesu triaže sledi proces ambulantnega pregleda, ki mu sledi proces diagnostike in zdravljenja. Na podlagi rezultatov, ki se analizirajo, se lahko zdravstvena obravnavo bolnika nadaljuje ali konča v organizacijski enoti, ki je bolnika sprejela, kar pomeni, da se proces sprejema bolnika na opazovanje za bolnika začne, za organizacijsko enoto pa konča. Če opazovanje ni potrebno, se proces obravnave lahko nadaljuje z odpustom domov, s sprejemom v bolnišnico ali napotitvijo v drugo zdravstveno ustanovo oziroma k drugemu specialistu.

Slika 7: Model procesov in aktivnosti triažiranja v urgentnem bloku Ljubljana



Če se poglobimo v proces triaže bolnika, nam s triažno metodologijo zdravstveno osebje določi klinično prioriteto za posameznega bolnika. Triaža ni namenjena postavljanju diagnoz in tudi predvidena diagnoza na napotnici ni temelj za razvrščanje bolnikov. Osnova triažne metode je, da triažna medicinska sestra ugotovi glavni razlog prihoda bolnika in glede na to izbere ustrezní triažni algoritem.

Znotraj triažnega algoritma nato ugotavlja določeno omejeno število simptomov in znakov v vsaki prioritetni ravni algoritma. Simptomi in znaki so podlaga za določanje klinične prioritete in so poimenovani kriteriji, ki sem jih podrobneje razložila v podpoglavju 2.4. Kriteriji so navedeni znotraj vsakega triažnega algoritma. Z njimi najprej ugotavljamo večjo stopnjo nujnosti (rdeča barva), ko smo izključili nujnejše kriterije, se premikamo proti standardni kategoriji (zelena barva). Meja med klinično prioriteto in klinično obravnavo bolnika je dostikrat nejasna. Klinična prioriteta se določi na temelju osnovnih podatkov o bolnikovih težavah, na podlagi katerih razvrstimo bolnika v triažno skupino. Klinična obravnava bolnika pa je širši pojem in nanj poleg bolnikovih težav vplivajo številni drugi dejavniki, kot je ura obravnave, razpoložljivo osebje, razpoložljive ambulate, bolnišnične postelje itd. Včasih so bolniki obravnavani s strani različnih služb.

Klinična prioriteta se določi ne glede na notranje in zunanje dejavnike, vendar to pomeni, da ta kasneje določa oskrbo bolnika znotraj ene službe oziroma enote in ne med različnimi službami (Mackway-Jones et al., 2014).

Na podlagi vodilnega simptoma triažna medicinska sestra določi triažni algoritem. Imamo 49 triažnih algoritmov. Velika pozornost pri izdelavi algoritmov je bila namenjena poenotenju kriterijev pristopa k bolniku. Slednje omogoča, da bolnika z več vodilnimi simptomi pravilno razvrstimo ne glede na to, kateri simptom in s tem algoritem izberemo za vodilnega. Na primer: imamo bolnika, ki se slabo počuti, ima glavobol in trd vrat, bo dobil enako prioriteto, ne glede na to, ali bo triažna medicinska sestra izbrala algoritem Slabo počutje odraslega, Glavobol ali Boleč vrat. Ko triažna medicinska sestra izbere triažni algoritem, nam le ta pomaga zbirati in analizirati podatke, pomembne za rešitev problema s pomočjo kazalcev za vsako triažno kategorijo. Algoritem omogoča hitro oceno s pomočjo vnaprej določenih vprašanj in s tem prepoznavo vzorca, ki so skupni v različnih algoritmihi. Ocenjevanje se zaključi, ko ugotovimo najvišjo kategorijo, v kateri je odgovor na ključno vprašanje pritrdilen ter tako uvrstimo bolnika v to kategorijo. Pri ocenjevanju si pomagamo s kriteriji, kot že ime pove, je to faktor, ki pomaga razvrstiti bolnike v eno izmed petih skupin glede na klinično prioriteto (rdeča, oranžna, rumena, zelena in modra). Kriteriji so lahko splošni ali specifični. Splošni kriteriji se uporabljajo pri vseh bolnikih, ne glede na njihov razlog prihoda, saj se pojavljajo v vseh algoritmihi in tako izvajalcu triaže omogočijo, da bo določil enako klinično prioriteto. Specifični kriteriji odražajo značilne simptome in znake določene bolezni ali stanja in se uporabljajo za razločevanje manjših skupin simptomov ter posebnih stanj. Na primer huda bolečina je splošni kriterij,

stenokardija in plevritična bolečina (to je prsna bolečina, ki se poslabša ob dihanju ali kašlju) pa sta specifična kriterija. Splošni kriteriji se pojavljajo v mnogo večjem številu algoritmov kot specifični (Mackway-Jones et al., 2014).

Triažni algoritmi in odločitveni kriteriji niso prikazani na diagramu Slika 7, saj spadajo pod aktivnosti podprocesa določitev pravilne poti in prioritete. Na podlagi svojih delovnih izkušenj sem opisala časovno opredelitev za posamezno triažno kategorijo in kakšna je pot bolnika pri tej stopnji. Najpomembnejša stopnja je rdeča, ki je namenjena življenjsko ogroženim bolnikom, ki preskočijo standardno pot bolnika. S tem se omogočita bolniku čimprejšnje zdravljenje in zdravstvena oskrba, saj se pri teh bolnikih z rdečo triažno stopnjo predvideva, da bodo umrli, če se zdravstvena oskrba in zdravljenje ne prične takoj. V oranžno stopnjo se uvrstijo bolniki, ki so življenjsko ogroženi, a vendarle njihovo stanje dopušča čakanje na prosto ambulantno, a je potreben nadzor bolnikov in takojšnje ukrepanje. Vsi bolniki v rumeni kategoriji so bolniki, ki so označeni s stopnjo nujno. Ta stopnja omogoča čakanje do ene ure na pregled, če je minila več kot ena ura, je potrebna retriža bolnika in ponovna ocena njegovega stanja ter določitev klinične prioritete. Proces triaža bolnika je kompleksno delo in ga lahko opravlja izkušena diplomirana medicinska sestra, ki ima vsaj tri leta izkušenj v urgentnem bloku in opravljen manchesterski triažni program za usposabljanje (Ministrstvo za zdravje RS – Delovna skupina EMOUC, 2015).

Prednosti in koristi triažnega sistema pri sprejemu bolnika so pravočasna in kakovostna razvrstitev bolnika, sistematičnost dela, pravno formalna zaščita zaradi uporabe protokolov in sprejetih standardov ter nadzor nad delom (Fekonja, et al., 2010). Zafošnik in Lavrenčič Zafošnik (2011) ter Lavrenčič Zafošnik (2013) opisujejo pridobitve z uvedbo Manchesterskega triažnega sistema v proces sprejema bolnika v urgentni ambulant. Med najpomembnejšimi pridobitvami navajajo zmanjšanje kliničnega tveganja za bolnike, izboljšanje procesa sprejema v urgentnih ambulantah ter izboljšanje kakovosti obravnave bolnika s celostno obravnavo, pravno formalno zaščito, optimizacijo virov, ustrežnejšo dokumentacijo, nadzor nad delom, obvladovanje nujnih bolnikov, povečanje kompetenc in avtonomije pri delu medicinskih sester, določitev kazalcev kakovosti s triažnim sistemom. Celostna obravnava bolnika od sprejema do odpusta zahteva veliko strokovnega znanja in izkušenj. Medicinska sestra načrtuje delo (odvzem laboratorijskih izvidov v triažni ambulant), razporeja delo med timi, spremlja obravnavo bolnika (čas obravnave), zdravstveno stanje in odpust bolnika (hospitalizacija, odpust v domače okolje). Ob hudi obremenjenosti urgentnih ambulant in dolgih urah čakanja je pravilna triaža zelo pomembna. Potrebno se je odločiti, kateri bolnik je tisti, ki najhitreje potrebuje pomoč, ker bi ob pomanjkanju le te lahko prišlo do hudega poslabšanja stanja, težje okvare ali celo smrti. Tako medicinska sestra na podlagi uradnega protokola razvrsti bolnika v triažno kategorijo in to tudi natančno dokumentira. Pri tem gre za visoko pravno zaščito medicinske sestre. Z optimizacijo virov mora triažna medicinska sestra obvladati sprejem in čakalnico bolnikov, saj tako natanko ve, kdaj bo obstoječe vire pustila delovati

nemoteno in kdaj bo ekipe seznanila s problemskimi stanji (veliko bolnikov v rdeči triažni skupini, ki presega vire določene organizacijske enote). V takih primerih ni primerno obremenjevati ekip v urgentnih ambulantah z manj nujnimi bolniki. Triažna medicinska sestra je seznanjena, za katera stanja ne potrebuje celotnega tima za obravnavo, ampak lahko to obvlada sama.

Dober triažni sistem obsega tudi protokole, ki triažno medicinsko sestro usmerjajo in vodijo pri obravnavi bolnika. Prosen (2007, str. 260) navaja, da je delo v urgentnih ambulantah usmerjeno k temu, da nas usmerja v iskanje preprostejših načinov, predvsem pa učinkovitejših načinov dela in zapisovanja. Temu namenu služi dobra dokumentacija in protokol, kamor zapisujemo vse storjene procese pri bolniku (Zafošnik & Lavrenčič Zafošnik, 2011, str. 144–146).

Da bi proces triažiranja bolnikov dosegel pričakovane pozitivne učinke v čim večji meri, ni dovolj samo ustrezno usposabljanje osebja in vključitev tega procesa v obravnavo v enotah, kakršen je Urgentni blok UKC Ljubljana. Glede na kompleksnost obravnave bolnikov in prehajanje bolnikov med različnimi ustanovami in enotami znotraj ustanov je potrebno poskrbeti za koordinirano delovanje vseh sodelujočih v procesu obravnave urgentnih bolnikov. Kot smo že pokazali, so organizacijske enote v urgentnem bloku Ljubljana Služba nujne medicinske pomoči, Urgentna kirurški blok ter Internistična prva pomoč. Kakor je bilo že v prejšnjih točkah opisano, imajo vse tri organizacijske enote enak triažni sistem, nahajajo se v skupnih prostorih UKC Ljubljana, a vendarle ima vsaka od njih svojo sprejemno in triažno ambulanto. Posledično imamo tudi tri elektronske čakalnice z različnimi identifikacijskimi številkami bolnikov.

V sedanji ureditvi lahko prihaja do nepotrebnega podvajanja dela in nepotrebne obremenitve osebja. Vzemimo za primer bolnika A, ki ima napotnico za staro poškodbo. Ta se zglozi najprej v Urgentnem kirurškem bloku, kjer se vpiše in ga medicinska sestra striažira ter dobi svojo identifikacijsko številko. Recimo, da je v elektronski tabeli bolnik A 26. v vrsti. Ker se bolnik A slabo počuti, se lahko odpravi do dežurne lekarne, ki se nahaja v bližini UKC Ljubljana. Tam si bolnik A lahko izmeri krvni tlak, ki je previsok. Ko bolnik A pride nazaj na urgentni blok, vidi, da je na elektronski tabeli še vedno 26. v vrsti, zato se odloči za prijavo v enoti Splošna nujna medicinska pomoč, kjer ga spet pogleda medicinska sestra in ga striažira ter ga administrativno vpiše. Bolnik A ponovno dobi identifikacijsko številko. Tako je bolnik A vpisan na dveh enotah v urgentnem bloku Ljubljana.

Takšno podvajanje dela jasno kaže, da je potrebna prenova obstoječih procesov v Urgentnem bloku Ljubljana, ki se tudi načrtuje z vzpostavitvijo enotnega Urgentnega centra Ljubljana. Podrobnejša analiza in predlogi prenove procesov obravnave urgentnih bolnikov niso namen tega magistrskega dela. Namen je prikazati, kakšni učinki so bili

doseženi z dosedanjimi spremembami procesa obravnave urgentnih bolnikov, predvsem z uvedbo triaže. Ker pa bomo v empiričnem delu, ki je prikazan v naslednjem poglavju, opredelili tako pozitivne učinke uvedbe triaže kot pridobljene izkušnje in slabosti, bomo lahko v magistrskem delu do neke mere oblikovali tudi priporočila, ki bi jih bilo smiselno upoštevati pri prenovi procesov obravnave urgentnih bolnikov v UKC Ljubljana.

4 ANALIZA UČINKOV UVEDBE TRIAŽE V URGENTNEM BLOKU LJUBLJANA

V tem poglavju obravnavamo in analiziramo učinke uvedbe triaže v urgentnem bloku Ljubljana. Ti so v prejšnjih poglavjih povezani s poslovnimi procesi, procesi in podprocesi, na katere je vplivala uvedba triaže. V tem poglavju bom predstavila pripravo in izvedbo empirične raziskave, s katero bom poglobila in preverila razumevanje procesa uvedbe triaže in predstavila njene učinke. Namen kvalitativne raziskave je ugotoviti razumevanje uporabnikov in izvajalcev procesa triaže in ali pri tem dobimo enake ugotovitve glede učinkov uvedbe triaže kot v tuji literaturi. Zato sem izvedla kvalitativno raziskavo v obliki polstrukturiranih intervjujev, v katero sem vključila ljudi, ki aktivno sodelujejo kot izvajalci tega procesa, ter so bili v organizacijski enoti pred uvedbo triážnega sistema. V prvem delu predstavljam svojo kvalitativno raziskavo in njen namen, nato se osredotočim na predstavitev metodologije in potek raziskave, sledi analiza podatkov na podlagi postavljenih ciljev, analiza po tematskih sklopih ter prikaz vseh rezultatov kvalitativne raziskave. Poleg kvalitativne raziskave sem opravila tudi kvantitativno raziskavo, in sicer z analizo podatkov iz treh informacijskih sistemov, ki jih uporabljajo enote v urgentnem bloku Ljubljana. Predvsem sem se osredotočila na število bolnikov v posameznih triážnih skupinah, čas čakanja na obravnavo, ali dosegajo maksimalne čase obravnave Manchesterskega triážnega sistema.

4.1 Metodologija

Kvalitativno raziskovanje je učinkovito in primerno za raziskovalno delo, ker omogoča natančnejšo opredelitev obravnavanih tem, pridobivanje novih idej ter dopolnjevanje, potrjevanje in razlago kvantitativne analize (Žinko, 2011, str. 68). Kot glavne značilnosti kvalitativnih raziskav Malhotra (2002, str. 168) navaja, da je njihov namen pridobiti kvalitativno razumevanje osnovnih razlogov in motivov, da je vzorec utemeljen na majhnem številu nereprezentativnih enot, da je zbiranje podatkov nestrukturirano, da analiza podatkov ne temelji na uporabi statističnih metod ter da je rezultat analize pridobljen na osnovi razumevanja poučevanega problema.

Kvalitativna raziskava uporablja intenzivnejše metode, kjer je odnos med izprašanim in izpraševalcem globlji, daljši in prožnejši, kar omogoča bogatejši in širši pogled na obravnavano temo. Obstaja možnost natančnejše opredelitve določenih mnenj in izkušenj,

zato je kvalitativna raziskava koristen vir podatkov za opredelitev ozadja obravnavanega vprašanja. Slabost kvalitativnega raziskovanja je dovzetnost za napačno razlago in uporabo rezultatov. Obstaja tudi nevarnost, da bo izpraševalec z izbiranjem vprašanj usmerjal izprašanega v želeno odgovore. Pomembna slabost je tudi neprezentativen vzorec, ki je posledica majhnosti vzorca (Žinko, 2011, str. 68–69).

Kvalitativno raziskavo lahko izvajamo z različnimi metodami, s katerim raziskovalec poskuša pridobiti čim bolj kakovostne podatke. Glavne metode so: individualni globinski intervjuji, fokusne skupine in projektivne tehnike. Intervjuje nato delimo na nestrukturirane intervjuje, v katerih izprašani prosto odgovarja na izbrano temo, polstrukturirane intervjuje, kjer izpraševalec z vrstnim redom usmerja intervju ter strukturirane intervjuje, kjer so vprašanja določena vnaprej (Wilkinson & Birmingham, 2003, str. 45).

Za svojo kvalitativno raziskavo sem izbrala individualni polstrukturiran globinski intervju, s katerim poskušam pridobiti odgovore na več pomembnih vprašanj, ki jih obravnavam v magistrskem delu. Osnovna značilnost polstrukturiranih globinskih intervjujev je, da izpraševalec opredeli okvirne vsebine, nato pa intervju vodi skozi podteme, ki so potrebe za zaokrožitev celote. Pri polstrukturiranih intervjujih je večina vprašanj določenih vnaprej, a je pri vsakem vprašanju prostor za podrobnejši odgovor (Wilkinson & Birmingham, 2003, str. 45). Usmerjevalec globinskega intervjuja se izogiba vzvišenosti in poskrbi, da pogovor poteka v sproščenem vzdušju (Malhotra, 2002, str. 175).

Za raziskavo sem uporabila kombiniran pristop. S kvalitativno raziskavo sem skušala ugotoviti in prikazati učinke triaže na proces sprejema bolnika v urgentnem bloku Ljubljana, tako da sem opravila polstrukturirane intervjuje ter s kvantitativno analizo določenih podatkov o obravnavi bolnika iz vseh treh organizacijskih enot v urgentnem bloku Ljubljana še dodatno potrdila predvidene učinke. Na Sliki 8 je predstavljen okvir empiričnega dela.

V vzorec intervjujev sem vključila šest intervjuvancev, ki posredno in neposredno vplivajo na proces sprejema bolnika v urgentnem bloku na enoti Internistične prve pomoči. Vzorec ni bil oblikovan naključno, saj sem poskušala v majhni populaciji izbrati najprimernejše kandidate oziroma predstavnike, ki bodo prikazali triažo iz različnih vidikov. Intervjuvanci imajo različne vloge v poslovnem procesu in verigi vrednosti, od reševalca, ki pripelje bolnika v triažno ambulantno, do triažne medicinske sestre v organizacijski enoti, ki bolnika sprejme in tako izvede triažo, administratorja, ki bolnika vpiše, ter inštruktorja Manchesterske triaže in vodjo oddelka, ki sta implementirala triažni sistem na svojem oddelku. Na podlagi razgovorov s tem naborom sodelujočih v procesu triaže želim prikazati in analizirati učinke triaže ter tako zmanjšati pristranskost vzorca s strani zgolj določene skupine v delovnem procesu. Stopnja vpletenosti intervjuvancev je visoka, saj so

vsi vpleteni v poslovni proces triaže in sprejem bolnika na urgentnem bloku. Tabela 5 prikazuje značilnost vzorca in podatke o izvedbi intervjuja v sklopu empirične raziskave.

Za izvedbo polstrukturiranih globinskih intervjujev sem pripravila opomnik. Opomnik mi je nudil oporne točke pri vodenju intervjuja, z njim sem skušala skozi intervjuje obdržati rdečo nit ustvarjanja in logično povezovati vprašanja. Skozi intervju sem želela opredeliti in analizirati učinke triaže na proces obravnave bolnika v urgentnem bloku.

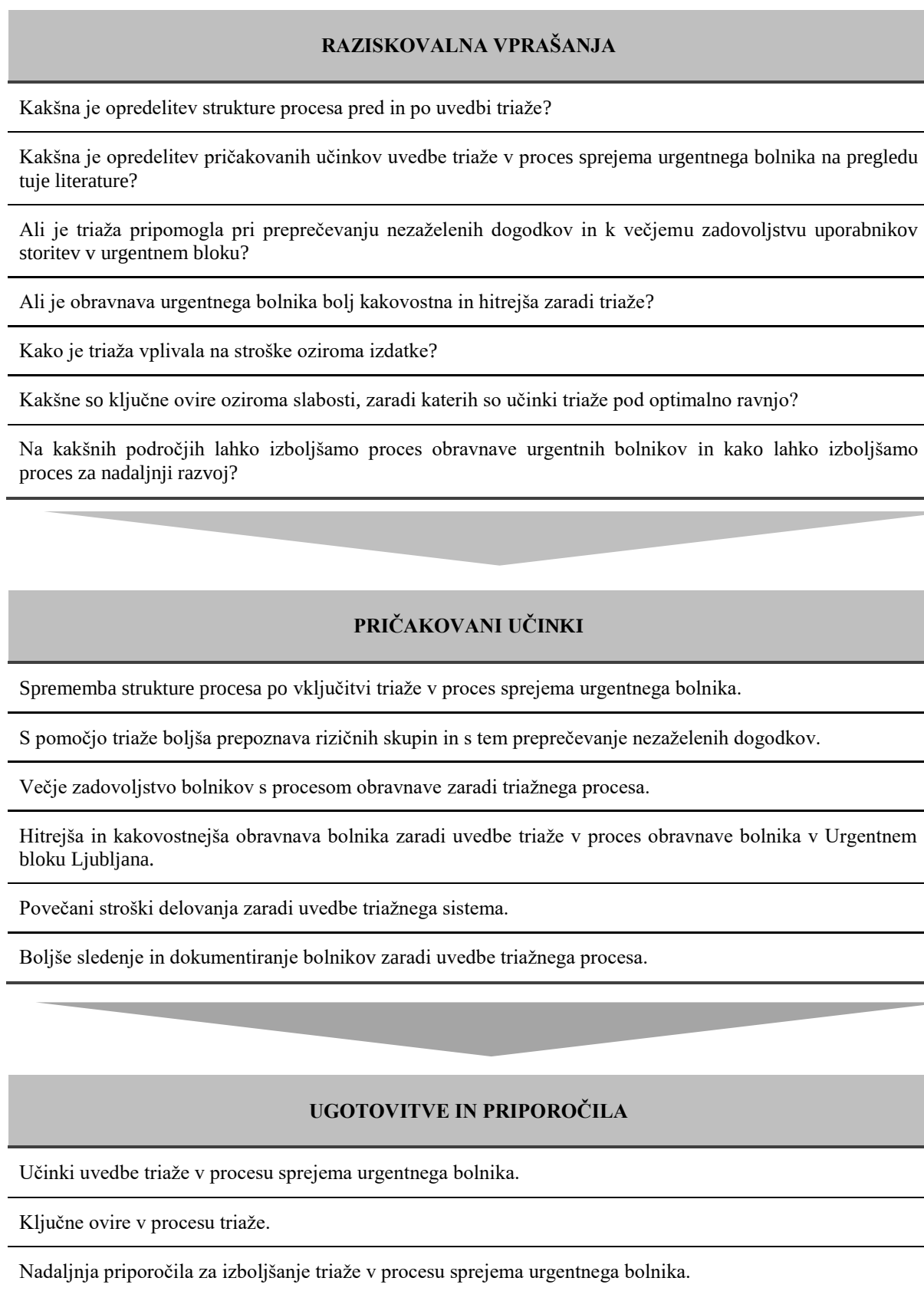
Tabela 5: Intervjuvanci in datum ter trajanje intervjujev

Intervjuvanec	Delovno mesto	Izkušnje v dejavnosti	Datum intervjuja	Čas trajanja intervjuja
Intervjuvanec A	Reševalec v nujni medicinski pomoči	11 let	14.06.2016	15 min
Intervjuvanec B	Vodja zdravstvene administracije	9 let	7.06.2016	18 min
Intervjuvanec C	Triažna medicinska sestra na IPP, vodja tima	10 let	12.06.2016	18 min
Intervjuvanec D	Diplomirana medicinska sestra na IPP	10 let	13.06.2016	19 min
Intervjuvanec E	Inštruktor Manchesterske triaže	30 let	21.06.2016	25 min
Intervjuvanec F	Vodja oddelka - zdravnik	8 let	17.06.2016	26 min

Intervjuje sem začela z vprašanji, povezanimi s procesom obravnave in razlikami v tem procesu, glede na stanje pred uvedbo triaže. Nadaljevala sem z vprašanji o učinkih triaže in bolnikov v trižnem procesu. Tu sem se dotaknila tudi vprašanja o zadovoljstvu uvedbe procesa ter kako je trižni sistem vplival na kakovost obravnave bolnika in delo zaposlenega ter njegovo učinkovitost. Sledi sklop vprašanj o vplivu uvedbe procesa triaže na stroške. Intervjuje sem zaključila z vprašanjem o pozitivnih in negativnih lastnostih ter izkušnjah zaposlenega z uvedbo procesa. Opomnik je priložen ob koncu dela v Prilogi 2.

Intervjuje sem izvedla v obdobju od 7. do 21. junija 2016. Intervjuji so potekali v različnih prostorih in so bili, s predhodnim dovoljenjem intervjuvancev, posneti z diktafonom. V povprečju so trajali 20 minut. Za namen raziskave in analize sem naredila transkript intervjujev (v Prilogi 3). Analiza intervjujev je izvedena z navzkrižno analizo (Kordeš & Smrdu, 2015, str. 23–58), s katero povezujem odgovore intervjuvancev po tematskih sklopih, ki sem jih oblikovala s pomočjo opomnika za intervjuje. Opomnik za intervjuje sem oblikovala na podlagi teoretičnega dela in svojih izkušenj kot zaposlena trižna medicinska sestra. Vsak tematski sklop, ki se navezuje na učinke, je sistematično obdelan na podlagi analize odgovorov vseh intervjuvancev. V okviru kvantitativne raziskave sem na podlagi podatkov iz vseh treh organizacijskih enot Urgentnega bloka Ljubljana za leto 2015 proučila obremenitev posamezne enote, čas obravnave bolnikov in prekoračitev časa čakanja bolnikov na obravnavo v posameznih trižnih skupinah. S tem podatkom sem poskušala potrditi učinek o hitrejši in kakovostnejši obravnavi bolnika v primeru triaže ter dodatno osvetliti oziroma prikazati zadovoljstvo bolnikov s trižnim procesom.

Slika 8: Okvir empiričnega dela



4.2 Analiza intervjujev

V nadaljevanju bom predstavila temeljne ugotovitve o umestitvi triaže v procesu obravnave bolnika v urgentnem bloku v enoti Internistične prve pomoči, ki sem jih pridobila s pomočjo polstrukturiranih intervjujev. Intervjuje bom navzkrižno analizirala po sklopih, ki zadevajo temeljno področje mojega zanimanja, torej učinke triaže na proces obravnave bolnika v urgentnem bloku.

Skozi celotno nalogo in na Sliki 8 sem predstavila šest predvidenih učinkov triaže na proces sprejema bolnika v Urgentnem bloku Ljubljana. Ti učinki so:

- sprememba v procesu po vključitvi triaže v proces sprejema bolnika,
- s pomočjo triaže boljša prepoznava rizičnih skupin in s tem preprečevanje nezaželenih dogodkov,
- večje zadovoljstvo bolnikov s procesom obravnave zaradi triažnega procesa,
- hitrejša in kakovostnejša obravnava bolnika zaradi uvedbe triaže v proces obravnave bolnika v Urgentnem bloku Ljubljana,
- povečani stroški delovanja organizacijske enote zaradi uvedbe triažnega sistema,
- boljše sledenje in dokumentiranje bolnikov zaradi uvedbe triažnega procesa.

Posamezne učinke bom predstavila v podpoglavjih in jih na podlagi ugotovitev iz intervjujev poskušala potrditi ali ovreči. Nekaterе učinke bom v naslednjih podpoglavjih presodila s kvantitativno raziskavo.

4.2.1 Spremembe v procesih sprejema bolnika v Urgentnem bloku Ljubljana

Najprej bom analizirala in prikazala ugotovitve glede strukture procesa triažiranja in triaže pred in po uvedbi Manchesterskega triažnega sistema. V poglavju 3 je opisan proces sprejema in obravnave bolnika v urgentnem bloku Ljubljana na organizacijski enoti Internistične prve pomoči. Na Sliki 7 je z diagramom prikazan trenutni potek procesov in podprocesov sprejema bolnika. Potek procesov iz Slike 7 je podlaga za primerjavo z mnenji intervjuvancev in njihovo razlago, kako vidijo potek procesov sprejema. Na podlagi Slike 7 in mnenja intervjuvancev sem prikazala dejansko stanje poteka sprejema, razlike, ki jih posamezniki vidijo v procesu, in kaj jim takšen proces prinaša. Dotaknila se bom tudi vprašanja, kako so procesi in podprocesi potekali pred uvedbo triaže v proces sprejema bolnika. Osredotočila se bom predvsem na proces »triaža bolnika« in analizirala učinke uvedbe.

Intervjuvanci poudarjajo, da je pred uvedbo Manchesterskega triažnega sistema obstajala neformalna triaža, ki se ni izvajala pri vsakem bolniku, ali pa je celo ni bilo. Tako kaže izjava intervjuvanca A, »Predtem ni bilo triaže«. Podobno razmišlja intervjuvanec C, ki

pravi: »Z uvedbo triaže se ni bistveno nič spremenilo. Pred uvedbo Manchesterskega triažnega sistema smo ravno tako na hitro striažirali bolnika«. Tudi intervjuvanec E se spominja: »Na Internistični prvi pomoči je bila triaža izvajana tudi pred uvedbo Manchesterske triaže, to je bilo približno v tistem času, ko so se začele pojavljati prve triažne lestvice v svetu, in je bila tudi pri nas izdelana triažna lestvica. Sicer samo s štirimi skupinami. Torej ta triažna lestvica, na Internistični prvi pomoči, ki je imela štiri skupine in na kratko, tudi opredeljeno, v katero skupino sodi pacient. Ampak, kot sem omenila, še zdaleč ni bilo to tako razdelano kot Manchesterska triaža. Podoben pa je bil princip, da se ocenjuje pacienta na podlagi prizadetosti in ne na podlagi diagnoze, s katero pride.« Medtem ko intervjuvanec D že omenja neformalno triažo in pravi: »Prej smo triažo delali vsi, si dobil napotnico in ga po nekem svojem občutku uvrstil v vrsto.« Tudi intervjuvanec E ima podobno mnenje: »Prejšnji sistem je temeljil bolj na intuiciji in je zahteval izkušnje. Nismo imeli posebej nekoga, ki bi bil zadolžen samo za triažo, to je bilo vpeto v redno delo, zato je bil ta proces dostikrat opravljen zelo na hitro, samo osnovne informacije, vizualni vtis o bolniku ter naprej na svoje staro delo, ki si ga opravljal v ambulantni v tem času.« Intervjuvanec F poda svoje mnenje na podoben način o triaži pred Manchesterskim sistemom: »Kmalu po tem, ko sem prišel, sem ugotovil, da imamo težave z bolniki, ki čakajo na pregled, in tistimi, ki so v opazovalnici, ker nismo vedeli natančno kakšnega stanja so, čeprav so že takrat sestre na Internistični prvi pomoči uporabljale triažo, ki so jo uvedli že v času glavne medicinske sestre Slavice. Tista triaža je imela nekako štiri stopnje, vendar se to ni evidentiralo, niti ni bilo nekega triažnega lista, kjer bi to formalno zapisali. In pa dejansko največja pomanjkljivost je bila v tem, da se ta triaža ni naredila pri vsakem bolniku in pa da se nekako najdbe pri triaži niso zavedle na dokument.«

Intervjuvanci so najbolj poudarjali, da pred uvedbo Manchesterskega triažnega sistema, ni bilo formalne triaže, da je bilo delo slabo dokumentirano, ter ni bilo določenega kadra, ki bi to delo opravljal. Z uvedbo Manchesterskega triažnega sistema so intervjuvanci v pogovoru najbolj poudarili, da je bolj pregledno, strukturirano delo, varno in zanesljivo. Intervjuvanec C pove: »Razlika med starim načinom triaže in Manchesterskim je v tem, da je bolj pregledna, poglobljena obravnava bolnika.« Tudi intervjuvanec D meni: »Mislim, da so bolj podrobno triažirani po Manchesterskem triažnem sistemu in celostno obravnavani. Greš po korakih in dobiš nekakšen zaključek. Mislim, da je postopek bolj enoten. Lahko povem, da je skoraj stoprocentna razlika. Mislim, da je bistveno bolje sedaj, ko gre vsak bolnik čez triažo in ga sestra vidi, predno ga uvrsti v čakalno vrsto. Predtem se je dostikrat zgodilo, da ko je prišel reševalec v času gneče, da preda bolnika, ki je bil pokreten in neprizadet, ga velikokrat nisi sam pogledal, ker si verjel sodelavcem. Predvsem na račun pomanjkanja časa, saj si bil v tistem času razpisan na redno delo v ambulantni in je bila triaža postransko delo.«

Tako se je velikokrat zgodilo, da ob prihodu na urgenco bolnik ni imel nikakršnega stika z osebjem in nobene razlage o poteku procesa dela. Prvi stik, ki ga bolnik dobi ob prihodu na

urgenco, je eden izmed pomembnih dejavnikov, saj ima bolnik možnost, da vpraša o sistemu čakanja in obravnave. Intervjuvanec A je poudaril: »Razlika je v tem, da vsak bolnik, takoj ko pride na urgenco, ga nekdo dejansko pogleda in ima tako prvi stik bolnik s trižno medicinsko sestro. Prej tega ni bilo. Pred tem smo bolnika pripeljali iz terena, si pozvonil na okenčku, pa je sestra ali administratorka vzela papirje in povedala, da ga pusti kar na hodniku.« Tudi intervjuvanec B poudari: »Manchesterski sistem se mi zdi bolj "prijazen" uporabniku, tako zaposlenim kot tudi bolniku, bolj natančen. Osebnost se mi zdi sistem trižiranja boljši, pregleden, prijaznejši bolniku in zaposlenim.« Tako tudi intervjuvanec E poudari: »Da se ob tem procesu in ob tem kontaktu bolnika informira o samem nadaljnjem poteku in s tem se nekako bolnik bolje znajde v sistemu triže.« Intervjuvanec F poudari: »Ta občutek, da so te opazili, da so te vprašali in da ti povedo nekaj o sistemu in te informirajo, da veš, kaj pričakuješ, da veš, kam moraš gledati, kdo te bo poklical itn. Ker prej niso imeli veliko te razlage, se mi zdi, da je zdaj boljše. In da veš, na koga se mora obrniti, če je kaj narobe. Tudi prej smo jim razložili, ampak sedaj ima ta neposredni stik s trižno sestro, ki ga prej ni bilo. «

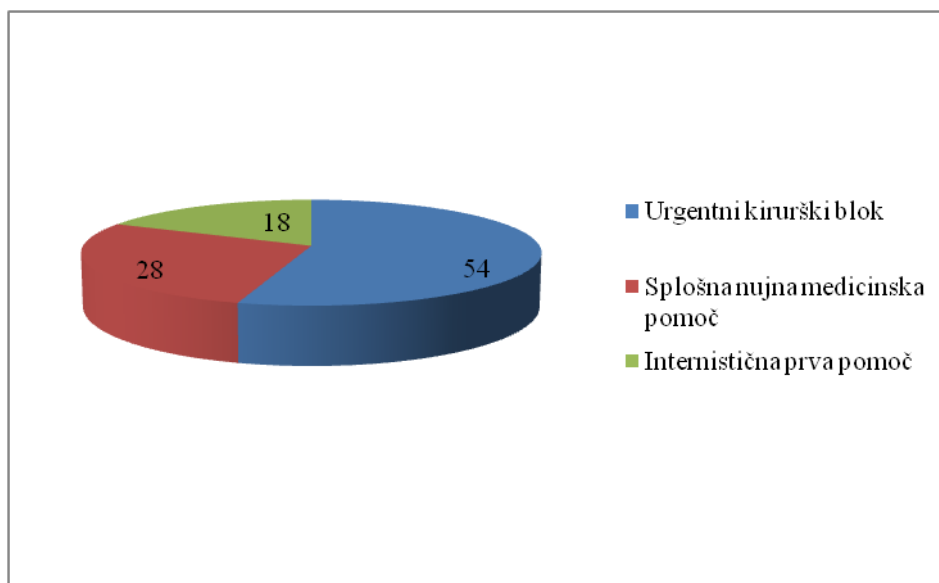
Delo se je olajšalo tudi z razbremenitvijo medicinske sestre. Tako so dobili dodaten profil trižne medicinske sestre, ki je opravljala delo triže. Delo trižne medicinske sestre je postalo bolj definirano in postavili so se okvirji za njene kompetence pri delu v trižni ambulanti. Odgovor intervjuvanca E jasno prikaže razdelitev dela in poudari, da je triža bolj v domeni medicinskih sester: »Urgentni kirurški blok in Internistična prva pomoč imata v svojem procesu zavedeno in definirano, kaj so kompetence trižne medicinske sestre. Tiste naloge, ki so bile dodatne, smo tudi razdelili in opredelili v samem postopku, kot so odvzemi krvi, napotitve na rentgen, ki jih opravlja, nekako na njeno pobudo nadzorni zdravnik kakor tudi razne preuiskitve. S tem procesom triže se pravzaprav zdravniki niso preveč ukvarjali. To je bilo eno izmed prikritih področij dela medicinskih sester.« Tudi intervjuvanec E poudari, da se v delo medicinske trižne sestre vključuje tudi zdravnik: »Zdravnik konzultant je pridobil neko novo nalogo, da se vnaprej posvetuje s trižno medicinsko sestro o terapiji in eventualni diagnostiki. Tako da, je pridobil bolj definirano vlogo, tudi prej jo je imel, ampak se je to zgodilo tu in tam, sedaj se je to razvilo v bolj redno sodelovanje med trižno medicinsko sestro in zdravnikom konzultantom. Prej tega ni bilo.« Intervjuvanec F tudi omeni, da bi lahko v prihodnje povečali kompetence trižne medicinske sestre, in tako poudari: »Kar zadeva, dajanja nekih zdravil vnaprej, za katere mogoče celo ne bo potreben zdravnik v prihodnosti, neki osnovni paket zdravil, lahko analgetike.« Omeni tudi, da se proces ni toliko spremenil, kot bolje uredil. Ne mislim, da je ta sistem bolj urejen. Prej je bil bolj stihijski, če se je kdo spomnil, ali pa ga je kdo prosil. Sedaj pa se mi zdi, da se ve in pričakuje, da se trižna medicinska sestra, ko opazi neko potrebo po posvetu, posvetuje z zdravnikom konzultantom.«

4.2.2 Prepoznavna rizičnih skupin in nezaželenih dogodkov s pomočjo triaže

Učinek triaže na proces sprejema bolnika se tudi kaže v prepoznavi rizičnih skupin, kar je za urgentno dejavnost zelo pomemben dejavnik. Rizične skupine so bolniki, ki so bolj izpostavljeni tveganju, da bo prišlo do zapletov pri obravnavi zaradi njihovih osnovnih bolezni, starostne skupine ali psihofizičnega stanja. S tem tudi do neke mere preprečuje nezaželene dogodke, do katerih lahko pride pri poslabšanju prvotnega stanja, zaradi katerega je prišel na urgenco za obravnavo. Intervjuvanec D tako poudari: »Prepoznamo rizične skupine veliko prej, ker gre vsak bolnik čez prvi pregled triažne medicinske sestre«. Tudi intervjuvanec C z naslednjim odgovorom poudari pomen prepoznave rizičnih skupin in preprečevanja nezaželenih dogodkov: »Triaža preprečuje nezaželene dogodke tako, da ukrepa že v triažni ambulanti, ker ponavadi že tam ocenimo stanje, zmožnost čakanja bolnika na pregled.« Intervjuvanec B s svojim odgovorom potrdi: »Nezaželeni dogodki se sicer še pojavljajo, ampak tu je kriv sistem dela, bistveno bolje je, da medicinska sestra že ob prihodu takoj oceni bolnika in morebitno stanje, v smislu, če lahko počaka, ali je kljub vsemu bolje, da je pregledan prej kot ostali čakajoči.« Tudi intervjuvanec E poudari: »Lahko jih zelo zmanjša. Ravno s tem, da so prepoznani tisti bolniki, pri katerih bi lahko prišlo do poslabšanja, in tudi tisti bolniki, ki so zaradi drugih dejavnikov bolj nagnjeni k temu, da bi prišlo do zapletov. Na primer, da prepoznaš to skupino, ki ima večjo možnost za padce, da prepoznaš to skupino, za katero je nevarnost, da bi se izgubili ali odšli z oddelka, da prepoznaš begosumne. Tudi razne konfliktne situacije, v izogib le teh, s tem da je bolnik bolje informiran, da mu ponudiš možnost, da se lahko pride ponovno informirati, tudi ta komponenta se mi zdi pomembna.« Medtem ko intervjuvanec A poudari, da je triaža pomembna predvsem za tiste bolnike, ki pridejo sami in dlje časa čakajo. Že prej je bilo dobro poskrbljeno za rizične bolnike, ker smo šli direktno v ambulanto in je bil takoj obravnavan. Posebej, če gre za pacienta, ki je bil neposredno življenjsko ogrožen, je bilo pred in potem dobro poskrbljeno. Mogoče je za tiste, ki so v kategoriji, "as soon as you can", še vedno bolje, da ima nekakšno številko. Tako lahko opazuje na zunanjih monitorjih, koga ima pred seboj, da potem, ko ga nekdo, ki je rdeče barve prehitil, da se čakajoči ne razburjajo, saj vedo, da je nekdo, ki je življenjsko ogrožen. In je zato je sistem boljši za vse.«

Medtem ko je bil poudarjen vidik prijaznega sistema do bolnika, se je z uvedbo Manchesterskega triažnega sistema povečala varnost in prepoznavnost tistih bolnikov, ki obravnavo potrebujejo najprej. Tako intervjuvanec E poudari: »V bistvu je največji pomen v varnosti bolnika, ker je ta ocena stanja bolj natančna in s tem tudi povečana možnost, da prebereš tiste bolnike, ki bolj nujno potrebujejo hitro obravnavo.«

Slika 9: Število bolnikov v letu 2015 na Urgentnem bloku Ljubljana v %



Vir: UKC Ljubljana, Informacijski sistem Hipokrat in Birpis, 2015 in Zdravstveni dom Ljubljana, Služba splošne nujne medicinske pomoči, Informacijski sistem E-zdravje, 2015.

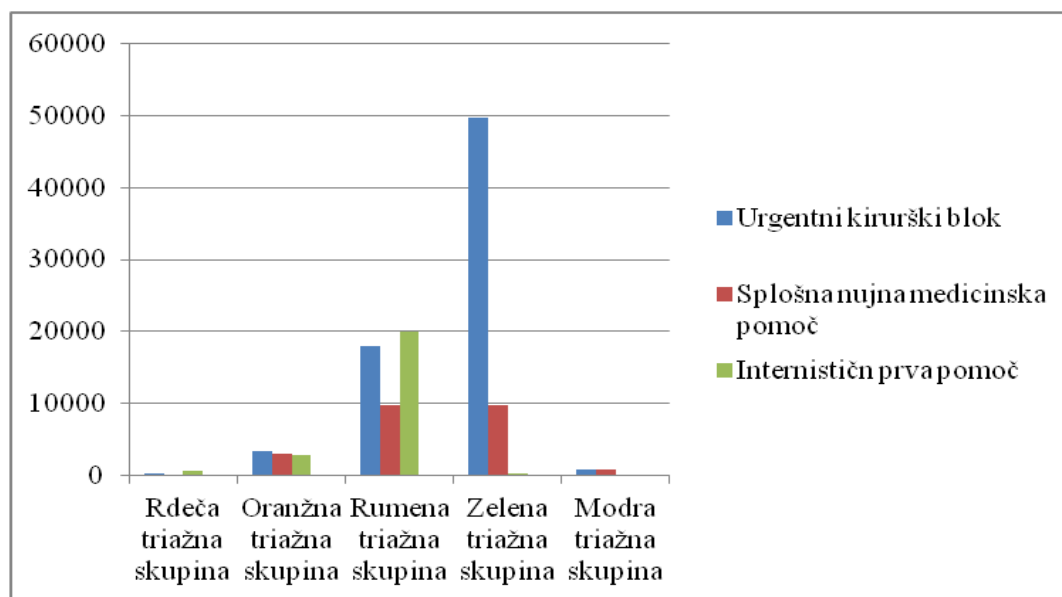
Do neželenih dogodkov največkrat pride ravno ob veliki obremenitvi urgentnega bloka. To pomeni, ko v kratkem času pride na urgentni blok veliko število bolnikov. S povečanim delom, manjšim časom za izvajanje triaže in nepreglednim številom bolnikov se povečajo tudi čakalne dobe in s tem težje zagotavljanje časov čakanja po Manchesterskem sistemu triaže.

V letu 2015 je bilo v Urgentnem bloku Ljubljana ambulantno pregledanih 134.421 bolnikov na vseh treh organizacijskih enotah, ki so Internistična prva pomoč, Služba splošne nujne medicinske pomoči in Urgentni kirurški blok. Na Sliki 9, lahko vidimo, da je 54,54 %, kar predstavlja polovico vseh bolnikov, bilo pregledanih na Urgentnem kirurškem bloku. 37.173 bolnikov, kar predstavlja 27,68 %, je bilo pregledanih v Službi splošne nujne medicinske pomoči, ostalih 17,78 %, kar predstavlja 23.907 bolnikov pa na Internistični prvi pomoči. To pomeni, da je v letu 2015 Urgentni blok Ljubljana obiskalo na dan v povprečju 368,3 bolnikov.

Ob takem številu bolnikov je prepoznavna rizičnega bolnika lahko zelo težka, zato nam Manchesterski proces triaže omogoča razvrstitev bolnikov po skupinah, ki so opisane v poglavju 2. Barve skupin pomenijo določeno ogroženost in zagotavljanje časa oskrbe določenega bolnika. Najbolj rizični bolniki so v rdeči in oranžni skupini in imajo po triažnem sistemu prednost pred ostalimi bolniki. Ti dve triažni skupini pomenita večjo obremenitev ambulantnega dela in procesa obravnave bolnika, saj zahtevata bolj usposobljene ekipe ter več časa za obravnavo in diagnostiko. Na Sliki 10 je predstavljeno, kako so določene enote na Urgentnem bloku Ljubljana obremenjene z rizičnimi skupinami

bolnikov. V Službi splošne nujne medicinske pomoči je bilo v letu 2015 triažiranih skupno samo 63,24 % bolnikov, netriažiranih bolnikov, torej bolnikov, ki niso dobili triažne skupine, je skupno na Urgentnem bloku Ljubljana 17,93 %, kar predstavlja 24.109 bolnikov. V statistiki so bili upoštevani samo bolniki, ki so imeli označeno triažno skupino, kar ne pomeni, da teh 17,93 % niso šli skozi proces sprejema in triaže, samo da niso bili označeni s triažno skupino po Manchesterskem triažnem sistemu.

Slika 10: Število bolnikov po triažnih skupinah v letu 2015 v Urgentnem bloku Ljubljana



Vir: UKC Ljubljana, Informacijski sistem Hipokrat in Birpis, 2015 in Zdravstveni dom Ljubljana, Služba nujne medicinske pomoči, Informacijski sistem E-zdravje, 2015.

Na Sliki 10 lahko vidimo, kateri bolniki so najpogostejši na določenih organizacijskih enotah Urgentnega bloka Ljubljana. Kljub temu da je na Internistični prvi pomoči najmanj pogledanih bolnikov, ima največji odstotek bolnikov z rdečo triažno skupino, ki jih je skupno 1.041 in ti predstavljajo kar 62,82 % vseh bolnikov v rdeči skupini. Sledi Urgentni kirurški blok s 36,27 % ter s 3,45 % Služba splošne nujne medicinske pomoči. Oranžna skupina bolnikov je enako porazdeljena po vseh enotah Urgentnega bloka Ljubljana in jih je bilo v letu 2015 skupno 9.106. Oranžna skupina predstavlja v Urgentnem kirurškem bloku 36,27 % bolnikov, sledi Služba nujne medicinske pomoči z 32,34 % ter Internistična prva pomoč z 31,39 %. Najbolj obremenjena enota z bolniki v rumeni triažni skupini, ki skupno predstavlja 47.825 bolnikov, je Internistična prva pomoč. Za Internistično prvo pomoč to predstavlja 83,7 % vseh bolnikov, ki so pregledani na tej enoti. Medtem ko je Urgentni kirurški blok organizacijska enota z največ zelenimi bolniki, ki predstavljajo skupno v Urgentnem bloku Ljubljana kar 59.846 bolnikov. Kar 83 % bolnikov v zeleni grupi je pregledanih na Urgentnem kirurškem bloku. Služba splošne nujne medicinske pomoči ima največ bolnikov v modri triažni skupini, ki sicer predstavljajo zelo majhno

število bolnikov na Urgentnem bloku Ljubljana, in sicer 1.600 bolnikov v letu 2015 od tega jih je bilo 51,75 % v Službi splošne nujne medicinske pomoči.

4.2.3 Večje zadovoljstvo bolnikov zaradi procesa triaže

Z uvedbo Manchesterskega sistema triaže v proces sprejema bolnika na posamezno enoto urgence so bile potrebne nekatere spremembe pri sprejemu. Tako je bilo potrebno zagotoviti nov prostor, v katerem lahko triažna medicinska sestra triažira bolnika in nov način informiranja o spremenjenem procesu sprejema tako bolnikov kot reševalcev, ki so bolnike pripeljali.

S svojim odgovorom to potrdi intervjuvanec A, ki pove: »Na začetku, ko se je to začelo, se mi je zdelo, da so ljudje bili malo zmedeni in zato sem jaz že med samim transportom začel razlagati, kaj se bo dejansko z njimi dogajalo. Da ga mi peljemo v triažno ambulanto, kjer ga bo pregledala triažna medicinska sestra/tehnika in na podlagi ocene/prioritete pregledan, odvisno od tega, v katero triažno skupino bo padel in na tej podlagi bo določen čas pregleda. Zdi se mi, da ljudje to dobro sprejmejo.« Intervjuvanec D je temu dodal: »Odvisno od starosti bolnika, mlajši to malo bolje razumejo in so bolj dojemljivi, kakor starejši. Če pa pogledaš s strani bolnika, pa je tako, da bi vsak rad bil takoj na vrsti, mogoče se kakšen počuti, da ne obravnavamo njegove bolezni dovolj resno, če ga uvrstimo v zeleno skupino. Za vsakogar je namreč njegova bolezen najhujša.«

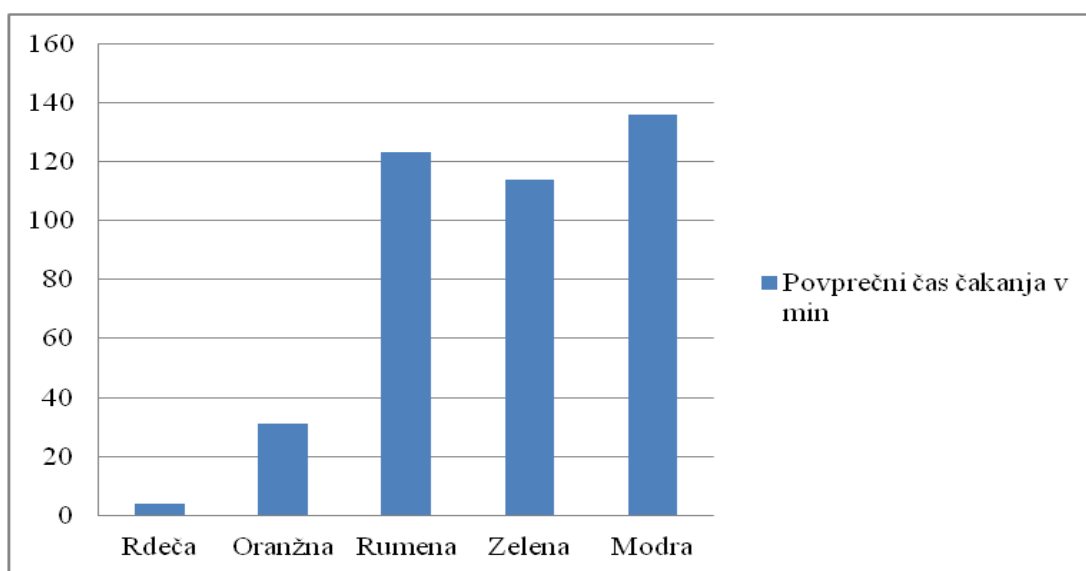
Intervjuvanec C je o zadovoljstvu bolnikov in razumevanju triaže z njihove strani povedal: »Mislim, da pacienti niti ne vedo, da ko jih mi pokličemo v triažno ambulanto, da jih tam triažiramo. Mislijo, da je to pač tak postopek ob prihodu na urgenco. Ta sistem poznajo, samo tisti pacienti, ki so bili že večkrat pri nas, to so ponavadi bolniki s kronično boleznijo, ki so velikokrat povratniki. Seveda pa se nekateri pacienti v procesu triaže pomirijo, ko jim razložimo, kakšen bo nadaljnji postopek. Velikokrat se ustrašijo napotitve na urgenco, ker jim napotni zdravnik poteka ne razloži dovolj učinkovito. Tako da včasih tudi triaža pripomore k večjemu zadovoljstvu pacientov.«

Intervjuvanec B je poudaril pomen časovnega okvirja čakanja na zadovoljstvo bolnikov, »Občutek imam, da so bolj zadovoljni, saj dobijo konkretne odgovore, kdaj bodo dejansko na vrsti, če se le da in imajo občutek, da so bili videni, saj jih je nekdo že pogledal in povprašal o težavah. Ne zdi se mi smiselno, da jim na zunanji elektronski čakalnici piše, koliko časa že čakajo na pregled, saj se mi zdi, da jih to resnično razburja. Še posebej, ko se ta ura razvleče čez tri ure čakanja. To bi ukinila. Mene kot bolnika bi zanimal le vrstni red, koliko časa čakam pa lahko pogledam na uro.« Temu potrdi tudi intervjuvanec E, ki pove: »Moje izkušnje so dobre, ker imam občutek, ko bolnikom razložim potek in proces, da so zadovoljni, ker so dobili informacije. Predvsem vtis, kako so sprejeli pogovor o triaži, je dober. Imam občutek, da je bilo to dobro sprejeto s strani bolnikov. Problem je predvsem v dolgotrajnem čakanju, ki potem žal začetni vtis velikokrat izniči.«

Velika mera nezadovoljstva bolnikov je pogosto usmerjena na čas čakanja do ambulantne obravnave, ko je bil že triažiran ter čas čakanja na zaključek obravnave. To s svojim odgovorom potrdi tudi intervjuvanec D: »Je kar nekaj pritožb glede čakalne vrste in ne toliko glede na proces triaže. Predvsem je problem s časom obravnave.« Intervjuvanec A s svojim odgovorom potrdi, da je velikokrat problem v času čakanja: »Mislim, da je v začetni fazi definitivno manj slabe volje, vendar ker je naša organizacija sistema takšna, kot je in se kljub temu čaka še vedno petnajst do šestnajst ur, je človek težko potrpežljiv.«

V podpoglavju 2.3 in 2.4 sem pojasnila kaj pomenijo skupine in kakšni so časovni okvirji čakanja. S pregledom informacijskega programa Hipokrat in Birpis, ki ju opisujem v podpoglavju 3.2, je bilo možno pridobiti podatke o času čakanja na pregled v ambulantno obravnavo, medtem pa na informacijskem programu e-zdravje teh podatkov ni bilo možno pridobiti, saj jih ne beležijo.

Slika 11: Povprečni čas čakanja na pregled po triažnih skupinah (od prihoda do prvega pregleda) na Internistični prvi pomoči leta 2015



Vir: UKC Ljubljana, Informacijski sistem Hipokrat, 2015.

Na Sliki 11 je prikazan povprečni čas čakanja na prvi pregled v ambulantah Internistične prve pomoči v minutah. Kot je opisano v podpoglavju 3.3 in prikazno na Sliki 7, lahko na podlagi tega izračunamo odstotek prekoračitve za določeno triažno skupino. Za rdečo skupino je triažni čas 0 minut, ki ga na Internistični prvi pomoči ne dosegajo, saj je povprečni čas čakanja 4 minute, pa vendarle lahko to prepišemo statistični napaki, saj vsakega rdečega bolnika pripeljejo direktno v ambulanto, torej ga že pregledujejo, a vseeno potrebujejo 4 minute, da vpišejo čas pregleda. Za oranžno skupino je povprečni čas čakanja na pregled 31 minut, po Manchesterskem triažnem sistemu bi morali to skupino pregledati v 10 minutah ter imeti 100 % doseganje časa. Kar v tem primeru pomeni za

210 % prekoračitev dovoljenega časa čakanja. V rumeni skupini je povprečni čas čakanja 123 minut, po Manchesterskem triažnem sistemu pa 60 minut, kar pomeni, da za 105 % prekoračijo dovoljeni čas za pregled teh bolnikov. Na Sliki 11 lahko tudi opazimo, da je za bolnike v rumeni skupini v povprečju daljši čakalni čas na prvi pregled, kot za bolnike v zeleni triažni skupini. To lahko prepišemo temu, da je bolnikov v rumeni triažni skupini veliko več kot v zeleni in je težje zagotoviti ustrezni čas čakanja. Za zeleno skupino je na Internistični prvi pomoči povprečni čas čakanja na pregled 114 minut za modro skupino pa 136 minut, po Manchesterskem triažnem sistemu pa je dovoljen čas čakanja 120 minut za zeleno in 240 minut za modro skupino. Manchesterski triažni sistem narekuje, da v rdeči in oranžni skupini zagotavljamo 100 % doseganje časovnih omejitev, medtem ko je v rumeni, zeleni in modri nekoliko manjša.

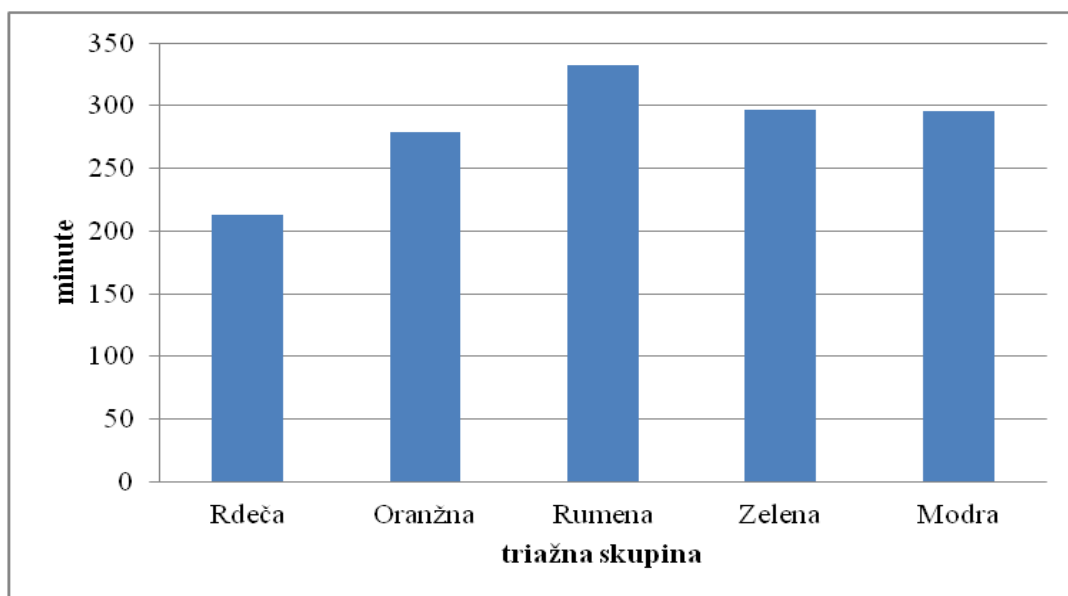
Na podlagi Avstralsko-azijske triažne lestvice lahko opredelimo, v kakšnem časovnem okvirju morajo biti bolniki pregledani v določeni skupini, ter kakšno časovno omejitev imajo določene skupine. Avstralsko-azijska triažna lestvica opredeljuje, da morajo biti vsi bolniki v prvi kategoriji oziroma v rdeči triažni skupini pregledani v predvidenem času 0 minut in tisti čas morajo dosegati 100 %. Za drugo kategorijo oziroma v oranžni triažni skupini morajo biti bolniki, pregledani v 10 minutah. Vsaj 80 % bolnikov mora dosegati to časovno omejitev in morajo biti pregledani v omenjenem časovnem okvirju. Tretja kategorija ali rumena triažna skupina po Manchesterski triažni lestvici pomeni, da morajo biti bolniki pregledani v 60 minutah in vsaj 75 % vseh pregledanih bolnikov mora ta čas dosegati. Medtem ko avstralsko-azijska triažna lestvica opredeljuje 30 minut za tretjo kategorijo, je za rumeno skupino po Manchesterski triažni lestvici 60 minut. Za četrto in peto kategorijo oziroma za zeleno in modro triažno skupino pa je potrebno imeti 70 % bolnikov, ki dosegajo čase predvidenega časovnega okvirja za to triažno skupino (Department of Health and Ageing, 2007, str. 12).

Pri celotni obravnavi so povprečni časi zelo podobni ne glede na triažno skupino, ki jo ima bolnik. Na Sliki 12 je prikazan povprečni čas čakanja na zaključek obravnave na Internistični prvi pomoči za leto 2015, pri posameznih triažnih skupinah. Najmanj čakajo bolniki v rdeči skupini, v povprečju 3 ure in 33 minut, najdlje pa bolniki v rumeni triažni skupini, in sicer v povprečju 5 ur in 32 minut, medtem pa imajo bolniki v oranžni, zeleni in modri v povprečju zelo podoben čas trajanja obravnave. Oranžni v povprečju čakajo na zaključek obravnave 4 ure in 38 minut, bolniki v zeleni in modri skupini pa 4 ure in 56 minut.

Vsi intervjuvanci poudarjajo, da na nezadovoljstvo bolnikov negativno najbolj vpliva ponavljajoči proces sprejema na različnih enotah urgence ter drobne razlike ob samem sprejemu. Tako intervjuvanec A pove: »Načeloma imate enak triažni sistem, ampak kako so se posamezne enote lotile zadeve pa je drugače. Načeloma ima Internistična prva pomoč in Služba nujne medicinske pomoči vedno prisotno triažno medicinsko sestro, medtem ko

na Urgentnem kirurškem bloku pride iz drugega prostora, kjer jo pričakuje pet bolnikov. Nekako se mi zdi slabše organizirano kot pri drugih dveh enotah.« Tudi Intervjuvanec D poudari, da veliko bolnikov ne razume organiziranosti urgence in s tem težje razumejo ponovne triaže, če so le to opravili v prejšnji enoti urgence. Bolniki sprejemajo to vsekakor slabše, ker si misli, saj je že tam čakala, sedaj pa mora tukaj spet čakati. Jaz mislim, da jih večina ne razume, da je to druga organizacijska enota in da so pravila za vse enaka oziroma vsaj, naj bi bila.« S svojim odgovorom intervjuvanec E poudari podoben problem: »Včasih jih to moti zaradi tega, ker so mnenja, da so določene stvari že opravili v neki drugi fazi in da bi moral biti ta prenos informacij boljši ter da ni potrebno, da mi ponovno zbiramo iste podatke, če so jih nekje že podali.«

Slika 12: Povprečno trajanje obravnave (od prihoda do zaključka) po triažnih skupinah za leto 2015 na Internistični prvi pomoči



Vir: UKC Ljubljana, Informacijski sistem Hipokrat, 2015.

Bolniki lahko v Urgentnem bloku Ljubljana prikažejo svoje zadovoljstvo ali nezadovoljstvo s svojo obravnavo, časom čakanja in sprejemom s pritožbo ali pohvalo. Intervjuvanec D tako pove: »Mislim, da težko pišemo pohvale, lahko bi jih bilo več na račun triaže, če bi bili kot ljudje taki. Je pa pritožb kar nekaj glede čakalne vrste in ne s samim procesom obravnave, ampak mislim, da je problem s časom obravnave.« Tudi intervjuvanec C je podobnega mnenja: »Glede pohval je stanje ostalo nespremenjeno, kar se pa pritožb tiče pa mislim, da jih je nekoliko manj, kajti v triažni ambulanti vsakemu bolniku sproti razložimo kolikšna je čakalna doba za pregled. Seveda pa so tudi izjeme, ki tako razlago preslišijo in se nato pritožijo.« Tudi intervjuvanec B je podobnega mnenja in pove: »Zdi se mi, da je manj pritožb, razen ob presežku vseh človeških čakalnih dob, ki trajajo 3, 4, 5 ali celo več ur.« Medtem intervjuvanec E poudari, da v velikem številu

primerov ni triaža tista, ki moti bolnike: »Nimam občutka, da bi bilo več ali manj pritožb in da bi bila tukaj kakšna razlika. Predvsem zaradi tega, ker je dosti ostalih motečih dejavnikov, tako da samega procesa triaže bolniki na Internistični prvi pomoči niso zaznali.« Tudi intervjuvanec F potrdi, da triaža ni imela vpliva na povečanje pritožb ali pohval s strani bolnikov: »Mislim, da jih ni manj niti več, mogoče pa je kakšna pritožba, ki vpleta triažo. Tako, da so postale pritožbe malo drugačne ali pa bolj zanimive, ni jih pa niti več niti manj. Zdi se mi, da jih je vse več zgolj zaradi tega, da se čas čakanja na sprejem v bolnišnico tudi daljša. Mislim, da je to glavna spremenljivka tukaj. «

4.2.4 Kakovostnejša obravnava bolnika zaradi uvedbe triaže

Intervjuvanci poudarijo in izpostavijo dejstvo, da je triaža olajšala proces dela in predaje bolnika v druge organizacijske enote, s tem je proces postal bolj prijazen uporabniku. Intervjuvanec A pove: »Zdi se mi, da nam je triaža olajšala sam proces predaje bolnika na določen oddelek, zato ker imaš nekakšne smernice, kanal preko katerega pacienta spraviš na določen oddelek. S tem se je posledično, po mojem mnenju izboljšala kakovost našega dela, ker ti moraš, nekateri to delajo že od vsega začetka, ampak ti moraš imeti neke podatke, ki jih predaš triažni sestri. Pred tem so določeni ljudje pripeljali bolnika, oddali papirje in odšli. Sedaj se mi pa zdi, da imaš od začetka in do predaje delo s človekom, se z njim ukvarjaš, jemlješ anamnezo, meriš vitalne funkcije, rešuješ njegove akutne stvari, ki so nastale, po svojih zmožnostih. Menim, da je triaža pomagala oziroma izboljšala delo ali pa ga nam je olajšala.«

Večina se jih strinja, da kakovostnejša obravnava ni nujno hitrejša. Hitrejša je obravnava za tiste, ki so bolj ogroženi. S tem se strinja tudi intervjuvanec E, ki pravi: »Hitrejša? Ne. Edino bolj učinkovita v toliko, kolikor bolniki, ki nujno potrebujejo pomoč hitreje pridejo do obravnave. In s tem je mogoče, da ko najdeš bolnika pred poslabšanjem stanja, je obravnava nekoliko lažja. Kar se tiče učinkovitosti, predvsem ta časovna nota, da tisti bolniki, ki hitreje potrebujejo pomoč, tudi hitreje dobijo. Jaz mislim, da je predvsem hitrejša za tiste, ki to potrebujejo. Za tiste, ki pa niso tako nujni, pa dlje počakajo, ampak mislim, da triaža nima nekega velikega vpliva na to. Drugače smo v vmesnem obdobju uporabljali v opazovalnicah tudi MEWS, modificiran early warning score, ki temelji na podobnih temeljih kot Menchesterska triaža in mislim, da sedaj te podatke na triažnem listu večkrat v naslednjih urah tudi zabeležimo. Tako, da če so bolniki v opazovalnici, neka formalna retriža ni pomembna, ker to tako ali tako počnejo sestre, ki opazujejo bolnike. Medtem pa morali biti tisti, ki so na hodnikih, retrižirani v nekem mejnem času, ki bi ga označili. Tega pa načeloma ne počnemo. Mislim, da se ta čas nič ne podaljša, ker bi tako ali tako ti ljudje čakali. Mislim, da je omogočila, da je ta bolnik takoj prišel v sistem in je bil ob vходу v sistem pregledan in ocenjen.«

4.2.5 Povečani stroški zaradi uvedbe triaže

Pri analizi stroškov zaradi uvedbe triaže v proces obravnave bolnika lahko sklepamo po odgovorih intervjuvancev, da je do nekaterih stroškov prišlo na začetku, predvsem na račun izobraževanja, nakupa dodatne opreme, ureditve dodatnega prostora za izvajanje triaže ob sprejemu in povečanja določenega kadra za namen triaže. Intervjuvanec E poda svoje mnenje o povečanih stroških, in sicer: »Ko se je začelo z uvajanjem triaže, je bilo prvo izobraževanje, prvi tečaj, na katerega smo povabili kolega iz Anglije, začetni strošek. Večji strošek je bil zagotovo to, da se je uvedlo novo delovno mesto, da se je uspelo pridobiti nove medicinske sestre, za izvajanje triaže, kar je v prvi fazi pomenilo najprej 4 nove medicinske sestre, nato 5 novih medicinskih sester. Sama ureditev prostora, opreme, informacijski sistem, ki ga je bilo treba do neke mere nagraditi, da se je lahko vnašala triažna skupina bolnikov, čakalna vrsta, da se je vzpostavila ... Jaz vidim te stroške.« Tudi intervjuvanec D poda podobno mnenje: »V evrih vam ne znam povedati, ampak jaz mislim, da je sigurno prišlo do povečanja stroškov. Najprej je bilo potrebno prostore urediti, ker za triažo potrebujete svoj prostor. Trenutno si ga delimo s Službo nujne medicinske pomoči in upam, bilo bi priporočljivo, da bi kdaj imeli svoj prostor. Zagotovo so se stroški povečali s kadrom. Če pogledam generalno, našo organizacijsko enoto, je to pomenilo približno 4 diplomirane medicinske sestre več za neko obdobje. Če se hočemo menjavati, je še enkrat toliko. Vse je bilo potrebno poslati na tečaj, kar pomeni, da je bil to spet dodaten strošek. Kar se zadeva materiala, pa je bil potreben dodaten paket aparatur več za triažo. Tako, da so se stroški sigurno povečali, koliko je to v evrih, pa si ne znam predstavljati.« Intervjuvanec B poudari, da pri njihovem kadru ni prišlo do povečanja ali izobraževanja: »Nadure so se povečale. Do bistvenega izobraževanja žal ni prišlo. Medicinske sestre so nas sproti informirale okvirno glede določanja skupin, to pa je tudi vse.« Medtem ko intervjuvanec F izpostavi svoj pogled in poda mnenje: »To je zelo težko izračunati, ker še ni ločena ta dejavnost od ostalih, tako da je to težko reči. Dejansko oziroma sigurno se je povečal strošek za toliko in toliko novo zaposlenih. Kar se tiče administracije, se pravzaprav število še ni povečalo, čeprav bi se moralo. Spremenil se je način dela, uvedeni so bili diktafoni in pa administratorke, ki so ves čas pri triaži. Kar se pa tiče drugih stroškov, je pa to zelo težko oceniti. Po eni strani se lahko stroški povečajo, ker naredimo več laboratorijskih preiskav, ki jih mogoče ne bi. Ampak to verjetno ni res, ker bi jih tako ali tako naredili. Nekih drugih dodatnih stroškov pa tukaj ne vidim. To bi mogoče lahko dodali stroškom. Ampak v prihodnosti to ne bo noben dodaten strošek, ker bodo medicinske sestre, ki bodo delale v urgentni medicini, ta del izobraževanja imele, kot obvezen del izobraževanja. Jaz tega ne vidim kot strošek, ampak prej bi rekel, da smo nekaj vložili, zato da bomo v prihodnjih letih imeli nekaj dobrega.«

4.2.6 Boljša dokumentacija bolnika zaradi uvedbe triaže

Dokumentacija se je s prihodom triaže v proces sprejema bolnika v Urgentnem bloku Ljubljana dokaj spremenila. Vsaka organizacijska enota je pridobila dodatni dokument, ki ga izpolnijo ob sprejemu. Kaj vsebuje dokumentacija, je podrobneje opisano v podpoglavju 3.2.

Z definiranim procesom dela triažne medicinske sestre se je razvila tudi dokumentacija. Če se pred uvedbo Manchesterskega triažnega sistema ni dokumentiralo, kot pove intervjuvanec F: »To se ni evidentiralo, niti ni bilo nekega triažnega lista, kjer bi to formalno zapisali. In dejansko največja pomanjkljivost je bila v tem, da se ta triaža ni naredila pri vsakem bolniku in da se nekako najdbe pri triaži niso zavedle na dokument. Z uvedbo Manchesterskega triažnega sistema se je dokumentacija vzpostavila. To tudi poudari intervjuvanec E: »Prišlo je s tem načinom, ko se je vzpostavil za triažo poseben kader, se je izboljšala tudi dokumentacija. Bil je uveden nov obrazec, nov način dokumentiranja, s katerega je razviden razlog prihoda pacienta, izbran algoritem, po katerem se bolnik triažira in kriterij na podlagi katerega je uvrščen v določeno skupino. Žal v praksi mogoče še opazimo, da so težave predvsem z izbiro kriterija na podlagi katerega ga uvrstimo v določeno skupino. Kar se tiče informacijskega vnosa, pa že obstaja možnost s posebnim programom, ki ga je izdelalo ministrstvo za zdravje, kot e-triaža. Ampak, ker so z implementacijo tega sistema v obstoječe informacijske sisteme težave, ga na Internistični prvi pomoči nismo začeli uporabljati, vsaj ne sistematično in pa za vse bolnike.«

Intervjuvanec B poudari predvsem težave z elektronskim dokumentiranjem in pove: »Dokumentiranje se je sicer spremenilo, a na žalost še vedno večinoma na papirju, kljub temu da bi lahko vse vodili računalniško.« Tudi intervjuvanec F poudari težave z elektronskim dokumentiranjem: »Da, obstaja nekakšno elektronsko orodje, ki ga je pripravilo ministrstvo, to je e-triaža. Problem tega je, da ne omogoča prenosa podatkov, ki jih dobimo v naš sistem. Potem je potrebno iste podatke dvakrat ali trikrat vnašati in mi se trudimo, da bi imeli svoj sistem, ki bi prenašal podatke tako v e-triažo, kot v naš sistem, kar bi nam olajšalo delo.« Tudi intervjuvanec E poudari pomembnost razvoja elektronskega dokumentiranja za proces triaže: »V prihodnosti je vsekakor nujno, da se bo začelo z elektronskim vnosom triaže in zbiranjem podatkov. Sedaj je vprašanje, ali se bo lahko uspešno implementiralo v program e-triaža, ki ga je naredilo ministrstvo, ali bo šel UKC v lasten razvoj in podporo vnosov triaže. Seveda bo s tem potrebno zagotoviti, da bodo v takem programu algoritmi in vsi podatki, ki so nujni za kakovostno triažo.« Medtem ko intervjuvanec A poudari, da na njihovem področju ni prišlo do sprememb dokumentiranja, je pa bolj sledljivo in natančno: »Naše dokumentiranje se ni spremenilo. Še vedno imamo svoje protokole, ki jih izpolnjuješ in na podlagi tega protokola predaš pacienta. V vsakem primeru smo morali pridobiti podpis od nekoga, da smo tega bolnika

nekomu predali, tako da pri podpisovanju nimamo večjih razlik. Mogoče je bolj kvalitetna predaja, da dejansko tiste meritve, ki sem jih opravil na terenu, nekdo pogleda in preveri ter s tem zazna spremembo stanja bolnika. Pred tem sem namreč te meritve oddal in je trajalo kar nekaj časa, da je prišlo do ponovnih meritev vitalnih funkcij.«

Z uvedbo dokumentacije oziroma triážnega lista zdravstvene nege ter nekoč elektronskega zapisa se je zagotovila večja varnost bolnika ter zaposlenih, boljše sledenje bolnika in bolj natančno ter dosledno zapisovanje ugotovitev med procesom sprejema bolnika.

Intervjuvanec F, ki poudari, da je za varnost pomembna tudi dokumentacija dela v triži in pravna zaščita bolnika ter osebja, ki opravlja delo na urgenci. »Danes je vsak bolnik, ki ni direktno pripeljan v ambulanto, in to so ponavadi rdeči ali oranžni bolniki, trižiran tako, da imamo vse pomembne podatke o njem, ob prvem stiku s trižno medicinsko sestro, ki jih prej nismo imeli zapisanih. To je zelo pomembna stvar z gledišča stroke, ker vemo, kako so se stvari spreminjale v naslednjih urah, saj imamo izhodiščne vrednosti. Pa tudi z vidika pravne zaščite, če pride do kakšnih zapletov, imamo te stvari zavedene, kar je za nas zelo pomembno, saj smo na ta način zaščiteni.«

Enkrat letno se na Internistični prvi pomoči opravi kontrola kakovosti triážnega dokumentiranja. S pomočjo internih podatkov Internistične prve pomoči in njihovih kazalnikov kakovosti lahko opredelim, katere rubrike trižne dokumentacije se preverjajo. Za leto 2015 se je preverilo, če se je označil razlog prihoda oziroma trižni algoritem, kar je bilo označeno v 91,5 %, če se je izbral kriterij v določeni trižni skupini, kar je bilo označeno samo v 67,5 % dokumentacije, ali se je dokumentirala bolečina predvsem pri izbranem algoritmu, ter ocena bolečine. Bolečina se je dokumentirala v 51,5 %, ta odstotek je manjši pri oceni bolečine, ko sta izbrana algoritma bolečina v prsih, trebuhu ipd., saj jo dokumentira le 25 % trižnih medicinskih sester. Ali je označena trižna skupina, dosegajo 92 % dokumentiranost. Pri beleženju podatkov so 92 %, kar se nanaša predvsem na dokumentiranje vitalnih funkcij ter opomb. Ob prisotnosti podpisa trižne medicinske sestre, ki je izpolnila trižno dokumentacijo, dosegajo 99 % uspešnost.

4.3 Ugotovitve raziskave

Odgovori intervjuvancev in analiza intervjujev potrjujejo, da je z uvedbo triže v proces obravnave bolnika v urgentnem bloku Ljubljana prišlo do določenih učinkov. Z vidika vpliva triže na proces sprejema bolnika se vsi intervjuvanci strinjajo, da je prišlo do nekih sprememb. Lahko potrdimo, da se strinjajo, da se je proces triže nadgradil ter poenotil. S procesom triže so pridobili bolj definiran postopek obravnave, sprejem se je poenotil, torej morajo skoraj vsi bolniki najprej skozi trižni proces, šele nato v proces diagnostike in pregleda bolnika. Manjši odstotek bolnikov, ki spadajo v rdečo skupino, in mogoče nekateri iz oranžne kategorije, lahko preskočijo proces triže, saj je za njih narejena hitra

pot, omogočijo jim takojšni pregled. Na račun trižnega procesa je prišlo do boljše informiranosti bolnikov o sprejemu in nadaljnjem poteku obravnave, saj so za to vzpostavili določen kader, ki opravlja delo trižne medicinske sestre in z dodatnim delovnim mestom definirali določene kompetence. S tem se je povečal nadzor nad bolniki, ki so prihajali in tako so tudi oni pridobili formalni sprejem in uvrstitev v čakalno vrsto.

Glede prepoznavne rizičnih skupin so se intervjuvanci strinjali, da je trižni proces temu namenjen in da se je s procesom to precej olajšalo. Predvsem na račun tega, da vsakega bolnika pogleda in pregleda trižna medicinska sestra in s tem pridobi boljše podatke in prepoznavnost za vsakega bolnika, ki pride na Urgentni blok Ljubljana. S prepoznavo rizičnih skupin in bolj življenjsko ogroženih bolnikov se je z umestitvijo v proces obravnave bolnika na ta račun zmanjšala. Trižna medicinska sestra lahko z dodatnimi opaznanji in ukrepi v trižni ambulanti prepreči poslabšanje bolnikovega stanja in s tem prepreči nezaželeni dogodek.

Pri doseganju trižnih časov, ki so kazalnik kakovosti in lahko tudi razlog za večje zadovoljstvo ali nezadovoljstvo bolnikov s procesom obravnave, nekateri intervjuvanci povedo, da umestitev triže v proces ni izboljšalo in skrajšalo tega časa, čeprav zbrani razpoložljivi podatki kažejo drugače. Lahko, da je do zmanjšanja časa obravnave prišlo zaradi večjih diagnostičnih postopkov v trižni ambulanti Internistične prve pomoči in s tem hitrejša zaključevanje zdravnikov v procesu pregleda in diagnostike. Po podatkih za Internistično prvo pomoč v letu 2011, ko še ni bila vpeljana formalna triža v proces sprejema in obravnave, je bil povprečni čas čakanja na pregled 1 ura in 16 minut za vse bolnike ter čas obravnave (od prihoda do zaključka) 6 ur in 4 minute. Zaradi tega podatka lahko predvidevamo, da se čas obravnave ne navezuje na trižni proces, lahko sklepamo, da se je na račun umestitve triže v proces obravnave ta čas celo povečal, predvsem za bolnike, ki so v nižjih trižnih skupinah, saj imajo prednost pred njim vsi z večjo trižno skupino.

Povečan čas čakanja na obravnavo je v več primerih razlog za pritožbo bolnikov. Na zadovoljstvo bolnikov pa je predvsem vplivala boljša informiranost bolnika o procesu obravnave. Intervjuvanci so tudi poudarili, da je velika mera nezadovoljstva pripisana predvsem čakalnemu času in ne trižnemu procesu.

Intervjuvanci so enotni, da je umestitev triže v proces obravnave pripomogla h kakovostnejši obravnavi bolnika. Pomembno je predvsem dejstvo, da so intervjuvanci mnenja, da je s procesom triže postal sprejem bolnika lažji in enostavnejši. Bolniki večinoma vedo, kam morajo za sprejem. Težave jim delajo predvsem različne organizacijske enote, saj velika večina bolnikov ne ve, kam so bili napoteni s strani osebnih zdravnikov, na katero enoto morajo priti v primeru izpuščaja ali poškodbe. To je težava predvsem zaradi organizacijske sheme Urgentnega bloka Ljubljana, saj so bile v

urgentnem bloku Ljubljana z vzpostavitev triaže vzpostavljene tri triažne ambulante, za vsako organizacijsko enoto posebej.

V sklopu novih prostorov in opremljanja novih dodatnih ambulant je prišlo do povečanih stroškov, nekateri so bili enkratni, drugi bolj persistentni. Intervjuvanci so mnenja, da je s triažo prišlo do kadrovskega povečanja, saj je bilo potrebno zagotoviti triažno medicinsko sestro 24 ur na dan. Da je medicinska sestra postala triažna medicinska sestra, je morala imeti tri leta delovnih izkušenj v urgentni dejavnosti in opravljen izpit iz Manchasterskega triažnega sistema. V nadaljevanju naj to ne bi več predstavljalo stroška, saj je po mnenju intervjuvanca to le začetni strošek, dokler ne bo možna specializacija medicinskih sester iz urgentne dejavnosti in bo izobraževanje vključevalo tudi Manchesterski sistem triažiranja.

K povečanju stroškov je prispeval tudi spremenjen način dokumentacije, saj je bilo potrebno vzpostaviti ter ponekod prilagoditi način dokumentiranja in beleženja triažnega procesa. Tudi po mnenju intervjuvancev je prihodnost v elektronskem dokumentiranju, saj bo lažje, bolj pregledno in bo omogočalo boljše sledenje bolnikov. Pri analizi je bilo ugotovljeno pomanjkljivo dokumentiranje, predvsem pa je skrb vzbujač podatek, da 17 % bolnikov, ki so prišli v Urgentni blok Ljubljana, ni imelo triažne dokumentacije, oziroma ni bila označena triažna skupina.

5 PRIPOROČILA ZA NADALJNI RAZVOJ TRIAŽE

Za nadaljnji razvoj triaže kot del obravnave bolnika v Urgentnem bloku Ljubljana, bo potrebno poenotiti sprejem. To pomeni, da je za boljši učinek triaže in njenega procesa potrebno zagotoviti in združiti vse organizacijske enote v enotno triažo. Tako bodo bolniki ob prihodu manj zmedeni in bodo vedeli kam se obrniti ter kje je sprejem v urgentni blok. V enotni triaži, kjer bodo sodelovale vse tri organizacijske enote, bo tudi enotna dokumentacija ter samo en informacijski sistem. S tem bo frekvenca bolnikov v triažni ambulanti večja, a vendar bo potrebno dati v triažno ambulanto več kot eno medicinsko sestro, ki bo triažo opravljala, saj je po podatkih v letu 2015 dnevno v povprečju poiskalo pomoč 368,3 ljudi. Tako bo prepoznavna rizičnih bolnikov še vedno obvladljiva, predvsem ko bo število bolnikov presegalo razpoložljive resurse.

Večina intervjuvancev je izrazila željo po večjem sodelovanju zdravnika konzultanta v triažni ambulanti. Leta 2004 je bila objavljena raziskava o triažnem timu, kjer so raziskovali, kako bi vplivala triažna skupina, ki bi bila sestavljena iz zdravnika in medicinske sestre, na čas obravnave in diagnostike ter čas odpusta. V raziskavi so prišli do zaključka, da triažni tim učinkovito skrajša čas, zaznali so pomembno povečanje pregledanih bolnikov in odpustov v času 20 minut (Subashi, Dunn, McNicholl, & Marlow, 2004). Žal je bila raziskava izvedena samo v določenem času treh ur na dan. A vendar je nek pokazatelj, da bi lahko tudi v prihodnje začeli z boljšim in pogostejšim sodelovanjem

zdravnikov v triažni obravnavi, saj bi mogoče lahko s tem zmanjšali čas čakanja, obravnave in zaključka bolnikov, predvsem v nižjih triažnih skupinah in lažjih primerih, ki ne potrebujejo večje diagnostične obravnave. Tako bi lahko zmanjšali obremenjenost urgentnega bloka in vseh ekip v ambulantnem delu. Tudi Lyons, Brown in Wears (2007) poudarjajo pomen triaže v procesu sprejema bolnika v urgentnem bloku ter razvoj klinične poti za nekatera bolezenska stanja in s tem poenostavljenega delovanja. Predvsem se osredotočijo na delovanje sester v triažni ambulanti in vpliv dodatne diagnostike v triaži za ostale bolnike, ki čakajo, da bodo striažirani. Za vsakega bolnika je triažna sestra porabila v povprečju 7 minut, dodatna diagnostika kot rentgen, ni imela večjega vpliva na čas čakanja. Za bolnike, ki so v skupini pogled in zdravi (angl. *see and treat*), se je povečal čas čakanja za ostale bolnike, a vendar je bilo na ta račun manjše število bolnikov v procesu pregleda in diagnostike. Na podlagi te raziskave bi lahko za izboljšanje procesa in hitrejše obravnave predlagala poseben prostor za bolnike, ki ne potrebujejo pregleda in diagnostike, da se proces sprejema v triažni ambulanti ne bi podaljšal. Tako bi lahko izboljšali učinkovitost triažnega procesa.

V raziskavi je bila poudarjena prepoznava rizičnih skupin in nezaželenih dogodkov s pomočjo procesa triaže. Prišli smo do sklepa, da je proces triaže zelo učinkovit za rizične bolnike, da je večja verjetnost, da triažna medicinska sestra prepozna nezaželene dogodke in s tem zagotovi večjo varnost bolnikov. A vendar ni bilo nikjer omenjeno, kako lahko triažna medicinska sestra zagotovi večjo varnost osebja, ki dela v triažni ambulanti, kakšni so načini in možnosti, da pokliče na pomoč v primeru nevarnosti. V zadnjem času so se v medijih razpisali o nasilju v urgentnih blokkih, o nestrpnosti bolnikov do sistema. Ob večjem številu ljudi v čakalnici, ki so sestavljene iz bolnikov in njihovih spremljevalcev, največkrat zasedajo prenatrpano čakalnico, kjer je premalo stolov, prepih in seveda dolga čakalna doba. Zaradi prevelikega števila oskrbe potrebnih bolnikov, ki vključujejo posamezne osebne stiske svojcev in bolnikov, ni nepričakovano, da prihaja do nestrpnosti, ki lahko prerastejo v nasilje. Za večjo varnost bolnikov in osebja, ki dela na urgentnem bloku, bi bilo potrebno zagotoviti rdeči gumb (angl. *panic button*), ki ga lahko sprožiš in dobiš pomoč v parih minutah. Za večje zadovoljstvo bolnikov in njihovo varnost bo potrebno boljše informiranje in vključevanje v proces sprejema in obravnave, predvsem pa omogočiti hitrejši odliv bolnikov za sprejem na oddelke ter boljše pogoje čakanja.

Z boljšimi pogoji dela, hitrejšo in strokovno obravnavo, boljšo informiranostjo in s tem zagotavljanjem varnosti se bo povečalo tudi zadovoljstvo bolnikov s procesom obravnave. Za lažje sledenje bolnikom bo potrebno poenotiti tudi dokumentacijo. Smiselno bi bilo, da se v prihodnosti vzpostavi enoten informacijski sistem, ki bo omogočal triažni sestri boljši dostop do bolnikove dokumentacije in enotno izpolnjevanje triažne dokumentacije. Z enotnim informacijskim sistemom bi zagotovili, da bodo vsi obravnavani bolniki vpisani po enakih merilih in s tem zagotovili tudi boljšo pravno zaščito za triažne medicinske sestre in ostalo osebje. Tako bo tudi čakalna vrsta enotna za vse bolnike in ne bo potrebno

podvajati vpisa za posamezne organizacijske enote. Z enotno dokumentacijo bi bila tudi statistična obdelava boljša in enostavnejša. Z napredovanjem tehnologije bi bilo smiselno imeti elektronski triažni list oziroma elektronsko sprejemno dokumentacijo z možnostjo atomatičnega obračuna stroškov, enotnih vpisnih kriterijev, izbire algoritmov in s tem nekoč tudi izbire klinične poti in diagnostičnih postopkov.

Vse to bo možno z izgradnjo urgentnega centra v Ljubljani. Tako intervjuvanec F poudarja, da se je potrebno držati primerov dobre prakse in tako omogočiti boljše sodelovanje med enotami. Kaj lahko v prihodnje pričakujemo od Urgentnega bloka Ljubljana pa nam pove intervjuvanec F: »Sicer ta združevanja potekajo tako ali tako v letošnjem letu v raznih centrih, bolj ali manj uspešno. Na primer, imaš take primere, ki so zelo dobro izpeljani, kot na Jesenicah, kjer so se začeli dogovarjati že leto prej in so z dobro voljo in dogovori dosegli kar dobro sodelovanje, oni pravzaprav tukaj nimajo težav. Težave imajo s kadrom, ki jim ga primanjkuje. Potem imaš na drugi strani težave v Mariboru, kjer se Internistična prva pomoč noče pridružiti urgentnemu centru, dokler ne bodo imeli rešenih kadrovskih težav, pa v Novem Mestu, ko se niso hoteli pridružiti, pa sedaj vsi bolniki v povečanem številu prihajajo v urgentni center. Podobno je tudi v Brežicah. Skratka, tam se niso mogli dogovoriti, kako bi. Zdi se mi, da je ta povečan priliv bolnikov v urgentne centre neke vrste, ne vem, ne bom rekel maščevanje, ampak na nek način kaznujejo to organizacijsko enoto, na ta način da jim pošljejo čisto vse, ki niso redno naročeni v ambulate, kar se mi zdi grozna škoda in napaka. Iz teh primerov se lahko učimo in ker imamo čas, da se dogovorimo nekje do naslednjega leta, se bomo skušali z našimi sosedi, s katerim delamo že nekaj desetletji, se mi zdi da vsaj 35 do 40 let. Tako da nam je verjetno lažje kot je bilo drugim, ker smo že od nekdaj skupaj in se to sodelovanje se kaže na tak način, da je zdravstveni dom kot UKC Ljubljana sporočil ministrstvu dobro voljo v zvezi z združevanjem, podpisala se je tudi, ne pogodba, ampak pismo o nameri združevanja. Tako da se moramo mi sedaj z našimi brati, Službo splošne nujne medicinske pomoči, dogovoriti kako si bomo delili delo. Verjetno podobno kot sedaj. Želeli bi pa, da bi bolniki s tem nekaj pridobili. Skušali bomo, ne podvajati pregledov bolnikov, se pravi, ko bo začel pregled bolnik pri enem zdravniku, da bo ta speljal zadevo do konca, s pomočjo neke konzultantsko konzilijarne službe in da se ta bolnik ne bo zaporedno premikal iz ambulate v ambulate in s tem podaljševal svojega bivanja na urgenci za več ur. Tukaj vidim plus in takih bolnikov, ki jih letno podvajamo, je 6000. Približno 1500 bolnikov pa Služba splošno nujno medicinsko pomoč kot prehospitarna enota pripelje direktno k nam na Internistično prvo pomoč. Ti se ne podvojijo, medtem ko tisti, ki pridejo najprej na pregled na Splošno nujno medicinsko pomoč in kasneje ugotovijo, da potrebujejo neko nadaljnjo obravnavo specialista, ti pa si ne zaslužijo še enega čakanja. Že sedaj imamo na razpolago zdravnika konzultanta, ki se pa ne uporablja tolikokrat kot bi bilo potrebno iz enega ali drugega razloga.«

SKLEP

Magistrsko delo se loteva analize učinkov umestitve triaže v proces obravnave bolnika v urgentnem bloku Ljubljana. V nalogi poskušam na podlagi teoretičnih in empiričnih spoznanj ugotoviti učinke ter jih s pomočjo raziskave tudi potrditi.

Raziskovalnega problema sem se lotila predvsem zaradi aktualnosti teme in spreminjanja procesa dela v svojem delovnem okolju. Zaradi spremembe zakonika in pravilnika o izvajanju nujne medicinske pomoči, gradnji in vzpostavitvi novih urgentnih centrov in s tem spremembe delovnih procesov je bilo zelo težko izluščiti in poiskati pravilne in za posameznika pomembne informacije. V ta namen sem se osredotočila samo na urgentni blok UKC Ljubljana in njene največje organizacijske enote, ki so Urgentni kirurški blok, Internistična prva pomoč in Služba splošne nujne medicinske pomoči.

Velik del je namenjen teoretičnemu delu, ki najprej prikaže, kaj je poslovni proces, kako poslovne procese modeliramo in kaj potrebujemo za njihovo prenovo. Nato na kratko opišem, kako potekajo poslovni procesi v zdravstvu in v čem se najbolj razlikujejo od poslovnih procesov v zasebnih in javnih podjetjih, ki niso vključena v zdravstveno dejavnost.

Poslovni procesi so niz strukturiranih delovnih nalog, ki jih opravlja eden ali več posameznikov za doseganje skupnega cilja (Plesmus, 2003). S preučevanjem poslovnih procesov dosegamo večjo notranjo učinkovitost in povečujemo racionalizacijo resursov. Procese tako delimo na poslovne procese, ti se razdelijo na posamezne procese in ti na podprocese in ustrezne aktivnosti. Vse te procese, podprocese in aktivnosti lahko uporabimo za modeliranje poslovnega procesa in ga tudi z različnimi orodji grafično prikažemo. V magistrskem delu sem opisala najpogostejša orodja za modeliranje, osredotočila sem se predvsem na diagram toka poteka in diagram poteka, ki sta klasična predstavnika tehnike modeliranja.

Za prenovo poslovnih procesov je potrebna natančna analiza vseh aktivnosti procesa, da lahko opredelimo njegove pomanjkljivosti in tako povečamo njegovo učinkovitost. S tem pa si ne zagotovimo dejanske uspešnosti prenove procesa (Smith & Fingar, 2003). Ko opravimo analizo vseh komponent v poslovnem procesu, ki ga želimo prenoviti, se lahko lotimo modeliranja poslovnega procesa.

Poslovni procesi v zdravstvu se razlikujejo predvsem, ker je to aktivnost, ki se mora prilagoditi posameznemu bolniku ali tipu bolezni ter upoštevati njegove značilnosti. Tako mora potek procesov temeljiti na dokazih medicine in zdravstvene nege, kliničnih smernicah ter znanju in veščinah zaposlenih. Najpogostejši izraz za poslovne procese v zdravstvu je klinična pot. Klinična pot je celosten načrt zdravstvene oskrbe, ki se uporablja

za obravnavo tipične vrste bolnikov z določeno boleznijo ali zdravstveno težavo. Koristi, ki jih vidijo v zdravstvu z uporabo klinične poti, so predvsem v dvigu kakovostne obravnave, izboljšanju koordinacije kliničnega tima, obvladovanju stroškov, primerjavi med izvajalci, pogajalskih izhodiščih in vključitvi uporabnikov v proces zdravstvene oskrbe.

Za boljše razumevanje delovanja poslovnih procesov v zdravstvu je potrebno poznati pravilnike in zakonike o izvajanju zdravstvenih storitev in dejavnosti. V magistrskem delu sem se osredotočila predvsem na izvajanje nujne medicinske pomoči. Ker je med pisanjem prišlo do korenitih sprememb pravilnikov o izvajanju nujne medicinske pomoči, sem za razumevanje predhodnega obdobja, v katerem se je znašla nujna medicinska pomoč, opisala procese, ki se navezujejo pred sprejetjem novega pravilnika oziroma trenutno veljavnega pravilnika o nujni medicinski pomoči, ta se predvsem nanaša na vzpostavitev novih urgentnih centrov po Sloveniji. Ker do izgradnje urgentnega centra v Ljubljani še ni prišlo, sem v ta namen predstavila organiziranost in procese, ki se navezujejo na stari pravilnik o nujni medicinski pomoči, ter dodala točke iz novega pravilnika nujne medicinske pomoči, ki se kljub temu da izgradnja urgentnega centra v Ljubljani še ni dokončana, upoštevajo. To so predvsem točke iz pravilnika, ki se nanašajo na proces sprejema urgentnega bolnika, ki vključujejo procese in aktivnosti, povezane z izvajanjem Manchesterske triaže.

Nujna medicinska pomoč predstavlja službo, ki 24 ur na dan, vse dni v letu zagotavlja zdravstveno varnost državljanom Republike Slovenije. Nujno medicinsko pomoč ureja pravilnik o nujni medicinski pomoči. Sistem zagotavlja oskrbo oseb vseh starosti, ki so zaradi nenadne bolezni, poškodbe ali zastrupitve življenjsko ogrožene. Osredotočila sem se na bolnišnični del sistema nujne medicinske pomoči, ta zagotavlja obravnavo poškodovanega ali nenadoma obolelega bolnika. Novembra 2015 je v veljavo stopil novi pravilnik o sistemu nujne medicinske pomoči in tako prinesel reorganizacijo službe in nove organizacijske sheme. Ker je trenutno še vedno predhodno obdobje, je reorganizacija povezana predvsem z izgradnjo in dokončanjem urgentnih centrov po Sloveniji. Z novo reorganizacijo je vezan tudi sistem triaže, ki bo poenotil sprejem urgentnega bolnika, saj bodo morali vsi urgentni centri sprejemati bolnike po principu Manchesterskega triážnega sistema.

Najpogostejši triážni sistemi po svetu imajo opredeljeno lestvico triážiranja, kriterije, po katerih razvrstijo bolnika v določeno nujnostno skupino, dokumentacijo in pa vrednotenje samega procesa triaže. Vsi sistemi so petstopenjski, saj s tem omogočajo visoko stopnjo strinjanja, natančnosti in ponovljivosti v triážnem postopku. Triažni sistemi, ki se uporabljajo po svetu, so predvsem Kanadski triážni sistem, ESI, Avstralsko-azijska triážna lestvica ter Manchesterski sistem triaže. V Sloveniji smo prevzeli Manchesterski sistem

triaže leta 2011. Trenutno potekajo pospešena izobraževanja in uvajanje v Manchesterski sistem triaže, zaradi izgradnje novih urgentnih centrov.

Manchesterski sistem triaže danes temelji na uporabi 53 algoritmov, ki zajemajo glavne simptome, zaradi katerih bolniki prihajajo v sistem nujne medicinske pomoči. Vsak algoritem ima določene kriterije, s pomočjo katerih triažna medicinska sestra določi stopnjo ogoženosti bolnika in ga s tem uvrsti v čakalno vrsto.

Manchesterska triaža je del procesa sprejema bolnika v urgentnem bloku. V teoretičnem delu sem predstavila manchesterski sistem triaže, njene zakonitosti in pravila za izvajanje s pomočjo raziskav in člankov v tuji in domači literaturi. Dotaknila sem se predvsem vprašanja, kakšni učinki so bili z uvedbo triaže v proces sprejema bolnika v urgentnem bloku Ljubljana ter jih s pomočjo raziskave poskušala analizirati. Opredelila sem učinke, ki so se mi zdeli pomembni in sem jih pridobila na podlagi teoretičnega dela. Ti vključujejo spremembo strukture procesa sprejema bolnika, zaradi tega je posledično zadovoljstvo uporabnikov večje, kakovostnejša obravnava je hitrejša in boljša, proces dela je z doslednejšo dokumentacijo izboljšan in omogoča boljše sledenje bolnika, zagotavlja večjo varnost in boljšo informiranost, stroški v organizacijskih enotah so zaradi povečanja kadrovskih virov višji, izboljšana sta pretok in obravnava bolnika v urgentnem bloku.

Empirični del predstavlja kvalitativno in kvantitativno raziskavo, kjer sem na podlagi polstrukturiranih intervjujev in pridobljenih podatkov želela prikazati, kakšni so učinki uvedbe triaže v proces sprejema bolnika v urgentnem bloku Ljubljana. V analizi na podlagi polstrukturiranih globinskih intervjujev odgovore intervjuvancev analiziram po tematskih sklopih, s čimer pridobim njihov vpogled in razumevanje posameznih učinkov uvedbe triaže v proces sprejema bolnika v urgentnem bloku. Analiza prikaže, da je večina intervjuvancev pozitivno usmerjena glede sprememb, ki jih je uvedla triaža v proces sprejema in njenih učinkov, predvsem pa je potrebno razmisliti vnaprej, kako bi proces lahko izboljšali, ko bo prišlo do združitve vseh organizacijskih enot v urgentni center Ljubljana. Raziskava je tudi pokazala, da je z uvedbo triažnega sistema v proces sprejema urgentnega bolnika prišlo do določenih učinkov. Potrdimo lahko, da je prišlo do spremembe procesa, in sicer v smislu poenotenja sprejema in njegove nadgradnje. S spremembo strukture je prišlo do boljšega nadzora nad prihajajočimi bolniki, saj so pridobili formalni sprejem in v ta namen dodatno kadrovsko okrepitev. S povečanim kadrom, dodatnim prostorom za triažiranje in usposabljanjem kadra za triažo je prišlo do začetnih stroškov, ki v prihodnje ne bodo persistentni. Največ napredka je bilo v dokumentaciji zdravstvene oskrbe bolnikov, ki so stopili v proces obravnave v organizacijske enote Urgentnega bloka Ljubljana. Težava, ki so jo navajali, je bila predvsem v organizacijski shemi Urgentnega bloka Ljubljana, saj je veliko bolnikov zmedenih pri vprašanju, kam se morajo obrniti za pomoč.

Med analizo sem poskušala nekatere učinke potrditi tudi s kvantitativno raziskavo in obdelavo pridobljenih podatkov iz informacijskih sistemov, ki se uporabljajo v organizacijskih enotah urgentnega bloka Ljubljana. Podatki, ki sem jih pridobila iz informacijskih sistemov, se nanašajo na število bolnikov, ki so obravnavani v urgentnem bloku Ljubljana in kažejo na obremenitve posamezne organizacijske enote z bolj kompleksnimi bolniki, ki potrebujejo več časa, denarja in kadrovskih resursov. Preverila sem tudi, ali organizacijska enota Internistične prve pomoči, ki je najbolj obremenjena enota z bolniki iz rdeče in rumene triažne skupine, dosega čase, ki jih določa Manchesterski triažni sistem in poskušala opredeliti, zakaj pride do prekoračitev časov. Zadnji del empirične raziskave predstavljajo priporočila za nadaljnji razvoj triaže kot proces sprejema bolnika v urgentnem bloku Ljubljana.

Magistrsko delo ponuja nekaj prispevkov k razumevanju ravni zdravstvene dejavnosti in sistema nujne medicinske pomoči ter ponuja vpogled v organizacijsko sestavo urgentnega bloka Ljubljana. S pomočjo diagrama sem ponazorila procese, podprocesе in aktivnosti sprejema bolnika v urgentnem bloku Ljubljana in tako predstavila delovanje organizacijskih enot. Odkar je bil uveden proces triaže v obravnavo bolnika v urgentnem bloku Ljubljana, je bila prvič narejena analiza učinkov triaže na organizacijo in procese sprejema in obravnave bolnika, kar kaže na pomemben prispevek magistrskega dela.

LITERATURA IN VIRI

1. Aguilar-Savén, R.S. (2004). Business process modelling: Review and framework. *International Journal of Production Economics*, 90(2), 129–149.
2. Agency for Healthcare Research and Quality. (2005). *Emergency Severity Index Version 4: Implementaion handbook*. Najdeno 14. januarja 2015 na spletnem naslovu www.ahrq.gov/research/esi/esihandbk.pdf
3. Berginc Dolenšek, A., Hajnrih, B., Kadivec, S., Kersnik, J., Kramar, Z., Lednik, L., Marušič, D., Mlakar, J., Robida, A., Yazbeck, A.M., & Zorman, I. (2006). Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti. V A.M.Yazbeck & A. Robida (ur.), *Različica 1.0*. (str. 1045). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS.
4. Burns, L.R. (2005). *The business of healthcare innovation*. Cambridge (UK), New York: Cambridge University Press.
5. Burns, L. R. (2012). The business of healthcare innovation: The business of healthcare innovation in the Wharton School curriculum. *Cambridge University Press*. Najdeno 12. marca 2016 na spletnem naslovu http://assets.cambridge.org/97805218/38986/excerpt/9780521838986_excerpt.pdf
6. Bručan, A. (2012). Bolnišnična NMP v Sloveniji – trenutno stanje in možnosti razvoja v Sloveniji 19. *Mednarodni simpozij o urgentni medicini* (str. 123–127). Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
7. Canadian Association of Emergency Physicians. (b.l.). *Implementation guidlines for the Canadian Emergency Department, Triage and Acuity Scale*. Najdeno 18. januarja 2015 na spletnem naslovu <http://caep.ca/resources/ctas/implementation-guidelines#triage-acuity-scale-definitions>
8. Cotič Anderle, M. (2007). Triaža na urgentnem oddelku bolnišnice. V D. Štromajer, M. Cotič-Anderle, S. Mahnič, M. Okrožnik, V. Bračko & M. Brvar. (ur.), *Življenjsko ogrožen pacient – učinkovita in kakovostna oskrba* (str. 4952). Čatež: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci.
9. Chan, H.Y., Lo, S.M., Lee, L.L.Y., Lo, W.Y.L., Yu, W.C., Wu, Y.F., Ho, S.T., Yeung, R.S.D., & Chan, J.T.S. (2014). Lean techniques for the improvement of patients flow in emergency department. *World J Emerg Med*, 5(1), 24–28.
10. Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010). Modern triage in the emergency department. *Deutsches Arzteblatt International*, 107 (50), 892–898.
11. Cugelj, R., & Kern, T. (2008). Procesi v zdravstvu. *Organizacija*, 24(1), 2227. Maribor: Univerza v Mariboru.
12. Department of Health and Ageing. (2007). *Emergency Triage Education Kit*. Canberra: Government Australia.
13. Došenović Bonča, P. (2010). *Inovacije kot dejavniki učinkovitosti in uspešnosti bolnišnic v Sloveniji* (doktorsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
14. Došenović Bonča, P. (2014). *Opredelitev in merjenje učinkovitosti v zdravstvu: primer slovenskih bolnišnic*. Ekonomska fakulteta, Ljubljana.

15. Evropsko združenje za klinične poti (European Pathway Association - EPA). (2012). *Care pathways*. Najdeno 10. oktobra 2014 na spletnem naslovu <http://www.e-p-a.org/>
16. Fortes Lähdet, T. E., Suserud, B-O., Jonsson, A., & Lundberg L. (2009). Analysis of triage worldwide. *Emergency nurse*, 17(4), 1619.
17. Fekonja, Z., Kelebič, A., & Šimat, D. (2010). Sprejem pacienta po standardu SNMP Maribor: Prikaz uporabe modificiranega Manchesterskega sistema. V A. Posavec (ur.), *20-letnica delovanja Sekcije reševalcev v zdravstvu, Gozd Martuljek*, 26. in 27. marec 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu.
18. Fekonja, Z., Kelbič, A., Šimat, D., & Zafošnik, U. (2011). *Predlog izboljšave procesa sprejema pacientov v ANMP Ljubljana*. Maribor: UKC Maribor.
19. Fink, A. (2005). *Informacijski sistem nujne medicinske pomoči* (diplomsko delo). Maribor: Fakulteta za organizacijske vede.
20. Hajnrih, B., Kadivec, S., Kramar, Z., Marušič, D., Mate, T., Poldrugovac, M., Prevolnik Rupel, V., Simčič, B., & Yazbeck, A-M. (2009). *Priročnik za oblikovanje kliničnih poti*. V D. Marušič & B. Simčič. (ur.), *Različica 1.0*. (str. 5-16). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS.
21. Hammer, M., & Champy, J. (2003). *Reengineering the corporation: A manifesto for business revolution*. London: N. Brealey Publishing.
22. Harmon, P. (2003). *Buissnes proces change*. Boston: Elisver, Morgan Kaufmann Publication.
23. Harmon, P. (2007). *Business Process Change. A guide for business managers and BPM and Six Gama professionals* (2nd ed.). Boston: Elisver, Morgan Kaufmann Publishers.
24. Hooper, A., & Wright, J. (2005). *Understanding Buisness Process Managment for Communication Services*. Pune: Tech Mahindra Limited.
25. Hindle, D., & Yazbeck, A-M. (2005). Clinical pathways in 17 European Union countries; a proposive survey. *Australian Health Review*, February 29(1), 94-104.
26. Huzjan, T. (2005). *Prenova proizvodnega procesa* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
27. Kern, T. (2005). Z učinkovitimi procesi do trajne rasti organizacije. 8. dan kakovosti in inovativnosti Dolenjske in Bele krajine - *Otočec 2005* (str. 1-8). Novo Mesto: Gospodarska zbornica Dolenjske in Bele krajine.
28. Kordeš, U., & Smrdu, M. (2015). *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Univerzitetni učbenik. Koper: Založba Univerze na Primorskem.
29. Košir, R. (2015a). Razvoj sistema nujne medicinske pomoči v Sloveniji. *Kongres Zdravje in zdravstvo: izzivi in usmeritve zdravstva v Sloveniji: 5. in 6. oktober Brdo pri Kranju* (str. 115-128). Ljubljana: Uradni List RS.
30. Košir, R. (2015b). Quo vadis - urgentni centri v Sloveniji? 22. *Mednarodni simpozij urgentne medicine. Urgentna medicina izbrana poglavja* (str. 48–52). Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.

31. Košir, S., Brvar, M., & Mahnič, S. (2005). Predstavitev Urgentnega bloka Kliničnega centra v Ljubljani. *Strokovni seminar Življenjsko ogrožen pacient – nujni ukrepi*. Terme Čatež, 6. in 7. oktober 2005. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, Ljubljana.
32. Kovač, M. (2006). *Triaža ponesrečenih v množični nesreči. Ukrepanje ob množičnih nesrečah*. Ig: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu.
33. Kovačič, A., & Bosilj Vukšič, V. (2005). *Management poslovnih procesov: prenova in informatizacija poslovanja s praktičnimi primeri*. Ljubljana: GV založba.
34. Kovačič, A., Jaklič, J., Indihar Štemberger, M., & Groznik, A. (2004). *Prenova in informatizacija poslovanja*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
35. Kosi, T. (2010). *Poslovni procesi*. Ljubljana: Zavod IRC.
36. Kristl, M. (2005). *Izboljšanje ravni storitve nujne medicinske pomoči z uporabo simulacije čakalnih vrst* (magistrsko delo). Ekonomska fakulteta, Ljubljana, str. 2.
37. Lavrenčič Zafošnik, P. (2013). *Vpliv uvedbe petstopenjskega triaznega sistema na sprejem bolnikov v Službi nujne medicinske pomoči* (magistrsko delo). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
38. List d.o.o. (b.l.). Hipokrat, verzija 18.3. Najdeno 15. marca 2016 na spletnem naslovu <http://www.list.si/hipokrat>
39. Leben, A. (1997). Modeliranje delovnih procesov pri uvajanju sistemov za upravljanje delovnih procesov. *Uporabna informatika*, 5(4), 24–31.
40. Lyons, M., Brown, R., & Wears, R. (2007). Factors that affect the flow of patients through triage. *Emerg Med J*; 24, 78–85.
41. Mackway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (2006). *Manchester Triage grup: Emergency triage* (2nd ed.). London: Blackwell Publishing, BMJ Books.
42. Mackway-Jones, K., Marsden, J. & Windle, J. (2014). *Manchester Triage grup: Emergency triage* (3rd ed.). London: John Wiley & Sons, Ltd.
43. Marolt, J., & Gomišček, B. (2005). *Management kakovosti*. Kranj: Založba moderna organizacija.
44. Malhotra, N. K. (2002). *Basic Marketin Research: Applications to Contepouary Issues*. New Jersey: Pretice Hall.
45. Marušič, D. (2005). *Izboljševanje kakovosti v bolnišnicah*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS.
46. Middleton, S., & Roberts, A. (2000). *Integrated care pathways: a practical approche to a implementation*. Edinburg: Butterworth-Heinemann.
47. Mihelič, A., & Škafar, B. (2008). *Poslovni procesi*. Ljubljana: Zavod IRC, str. 52–54.
48. Ministrstvo za zdravje RS – Delovna skupina EMOUC (julij, 2015). *Enotna metodologija organizacije urgentnih centrov v Republiki Sloveniji - delovno gradivo*.

49. Ministrstvo za zdravje RS. (b.l.). *Konceptualna zasnova projekta: e- Triaža – tehnične specifikacije*. Najdeno 15. marca 2016 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/projekt_e_zdravje/
50. Možina, H. (2013). Pogled internista na organizacijo urgentnih centrov. 21. *Mednarodni simpozij urgentne medicine. Urgentna medicina izbrana poglavja* (str. 89-91). Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
51. *Nujna medicinska pomoč Nova Gorica*. Najdeno 26. Julija 2016 na spletnem naslovu <http://www.zd-go.si/nujna-medicinska-pomoc>
52. Olfsson, P., Gellerstedt, M., & Carlström, E. (2009). Manchester triage in Sweden - Interrater reliability and accuracy. *International Emergency nursing*, 17(3), 143–148.
53. Osojnik, T. (2007). *Analiza izbranih procesov v zdravstvu* (diplomsko delo). Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
54. Splošna bolnišnica Novo mesto. (2016). *Otvoritev Urgentnega centra*. Najdeno 20. julija 2016 na spletnem naslovu <http://www.sb-nm.si/1/Aktualno/articleType/ArticleView/articleId/156/Otvoritev-Urgentnega-centra-Splosne-bolnisnice-Novo-mesto.aspx>
55. Pinto, D., Lunet, N., & Azevedo, A. (2010). Sensitivity and specificity of the Manchester Triage System for patients with acute coronary syndrome. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 29 (6), 961–987.
56. Plesmus, C. (2003). *Getting Started with Workflow*. Workflow Handbook 2003. Florida: Published in association with the Workflow Management Coalition.
57. Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (Stari pravilnik o NMP). *Uradni list RS* št. 106/08, 118/08 – popr., 31/10, 94/10 in 81/15.
58. Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (Novi pravilnik o NMP). *Uradni list RS* št. 81/15 in 93/15 – popr.
59. Prestor, J. (2006). Razvoj predbolnišnične nujne medicinske pomoči. *Reševalec – spletni časopis sekcije reševalcev v zdravstvu*, 1(04-2006). Najdeno 13. marec 2016 na spletnem naslovu www.resevalci.org
60. Prestor, J. (2011). Pomen triaže in izvajanje primarne triaže v primeru izrednih dogodkov. 18. *Mednarodni simpozij urgentne medicine. Urgentna medicina izbrana poglavja* (str. 150-155). Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
61. Prosen, G. (2007). *Protokol obravnave bolnika v ambulantni nujne medicinske pomoči*. Akutna stanja: znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnoza in ukrepanje (str. 259–261). Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor – Center za nujno medicinsko pomoč in reševalne prevoze.
62. Providencia, R., Gomez, P., Barra, S., Silva, J., Seca, L., Antunes, A., Pais, J.R., Mota, P., & Leitão-Marques, A. (2011). Importance of Manchester Triage in acute myocardial infarction: impact on prognosis. *Emerg Med J*, 28(3), 212–216.
63. Rajepaksa, R. (2015). Kakovost in varnost: Triaža v urgentnih ambulantah. *Zdrav Vestn*; 84, 259–267.
64. Rant, Ž. (2002). Ljudje v procesni organizaciji. *Organizacija*, 35(5), 296–302.

65. Robida A. (2005). *10 nasvetov za varnejše zdravje*. Ministrstvo za zdravje RS in Informacijsko dokumentacijski center Sveta Evrope pri NUK v Ljubljani.
66. Rotter, T., Kinsman, L., James, E. L., Machotta, A., Gohte, H., Willis, J., Snow, P. & Kugler J. (2010). Clinical Pathways: effects on profesional practice , patient outcomes, lenght of stay and hospital costs. *Cochrane database of System Reviews*, 3, art. no.: CD006632. DOI: 10.1002/14651858.CD006632.pub2. Najdeno 12. maja 2012 na spletnem naslovu <http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD006632.pdf>
67. Seničar, V. (2006). *Modeliranje in avtomatizacija poslovnih procesov v podjetju*. (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
68. Sistem nujne medicinske pomoči: Reorganizacija urgentne službe (2016). Ministrstvo za zdravje RS. Najdeno 17. februarja 2016 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/sistem_nujne_medicinske_pomoci/
69. Slavetić, G., & Važanić, D. (2012). *Triaža u odjelu hitne medicine*. Zagreb: Ministarstvo zdravlja RH i Hrvatski zavod a hitnu medicinu.
70. Smith, H., & Fingar, P. (2003). *Business Process Management – The third wave*. Tampa: Meghan-Kiffer Press, str. 292.
71. Soler, M., Gomez, Muñoz M., Bragulat, E., & Alvarez, A. (2010). Triage: a key tool in emergency care/El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An. Sist. Sanit. Navar.*,33, 55–68.
72. Subashi, F., Dunn, F., McNicholl, B., & Marlow, J. (2004). Team triage improves emergency department efficiency. *Emerg Med J*, 21, 542–544.
73. Šavora, M. (2013). *Klinične poti kot orodje nadzora in preverjanje kakovosti zdravstvenih storitev* (magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
74. UKC Ljubljana. (2015). *Informacijski sistem Hipokrat in Birpis*. Ljubljana: Univerzitetni Klinični center Ljubljana
75. *Urgentni center Celje*. Najdeno 20. julija 2016 na spletnem naslovu <http://www.sb-celje.si/index.php?id=314>
76. *Urgentni center Izola – Strokovno delo*. Najdeno 20. julija 2016 na spletnem naslovu <https://sb-izola.si/strokovno-delo-urgentni-center-izola/>
77. *Urgentni center Maribor*. Najdeno 20. Julija 2016 na spletnem naslovu <http://www.ukc-mb.si/oddelki-sluzbe-enote/klinika-za-kirurgijo/urgentni-center/>
78. Van der Wulp, I., Van Baar, M.E., & Schrijvers, A.J. (2008) Reliability and validity of Manchester Triage System in a general emergency department patient population in Netherlands: results of simulation study. *Emerg Med J*. 2008, 25, 431-4.
79. Vuk, D. (1999). Pot do ustvarjanja in inovativnega mišljenja. *Organizacija* 32(4), 234–236.
80. Wilkinson, D., & Birmingham, P. (2003). *Using Research Instruments: A guide for Researchers*. London: Routledge Falmer.
81. Wuerz, R., Milne, L.W., Eitel, D.R., Travers, D., & Gilboy, N. (2000). Reliability and validity of new five-level triage instrument. *Acad Emerg Med*. 7(3), 236–242.

82. Yazbeck, A.M. (2014). *Reengineering of business functions of the hospital when implementing care pathways* (doktorska disertacija). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
83. Zafošnik, U., & Lavrenčič Zafošnik, P. (2011). Prenova procesa sprejema bolnika na urgenci – pridobitve z uvedbo Manchesterskega sistema triaže. 18. *Mednarodni simpozij o urgentni medicini. Urgentna medicina – izbrana poglavja* (str. 144–146). Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
84. Zafošnik, U., Eržen, U., & Vidonja, Š. (2012). Elementi varnosti na urgenci. 19. *Mednarodni simpozij o urgentni medicini. Urgentna medicina – izbrana poglavja* (str. 167–169). Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
85. Zafošnik, U., & Špilek Plahutnik, A. (2012). Kazalci kakovosti skozi triažo. 19. *Mednarodni simpozij o urgentni medicini. Urgentna medicina – izbrana poglavja* (str. 144–146). Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
86. Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS* št. 23/05 – UPB, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF in 14/13.
87. Zdravniška zbornica Slovenije - Komisija za nujno medicinsko pomoč (2011). *Strategija razvoja sistema nujne medicinske pomoči v Sloveniji 2010–2020*. Delovno gradivo verzija 23. marec 2011.
88. Zdravstveni dom Ljubljana. (2015). *Služba splošne nujne medicinske pomoči. Informacijski sistem E-zdravje*. Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana.
89. *Zgodovinski mejniki*. Najdeno 17. januarja 2016 na spletnem naslovu http://www.kclj.si/index.php?dir=/ukc_ljubljana/o_nas/zgodovinski_mejniki
90. Žinko, M. (2011). *Ustvarjanje vrednosti na medorganizacijskem trgu - konceptualni model* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
91. Žlender, M. (2016). *Analiza temeljnih procesov v novoustanovljenih urgencah v Sloveniji* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

PRILOGE

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Urgentna obravnava – List zdravstvene nege.....	1
Priloga 2: Opomnik za izvedbo polstrukturiranih globinskih intervjujev.....	4
Priloga 3: Transkript intervjujev.....	6

PRILOGA 1: Urgentna obravnava – List zdravstvene nege

univerzitetni klinični center ljubljana 	URGENTNA ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA LIST ZDRAVSTVENE NEGE
INTERNISTIČNA PRVA POMOČ	

PRIIMEK IN IME PACIENTA , datum rojstva, številka nalepka	Datum: Ura: Amb. 10 9 7
Podatki o svojcih/ telefon:	KZZ: ☐ da ☐ ne
lastnina:	Način prihoda: ☐ peš ☐ sam ☐ sede ☐ s svojci/spremstvo ☐ leže ☐ reševalec ☐ SNMP

OCENA STANJA OB PRIHODU IN TRIAŽA																									
Razlog prihoda																									
RDEČI	SPLOŠNI KRITERIJI ☐ ogrožena dihalna pot ☐ neučinkovito dihanje ☐ življenjsko ogrožujoča krvavitev ☐ šok	SPECIFIČNI KRITERIJI ☐ hipoglikemija ☐ visok K+ spremembe v EKG ☐	☐ i.v. kanal ☐ infuzija ☐ kisik ☐ EKG ☐ monitor ☐ kronična rana _____																						
ORANŽNI	SPLOŠNI KRITERIJI ☐ huda bolečina ☐ nezaustavljena večja krvavitev ☐ motnja zavesti ☐ podhlajen ☐ zelo visoka vročina	SPECIFIČNI KRITERIJI ☐ stenokardija ☐ akutna dispneja ☐ krvavitev iz GIT ☐ motena prekrvavitev ☐ izčrpanost ☐	KOLONIZACIJA _____ KS _____ mmol/l Hb _____ g/l																						
RUMENI	SPLOŠNI KRITERIJI ☐ zmerna bolečina ☐ anamneza nezavesti ☐ vročina nad 38,5 °C	SPECIFIČNI KRITERIJI ☐ hiperglikemija ☐ vztrajno bruhanje ☐ znaki dehidracije ☐ okužba dihal ☐ patološki lab. izvidi ☐	VAS LESTVICA BOLEČINE Brez Zmerna Huda Neznosna <table style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> </table>												0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10															
ZELENI MODRI	SPLOŠNI KRITERIJI ☐ blaga bolečina pred kratkim ☐ blaga vročina ☐ težave pred kratkim	SPECIFIČNI KRITERIJI ☐ ☐ ☐	DO PREGLEDA ČAKA ☐ na hodniku ☐ SNMP ☐ v opazovalnici UKREPI RETRIAŽA ☐ ura _____ ☐ ☐																						
OPOMBE:																									
Triažna MS:																									

MERITVE VITALNIH FUNKCIJ/ točke MEWS	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	6. _____
Tel. temp. (°C)						
Pulz (/min)						
Krvni tlak(mmHg)						
Fr. dihanja (/min)						
Sat. O2 (%)						
Zavest						
Ocena bolečine (VAS)						

Ura:	ZDRAVILA, INFUZIJE, doza, način aplikacije	Podpis zdrav.	Podpis MS

PREISKAVE

- | | | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------------|---|--|
| ☐ elektroliti | ☐ HMG | ☐ PAAK | ☐ Hitri laborat. testi | ☐ Urgentni UZ |
| ☐ troponin | ☐ DKS | ☐ laktat | ☐ Določitev KG na ploščici | ☐ UZ srca, abd, žil |
| ☐ CRP | ☐ PČ | ☐ urin | ☐ Rtg p.c. | ☐ CT |
| ☐ biokemija | ☐ D-dimer | ☐ | ☐ Rtg abd. | ☐ CT angiografija |
| ☐ elektroliti + encimi | ☐ PCT | ☐ | | ☐ Scintigrafija |

MEDICINSKO TEHNIČNI POSEGI

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Snemanje EKG | ☐ Kontrola vbodnega mesta | ☐ Abdominalna punkcija |
| ☐ EKG monitoring | ☐ Odstranitev venile | ☐ Izpiranje želodca |
| ☐ Aplikacija kisika | ☐ Odvzem hemokulture | ☐ NIV |
| ☐ Inhalacije | ☐ Oskrba dekubitusa | ☐ Intubacija |
| ☐ Aspiracija zg. dihal | ☐ Preveza in oskrba kronične rane | ☐ Vstavitev CVK |
| ☐ Odvzem krvi | ☐ Vstavitev UK | ☐ Elektrokonverzija |
| ☐ Vstavitev periferne venile | ☐ Odvzem Sanforda | ☐ Defibrilacija |
| ☐ Nastavitev infuzije | ☐ Klizma | ☐ Oživljanje/terapija šoka |
| ☐ Nastavitev transfuzije | ☐ Vstavitev NGS | ☐ |

ZDRAVSTVENA NEGA

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Opazovanje in nadzor | ☐ Pomoč pri pitju | ☐ Pogovor |
| ☐ Pomoč pri dihanju | ☐ Pomoč pri hranjenju | ☐ Informiranje |
| ☐ Pomoč pri osebni higieni | ☐ Pomoč pri bruhanju | ☐ Priprava na preiskave |
| ☐ Ustna nega | ☐ Pomoč pri uriniranju | ☐ Priprava na transport |
| ☐ AG nega | ☐ Pomoč pri odvajanju | ☐ Spremistvo |
| ☐ Menjava plenice | ☐ Ogrevanje | ☐ Zdravstveno vzgojno delo |
| ☐ Menjava posteljnega perila | ☐ Hlajenje | ☐ Urejanje, čiščenje/razkuževanje bolnikove okolice |
| ☐ Pomoč pri gibanju | ☐ Izolacija | ☐ Popis obleke in |
| ☐ Namestitev v ustrezen položaj | ☐ Zagotavljanje varnosti | |
| ☐ Obračanje | ☐ Fiksacija | |

vrednosti ☐ Oskrba umrlega
--

POROČILO, OPOMBE Podpis MS:

Odhod domov oburi: ☐ sam ☐ reševalci _____ ☐ v spremstvu svojcev ☐ drugo	Pacient sprejet na ob.....uri naročen prevoz: ☐ reševalci _____ ☐ služba spremstva _____
--	--

PRILOGA 2: Opomnik za izvedbo polstrukturiranih globinskih intervjujev

Opomnik za izvedbo polstrukturiranih globinskih intervjujev

Kvalitativna raziskava je strukturirana po vsebinskih sklopih, ki so namenjene temu, da preučim uporabo in doseženo raven vpeljave triaže v organizacijskih enotah ter opredelim pozitivne in negativne učinke uvedbe triaže v proces obravnave urgentnega bolnika. Ključno vodilo pri vseh intervjujih je analiza učinkov uvedbe triaže v proces obravnave urgentnega bolnika.

Podatki o intervjuvancu:

- a) Datum in kraj intervjuja
- b) Ime, položaj v organizacijski enoti, izkušnje v urgentnem bloku

Ali oziroma kako se je z uvedbo triaže spremenil proces obravnave urgentnega bolnika v Urgentnem bloku Ljubljana?

- Kakšna je razlika med Manchestrskim triažnim sistemom od prejšnjega?
- Če primerjate triažiranje pred uvedbo Manchestrskega sistema, na kakšen način se je triaža spremenila? Ali je postopek sprejema bolj definiran? Ali je triažiranje bolj natančno?
- Ali se je z uvedbo triaže poenotil proces obravnave? Kaj pomeni triaža v procesu obravnave urgentnih bolnikov?
- Kako bi opisali potek procesa triaže?
- S čim je triaža pripomogla h kakovostnejši obravnavi urgentnih bolnikov?
- Kako dokumentirate triažo? Ali je prišlo do uvedbe novega načina dokumentiranja? Ali imate možnost računalniškega dokumentiranja triaže?

Ljudje se težko prilagodimo novim stvarim. Kako ste se vi prilagodili na nov sistem triažiranja? Kako vi ocenjujete proces triaže in njeno učinkovitost?

- Ali vam je obravnava bolnika s triažo hitrejša in učinkovitejša?
- Kako pomembna se vam zdi triaža v procesu obravnave bolnika? Kaj se je spremenilo pri obravnavi?
- Kako je proces triaže vplival na vaše delo v procesu obravnave bolnika?
- Ali imate občutek, da se je čas sprejema in obravnave prilagodil rizičnim kategorijam bolnika?
- Kako triaža preprečuje nezaželene dogodke?

- Ali se proces triaže razlikuje med organizacijskimi enotami v Urgentnem bloku (Internistična prva pomoč, Splošna nujna medicinska pomoč, Urgentni kirurški blok)?
- Kakšne razlike opazate med organizacijskimi enotami?

Proces obravnave mora bolniku prinašati določen občutek zadovoljstva. Ali mislite da je vključitev procesa triaže pripomogla k večjemu zadovoljstvu bolnikov?

- Ali imate občutek da so bolniki bolj zadovoljni s takim načinom obravnave? Ali je manj slabe volje med bolniki?
- Kako bolniki gledajo na triažni proces, ali jim je razumljivo? Ali vedo kaj pomenijo triažne grupe?
- Kako sprejemajo bolniki, ki so bili obravnavani v drugi organizacijski enoti, ponovno triažiranje?
- Ali je manj/več pritožb/pohval s strani bolnikov?

Za uvedbo triaže je bila potrebna kadrovska in prostorska ureditev. Kako vključitev triaže vpliva na stroške oziroma izdatke za to dejavnost?

- Do kakšnih stroškov je prišlo pri vašem delu?
- A se je na račun uvedbe triaže povečalo število kadra?
- Ali ste se morali dodatno izobraževati za triažo ali za sodelovanje v procesu, ki vključuje tudi triažo? Kakšno je bilo vaše usposabljanje?
- Kako triaža vpliva na čas obravnave?

Pri vsaki novi uvedbi procesa so dobre in slabe lastnosti. Kakšne dobre lastnosti so bile pridobljene z procesom triaže? Kakšne slabosti vidite v triažnem sistemu?

- Ali triažo smatrate kot vstopno točko na urgenci? Ali deluje kot vratar?
- Ali mislite, da se bo število bolnikov povečalo, ko se bo vzpostavil Urgentni center?
- Kako se bo ločila primarna in sekundarna raven?
- Ali mislite, da so z uvedbo triaže bolj jasno opredeljene naloge triažne medicinske sestre? Kakšne pristojnosti so se prenesle z zdravnika na sestro? Ali so se z uvedbo triažne medicinske sestre razbremenili zdravniki za druge naloge?

Ali bi želeli še kaj dodati ali na kaj opozoriti glede triaže, procesa in kako vpliva na vaše delo?

PRILOGA 3: Transkript intervjujev

1. Intervju z intervjuvancem A

Delamo intervju z U. G., ki je zaposlen na Reševalni postaji UKC Ljubljana že 11 let. Intervju poteka v Ljubljani, 14. junija 2016, ob 9h

Kakšno je tvoje delo v samem procesu triaže v Urgentnem bloku Ljubljana?

- Moje delo je predaja pacienta, ki ga pripeljemo s terena, sestri ki je v triaži.

Kakšna je razlika opazate med Manchestrskim trižnim sistemom od prejšnjega?

- V tem, da prej ni bilo triaže. Razlika je v tem, da vsakega bolnika, takoj ko pride na urgenco, ga nekdo dejansko pogleda in ima tako prvi stik bolnik s trižno medicinsko sestro. Prej tega ni bilo, prej smo bolnika pripeljali iz terena in si pozvonil na okenčku, pa je sestra ali administratorica vzela papirje in povedala, da ga kar na hodniku pusti.

Ali opazate kakšne pomembne razlike v procesu triaže med organizacijskimi enotami v Urgentnem bloku (Internistična prva pomoč, Splošna nujna medicinska pomoč, Urgentni kirurški blok)?

- Nisem prepričan, če se trižni sistemi razlikujejo, ali imajo vsi Manchestrskega, ampak kako so se pa lotili zadeve pa je drugače. Načeloma imate vi (Internistična prva pomoč) in pa Služba nujne medicinske pomoči vedno neko trižno sestro tam, medtem ko na Urgentnem kirurškem bloku, pride iz drugega prostora in jo tam čaka 5 bolnikov, nekako se mi zdi da je slabše organizirano, kot na drugih dveh enotah.

Kako je sprememba sprejemnega procesa vplivala na vaše dokumentiranje, a se je spremenilo zaradi triaže?

- Naše dokumentiranje, v bistvu ne, mi imamo še vedno naše protokole, ki jih izpolnjuješ in na podlagi tega protokola predaš bolnika. Tako da bi se za mene nekaj očitno spremenilo od prejšnjega do sedanjega sistema ne.

Kako je s podpisovanjem protokola, ali je tega več zdaj, ali je bilo enako tudi prej?

- Mi smo v vsakem primeru morali pridobiti podpis od nekoga, da smo mi tega bolnika nekemu predali, tako da pri podpisovanju nimamo nekih razlik. Mogoče je bolj kvalitetna predaja, da dejansko tiste meritve, ki sam jih jaz opravi na terenu,

nekdo to pogleda in preveri, ali se to kaj spremenilo ali ne. Kajti pred tem, smo te meritve oddali in je trajalo kar nekaj časa, da je prišlo do ponovnih meritev vitalnih funkcij.

Če primerjate triažiranje pred uvedbo Manchestrskega sistema, na kakšen način se je triaža spremenila? Ali je postopek sprejema bolj definiran?

- Mislim da je bolj.

Ali je triažiranje bolj natančno?

- Tudi to se mi zdi, da je bolj natančno.

Ali imate občutek, da se je čas sprejema in obravnave prilagodil rizičnim skupinam bolnika?

- Se mi zdi, da je že bilo prej dobro poskrbljeno za rizične bolnike, ker smo šli direktno v ambulantno in je bil takoj obravnavan. Posebej, če gre za bolnika, ki je bil neposredno življenjsko ogrožen, je bilo in prej in zdaj dobro poskrbljeno. Mogoče za tiste, ki pa so v kategoriji »as soon as you can«, pa je še vedno bolje, da ima neko številko in, da lahko on opazuje in gleda koga ima pred seboj. Da v primeru, ko ga prehiti bolnik z rdečo barvo, da se čakajoči ne razburja, saj vedo, da je to bolnik, ki je življenjsko ogrožen. In je tako bolje za vse.

Ali se vam zdi, da triaža preprečuje nezaželene dogodke?

- Seveda.

Na kakšen način?

- Tako, da vsak bolnik, ki pride na urgenco je v roku parih minut pregledan s strani sestre, pomerjene so tiste osnovne vitalne funkcije, vzamete tudi kri za laboratorij, veliko stvari se naredi takoj, kar potem na dolgi rok oziroma v tej obravnavi skrajša čas same obravnave, se mi zdi.

S čimer je triaža pripomogla h kakovostnejši obravnavi urgentnih bolnikov?

- Seveda.

Proces obravnave mora bolniku prinašati določen občutek zadovoljstva. Ali mislite da je vključitev procesa triaže pripomogla k večjemu zadovoljstvu bolnikov? Ali imate občutek da so bolniki bolj zadovoljni s takim načinom obravnave?

- Na začetku, ko se je to začelo, se mi je zdelo da so ljudje bili malo zmedeni in zato sem jaz že med samim transportom začel razlagat, kaj se bo dejansko z njimi dogajalo. Da mi peljemo njega v triažno ambulantno, kjer ga bo pregledala triažna medicinska sestra/tehnika in na podlagi ocene/prioritete bo on pregledan, odvisno od tega v katero triažno skupino bo padel in na podlagi tega bo tudi časovnica v kateri bo pregledan določena. In se mi zdi, da ljudje kar dobro sprejmejo to.

Ali je na ta račun manj slabe volje med bolniki?

- Mislim, da v tisti začetni fazi je definitivno manj slabe volje, ampak potem, ker je organizacija našega sistema takšna kot je in se kljub temu čaka še vedno 15-16 ur, je človek težko potrpečljiv.

Kako bolniki gledajo na triažni proces, ali jim je razumljivo? Ali vedo kaj pomenijo triažne skupine?

- Jaz jim povem, da nekdo, ki je življenjsko ogrožen v primerjavi z njegovim stanjem, bo imel prednost v sami obravnavi in bo šel prej v ambulantno, in ga bo prej pogledal zdravnik. Ampak je pa tudi on še vedno v čakalni vrsti in da je nekdo, ki je manj pomemben oziroma ni tako bolan kot on, in da bo on prišel kasneje na vrsto, kljub temu da je prišel prej kot on. Se mi zdi, da razumejo, da je to neko razvrščanje, ki je na podlagi stanja v katerem je tisti trenutek ta bolnik.

Verjetno se vam velikokrat pripeti, da pridete v eno organizacijsko enoto in vas preusmerijo v drugo organizacijsko enoto, po procesu triaže. Kako sprejemajo bolniki, da so ponovno triažirani, kljub tem, da so enkrat že bili?

- Najbrž si mislijo, kakšen je to »šalabajzer«, ki me je pripeljal. Se mi je zdi, da je to prva stvar, me je nekam pripeljal in oni ugotovijo da to ni za nas in ga pelje tam. Meni se zdi, mogoče se grdo sliši, da si oddelki, zaradi same obremenjenosti podajajo bolnike. Na primer, če jaz nekoga pripeljem, ki je imel kolaps, zaradi neke motnje ritma in ima manjšo odrgnino na čelu, se mi zdi prioriteta obravnava v tem trenutku iz internistične strani, ampak zaradi te obrazne odrgnine, je bolnik zavržen in ga moram peljati na poškodbe. To se meni zdi nesprejemljivo in tudi bolnik sam si lahko misli, da je padel in si malo odrgnil glavo in imam manjšo ranico in sedaj mora on najprej čakati na obravnavo pri travmatologu in bo šel nazaj k internistu, zato da bodo oni (travmatologi), dali obliž na rano. To se mi ne zdi prav. V določenih enotah, ko pripelješ bolnika, gledajo če je le kje udarjen, da bi ga lahko preusmerili. Na Internistični prvi pomoči je drugače, saj ga pripelješ z napotnico, vam je bil napoten, vi ga boste pogledali oziroma se boste odločili da ni za vas in ga boste preusmerili. Na Splošni nujni medicinski pomoči nimamo napotnice in smo mi tisti, ki smo prvi stik z nekim medicinskim osebjem tega

bolnika in ga pripeljemo k njim, tam pa lahko rečejo karkoli hočejo, kot na primer, to pa ni za nas, odpelji ga tam (drugam).

Dotaknila se bova samih kadrovskih ureditev, ali je na račun triaže z vašega stališča prišlo do sprememb? Ali ste imeli kakšno dodatno izobraževanje, povečanje kadra zaradi podaljšanja časa za predajo bolnika? Ali je še vedno enako kakor je bilo?

- Mislim, da se kadrovsko, ne vem a so se kaj povečale enote, ampak se mi pa definitivno zdi, da se je na račun triaže izgubila ena sestra, ki je prej opravljala delo v ambulantni. Koliko se skrajša tisti čas prvega stika z nekim zdravstvenim osebjem, mislim, da se kasneje pridobi s tem, da ni dovolj rok za delo. Ne vem kako imate vi organizirano, ampak na splošni nujni medicinski pomoči nimajo dodatne sestre zaradi triaže, sestra dela lahko oboje.

Ali triažo smatrate kot vstopno točko na urgenci? Ali deluje kot vratar?

- Da.

Ali mislite, da se bo število bolnikov povečalo, ko se bo vzpostavil Urgentni center?

- Da, večji priliv bo definitivno. Pa se mi tudi zdi, da v vsakem primeru bi še mogel biti zelo velik del tega urgentnega centra triaža, kjer bi bila v začetni fazi sestra, ki bi opravila osnovno triažo in potem še po razvrščanju v vsako enoto, na primer internistka, travmatologija, nevrologija, itd. Ter bi bila še tam medicinska sestra, ki bi pa dejansko določila prioriteto same obravnave. Se mi zdi, da je to zelo pomembna stvar, ampak iz mojih izkušenj se ne bo dalo bolniku take pozornosti kot si jo zasluži, v novi urgenci.

Ali mislite, da so z uvedbo triaže bolj jasno opredeljene naloge triažne medicinske sestre?

- Jaz dejanskega vpogleda, kako ste, so bili pripravljeni nimam.

Kako to deluje s tvoje strani, ko pripelješ bolnika? A so procesi odločanja enaki v vseh organizacijskih enotah?

- Načeloma se vsi odločajo po istih algoritmih, če jaz pripeljem bolnika na Internistično prvo pomoč ali Splošno nujno medicinsko pomoč, bo moral pasti v isto skupino te triaže.

Ali so dejansko bolniki enako obravnavani? Ali se je z uvedbo triaže poenotil proces obravnave?

- Se mi zdi, da je povsod ista začetna obravnava, torej merjenje nekih vitalnih funkcij in groba ocena njegovega stanja in na podlagi tega uvrstitev v neko triažno skupino.

Ali bi želeli še kaj dodati ali na kaj opozoriti glede triaže, procesa in kako vpliva na vaše delo?

- Meni se zdi da nam je triaža malo olajšala sam proces predaje bolnika na določen oddelek, zato ker imaš nekakšne smernice, kanal preko katerega bolnika spraviš na določen oddelek. In se mi zdi, da je to nam zelo olajšalo delo. S tem se je posledično, po mojem mnenju izboljšala kvaliteta našega dela, ker ti moraš, nekateri to delajo že od vsega začetka, ampak ti moraš imeti neke podatke, ki jih predaš triažni sestri. Ker so določeni ljudje, pripeljali bolnika, oddali papirje in šli. Sedaj se mi pa zdi, da od samega začetka in do predaje, imaš neko delo s človekom, se z njim ukvarjaš, jemlješ anamnezo, meriš vitalne funkcije, rešuješ njegove akutne stvari, ki so nastale, v svojih zmožnostih. Menim, da je triaža pomagala oziroma izboljšala ali pa nam olajšala samo delo.

2. Intervju z intervjuvancem B

Intervju delam z B. Ž., ki je vodja zdravstvene administracije in je zaposlena na urgentnem bloku 9 let. Intervju poteka 7. junija 2016 v Ljubljani, ob 9h.

Kako se je z uvedbo triaže spremenil proces obravnave urgentnega bolnika v Urgentnem bloku Ljubljana? Kakšna je razlika med Manchestrskim triažnim sistemom od prejšnjega?

- Manchestrski sistem se mi zdi bolj »prijazen« uporabniku, tako zaposlenim kot tudi bolniku, bolj natančen.

Ali se proces triaže razlikuje med organizacijskimi enotami v Urgentnem bloku (Internistična prva pomoč, Splošna nujna medicinska pomoč, Urgentni kirurški blok) in kakšne razlike opazate?

- Se mi zdi, da je internistični proces malo bolj podroben od ostalih naštetih. U kirurški blok in Služba nujne medicinske pomoči imata bolj »ta hiter« sistem, med tem, ko se internistična triažna sestra bolj posveti bolniku.

Kako dokumentirate triažo? Ali je prišlo do uvedbe novega načina dokumentiranja?

- Delno se dokumentira računalniško, večinsko pa še vedno papirno. Dokumentiranje se je sicer spremenilo, a na žalost še vedno večinoma na papir, kljub temu, da bi lahko vse vodili računalniško.

Kako bi opisali potek procesa triaže?

- Bolnika administrativno vpišemo v računalnik, med tem, ko ga triažna sestra povpraša o težavah in ostalih stvareh, ki se tičejo določanja triažne skupine.

Če primerjate triažiranje pred uvedbo Manchestrskega sistema, na kakšen način se je triaža spremenila? Ali je postopek sprejema bolj definiran? Ali je triažiranje bolj natančno?

- Triažiranje je absolutno bolj natančno, postopek sprejema bolj definiran, hitrejša evidentiranje, je bolj pregledno, tako za bolnike kot tudi za osebje.

Ali vam je obravnava bolnika s triažo hitrejša in učinkovitejša?

- Sigurno.

Kako pomembna se vam zdi triaža v procesu obravnave bolnika? Kaj se je spremenilo pri obravnavi?

- Zdi se mi zelo pomembna za bolnike, ki niso urgentni (rdeča skupina). Za bolnika je to tudi boljše, ker ga vidiš že pred vstopom v ambulantno k zdravniku in oceniš njegovo stanje, saj nekateri niso tako zelo nujni, kot jih obravnava napotni zdravniki.

Kako je proces triaže vplival na vaše delo v procesu obravnave bolnika?

- Bolniki so bolj strukturirano pregledani, sicer imamo zaradi tega več dela (z enako obstoječim kadrom), vendar se mi zdi boljše tako. Samo še kader potrebujemo.

Ali imate občutek, da se je čas sprejema in obravnave prilagodil rizičnim kategorijam bolnika?

- Se mi zdi da je.

Kako triaža preprečuje nezaželene dogodke?

- Dogodki se sicer še pojavljajo, ampak tu je kriviti sistem dela, bistveno bolje je, da sestra oceni bolnika že ob prihodu in morebitno stanje takoj oceni (da lahko počaka, ali je kljub vsemu bolje, da je pregledan prej kot ostali čakajoči).

S čim je triaža pripomogla h kakovostnejši obravnavi urgentnih bolnikov?

- S tem, da so bolniki že pregledani glede na njihovo stanje in ne na napotno diagnozo, da imamo večji pregled nad njimi. V primeru Internistične prve pomoči

je super tudi to, da se jim vnaprej odvzame kri oziroma opravi preiskave – ko so dejansko na vrsti za pregled ima zdravnik vpogled v realno stanje.

Ali imate občutek da so bolniki bolj zadovoljni s takim načinom obravnave? Ali je manj slabe volje med bolniki?

- Zdi se mi, da so bolj zadovoljni, saj dobijo bolj konkreten odgovor kdaj bodo dejansko na vrsti (če se le da) in imajo občutek, da so »videni«, saj jih je že nekdo pogledal in povprašal o težavah. Ne zdi se mi sicer smiselno, da jim na elektronski beli tabli na hodniku piše koliko časa že čakajo na pregled, saj se mi zdi, da jih to res znervira. Še posebej, ko se ta ura razvleče čez 3 ure čakanja. To bi jaz ukinila. Mene, kot bolnika, bi recimo zanimal le vrstni red – koliko časa čakam, pa lahko pogledam na uro.

Kako bolniki gledajo na triažni proces, ali jim je razumljivo? Ali vedo kaj pomenijo triažne skupine?

- Mislim, da so glede tega premalo informirani. Kljub temu pa je to celo bolje, saj ne moremo zagotavljati časovnih okvirov v katerih bi bili pregledani in bi to še dodatno sprožalo slabo voljo.

Kako sprejemajo bolniki, ki so bili obravnavani v drugi organizacijski enoti, ponovno triažiranje?

- Mislim, da jih ne moti preveč. Bolj jih moti »pošiljanje« sem ter tja in to, da ne vedo vedno zakaj so sedaj spet nekje v čakalni vrsti.

Ali je manj/več pritožb/pohval s strani bolnikov?

- Se mi zdi da manj. Razen ob presežku vseh človeških čakalnih dob (3,4,5 ali celo več ur).

Za uvedbo triaže je bila potrebna kadrovska in prostorska ureditev. Kako vključitev triaže vpliva na stroške oziroma izdatke za to dejavnost? Do kakšnih stroškov je prišlo pri vašem delu?

- Nadure so se povečale.

Ali ste se morali dodatno izobraževati za triažo ali za sodelovanje v procesu, ki vključuje tudi triažo? Kakšno je bilo vaše usposabljanje?

- Tako ali tako je poklic zdravstvenega administratorja samoučen – šole za ta poklic namreč ni. Bistvenega izobraževanja (žal) ni bilo. Medicinske sestre so nas sproti informirale okvirno glede določanja skupin – to pa je to.

A se je na račun uvedbe triaže povečalo število kadra?

- Samo na področju med. sester – administracija je z zmanjšanim številom administrativnih delavcev prisiljena pokrivati dodatno delovišče.

Kako triaža vpliva na čas obravnave?

- Podaljša ga.

Ali triažo smatrate kot vstopno točko na urgenci? Ali deluje kot vratar?

- Ne deluje kot vratar, ampak kot naslednji v vrsti za vratarjem.

Ali mislite, da se bo število bolnikov povečalo, ko se bo vzpostavil Urgentni center?

- Sigurno ja.

Kako se bo ločila primarna in sekundarna raven?

- Mislim, da se bo ločila tako, da bodo splošni zdravniki bolj opravljali svojo primarno nalogo (terensko delo), ostalo bo pa padlo na Internistično prvo pomoč in travmatologijo, žal.

Ali mislite, da so z uvedbo triaže bolj jasno opredeljene naloge triažne medicinske sestre? Kakšne pristojnosti so se prenesle z zdravnika na sestro? Ali so se z uvedbo triažne medicinske sestre razbremenili zdravniki za druge naloge?

- Mislim, da so naloge med. sestre že sedaj jasno opredeljene. Pristojnosti z zdravnika na med. sestro so prenesene že sedaj, saj zdravnika v triažno ambulanto (vsaj na Internistični prvi pomoči) praktično ni – razen, če se ga pokliče za preusmeritve oziroma odpuščanja domov. To je žalostno, vendar resnično. Zdravnik bi moral biti vseskozi prisoten in na voljo, saj so to kompetence njihovega poklica in bi medicinska sestra morala imeti na voljo konzultacijo kadarkoli v delovnem času, ne da se jih išče po oddelkih in drugod. Mislim, da so se zdravniki že takoj razbremenili.

Ali se je z uvedbo triaže poenotil proces obravnave? Kaj pomeni triaža v procesu obravnave urgentnih bolnikov?

- Proces obravnave se po mojem mnenju ni poenotil, kvečjemu razdelil na dva dela. Triaža v procesu obravnave pomeni dvojno kontrolo nad bolnikovim dejanskim stanjem, ne na podlagi diagnoze, ampak na podlagi videnega.

Ali bi želeli še kaj dodati ali na kaj opozoriti glede triaže, procesa in kako vpliva na vaše delo?

- Če lahko, izhajam iz svoje stroke, bi bilo nujno urediti povečanje kadra zdravstvene administracije, kot sem povedala že prej, zdravstvena administracija z zmanjšanim številom (-3) opravlja dodatno delo. Zdravstveni administrator je v triaži prisoten od 7-21h, kar za seboj potegne to, da so delavci utrujeni, nejevoljni, nepripravljeni na dodatne službe in izgoreli. Medicinske sestre so za triažno ambulanto dobile vsaj 4 nove kadre. Ne bi bilo slabo, če bi se delno izobrazilo tudi zdravstveno administracijo glede triažiranja, več znanja je boljše. V triažo bi bilo bolj smiselno speljati v računalniško obliko, namesto, da se vse piše v papirni obliki in se s tem sistem dela poenostavi in opravi hitreje, hitreje tipkamo, kljukamo, označujemo, kot pa pišemo.

3. Intervju z intervjuvancem C

Intervju delam z R. M., danes smo 12. junija 2016, ob 10h, Ljubljana.

Povejte kaj o sebi?

- Sem R. M., po izobrazbi sem diplomirana medicinska sestra, mag. zdr. nege- vodja tima. Na Internistični prvi pomoči sem zaposlena 10 let in to je bila moja prva služba.

Kako se je u uvedbo triaže spremenil proces obravnave urgentnega bolnika v Urgentnem bloku Ljubljana oziroma na Internistični prvi pomoči?

- Z uvedbo triaže se ni bistveno nič spremenilo.

Kakšna je razlika med Manchestrskim triažnim sistemom od prejšnjega?

- Razlika med Manchestrsko triažo in »starim klasičnim načinom triaže« je v tem, da je bolj pregledna, poglobljena obravnava bolnika, ki zajema vse potrebne parametre za določeno diagnozo, zaradi katere je bolnik poslan na Internistično prvo pomoč. Pred uvedbo Manchestrskega triažiranja, smo ravno tako "na hitro" triažirali bolnika, vendar je sedaj bolj poglobljena - natančna triaža

Ali opazate razlike v triažiranju med posameznim organizacijskim enotami?

- Da, proces se močno razlikuje med organizacijskimi enotami. Na Internistični prvi pomoči je triaža bolnika zelo obsežna in nazorna. Medtem, ko v drugih enotah ni v takem obsegu.

Kako dokumentirate triažo? Ali je prišlo do uvedbe novega načina dokumentiranja? Ali imate možnost računalniškega dokumentiranja triaže?

- Triažo dokumentiramo ročno na List zdravstvene nege, ki je uradni dokument na Internistični prvi pomoči. Za enkrat imamo samo osnovni vnos v računalnik, se pravi, da imamo samo zaporedje bolnikov na zaslonu in v kateri triažni skupini je uvrščen bolnik.

Ljudje se težko prilagodimo novim stvarim. Kako ste se vi prilagodili na nov sistem triažiranja? Kako vi ocenjujete proces triaže in njeno učinkovitost?

- Na nov način triažiranja sem se z lahkoto prilagodila. Všeč mi je, ker je bolj pregledno in se na nek način tudi zaščitim s tem. Triaža je za zaposlene učinkovita, ne pa tudi za ostale zaposlene oziroma za zdravnike.

Kako bi vi opisali potek triažnega procesa? Ali vam je obravnava bolnika s triažo hitrejša in učinkovitejša? Ali se vam zdi, da je pomembna triaža v procesu?

- Potek procesa triaže, potek triaže poteka hitro, s pomembnimi vprašanji, ki me tisti trenutek zanimajo. Da, meni se zdi, da mi je hitrejša in učinkovitejša. Triaža se mi zdi v procesu obravnave zelo pomembna, vendar bistvenih sprememb glede nadaljnje obravnave ni.

Kako je proces triaže vplival na vaše delo v procesu obravnave bolnika? Ali se je proces obravnave bolnika poenotil?

- Name bistveno ni vplival, ker se s triažo, takšno ali drugačno, srečujem že od samega začetka moje poklicne poti. Ne, z uvedbo triaže se ni poenotil proces obravnave. Menim, da za enkrat triaža v procesu obravnave urgentnih bolnikov ne pomeni ničesar, ker se zdravniki ne zavedajo njene pomembnosti - vrednosti triaže.

Ali imate občutek, da se je čas sprejema in obravnave prilagodil rizičnim kategorijam bolnika? Kako triaža preprečuje nezaželene dogodke?

- Čas sprejema in obravnave se nikakor ni spremenil glede rizičnih skupin. Kljub nujni triaži oziroma klasifikaciji, bolniki še vedno dolgo čakajo na pregled. Lahko pa bi rekli, da triaža preprečuje nezaželene dogodke tako, da ukrepa že v sami triažni ambulanti, ker po navadi že tam ocenimo stanje, zmožnost čakanja bolnika

do pregleda, ter se odločimo ali ga odpeljemo v opazovalnico, ali je na hodniku v spremstvu svojcev.

Ali lahko trdimo, da je triaža pripomogla h kakovostnejši obravnavi bolnika?

- Mislim, da je pripomogla h kakovostnejši obravnavi s tem, da natančno oceni stanje bolnika in njegovo potrebo po prednostni obravnavi in ga na ta račun tudi uvrsti med prve v triažno vrsto.

Proces obravnave mora bolniku prinašati določen občutek zadovoljstva. Ali mislite da je vključitev procesa triaže pripomogla k večjemu zadovoljstvu bolnikov?

- Nekateri bolniki se v triaži pomirijo, ko jim razložimo kakšen bo nadaljnji postopek. Ker se zelo velikokrat ustrašijo napotitve na urgenco, ker jim osebni zdravnik ne razloži dovolj učinkovito. Tako da ja, včasih tudi triaža pripomore k večjemu zadovoljstvu pacientov. Vendar pa triaža kot sami proces ni pripomogel k temu, da so bolniki bolj zadovoljnimi z obravnavo.

Kako bolniki gledajo na triažni proces, ali jim je razumljivo? Ali vedo kaj pomenijo triažne grupe?

- Menim, da se bolniki ne zavedajo pomena triaže, in mislijo da je to pač tak postopek, ki ga morajo opraviti ob prihodu na naš oddelek. Samo triažo ne razumejo, ne vedo točno kaj triažne skupine pomenijo. Mislim, da bolniki niti ne vedo, da ko jih mi pokličemo v triažno ambulanto, da jih tam triažiramo. Vsi vidijo samo sebe in vsak meni zase, da je najbolj pomemben oziroma, da potrebuje takojšno obravnavo, kar je razumljivo. Tako, da je slaba volja prisotna ne glede na triažo. Ta sistem poznajo, samo tisti pacienti, ki so bili že večkrat pri nas (kronični pacienti- povratniki).

Ali je manj/več pritožb/pohval s strani bolnikov?

- Glede pohval je stanje, mislim, da nespremenjeno, kar se pa tiče pritožb, menim, da jih je nekoliko manj, kajti v triažni ambulanti vsakemu sproti povemo kolikšna je čakalna doba na pregled. Seveda pa so tudi izjeme, ki preslišijo naše razlage glede čakanja in se nato tudi pritožijo.

Za uvedbo triaže je bila potrebna kadrovska in prostorska ureditev. Kako vključitev triaže vpliva na stroške oziroma izdatke za to dejavnost? Do kakšnih stroškov je prišlo pri vašem delu?

- Na to vprašanje težko odgovorim, ker nisem pristojna za področje financ oddelka, niti se ne spuščam v to. Pri mojem delu so stroški ostali enaki kot pred uvedbo Manchestrške triaže.

Ali ste se morali dodatno izobraževati za triažo ali za sodelovanje v procesu, ki vključuje tudi triažo? Kakšno je bilo vaše usposabljanje?

- Kot diplomirana medicinska sestra z dolgoletnimi izkušnjami nisem bila deležna preverjanja znanja s področja triaže. Sem pa se udeležila dvodnevne predavanja glede triaže, vendar se nisem naučila ničesar novega kar nebi že vedela in znala.

A se je na račun uvedbe triaže povečalo število kadra?

- Da, na račun triaže se je povečalo število zaposlenih.

Kako triaža vpliva na čas obravnave?

- Triaža v večini primerov ne vpliva na čas obravnave, oziroma, je vse to odvisno od zdravnika. Če se ponavljajo izvidi in ponovno odvzema krvi, se seveda ta čas močno podaljša.

Pri vsaki novi uvedbi procesa so dobre in slabe lastnosti. Kakšne dobre lastnosti so bile pridobljene z procesom triaže? Kakšne slabosti vidite v trižnem sistemu?

- Nove lastnosti oziroma prednosti v triaži, so v tem, da je triažna medicinska sestra samo v triaži in ne opravlja tudi dela v ambulantni, tako kot ga je včasih opravljala. Slabost je to, da smo v triaži deležni vseh možnih graj, pritožb, ker smo v neposrednem stiku z bolnikom. Imamo zelo veliko bolnikov, ki gredo čez naše »roke«, kar je posledično zelo velika obremenitev za nas in ne nazadnje tudi velika odgovornost.

Ali triažo smatrate kot vstopno točko na urgenci? Ali deluje kot vratar?

- Da, smatram jo kot vstopno točko na urgenco in zelo velikokrat deluje kot vratar!

Ali mislite, da se bo število bolnikov povečalo, ko se bo vzpostavil Urgentni center?

- Da.

Ali veste kako se bo ločila primarna in sekundarna raven?

- Glede delitev primarne in sekundarne ravni ne vem še ničesar, ker nas nihče ne seznaja s tem.

Ali mislite, da so z uvedbo triaže bolj jasno opredeljene naloge triažne medicinske sestre? Kakšne pristojnosti so se prenesle z zdravnika na sestro? Ali so se z uvedbo triažne medicinske sestre razbremenili zdravniki za druge naloge?

- Da, sedaj ko imamo triažno ambulanto so malo bolj opredeljene naloge triažne medicinske sestre. Glede pristojnosti se je preneslo samo to, da medicinska sestra sama določi kaj odvzeti od krvi oziroma laboratorijskih preiskav. Zdravniki v večini primerov niso nikoli bili obremenjeni z našim delom, in ravno tako v večini primerov ne opravljajo dela, ki bi ga morali, tako da menim da zdravniki vbistvu niti niso obremenjeni z našo triažo, vse dokler jih triažna sestra ne opomni, če bi malo pregledali skupaj triažno vrsto.

4. Intervju z intervjuvancem D

Intervju poteka z A. M., danes smo 13. Junija 2016, ura je 8:30 v Zagradcu. Zaposlena je na Internistični prvi pomoči kot diplomirana medicinska sestra in ima 10 let delovnih izkušenj na področju urgentne medicine.

Kako se je z uvedbo triaže spremenil proces obravnave urgentnega bolnika v Urgentnem bloku Ljubljana?

- Pa po mojem se bistveno proces obravnave ni spremenil v trajanju, ampak z dodatno diagnostiko, odvzemom krvi v triaži, se je pri določenih zdravnikih skrajšal čas obravnave

Kakšna je razlika med Manchestrskim triažnim sistemom od prejšnjega?

- Mislim, da so bolj podrobno triažirani po Manchestrskem triažnem sistemu in celostno obravnavani, greš po korakih in dobiš nekakšen zaključek. Pred tem smo triažo delali vsi, si dobil napotnico in ga po nekem svojem občutku dal nekam v vrsto, zdaj so pa vseeno neke skupine, ki ga bolj natančno razvrstijo.

Ali se proces triaže razlikuje med organizacijskimi enotami v Urgentnem bloku (Internistična prva pomoč, Splošna nujna medicinska pomoč, Urgentni kirurški blok)?

- Seveda se.

Kakšne razlike opazate med organizacijskimi enotami?

- Mislim, da Internistična prva pomoč, ne dosega časa obravnave v nobenem pogledu. Razlika je že v tem, da imajo na Urgentnem kirurškem bloku svojo triažno sobo, mir, lahko se bolj posvetijo bolniku. Druga stvar, je v njihovih bolnikih, ki so bistveno manj kompleksni kot naši. Potem je Služba nujne medicinske pomoči, ki si z njimi delimo triažni prostor, tako smo v prostorski stiski eni in drugi, ampak je po mojem mnenju 60 % njihovih bolnikov bistveno manj kompleksnejših kot naši in tudi na račun tega oni dosegajo čase obravnave pri določenih skupinah in so tako časi bistveno krajše kot naši. Na primer, nekdo ki je pri njih zelen, ki pride zaradi epistakse je v treh minutah zaključen, čeprav bi lahko po triaži čakal dve uri.

Kako dokumentirate triažo?

- Na triažne liste izpolnjujemo. Vendar jaz mislim, da če bi se šli neko pravo triažo, tisto ki jaz mislim, da bi bila prava triaža, bi moral biti zdravnik ves čas prisoten. Lepo bi bilo, da bi imeli, kot ima Služba nujne medicinske pomoči, barvne mapice, da bi se dokumentacija shranila v njih in bi se ločile po barvah, ker se dostikrat zgodi, da se kaj zgubi in stran pade. Drugače pa, naš triažni list, kot je sestavljen je meni zadovoljiv.

Ali je prišlo do uvedbe novega načina dokumentiranja?

- Seveda, na začetku, ko sem jaz začela delati na Internistični prvi pomoči, nismo imeli nobene dokumentacije. Na napotnico smo napisali kje se bolnik nahaja in to je bilo to.

Ali imate možnost računalniškega dokumentiranja triaže?

- Mislim, da še ne, se dela na tem.

Kako bi opisali potek procesa triaže?

- Bolnik pride sam ali v spremstvu svojcev ali z reševalnim vozilom, ga sprejme diplomirana triažna sestra, ki ima opravljen tečaj triaže, se z njim pogovori, vzame osnovno anamnezo, izmeri vitalne znake, in ga glede na protokol uvrsti v triažno skupino.

Ali je postopek sprejema bolj definiran?

- Seveda, če rečem, da je 100 % razlika bo premalo. Mislim da je bistveno bolje, sedaj, ko gre vsak bolnik preko triažo in ga sestra vidi, predno gre v vrsto. Pred tem se je dostikrat zgodilo, da če ti je prišel reševalec in je bila gneča, ker smo včasih

delali v ambulanti in triaži in si bil za vse, povedal, da je pokreten bolnik in v redu, ga dostikrat, iskreno povedano, tudi pogledat nisi šel, ker si verjel sodelavcem.

Ali lahko rečemo, da je obravnava bolnika s triažo hitrejša in učinkovitejša?

- Kakor sem že pred tem omenila, da pri določenih zdravnikih, če se vzame kri in osnovne stvari, je na ta račun bistveno hitrejša.

Kako pomembna se vam zdi triaža v procesu obravnave bolnika?

- Zelo, je eden izmed bistvenih procesov v obravnavi

Kako je proces triaže vplival na vaše delo v procesu obravnave bolnika?

- Dobro, ampak se vse navezuje koliko stvari je v triaži narejenih. Če pride bolnik do ambulate z nekimi laboratorijskimi izvidi, če je zdravnik dojemljiv za te stvari, je obravnava hitrejša. In tudi za mene, kot sestra v ambulanti je delo lažje, ker prej bolnika zaključimo ali na oddelek ali domov.

Ali imate občutek, da se je čas sprejema in obravnave prilagodil rizičnim kategorijam bolnika?

- Rizične skupine prepoznamo prej, ker gre vsak bolnik čez roke sestre. Jaz mislim, da rdeči so še zmeraj dokaj hitro na vrsti, kot so bili tudi pred tem sistemom triaže. Namreč rekel si, ta je slab, dajmo ga naprej.

Ali ni neke pomembnejše razlike med tem?

- Težko je primerjati z včasih, ker je včasih bil priliv bolnikov bistveno manjši in v ambulantah so delali, za moje pojme, majčkeno bolj izkušeni zdravniki. Sedaj pa je preliv bolnikov dosti večji, zdravniki v ambulantah so mlajši in z manj izkušnjami in na podlagi tega se spet podaljša čas obravnave. Težko je primerjati pred desetimi leti in pa danes.

Ali triaža preprečuje nezaželene dogodke in kako?

- Da bi jih v piko preprečila, ne. Ti ga lahko vidiš in ta trenutek brez posebnosti, čez 10 minut pa se mu stanje poslabša, ampak se pa naredi neka bariera, da se jih dosti takih, ki bi jih prej spustil, prepreči.

Ali je triaža pripomogla h kakovostnejši obravnavi urgentnih bolnikov?

- Mislim, da je.

Proces obravnave mora bolniku prinašati določen občutek zadovoljstva. Ali mislite da je vključitev procesa triaže pripomogla k večjemu zadovoljstvu bolnikov?

- Sigurno, kot pravim, to se spet navezuje na to, da prej ko smo vsi sprejemali napotnice in bolnike je bilo delo narejeno tako tako. Delal si v ambulantni, ti je kolega iz Službe nujne medicinske pomoči prinesel napotnico za predajo bolnika, si šel samo na vrata, aha dober dan to je to in si zaprl vrata. Redkokdaj smo se sestre toliko posvetile bolnikom, da smo prišle do njih in jih vprašale kako ste, kako se počutite, da bi vzele hitro anamnezo in jim razložile o neki čakalni vrsti in to da imamo gnečo, da boste čakali toliko in toliko časa.

Ali imate občutek da so bolniki bolj zadovoljni z novim načinom obravnave?

- Mislim da. Vsaj morali bi biti.

Ali je na račun triaže manj slabe volje med bolniki?

- Ne, slaba volja je že na začetku, v kolikor dobijo napotnico za Internistično prvo pomoč, je največkrat že slaba volja, ker se že vsesplošno ve da se bo čakalo. Ampak vseeno mislim, da se jo lahko majčko izpodbije na račun dobrega in strokovnega dela.

Kako bolniki gledajo na triažni proces, ali jim je razumljivo? Ali vedo kaj pomenijo triažne grupe? Ali je to nekaj kaj morajo narediti, da pridejo do obravnave k zdravniku?

- Odvisno od starosti bolnika, mlajši to malo bolj razumejo in so malo bolj dojemljivi, kakor starejši. Če pa pogledaš s strani bolnika, pa je tako, da bi vsak rad bil takoj na vrsti. Mogoče se kakšen počuti, da ga ne jemljemo dovolj resno, če ga damo v zeleno, ne sprejemamo njegove bolezni. Namreč za vsakega je njegova bolezen najhujša.

Kako sprejemajo bolniki, ki so bili obravnavani v drugi organizacijski enoti, ponovno triažiranje?

- Sigurno slabo, ker si misli, sej sem že tam čakala, zakaj pa moram spet tukaj. Jaz mislim, da večina ne razume, da je to druga organizacijska enota in da so za vse oziroma naj bi bila pravila za vse enaka.

Ali je manj/več pritožb/pohval s strani bolnikov?

- Mislim, da težko pišemo pohvale, lahko bi jih bilo več, če bili kot ljudje taki. Je pa pritožb kar nekaj glede čakalne vrste.

Torej ne s samim procesom?

- Ne s samim procesom, ampak mislim, da je problem s časom obravnave

Za uvedbo triaže je bila potrebna kadrovska in prostorska ureditev. Do kakšnih stroškov je prišlo pri vašem delu?

- V evrih ne znam povedati, ampak jaz mislim, da do nekakšnih stroškov je sigurno prišlo. Najprej je bilo treba prostor urediti, ker za triažo potrebuješ svoj prostor. Trenutno si ga delimo s Službo splošne nujne medicinske pomoči in upam, bi bilo priporočljivo, da bi kdaj imeli svojega. Sigurno so se stroški povečali s kadrom. Če pogledam generalno, našo organizacijsko enoto, je to pomenilo ene 4 diplomirane medicinske sestre več za neko obdobje. Če si hočemo menjavat je še enkrat toliko. Vse te je bilo potrebno poslati na tečaj, kar pomeni da je bil spet to dodaten strošek. Kar se materiala tiče kot so aparat za merjenje krvnega tlaka, pulzni oksimeter, termometer, spet en paket več za v triažo. Tako, da so se sigurno stroški povečali, koliko to v evrih, pa si ne znam predstavljati.

Prej ste omenili izobraževanje. Kakšno je bilo vaše usposabljanje? Ali ste ga že imeli?

- Ne, jaz ga še nisem imela, ker sem vmes malo pobegnila na porodniško. Kolikor slišim od svojih kolegic, naj bi bilo izobraževanje kakovostno in so dobro podučene, mislim pa da vseeno praksa naredi svoje, da si siguran v to kar delaš, da se počutiš varno.

Torej še vedno mislite, da kljub nekemu izobraževanju je potrebna kilometrina?

- Da, definitivno.

Pri vsaki novi uvedbi procesa so dobre in slabe lastnosti. Kakšne dobre lastnosti so bile pridobljene z procesom triaže? Kašne slabosti vidite v trižnem sistemu?

- Slabih lastnosti ne vidim, da bi rekla, da je nekaj zelo slabega. Dobrih je veliko, predvsem to da gre bolnik, takoj ko pride v našo enoto, čez roke nekoga, in da se z njim pogovori.

Ali triažo smatrate kot vstopno točko na urgenci? Ali deluje kot vratar?

- Da, menim, da bi morali imeti nek hiter trižni sistem že na naši informacijski loži, da bi jih tam res usmerjali, kajti dostikrat se ukvarjaš s tem, ko jih preusmerjaš

nekam drugam. Edino menim, da je ta sistem Manchestrski, splošen za vse enote in naj bi bil enak ta sistem. Mislim, da bi se lahko te čase prilagodilo, da ne bi bili toliko v okvirjih. Ne more biti obravnava oranžnega bolnika v Urgentnem kirurškem bloku in na Internistični prvi pomoči enaka. Ne morata dosegat in nikoli ne bosta dosegala enakih časov.

Ali mislite, da se bo število bolnikov povečalo, ko se bo vzpostavil Urgentni center?

- Ne vem.

Kako se bo ločila primarna in sekundarna raven?

- Ne vem. Pred leti, sem dežurala v zdravstvenem domu, in v nočnem času ni bilo možnosti laboratorija, rentgena, pač dislocirana enota. In je spet odvisno od zdravnika, ki dela.

Torej, ne glede na kakšen je sistem?

- Če on ni prepričan v sebe in če se on ne zna odločat kaj je za naprej in kaj ni za naprej, jaz mislim, da je ves ta sistem zastoj. Ker jaz mislim, da določeni zdravniki pošiljajo paciente naprej, zdaj bom grdo rekla, da se jih znebijo, in ne prevzamejo odgovornosti na sebe in reče to pa to pa to.

Ali mislite, da so z uvedbo triaže bolj jasno opredeljene naloge triažne medicinske sestre? Kakšne pristojnosti so se prenesle z zdravnika na sestro? Ali so se z uvedbo triažne medicinske sestre razbremenili zdravniki za druge naloge?

- Prenesle so se naloge in odgovornosti, še preveč, zato pa mislim, da bi moral biti v triaži sigurno prisoten zdravnik. Ker prej je bilo tako, da si stopil do svojega zdravnika v ambulantni, če si dobil kakšno kočljivo napotnico, saj prej ni bilo nadzornega zdravnika. Tako, da si svojega zdravnika v ambulantni spraševala kaj pa to, itd. Sedaj je pa problem to, da če zdravnik konzultant ni prisoten na oddelku, dostikrat prevzameš za tisti čas, dokler on ne pride nazaj, neko odgovornost na sebe.

Torej niso jasno opredeljene naloge triažne medicinske sestre?

- Seveda da ne, lukenj je še ogromno.

Ali se je z uvedbo triaže poenotil proces obravnave?

- Da.

Kaj pomeni triaža v procesu obravnave urgentnih bolnikov?

- Neko razvrščanje po stopnji nujnosti.

Ali se s tem spremeni kakšen bo zaključek, glede na triažno skupino?

- Odvisno je od samega stanja bolnika, lahko da nekdo pride v zeleni skupini, čez 15 min pa je rdeč. In je obravnava bistveno drugačna, kakor je bilo v startu mišljena in kakor smo ga triažirali.

Ali bi želeli še kaj dodati ali na kaj opozoriti glede triaže, procesa in kako vpliva na vaše delo?

- Da, zdravnika v triažo.

5. Intervju z intervjuvancem E

Delam intervju z gospo M. C. A., ki je zaposlena na Internistični prvi pomoči. Intervju poteka 21. junija 2016, ob 14:15h v Ljubljani.

Povejte nam nekaj o sebi, o vaših delovnih izkušnjah in kakšno delo opravljate na Internistični prvi pomoči.

- Začela sem delati 30 let nazaj, na Internistični prvi pomoči in to je bila moja prva služba in del te aktivnosti opravljam še sedaj. V tem času, ko sem bila na Internistični prvi pomoči, sem bila med tem tudi vodja tima, nato sem postala pedagoška medicinska sestra, nekaj časa higienik, nato sem prevzela, mislim, da je bilo ene 8 let nazaj, zadolžitve koordinatorja kakovosti na področju zdravstvene nege na področju za celotno Interno kliniko, kjer sem še sedaj.

Danes se bova osredotočile predvsem na triažo, ste tudi inštruktor Manchestrške triaže. Na internistični prvi pomoči je bila delana od nekdanje triaže. Kakšna je razlika med Manchestrskim triažnim sistemom od prejšnjega?

- Prejšnji sistem je bolj temeljil na intuiciji, zahteval je izkušnje. Kolegice ki so delale pred mano v službi, so zelo poudarjale pomen triaže. Tako, da medicinska sestra ko že vidi bolnika, mora nekako oceniti ali je potrebna takojšnja obravnava ali lahko počaka. Od nekdanje je bilo tako, da mora medicinska sestra izvajati triažo, ki je usposobljena diplomirana medicinska sestra, seveda so hodile na zvonček, ko je bil še ta princip dela, tudi včasih administratorke ali kdo drugi. Ampak vedno je morala biti, da je ob novem prihodu bolnika, obveščena tudi diplomirana medicinska sestra. Nismo imeli posebej nekoga, ki bi bil zadolžen samo za triažo, to je bilo vpeto v redno delo. Zato je bil ta proces dostikrat opravljen zelo na hitro,

samo osnovne informacije, vizualen vtis o bolniku, ter naprej na svoje staro delo, ki si ga delal v ordinaciji v tem času. Med uvajanjem Manchestra, se je začel ta proces bolj formalizirati. Začeli so se uporabljati protokoli, kjer je bolj točno določeno, kateri so ti kriteriji, ki jih mora bolnik izpolnjevati za uvrstitev v določeno skupino. Še ena zadeva, glede triaže in o uvajanju triaže, na Internistični prvi pomoči, je bilo že v davnih časih, to je bilo približno v tistem času, ko so se začele pojavljati te triažne lestvice v svetu, in je bila izdelana triažna lestvica. Sicer samo s štirimi skupinami, in od teh štirih triažnih skupinah smo celo poučevali pripravnike. Zato smo imeli posebna predavanja, Slavica (nekdanja glavna sestra), jaz in še ena kolegica, ki ne dela več pri nas, smo predavale pripravnikom, tem ki so vstopali v proces dela v kliničnem centru, ker je bilo to prepoznano kot ena izmed pomembnih zadev. Torej ta triažna lestvica, ki je imela štiri skupine in na kratko, tudi opredeljeno v katero skupino sodi kakšen pacient. Ampak, kot sem omenila, še zdaleč ni bilo to tako razdelano kot Manchestrška triaža. Bil pa je podoben princip, da se ocenjuje bolnika na podlagi prizadetosti in ne na podlagi diagnoze s katero pride.

Potem lahko trdimo, da se je sprejem oziroma postopek sprejema bolj definiral? Ali je triažiranje bolj natančno?

- Sigurno.

Ali se je z uvedbo triaže poenotil proces obravnave?

- Do določene mere sigurno, jasno pa obstajajo individualne razlike med posamezniki, kako triažirajo, tukaj pa so rahla odstopanja in tukaj lahko govorimo o tem kakšen pristop ima posameznik, ampak tudi ta posameznik uporablja to glavno orodje za triažo, ki je Manchestrška.

Kaj pomeni triaža v procesu obravnave urgentnih bolnikov?

- V bistvu je največji pomen v varnosti bolnika, ker je ta ocena stanja bolj natančna in s tem tudi zvečana možnost, da s tem prebereš tiste bolnike, ki bolj nujno potrebujejo hitro obravnavo. To je eno. Drugo pa je to, da se ob tem procesu in tem kontaktu bolnika informira o samem nadaljnjem poteku. In s tem se nekako bolnik bolje znajde v sistemu triaže.

Kako bi opisali potek procesa triaže?

- To je mišljeno o prihodu konkretnega bolnika?

Tako.

- Bolnika se najprej administrativno vnese v sistem, nato njegovo stanje oceni medicinska sestra, ob tem upošteva njegove vitalne parametre, kaj bolnik pove in svoje ugotovitve tudi dokumentira. Na podlagi tega ga uvrsti v določeno skupino. Mislim, da je to v kratkem vse.

Ste že omenili dokumentacijo. Kako dokumentirate triažo? Ali je prišlo do uvedbe novega načina dokumentiranja? Ali imate možnost računalniškega dokumentiranja triaže?

- Prišlo je s tem načinom, ko se je vzpostavil za triažo poseben kader, se je izboljšala tudi dokumentacija. Bil je uveden nov obrazec, nov način dokumentiranja, s katerega je razvidno razlog prihoda bolnika, izbran algoritem, po katerem se bolnik trižira in kriterij na podlagi katerega je uvrščen v določeno skupino. Žal v praksi mogoče še opazimo, da so težave predvsem z izbiro kriterija na podlagi katerega ga uvrstimo v določeno skupino. Kar se tiče informacijskega vnosa, pa že obstaja možnost s posebnim programom, ki ga je izdelalo ministrstvo za zdravje, kot e-triaža. Ampak, ker so težave z implementacijo tega sistema v obstoječe informacijske sisteme ga na Internistični prvi pomoči nismo začeli uporabljati, vsaj ne sistematično in pa za vse bolnike.

Ali je kaj v prihodnosti da se bo začelo?

- V prihodnosti je vsekakor nujno, da se bo začelo z elektronskim vnosom triaže in pa zbiranjem podatkov. Sedaj je vprašanje, ali se bo lahko uspešno implementiralo v ta program e-triaža, ki ga je naredilo ministrstvo ali bo šel klinični center v lasten razvoj in podporo vnosov triaže. Seveda s tem, da bo potrebno zagotoviti, da bodo algoritmi in vsi podatki ki so nujni za kvalitetno triažo v takem programu.

Se vam zdi, da je obravnava bolnika s triažo hitrejša in učinkovitejša?

- Hitrejša ne. Edino bolj učinkovita v toliko, kolikor bolniki, ki bolj nujno potrebujejo pomoč, hitreje pridejo do obravnave. In s tem mogoče, s tem ko najdeš takega bolnika, pred poslabšanjem stanja, pravzaprav potem ne zahteva oziroma je obravnava nekoliko lažja. Kar se tiče učinkovitosti, predvsem ta časovna nota, da tisti bolniki, ki hitreje potrebujejo pomoč, tudi hitreje dobijo pomoč.

Ali imate občutek, da se je čas sprejema in obravnave prilagodil rizičnim kategorijam bolnika?

- To je glavni namen.

Ali triaža preprečuje nezaželene dogodke in kako?

Do neke mere sigurno. Lahko jih zelo zmanjša. Ravno s tem, da so prepoznani te bolniki pri katerih bi lahko prišlo do poslabšanja in tudi tisti bolniki, ki so zaradi drugih dejavnikov bolj nagnjeni k temu, da bi prišlo do zapletov. Na primer, da prepoznaš to skupino, ki ima večjo možnost za padce, da prepoznaš to skupino, ki je nevarnost, da bi se zgubili ali odšli z oddelka, da prepoznaš begosumne. Tudi razne konfliktna situacije, v izogib le teh, s tem da je bolnik boljše informiran, da mu ponudiš možnost, da se lahko pride ponovno informirati, tudi ta komponenta se mi zdi pomembna.

Ali se proces triaže razlikuje med organizacijskimi enotami v Urgentnem bloku (Internistična prva pomoč, Splošna nujna medicinska pomoč, Urgentni kirurški blok)?

- Do neke mere se.

Kakšne razlike opazate med organizacijskimi enotami?

- Predvsem na račun tega, s kakšno patologijo se kje ukvarjajo. Koliko časa potrebuje triažna medicinska sestra, da triažira posameznega bolnika. Sigurna sem, da na določenih oddelkih, kot je Internistična prva pomoč, so te triaže bolj dolgotrajne, ker zajemajo, glede na to s kakšno patologijo se ukvarjamo, tudi širši nabor podatkov, ki jih skušajo dobiti. Tudi sama populacija, kar se tiče intervjuja nekoliko bolj zahtevna. Tista dva druga oddelka, pa se pravzaprav v večji meri srečujeta z bolniki, ki morda niso tako problematični, kar se tiče komunikacije. Prihajajo tudi z bolj izoliranimi težavami in njihova oskrba bo in je hitrejša.

Ali je proces Manchestrške triaže podoben?

- Seveda, to so tisti organizacijski manjši odkloni glede na patologijo.

Proces obravnave mora bolniku prinašati določen občutek zadovoljstva. Ali mislite da je vključitev procesa triaže pripomogla k večjemu zadovoljstvu bolnikov?

- Do neke mere, v prvi fazi, ker imajo pacienti ta občutek da niso prepuščeni sami sebi in lahko tudi dobi to informacijo, kam naj se obrne, če bi kaj potreboval.

Ali imate občutek da so bolniki bolj zadovoljni s takim načinom obravnave? Ali je manj slabe volje med bolniki?

- Mislim da ja.

Kako bolniki gledajo na triažni proces, ali jim je razumljivo? Ali vedo kaj pomenijo triažne grupe?

- To bi pa zelo težko komentirala. Določen del morda razume, ta triažni proces, kolikšen pa je ta delež v celotni populaciji, pa si ne bi upala povedati.

Kakšne so vaše izkušnje, glede na to da še vedno delate v triaži?

- Moje izkušnje so dobre, ker imam občutek, ko bolnikom razložim, da so zadovoljni, da so dobili informacije. Predvsem to, ta vtis, kako so sprejeli pogovor o triaži, je dober. Imam dober vtis. Imam občutek, da je s strani bolnikov dobro sprejeto. Problem je predvsem v dolgotrajnem čakanju, ki pa potem žal ta začetni vtis zelo velikokrat izniči.

Kako sprejemajo bolniki, ki so bili obravnavani v drugi organizacijski enoti, ponovno triažiranje?

- Včasih jih to moti, zaradi tega, ker so mnenja, da so določene stvari že opravili v neki drugi fazi in da bi moral biti ta prenos informacij boljši, da ni potrebno, da mi zbiramo ponovno iste informacije kot so jih nekje že dali.

Ali je manj/več pritožb/pohval s strani bolnikov?

- Nimam občutka, da bi bila tukaj kakšna razlika. Zaradi tega, ker je dosti ostalih motečih dejavnikov, tako da samega procesa triaže, bolniki na Internistični prvi pomoči niso zaznali.

Za uvedbo triaže je bila potrebna kadrovska in prostorska ureditev. Kako vključitev triaže vpliva na stroške oziroma izdatke za to dejavnost?

- Čisto siguno. Kar se tiče izobraževanja, ko se je začelo z uvajanjem triaže je bilo prvo izobraževanje, prvi tečaj na katerega smo povabili kolega iz Anglije, to je bil začetni strošek. Večji strošek je bil sigurno to, da se je uvedlo novo delovno mesto, da se je uspelo pridobiti nove medicinske sestre, za izvajanje triaže, kar je pomenilo, da smo v prvi fazi najprej zaposlili 4 nove medicinske sestre, nato 5 novih medicinskih sester. Sama ureditev prostora, opreme, informacijski sistem, ki ga je bilo treba do neke mere nagraditi, da se je lahko vnašala triažna skupina bolnikov, da se je vzpostavila čakalna vrsta. To so stroški, ki jih jaz vidim.

Dotaknili ste se izobraževanja. Ali ste se morali dodatno izobraževati za triažo ali za sodelovanje v procesu, ki vključuje tudi triažo? Kakšno je bilo vaše usposabljanje?

- V osnovi je diplomirana medicinska sestra, nato leta delovnih izkušenj, zaželeno je najmanj tri leta, kot je opredeljeno v pravilniku o službi nujne medicinske pomoči ter opravljen tečaj triaže.

Ali se to kasneje obnavlja, kot certificiran tečaj, ki ga je potrebno obnoviti, na vsake toliko let?

- Za enkrat še ni vzpostavljen tak sistem, da bi moral tečaj obnavljati, oziroma da bi se licence podaljševale. Še ni vzpostavljen ta mehanizem.

Kako triaža vpliva na čas obravnave?

- Pospešilo jo je, če gledamo sami proces triaže, brez tega kar smo še vnesli v procesu na Internistični prvi pomoči v triažo, kot je odvzem krvi. Če gledamo samo triažo, da bi ona pospešila obravnavo, je to samo pri bolnikih, ki hitreje potrebujejo pomoč. Sama obdelava bolnikov, da bi bila zaradi uvedbe triaže hitrejša pa ne. Nekoliko je prispevalo le to, kolikor smo le mi uvedli v ta proces triaže in to je laboratorijski odvzemi, ki do določene mere olajšajo to nadaljnjo obravnavo.

Ali mislite, da so z uvedbo triaže bolj jasno opredeljene naloge triažne medicinske sestre? Kakšne so pristojnosti? Ali je definirano?

- Kolikor je meni poznano ima Urgentni kirurški blok in Internistična prva pomoč definirano kaj so njene kompetence, to je zavedeno v procesu. Tiste naloge, ki so bile dodatne, smo tudi razdelali in opredelili v samem postopku, kot so odvzemi krvi, napotitve na rentgen, ki jih opravlja, nekako na njeno pobudo nadzorni zdravnik, razne preusmeritve.

Kakšne pristojnosti so se prenesle z zdravnika na sestro? Ali so se z uvedbo triažne medicinske sestre razbremenili zdravniki za druge naloge?

- Tako bom rekla, s tem procesom triaže se pravzaprav zdravniki niso preveč ukvarjali. To je bilo eno izmed prikritih področji dela medicinskih sester.

Preselile se bova v prihodnost. Gradijo in vzpostavljajo se urgentni centri po Sloveniji. Pri vsaki novi uvedbi procesa so dobre in slabe lastnosti. Ali triažo smatrate kot vstopno točko na urgenci? Ali deluje kot vratar?

- V bistvu da.

Na kakšen način?

- To, da je to nekakšen prvi strokovni stik bolnika z urgenco. Seveda potrebuješ za to tudi pomožno osebje. Tukaj ne smemo, dejansko postaviti triažne medicinske sestre na pozicijo vratarja, ker je njeno delo strokovno delo, ne samo to, da bo na primer pomagala bolniku iz avtomobila, vse te aktivnosti je pravzaprav treba upoštevati pri nekakšnem sprejemu v urgentni blok oziroma v center.

Kako se bo združila primarna in sekundarna raven v novem urgentnem centru?

- Mislim, da bo to zahtevalo še kar nekaj drugih reform. Kot je zamišljeno v sistemu urgentnih centrov so določene tri velike skupine bolnikov. Po tem principu mislim, da bi stvari lahko pravzaprav dobro potekale. Po principu razvrščanja po poškodbah, boleznih in manjše zadeve. S tem, da bo to precejšna sprememba. Ker manjše zadeve, kot se smatrajo sedaj, nekako ne moremo enačiti s primarnim nivojem zdravstvenega varstva, tako da ta prehod bo sigurno moral biti postopoma. Posebej na takih velikih, obremenjenih urgencah, da se sistem, ki je sedaj zelo občutljiv ne bi podrl.

Ali mislite, da se bo število bolnikov povečalo, ko se bo vzpostavil Urgentni center?

- Znalo bi se pripetiti, ker so take izkušnje tudi drugje.

Ali bi želeli še kaj dodati ali na kaj opozoriti glede triaže, procesa in kako vpliva na vaše delo?

- Pravzaprav mislim, da nebi bilo kaj posebnega, triaža je res ena izmed takih zadev, za katero sem zelo vesela da se je zgodila v mojem času. Od tistih želja, ki so bile od samega začetka, da se je dejansko začelo to delati na urgenci.

6. Intervju z intervjuvancem F

Delamo intervju z dr. M. H., danes smo 17. junij 2016, ura je 13:30, povejte kaj več o sebi dr. Možina. Ime, položaj v organizacijski enoti, izkušnje v urgentnem bloku.

- Sem H. M., vodja Internistične prve pomoči, sem specialist interne in intenzivne medicine, in sem vodja Internistične prve pomoči od leta 2008. Začel sem že kot mlad zdravnik, delati na Internistični prvi pomoči, v letu 1989, in tako sem vsak mesec delal po dva do štirikrat tukaj. Nato pa na povabilo, takrat strokovne direktorice, prof. Markovičeve, prišel kot vodja Internistične prve pomoči. Kmalu po tem ko sem prišel sem ugotovil, da imamo težave z bolniki, ki čakajo na pregled in tistimi, ki so v opazovalnici, ker nismo vedeli natančno kakšnega stanja so, čeprav so že takrat sestre na Internistični prvi pomoči uporabljale triažo, katero so uvedli že v času glavne med. sestre Internistične prve pomoči Slavice. Tista triaža je imela nekako štiri stopnje, vendar se to ni evidentiralo, niti ni bilo nekega triážnega lista, kjer bi to formalno zapisali.

Ker sva se že dotaknila triaže, mi povejte, vi ste že začeli govoriti, kaj je bilo prej in kaj je sedaj. Mi smo vpeljali Manchestrsko triažo leta 2010, samo nadaljujte, kakšna je razlika med Manchestrskim triážnim sistemom od prejšnjega?

- Sem se že dotaknil, da je prejšnji sistem bil, da prvič, tista triažna lestvica ni bila formalna niti ni bila preizkušena nekje v svetu, tako da je bila na nekih izkustvenih normah. Nobene raziskave niso stale na tem in pa dejansko največja pomanjkljivost pa je to da se ta triaža ni naredila pri vsakem bolniku in pa da se nekako najdbe pri triaži niso zavedle nekako na dokument. Takrat tega ni bilo, danes pa je vsak bolnik, ki ni direktno pripeljan v ambulanto in to so po navadi rdeči in oranžni bolniki, je triažiran, tako da imamo vse pomembne podatke o njem, ob prvem stiku s triažno sestro, ki jih prej nismo imeli zapisane. To je zelo pomembna stvar z gledišča stroke, ker vemo kako so se stvari spreminjale v naslednjih urah, ker imamo izhodiščne vrednosti in pa tudi iz legalnega stališča, če pride do kakšnih zapletov, imamo te stvari zavedene in je za nas to zelo pomembno, ker smo na ta način zaščiteni.

Kako bi opisali potek procesa triaže na Internistični prvi pomoči?

- Potek triaže je, kot smo že rekli, lahko izločimo tiste, ki pridejo direktno v ambulanto, in to so tisti najslabši bolniki, ampak tudi tisti drugi, ki jih pripeljejo v triažno ambulanto lahko hudo bolni in morajo večkrat tudi nemudoma v ambulanto in na pregled. Največ teh bolnikov, mislim da 25 %, spada v rumeno skupino, ena majhna vrednost tistih ki so nižjih skupin. In s temi rumenimi imamo sedaj največ težav.

Na kakšen način ?

- Težave niso s samo triažo, razen takrat ko so konice in jih pride veliko na enkrat in poleg tega naše triažne sestre jemljejo kri v naprej, še posebej kadar je gneča, in to zelo prav pride, da ima te izvide bolnik že v naprej. Problem je v tem, da ti rumeni bolniki zelo dolgo časa čakajo tako na pregled, kot na sprejem v bolnišnico ali pa na odpust, in se tako njihova obravnava zelo zavleče.

Ali bi lahko rekla da je obravnava bolnika s triažo hitrejša in učinkovitejša?

- Jaz mislim, da predvsem hitrejša za tiste, ki to potrebujejo. za tiste, ki pa niso tako nujni, pa dlje časa čakajo, ampak mislim, da triaža nima nekega velikega vpliva na to. Drugače v vmesnem obdobju smo uporabljali v opazovalnicah tudi MEWS, modificiran early warning score, ki temelji na podobnih temeljih kot Manchestrska triaža in mislim, da sedaj te podatke na triažnem listu večkrat v naslednjih urah tudi zabeležimo. Tako, da če so bolniki v opazovalnici, neka formalna retriaža ni pomembna, ker to tako ali tako počnejo sestre, ki opazujejo bolnike. Med tem pa tisti, ki so na hodnikih, bi pa morali biti retriažirani v nekem mejnem času, ki bi ga označili. To pa ne počnemo ravno.

Kako je proces triaže vplival na vaše delo, kot vodja?

- Na moje delo....

Ali se je kaj spremenilo?

- Ne, jaz kot vodja sem prej začutil to kot neki uspeh, ker smo se trudili, da bi jo uvedli, ker smo ves čas vedeli, da to manjka. In ko smo organizirali prvo izobraževanje tukaj v Ljubljani, smo ga morali kar sami skupaj s Službo nujne medicinske pomoči, ker ni bilo neke podpore s strani ministrstva in takrat smo se zelo trudili, da bi to uvedli. Problem je bil kako zaposliti nove ljudi za triažo. In ko nam je to uspelo, smo pravzaprav čutili, kot nek osebni uspeh tudi uspeh oddelka. Potem pa seveda se počutite bolj varnega.

Sedaj ko ste omenili varnost, ali mislite da triaža preprečuje nezaželene dogodke?

- Da prav gotovo.

Na kakšen način?

- Zato, ker takoj prepoznamo tiste, ki imajo večje tveganje, v tem Manchestrskem formalnem smislu, pa tudi neformalnem smislu. Namreč tisti, ki triažira, marsikaj odkrije, kar sicer nebi odkrili kmalu, tako da je zelo pomembna stvar.

Ali se proces triaže razlikuje med organizacijskimi enotami v Urgentnem bloku (Internistična prva pomoč, Splošna nujna medicinska pomoč, Urgentni kirurški blok)? Kakšne razlike opazate med organizacijskimi enotami?

- Mislim, da pravzaprav, da triaža, ki jo izvajajo v Službi nujne medicinske pomoči, organizacijsko zelo podobna in tudi triaža na travmatologiji je zelo podobna. Vmes ko še niso imeli ambulate, pa ni bilo tistega neposrednega stika med sestro in bolnikom, vsaj za te težje oziroma ležeče, česar prej niso imeli.

Ste že omenili, da ste s triažo pridobili nov dokument in dokumentiranja. Ali imate možnost računalniškega dokumentiranja triaže?

- Da, obstaja neko elektronsko orodje, ki ga je pripravilo ministrstvo, to je e-triaža. Problem tega je, da ne omogoča prenosa podatkov, ki jih dobimo v naš sistem. Potem je potrebno iste podatke dvakrat ali trikrat vnašati in mi se trudimo da bi imeli svoj sistem, ki bi prenašal podatke tako v e-triažo, kot v naš sistem. Kar bi nam olajšalo delo.

Ali je v prihodnosti to tudi izvedljivo?

- Da, je v razvoju, mislim, da je blizu tega da bi že začel počasi delovati.

Smo že opisali veliko pozitivnih sprememb s strani delavce, ki izvajajo to triažo. Kako pa vpliva na bolnike? Ali imate občutek, da so bolniki bolj zadovoljni s takim načinom obravnave? Ali je manj slabe volje med bolniki?

- Sigurno je kar pomembno, da ima bolnik občutek, da je prišel v sistem, s tem da ga je nekdo vprašal ena pomembna vprašanja, da je po potrebi prišel zraven tudi zdravnik. Niso pa očitno, naši bolniki še čisto vajeni tega, ker se jim zdi, včasih, ne pri vseh, ki se mu zdi nekako pod častjo da ga je sedaj sestra najprej pogledala, kje je zdaj ta zdravnik. Takih je malo, in mislim da jih bo vse manj. V Angliji ljudje kar pričakujejo, da jih bo sestra pogledala in ocenila, in pravzaprav kar 40 % bolnikov na urgenci obravnavajo sestre. Tega seveda, naša družba še ne bi prenesla.

Kako bolniki gledajo na triažni proces, ali jim je razumljivo? Ali vedo kaj pomenijo triažne skupine?

- Mislim, da vsi prav gotovo ne. Ne vem, če bi lahko rekel, ali to večina. Mogoče pa bi bilo vredno neke raziskave, ki bi bila dosti enostavna, anketa, če razumejo kaj smo naredili z njimi. Čeprav jim piše na tistih listih, ki jim damo in na tablah je razloženo kaj triaža je. Ampak ne verjamem, da berejo.

Vi kot vodja, dobivate pohvale in pritožbe. Ali je manj/več pritožb/pohval s strani bolnikov?

- Mislim, da jih ni manj, niti ne več, mogoče pa je kakšna pritožba, ki vpleta tudi triažo. Tako da so postale pritožbe malo drugačne ali pa bolj zanimive, ni jih pa niti več ali manj. Se mi zdi da jih je vse več zgolj zaradi tega, da se je čas, ko čakajo na sprejem v bolnišnico tudi daljša. Mislim, da je to glavna spremenljivka tukaj.

Sedaj se bova dotaknila kadrovske in prostorske ureditve, kar ste že nekaj omenili, to da si delite prostor s Službo nujne medicinske pomoči, da ste se mogli kadrovske povečati, da ste lahko pričeli z izvajanjem triaže. Kako vključitev triaže vpliva na stroške oziroma izdatke za to dejavnost?

- To je zelo težko izračunati, ker še ni ločena ta dejavnost od ostalih, tako da je to težko reči. Dejansko oziroma sigurno se je povečal strošek za toliko in toliko novo zaposlenih. Kar se tiče administracije, da se pravzaprav število še ni povečalo na ta račun, čeprav bi se moralo. Ampak se je spremenil sam način dela, uvedeni so bili diktafoni in pa administratorica ves čas pri triaži. Kar se pa tiče drugih stroškov, je pa to zelo težko oceniti. Po eni strani se lahko stroški povečajo, ker naredimo več

laboratorijskih preiskav, ki jih mogoče ne bi. Ampak to verjetno ni res, ker bi jih tako ali tako naredili. Nekih drugih stroškov pa tukaj ne vidim dodatnih.

Ali ste se morali dodatno izobraževati za triažo ali za sodelovanje v procesu, ki vključuje tudi triažo? Kakšno je bilo vaše usposabljanje?

- To bi mogoče lahko tudi dodali stroškom. Ampak v prihodnosti, to ne bo noben dodaten strošek, ker bodo sestre, ki bodo delale v urgentni medicini, ta del izobraževanja imele kot obvezen del izobraževanja. Jaz tega ne vidim kot strošek, ampak prej bi rekel, da smo nekaj vložili, zato da bomo v prihodnjih letih nekaj dobrega imeli.

Kako triaža vpliva na čas obravnave?

- Mislim, da se ta čas nič ne podaljša, ker bi tako ali tako ti ljudje čakali. Mislim, da je omogočila, da je ta bolnik takoj prišel v sistem in je tudi bil pri vhodu v sistem pregledan in ocenjen.

Ali triažo smatrate kot vstopno točko na urgenci? Ali deluje kot vratar?

- Aha, to ni čisto podobna stvar, sigurno. Namen triaže je samo v primeru ko imamo več bolnikov, da bi jih lahko naenkrat obdelali. Med tem ko je namen družinskih zdravnikov drugačen, oni obravnavajo populacijo preventivno in kurativno, in ko opazijo, da nekdo potrebuje nekaj več, ga pošljejo naprej. Medtem, ko triaža na urgenci je predvsem pomembna, da vse bolnike kadar jih je preveč ocenimo in ugotovimo, kateri so najbolj nujni.

Ali mislite, da so z uvedbo triaže bolj jasno opredeljene naloge triažne medicinske sestre? Kakšne pristojnosti so se prenesle z zdravnika na sestro? Ali so se z uvedbo triažne medicinske sestre razbremenili zdravniki za druge naloge

- Na začetku, ko še ni delovala, smo si samo predstavljali lahko, teoretizirali o tem, ampak ko so začeli delati, se je izkazalo, kaj vse je drugače in bo drugače. Kar se tiče, na primer dajanja nekih zdravil v naprej, za katere mogoče celo ne bo potrebno zdravnika v prihodnosti, nek osnovni paket zdravil, lahko analgetike. Za ostalo, pa bomo rekli, da je pridobil konzultant neko novo nalogo, da se posvetuje s triažno medicinsko sestro o terapiji in eventualni diagnostiki v naprej. Tako da, je pridobil bolj definirano vlogo, tudi prej jo je imel, ampak se je to zgodilo tu in tam, sedaj pa je to bolj redno sodelovanje med triažno sestro in konzultantom. Prej tega ni bilo.

Torej je bila potrebna reorganizacija procesa?

- Ne, mislim da je bolj urejen ta proces. Prej je bil bolj stihijski, če se je kdo spomnil, ali pa ga je kdo prosil. Sedaj pa se mi zdi da se ve in pričakuje, da triažna sestra, ko opazi neko potrebo po posvetu, da se posvetuje s konzultantom.

Kaj je triaža prinesla v sam proces obravnave urgentnega bolnika z gledišča bolnika?

- Ta občutek, da so te opazili, da so te vprašali in da ti povedo nekaj o sistemu in te informirajo, da veš kaj pričakuješ, da veš kam moraš gledat, kdo te bo poklical, itn. Ker prej niso imeli veliko te razlage, se mi zdi da je sedaj bolje. In da ve, na koga se mora obrniti, če je kaj narobe. Tudi prej smo jim razložili, ampak sedaj ima ta neposredni stik s triažno sestro, ki ga prej ni bilo. Pa da nekako pospešimo njegov pretok skozi sistem, če se kri naprej odvzame in če se naroči v naprej slikanje, tako da sigurno doda nekaj pozitivnega pretoku bolnikov.

Kako bo potekala združitev primarne in sekundarne ravni v urgentnem centru Ljubljana?

- Sicer ta združevanja potekajo tako ali tako v letošnjem letu v raznih centrih, bolj ali manj uspešno. Na primer: imaš take primere ki so zelo v redu, kot na Jesenicah, kjer so se začeli dogovarjati že leto prej in so z dobro voljo in z dogovornimi dosegli, kar dobro sodelovanje, oni pravzaprav tukaj nimajo večjih težav. Težave imajo bolj s kadrom, ki jim ga manjka. Potem imaš na drugi strani težave v Mariboru, kjer se Internistična prva pomoč noče pridružiti urgentnemu centru, dokler ne bodo imeli rešenih nekih kadrovskih težav, pa v Novem Mestu, ko se niso hoteli pridružiti, pa sedaj vsi bolniki v povečanem številu prihajajo v urgentni center. Podobno je tudi v Brežicah. Skratka tam se niso mogli dogovoriti, kako bi. In se mi zdi, da je ta povečan priliv bolnikov v urgentne centre neke vrste, ne vem, ne bom rekel maščevanje, ampak na nek način kaznujejo to organizacijsko enoto, na ta način, da jim pošljejo čisto vse, ki niso redno naročeni v ambulate, kar se mi zdi grozna škoda in napaka. S teh primerov se lahko mi učimo in ker imamo čas, da se dogovorimo nekje do naslednjega leta, se bomo skušali z našimi sosedi, s katerim delamo skupaj že nekaj desetletji, se mi zdi da že skoraj vsaj 35 do 40 let, smo tukaj na istem hodniku. Tako da nam je verjetno lažje kot je bilo drugim, ker smo že od prej skupaj in to sodelovanje se kaže na tak način, da je zdravstveni dom kot UKC Ljubljana, sporočil ministrstvu dobro voljo v zvezi z združevanjem in se je podpisala tudi, ne pogodba, ampak pismo o nameri o združevanju. Tako da se moramo mi sedaj z našimi brati iz Službe za splošno nujno medicinsko pomoč, dogovoriti kako si bomo delili delo. Verjetno podobno kot sedaj. Želeli bi pa, da bolniki s tem nekaj pridobijo. Skušali bomo, ne podvajati pregledov bolnikov, se pravi, ko bo začel pregled bolnik pri enem zdravniku, da bo ta speljal zadevo do konca, s pomočjo neke konzultantsko konzilijarne službe in da se ta bolnik ne bo zaporedno premikal iz ambulate v ambulate in s tem podaljševal tega svojega bivanja za več ur. Tukaj jaz vidim plus in takih bolnikov, ki jih letno podvajamo,

jih je 6000. Približno 1500 bolnikov, pa Služba nujne medicinske pomoči, kot prehospitalna enota pripelje direktno k nam. Ti se ne podvojijo, medtem ko tisti, ki pridejo najprej na pregled v Službo nujne medicinske pomoči in kasneje ugotovijo, da potrebujejo neko nadaljnjo obravnavo specialista, ti si pa verjetno ne zaslužijo še enega čakanja. Že sedaj imamo na razpolago zdravnika konzultanta, ki se pa ne uporablja tolikokrat kot bi bilo potrebno iz enega ali drugega razloga. Včasih je razlog na eni ali drugi strani. Ampak, da bi te bolnike potem obdelali kar tam, kjer so.

Sedaj, ko smo se naučili nekaj s primera Brežic in Maribora, kjer so imeli težave z združitvijo primarne in sekundarne ravni. Ali mislite, da se bo število bolnikov povečalo, ko se bo vzpostavil Urgentni center?

- Ne bi smelo, razen če bi zaradi nekega efekta, sindrom novega Hoferja, pač nekaj novega so sezidali, pojdimo pogledat. Tega verjetno bo malo na začetku. Predvsem pa moramo preprečiti, da bi vsi bolniki, ki potrebujejo neko poprejšnjo ali dodatno pomoč svojega družinskega zdravnika to iskali na urgenci. To bo potrebno, verjetno preko medijev, komunicirat z našimi bolniki, da to ni dobro in ni potrebno. Da, če bodo družinski zdravniki namenili dovolj časa tudi takim bolnikom, ne samo tistim, ki so naročeni. Potem teh težav ne bo.

Ali bi želeli še kaj dodati ali na kaj opozoriti glede triaže, procesa in kako vpliva na vaše delo in na sploh delo vašega oddelka?

- Rad bi samo opozoril, oziroma si želim, da bi občasno preverjali našo triažo, da bi triažne sestre na nek način ocenjevali. Kot neko kontrolo, ki nič hudega in slabega ne pomeni, ampak v pozitivnem smislu, da pogledamo nekaj naključno izbranih triažiranih bolnikov in njihovih dokumentov, da ugotovimo ali je bilo to v redu ali ne in če se zdi, da ni bilo najboljše, da se to pozitivno napove tudi temu triažnemu zdravstveniku ali sestri, da se lahko tudi ona popravi in še kaj nauči. In s tem, bo boljše. Tudi sedaj, so naše triažne sestre zelo dobre. Ampak tako je pravilno, tudi po svetu to počnejo in mislim, da bi mogoče morali tudi mi. In pa, da bi se triažo pri določenih skupinah bolnikov preverilo z raziskavami. Na primer, ali smo mi s tem ko bolnike s prsno bolečino triažiramo in ob tem napravimo elektrokardiogram, kaj izboljšali triažiranje takih bolnikov. Torej Manchestrska proti Manchestrska plus elektrokardiogram, to bi morali preveriti in pa tudi sicer neke druge skupine bolnikov, ki pravzaprav niso bile nikoli preverjene v smislu preverjanje Manchestrske triaže.