

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**ANALIZA KRIZNEGA MANAGEMENTA NA PRIMERU
OBVLADOVANJA MNOŽIČNIH NESREČ**

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Lea Papler, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Analiza kriznega managementa na primeru obvladovanja množičnih nesreč, pripravljenega v sodelovanju s svetovalko prof. dr. Petro Došenović Bonča in sosvetovalko izr. prof. dr. Judito Peterlin

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 plagiatstvo – 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 plagiatstvo 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 prek 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 _____

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 OPREDELITEV PROCESA KRIZNEGA MANAGEMENTA.....	3
1.1 Opredelitev pojmov kriza in krizni management	3
1.2 Opredelitev funkcije planiranja	4
1.3 Opredelitev funkcije organiziranja	5
1.4 Opredelitev funkcije vodenja.....	9
1.5 Opredelitev funkcije kontroliranja	14
2 PRIMARNE VEŠČINE MANAGERJA	16
2.1 Veščine odločanja.....	16
2.2 Komunikacijske veščine	18
2.3 Veščine managementa sprememb	18
2.4 Veščine reševanja konfliktov in managementa kakovosti.....	19
2.5 Veščine timskega dela	22
2.6 Veščine kriznega managementa.....	23
3 OBVLADOVANJE MNOŽIČNIH NESREČ.....	24
3.1 Množične nesreče	24
3.2 Ogroženost pred naravnimi in drugimi nesrečami v Sloveniji.....	25
3.3 Predstavitev sistema in mreže za obvladovanje množičnih nesreč v Sloveniji.....	27
3.4 Vloga in sodelovanje enot za zaščito, reševanje in pomoč.....	30
3.5 Krizni management pri obvladovanju množičnih nesreč na primeru nujne medicinske pomoči	35
4 ANALIZA KRIZNEGA MANAGEMENTA NA PRIMERU OBVLADOVANJA MNOŽIČNE NESREČE	44
4.1 Zasnova raziskave in metodologija	44
4.2 Rezultati raziskave.....	45
4.2.1 Analiza planiranja pri obvladovanju množičnih nesreč	45
4.2.2 Analiza organiziranja pri obvladovanju množičnih nesreč	51
4.2.3 Analiza vodenja pri obvladovanju množičnih nesreč.....	53
4.2.4 Analiza kontroliranja pri obvladovanju množičnih nesreč.....	56
4.2.5 Analiza kriznega managementa v primeru nesreče z balonom	57

4.2.5.1	<i>Analiza planiranja pri nesreči z balonom</i>	59
4.2.5.2	<i>Analiza organiziranja pri nesreči z balonom</i>	59
4.2.5.3	<i>Analiza vodenja pri nesreči z balonom</i>	60
4.2.5.4	<i>Analiza kontroliranja pri nesreči z balonom</i>	60
4.2.6	Priporočila za izboljšanje kriznega managementa v primeru množičnih nesreč	61
SKLEP		63
LITERATURA IN VIRI		65
PRILOGE		75

KAZALO TABEL

Tabela 1: Pregled prometnih nesreč in posledic v obdobju 2014–2020	26
--	----

KAZALO SLIK

Slika 1: Ravni sistema varstva pred nesrečami v Sloveniji	28
Slika 2: Shema organizacije bolnišnice po sektorjih	43

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Intervju z A. F.	1
Priloga 2: Intervju s S. H.	5
Priloga 3: Intervju z D. A.	9
Priloga 4: Intervju z M. Ž.	13

SEZNAM KRATIC

angl. – angleško

BPS – bolnišnična poveljniška skupina

COVID-19 – (angl. coronavirus disease 2019); ime bolezni, ki jo povzroča SARS-CoV-2

CZ – civilna zaščita

CZRS – Civilna zaščita Republike Slovenije

EMS – Evropska makroseizmična lestvica

GCS – (angl. Glasgow coma scale); glasgowska lestvica kome

GŠSV – Generalštab Slovenske vojske

H – huda telesna poškodba

INTENZ – intenzivna enota

INTERNA – internistično zdravljenje

ISO – (angl. International Organization for Standardization); Mednarodna organizacija za standardizacijo

KRG – kirurška oskrba

L – lažja telesna poškodba

METHANE – (angl. major incident, exact location, type of incident, hazards, access, number of casualties, emergency services); množična nesreča, natančna lokacija nesreče, vrsta nesreče, nevarnosti, dostop, število poškodovanih, enote za zaščito, reševanje in pomoč

MORS – Ministrstvo za obrambo Republike Slovenije

MRMI – (angl. medical response to major incidents); ukrepanje zdravstva ob velikih nesrečah

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

NMP – nujna medicinska pomoč

PHE – prehospitalna enota

ReCO – regijski center za obveščanje

RKB – radiološko, kemično in biološko

RP – reševalna postaja

RS – Republika Slovenija

RTG – rentgen

RV – reševalno vozilo

SARS – (angl. severe acute respiratory syndrome); hudi akutni respiratorni sindrom

SNMP – služba za nujno medicinsko pomoč

SSKJ – Slovar slovenskega knjižnega jezika

T – triažna kategorija

UKC – Univerzitetni klinični center

UKC LJ – Univerzitetni klinični center Ljubljana

URSZR – Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje

UZVN – ukrepanje zdravstva ob velikih nesrečah

WHO – (angl. World Health Organization); Svetovna zdravstvena organizacija

ZDA – Združene države Amerike

UVOD

Pojavnost množičnih nesreč se je v zadnjih letih povečala po vsem svetu. Posledice množičnih nesreč so fizične, ekonomske, čustvene in socialne posledice v družbi. Povečano število terorističnih napadov, nepredvidenih naravnih katastrof in drugih množičnih nesreč v zadnjih letih predstavlja nevarnost za življenje in zdravje celotne populacije na globalni ravni (Kluger, Coccolini, Catena & Ansaloni, 2020).

Naše bivanjsko in delovno okolje se zaradi tehnološkega in ekonomskega razvoja hitro spreminja. Posledica ekonomske rasti in razvoja tehnologije je večja gostota prebivalstva, kar predvsem v urbanih središčih, zaradi socialnih aktivnosti zvišuje verjetnost velikih in množičnih nesreč. Razvoj vpliva tudi na preobremenjenost okolja, posledica le tega pa je tudi vedno večja pojavnost naravnih nesreč, kot so ujme, plazovi, požari in poplave. Razvoj in globalizacija v svetu sta pripeljala do vedno večjih socialnih razlik, ki povzročajo politične napetosti. Politične napetosti lahko vodijo v teroristične aktivnosti. Dandanes je možnost in verjetnost za nastanek množične nesreče velika (Dujic & Simčič, 2013).

Z učinkovito organizacijo zdravstvenega sistema ob množični nesreči lahko rešimo mnoga življenja. Odločilni so dobra pripravljenost, dobra organizacija in hiter odziv. Izkušnje kažejo, da so lokalne skupnosti tiste, ki prve nudijo prvo pomoč v takšnih trenutkih, zato je pomembno, da imamo organizacije, ki nudijo pomoč ob množičnih nesrečah, že na lokalni ravni (Timbie in drugi, 2013). Največ težav pri obvladovanju množičnih nesreč po svetu nastane zaradi dejstva, da veliko držav še vedno nima vzpostavljenega nacionalnega sistema za obvladovanje množičnih nesreč, če pa ga že imajo, je ta običajno izdelan po tem, ko se v državi soočijo z množično nesrečo. Gre predvsem za države, kot so države zahodne Afrike in nekatere azijske države, ki nimajo vzpostavljenega sistema predbolnišnične nujne medicinske pomoči (Leow in drugi, 2012; Shah in drugi, 2015). Sistem je izdelan glede na pretekle dogodke in izkušnje, kar ni slabost, vendar vključuje premalo znanstveno dokazanih dejstev, ki so potrebna za vzpostavitev učinkovitega nacionalnega sistema za obvladovanje množičnih nesreč (Timbie in drugi, 2013). Z raziskavo, v kateri je sodelovalo 46 kirurgov iz 46 različnih institucij iz 31 držav z vsega sveta, je bilo dokazano, da je zavedanje o omenjeni problematiki visoko in dobro razumljeno, veliko institucij po svetu pa še vedno ni dobro pripravljenih na obvladovanje množičnih nesreč (Ben-Ishay in drugi, 2016).

Velike spremembe na področju varstva pred nesrečami so se v Sloveniji zgodile po letu 1991. S sprejetjem nove zakonodaje, so se dejavnosti za varstvo pred nesrečami povezale v organizacijsko in funkcionalno celoto, v podsistem nacionalne varnosti Republike Slovenije. Nova zakonodaja (Zakon o varstvu pred naravnimi in drugimi nesrečami (ZVNDN), Ur. l. RS, št. 51/06) je zahtevala spremembe na področju opazovanja, obveščanja in javnega alarmiranja, operativnih govornih in podatkovnih zvez, organiziranja sil za zaščito, reševanje in pomoč, izobraževanja in usposabljanja za varstvo pred nesrečami ter na drugih področjih. Z novo zakonodajo so bile jasneje razmejene pristojnosti med državo in občinami.

Občine so po sedANJI ureditvi primarno odgovorne za varstvo pred nesrečami na svojem območju. Spremenile so se tudi naloge gospodarskih družb, zavodov in drugih organizacij. Njihova odgovornost je po novem omejena predvsem na tveganja za nesreče, do katerih lahko pride zaradi njihove dejavnosti, na zagotavljanje varnosti delavcev na delovnem mestu ter izvajanje predpisanih zaščitnih ukrepov (Ušeničnik, brez datuma). Zadnjih 20 let so izredni dogodki v obliki katastrof vplivali na življenje več kot 800 milijonov ljudi in povzročili več kot 3 milijone smrtnih žrtev po svetu (WHO Commission on Social Determinants of Health & World Health Organization, 2008).

Namen magistrskega dela je proučiti krizni management na primeru obvladovanja množičnih nesreč s poudarkom na kriznem managementu predbolnišničnih in bolnišničnih enot, opredeliti prednosti in slabosti ter oblikovati priporočila za morebitne izboljšave.

Cilji magistrskega dela so:

- opredeliti krizni management in njegovo vlogo v razmerah obvladovanja množičnih nesreč;
- opredeliti pojem množične nesreče in prikazati slovenske smernice za sistem obvladovanja množične nesreče;
- opredeliti temeljne funkcije managementa z vidika kriznega managementa v razmerah množičnih nesreč;
- proučiti sistem ukrepanja ob množičnih nesrečah v Republiki Sloveniji na primeru nesreče z balonom na Ljubljanskem barju leta 2012 z vidika funkcije planiranja, organiziranja, vodenja in kontroliranja;
- oblikovati priporočila glede kriznega managementa v organizacijah, ki so del mreže za obvladovanje množičnih nesreč.

Raziskovalna vprašanja so:

1. Na kakšen način Slovenija pristopa k načrtovanju delovanja ob množični nesreči ter katere so prednosti in pomanjkljivosti obstoječega pristopa?
2. Kakšna je organizacija predbolnišnične in bolnišnične službe v primeru nesreče z večjim številom poškodovanih ali obolelih in kje se največkrat pojavijo ozka grla ali težave pri zagotavljanju oskrbe?
3. Kdo prevzame funkcijo vodenja v primeru množične nesreče, kakšni pristopi vodenja se uporabljajo in katere ključne veščine kriznega managerja niso ustrezno razvite?
4. Kakšni ukrepi kontroliranja se izvajajo in na kakšen način to pripomore k izboljšanju obstoječega sistema obvladovanja množičnih nesreč?

Magistrsko delo v prvem in deloma tudi v drugem delu zajema analitični pregled strokovne literature, znanstvenih razprav in raziskav ter člankov predvsem tujih strokovnjakov s področja obravnavane teme. Prvi in drugi del magistrskega dela pripravim s pomočjo opisne metode in metode kompilacije, s katero združim spoznanja raziskovalcev in strokovnjakov s področja kriznega delovanja in obvladovanja množičnih nesreč. V prvem delu opredelim

proces kriznega managementa, podrobno opredelim funkcije planiranja, organiziranja, vodenja in kontroliranja. V drugem delu opredelim veščine kriznega managerja. V tretjem delu opredelim pojem množične nesreče ter predstavim ogroženost Slovenije pred naravnimi in drugimi nesrečami, sistem in mrežo za obvladovanje množičnih nesreč v Sloveniji ter vlogo in sodelovanje enot za zaščito, reševanje in pomoč. V tretjem delu prav tako na podlagi Smernic za delovanje nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah (Dujic & Simčič, 2013) povzamem ukrepanje na predbolnišnični in bolnišnični ravni. V četrtem delu analiziram krizni management na primeru obvladovanja množičnih nesreč.

1 OPREDELITEV PROCESA KRIZNEGA MANAGEMENTA

1.1 Opredelitev pojmov kriza in krizni management

Beseda kriza izhaja iz grškega samostalnika »krisis«, kar pomeni izbiro, razsodbo, odločitev. Kriza predstavlja resno stanje in visoko ogroženost, ki zahteva takojšnje ukrepanje (Dubrovski & Ježovnik, 2004). Enotno sprejete definicije pojma kriza ni, saj le ta nastopa v različnih oblikah. Vsaka kriza ima tri značilnosti: nenadnost, negotovost in časovni pritisk. Kriza je vedno nepričakovana, rezultat krize pa je neznan, zato je pomembno, da tekom le te pridobimo kakovostne informacije, na podlagi katerih sprejemamo odločitve. Časovni pritisk od udeležencev v krizi zahteva sposobnost obvladovanja stresa in hitro sprejemanje odločitev. Kriza lahko ogrozi človeška življenja, zdravje in varnost. Kriza je lahko nevarna za okolje, organizacijo ali finančno stanje. Krizna situacija pomeni izgubo nadzora in povzroči spremembe pri ljudeh, virih in organizacijah (Health, 1998). Čas za odziv na krizo je omejen, informacije pa so večkrat pomanjkljive in nezanesljive. V času krize je potrebno hitro sprejemati odločitve, pridobivati zanesljive informacije in učinkovito porabljati omejeno razpoložljivost virov (Županič, 2011).

Sodobne krize imajo skupne značilnosti (Boin & Lagadec, 2000):

- velik vpliv na ljudi,
- visoki stroški njihovega obvladovanja,
- sprejemanje napačnih ukrepov pri kriznem upravljanju in vodenju,
- negotovost,
- veliko število akterjev,
- raznovrstna tveganja,
- problemi komuniciranja med odgovornimi akterji z mediji, javnostmi in žrtvami.

Izraz krizni management lahko definiramo kot posebne ukrepe, s katerimi rešujemo probleme, ki jih povzroči krizna situacija. Učinkovit krizni management vedno stremi k boljšemu in k več, cilj učinkovitega kriznega managementa ni le zmanjšanje škode, temveč maksimalni izkoristek vseh priložnosti v danem trenutku. Krizni management so postopki,

dogovori in odločitve, ki vplivajo na potek krize. Gre za organizacijo, ukrepanje in razporeditev virov za obvladovanje krize (Devlin, 2006).

Krizni management zajema aktivnosti odločanja in vodenja ob izrednih dogodkih, ki se pojavijo v organizaciji ali družbi in jih imenujemo krize. Obravnava posebno vrsto dogodkov, ki se med seboj razlikujejo in imajo določene skupne značilnosti (Jeraj, 2002). Med pojme, ki se navezujejo na krizo uvrščamo krizni management, krizno vodenje, krizno upravljanje, njihova opredelitev pa je odvisna od subjekta in področja delovanja na katerega se nanašajo (Dubrovski, 2004).

Vsako zavestno opravljeno delo vključuje vnaprejšnje zamišljanje poteka in rezultata dela, izvedbo tega zamišljanja in kontrolo izvedbe oziroma planiranje, organiziranje, vodenje in kontroliranje (Rozman, Kovač & Koletnik, 1993). Gre za temeljne funkcije managementa, ki opredeljujejo proces managementa (Dimovski, Penger & Žnidaršič, 2003).

1.2 Opredelitev funkcije planiranja

Različni avtorji (npr. Ackoff, Drucker, Anthony, Dearden) podajajo različne opredelitve planiranja poslovanja podjetja, vendar so si opredelitve večinoma podobne, le da poudarjajo določene značilnosti planiranja glede na področje njihovega delovanja ali namen obravnave planiranja. Še zlasti s področja odločanja poudarjajo planiranje kot razmišljanje, kot odločanje vnaprej, kot sedanje zamišljanje prihodnih ciljev in poti za njihovo doseganje. Tako Ackoff (1970) opredeli planiranje kot oblikovanje želene prihodnosti in učinkovitih poti za njihovo doseganje. Drucker (1974) opredeli planiranje kot neprekinjen proces priprave podjetniških odločitev, sistematično in z najboljšim poznavanjem njihove prihodnosti. Lipovec (1983) planiranje opredeli kot »po določenih merilih iskanje mogočih poti za poslovanje podjetja, izbiro določene poti, ki se postavlja kot naloga poslovanja (podrejeni cilj), ter določanje sredstev, s katerimi bomo te naloge izvedli v prihodnjem obdobju na podlagi predvidevanja okoliščin«. Podobno kot proces zamišljanja, odločanja ali uporabe sredstev opredeljujejo planiranje tudi drugi avtorji. Milisaljević (Hanić, 1986) tako na primer opredeljuje planiranje kot usmerjanje podjetja na podlagi analize preteklosti in upoštevanja prihodnosti – izbira ciljev in načinov za njihovo izvedbo.

Bistvo planiranja je njegov namen v razreševanju in v preprečevanju problemov. Glede na to govorimo o reagirajočem in preventivnem planiranju. Planiranje si vnaprej zamišlja nastanek morebitnih težav in jih poskuša vnaprej preprečiti. Pri tem pa vseeno prihaja do težav, ki so zaradi planiranja lahko manjše (Rozman, Kovač & Koletnik, 1993).

Dolgoročno planiranje (Rozman, Kovač & Koletnik, 1993) izhaja iz predpostavke, da je prihodnost predvidljiva ter ekstrapolacija preteklosti in sedanjosti. Vsebina dolgoročnega planiranja so scenariji, ki opisujejo stanja okolja. Glede na scenarije podjetja se pripravljajo različice planov, ki omogočajo pravočasno pripravljanje na spremembe in so okvirni. Vsebinsko dolgoročneje plane imenujemo strateški plani. Strateški plani (Steiner, 2010) so

torej okvirni, dolgoročni, pomembni, pripravljeni ob predpostavki nepredvidljivih sprememb. Z njimi podjetja ne predvidijo poslovanja. Z njimi se pripravijo na nepredvidljivo prihodnost. Ti strateški plani vključujejo tudi psiho-sociološke in mednarodne globalne komponente in v tem primeru govorimo o strateškem managementu, ki poudarja tudi pripravljenost na izvedbo. S tem pa se nujno razširi še na druge managerske funkcije. Management v podjetju delimo na splošni in operativni management, splošnega pa na strateški, taktični in operativni del (Rozman, Kovač & Koletnik, 1993).

Predvidevanje okolja je zahtevnejše in bolj poudarjeno pri dolgoročnem planiranju. Strateško planiranje (Steiner, 2010) se bolj uveljavi na ravni sestavljenega podjetja, taktično planiranje pa na ravni posameznega podjetja ali poslovne enote. Prva značilnost sestavljenih podjetij (Rozman, Kovač & Koletnik, 1993) je predmet usklajevanja. V poslovni enoti usklajujemo poslovne funkcije, v sestavljenem podjetju pa poslovne enote. Uspešnost poslovanja podjetja poskušamo povečati na dva načina. Prvič s čim bolj smotrnim usklajevanjem poslovnih funkcij na poslovni ravni in drugič s čim bolj smotrnim usklajevanjem teh poslovnih enot na sestavljeni ravni.

Vsaka enota mora pridobiti s povezavo v celoto in celota je več kot le seštevek delov. Primaren je prav cilj celote. Sestavljeno podjetje lahko izvaja usklajevanje na več načinov. Poglejmo si najprej dva pristopa k usklajevanju. Pri neposrednem ali centraliziranem pristopu sprejemamo vse odločitve z vrha sestavljenega podjetja. Centralizirano odločanje je mogoče, vendar zlasti v operativni izvedbi prihaja do vrste problemov, ki vodijo k neuspešnemu poslovanju. Druga skrajnost je prepustitev odločitev posameznim poslovnim enotam. V tem primeru nastane vprašanje sinergij, saj bo vsakdo še naprej odločal po svoje. Obstaja še vmesna rešitev posrednega usklajevanja (Rozman, Kovač & Koletnik, 1993).

Planiranje le redko teče tako, kot si predstavljamo. Tako v vsebini kot v procesu in organizaciji planiranja prihaja do odstopanj, ki povzročajo, da planiranje ne odigra ustrezne vloge in ne vpliva v zadostni meri na uspešnost poslovanja. Če strnemo vse probleme, vidimo, da gre pri vseh za nerazumevanje ali neupoštevanje usklajevalne vloge planiranja. Neustrezno usklajevanje je vzrok večine problemov planiranja; to pa je temeljna značilnost managementa, ki ne razume ali pa ne upošteva svoje osnovne naloge – usklajevanja (Rozman, Kovač & Koletnik, 1993).

1.3 Opredelitev funkcije organiziranja

Opredelitev organizacije je v teoriji večkrat povezana s sistemsko teorijo, ki organizacijo opredeljuje kot sistem. Daft (1986) opredeli organizacijo kot ciljno usmerjen, v dejavnosti strukturiran sistem, ki ima opredeljive meje. Opredelitev ima štiri osnovne elemente. Socialna enota ali sistem pomeni, da je podjetje sestavljeno iz ljudi, ki medsebojno delujejo. Ciljna usmeritev pomeni, da ima ta enota svoj cilj, ki je lahko drugačen od ciljev posameznikov. Razčlenjenost dejavnosti pomeni, da ljudje ali skupine opravljajo določen del nalog. Meje pa določajo, kaj tvori podjetje in kaj vse je v okolju, torej zunaj podjetja. Za

Kasta in Rosenzweiga (1985) je organizacija podjetja odprt, vzročno povezan in ciljno usmerjen socialni sistem. Te opredelitve poudarjajo cilj združbe posameznikov, ki so osnovna enota podjetja – organizacije, pa tudi njihovo medsebojno povezanost zaradi opravljanja različnih del, usklajenih v celoto (Rozman, Kovač & Koletnik, 1993).

Organiziranje je razvijanje resursov organizacije, da bi dosegli strateške cilje (Dimovski & Penger, 2008). Organiziranje dela v organizaciji se pojavi takrat, kadar delovna naloga postane tako velika, da je ne more opraviti en sam človek, zato jo je treba razdeliti na več manjših delnih nalog, ki skupaj tvorijo celoto. Vrste opravil in njihovo število so odvisni od velikosti organizacije, razmer poslovanja, uporabljene tehnologije, lastnosti zaposlenih in drugih okoliščin. Organiziranje dela stalno in sistematično proučuje delo oziroma potek dela, naloge in probleme, pri tem pa išče primerne poti, načine in metode dela za doseg predvidenih ciljev (Možina in drugi, 2002).

Nenehne in vse pogostejše spremembe v okolju vplivajo tudi na organizacijo in zahtevajo nove rešitve. Sodobni trendi, ki so značilni za spreminjanje organizacije podjetja, se odražajo tudi v trendih v vodenju podjetja. Izbira oblike vodenja in izbira oblike organizacije ne moreta potekati ločeno. Pri izbiri in oblikovanju vodenja ter organizacije moramo doseči medsebojno harmonizacijo, zato je potrebno veliko znanja in celovit pogled, ki obsega medsebojno primerjavo med cilji podjetja in organizacijo ter vodenjem (Rozman, Kovač & Koletnik, 1993).

Kadar govorimo o organiziranju kot funkciji managementa, to pomeni, da z oblikovanjem ali projektiranjem organizacije vzpostavljamo organizacijske strukture in organizacijske procese. Grochla (1982) pravi, da je organiziranje v smislu oblikovanja organizacije podjetja pomemben instrument managementa, s pomočjo katerega management dosega postavljene cilje. Ivanko (1992) razdeli oblikovanje organizacijske strukture na oblikovanje delovnih mest, oblikovanje oddelkov in oblikovanje organizacije. Od situacijskih spremenljivk je odvisno, katera bo najustreznejša organizacijska struktura podjetja.

Funkcijska organizacijska struktura je najpogostejše uporabljena organizacijska oblika in tudi ena od najpreprostejših in najstarejših organizacijskih struktur. Večina podjetij prične s takšno organiziranostjo, pogosta je tako v storitvenih kot proizvodnih podjetjih. Je centralizirana organizacijska struktura, poslovne funkcije se organizirajo pod pristojnostjo enega vodje, na enem mestu. Uporablja se predvsem v malih in velikih podjetjih, kadar ta proizvajajo le en osnovni proizvod. Primerna je predvsem za poslovna okolja, ki so stabilna in ne zahtevajo velikih organizacijskih in poslovnih prilagoditev. Uporablja se za podjetja z rutinsko tehnologijo in serijsko proizvodnjo, s čimer se zagotavlja visoka produktivnost in učinkovitost (Ježovnik, 2011).

Prednost funkcijske organizacijske strukture (Možina in drugi, 2002) je predvsem njena racionalnost; značilen je en vodja, glavni manager je lahko istočasno tudi lastnik

organizacije; komunikacija je dvosmerna, jasno so določene odgovornosti; višja je profesionalizacija in specializacija ljudi.

Funkcijska organizacijska struktura ima kljub svoji pogostosti na področju managementa nekaj slabosti. Le te se kažejo predvsem v preveliki centralizaciji odločitev, slabšem prilagajanju na spremembe na trgu in nove proizvodne tehnologije, slabši medsebojni povezanosti organizacijskih enot; zaposleni imajo zelo omejen pogled na cilje; počasni komunikaciji, sprejemanju in uresničevanju odločitev (Bavec, 2007).

Divizijska organizacijska struktura je bolj sprejemljiva in prilagodljiva od funkcijske organizacijske strukture. Je decentralizirana organizacijska struktura, ki je primerna za nestabilno okolje in hitre spremembe. Posamezne funkcije morajo biti organizirane decentralizirano. Na ta način imajo nižje organizacijske enote več pooblastil in odgovornosti, delujejo relativno samostojno in tudi prevzemajo odgovornost za rezultat njihovega delovanja (Možina in drugi, 2002).

Med prednosti divizijske organizacijske strukture štejemo predvsem oblikovanje decentraliziranih enot, možnost prilagajanja različnim proizvodom in kupcem, visoko koordinacijo, skrb za lasten razvoj, večja odgovornost vodstva in zaposlenih, specializacija dela, skupinsko delo ter zadovoljstvo kupcev (Ježovnik, 2011).

Med slabosti divizijske organizacijske strukture štejemo predvsem težjo koordinacijo med različnimi produktnimi linijami, nižjo proizvodno in razvojno učinkovitost, podvajanje in neusklajeno izvajanje aktivnosti. Produktne linije stremijo predvsem k reševanju svojih problemov, zato sta oteženi standardizacija in integracija (Bavec, 2007).

Temeljne oblike divizijske organizacijske strukture so (Ježovnik, 2011):

- produktna: Pri produktni strukturi so vsa opravila za proizvodnjo proizvoda ali proizvodov povezana v eno organizacijsko enoto, ki je odgovorna za izvedbo in rezultate svojega dela, temelji na proizvodu ali storitvi.
- teritorialna: Pri teritorialni strukturi teritorialna enota opravlja vse dejavnosti na enem področju. Primerna je, kadar organizacija deluje na širšem področju in mora upoštevati lokalne zakone in običaje, temelji na geografskih področjih oziroma teritorijih svojega delovanja.
- k odjemalcem usmerjena struktura: Oblikujemo jo na temelju ciljne skupine uporabnikov, usmerjena je na posamezne skupine ali segmente kupcev ali prodajalcev.

Matrična organizacija je kombinacija produktne in funkcijske organizacijske strukture. Je oblika povezovanja v oddelke po proizvodih in funkcijah. Njena značilnost je dvojno vodenje, meje med oddelki so zbrisane. Zaposleni odgovarjajo dvema vodjema, vodji oddelka ali enote in vodji projekta. Omogoča večjo prilagodljivost, od managementa pa zahteva velik občutek za medčloveške odnose (Ježovnik, 2011). Posebnost matrične organizacijske strukture je dvojno vodenje, ki pomeni kršitev klasičnega principa

managementa. Takšna struktura organiziranosti zahteva usklajeno delovanje organizacije. (Možina in drugi, 2002).

Oblike matrične organizacijske strukture so (Ježovnik, 2011):

- projektno-matrična struktura: primerna je za organizacije, ki izvajajo večje število projektov po naročilu kupca;
- programsko-matrična struktura: primerna je za organizacije, ki izvajajo večje število programov istočasno;
- proizvodno-matrična struktura: primerna je za organizacije, ki proizvajajo večje število proizvodov istočasno ali nudijo storitve po naročilu že znanega kupca.

Glavne prednosti matrične organizacijske strukture so (Dimovski, Penger & Žnidaršič, 2003):

- prilagodljivost in fleksibilnost organizacije, glede na potrebe okolja,
- učinkovitost uporabe razpoložljivih virov,
- učinkovito izkoriščanje resursov,
- učinkovita koordinacija,
- učinkovito sprejemanje zahtevnejših odločitev,
- zavzetost in motiviranost zaposlenih,
- odprti tokovi informacij.

Slabosti matrične organizacijske strukture so (Daft & Marcic, 2016):

- zahtevnejša koordinacija
- problemi med zaposlenimi, kot posledica dvojnega vodenja,
- večja možnost konfliktov,
- zahtevnejša komunikacija,
- veliko število sestankov in dogovorov.

Timska organizacijska struktura odpravlja meje med oddelki in izboljšuje kooperativnost. Člani tima so seznanjeni s problemi in omejitvami drugih članov tima in namesto, da slepo sledijo lastnim ciljem, raje sklepajo kompromise. Timska organizacijska struktura omogoča hitro prilagajanje zahtevam strank in spremembam v okolju ter omogoča hitrejše sprejemanje odločitev, saj ni potrebna odobritev vodstva organizacije oziroma hierarhičnega vrha. Spodbuja entuziazem pri zaposlenih za sodelovanje pri večjih projektih, saj lahko svobodno izražajo in realizirajo svoje ideje in zamisli. Kljub vsem prednostim pa ima timska organizacijska struktura tudi svoje slabosti. Takšna struktura večkrat pripelje do konfliktov, še posebej pri zaposlenih, ki sodelujejo v več timih in so pod vplivom več različnih oddelčnih managerjev. V takšni organizacijski strukturi je potreba po večjem številu sestankov zaradi koordinacije, kar časovno in tudi drugače zmanjšuje učinkovitost. Timska organizacijska struktura lahko pomeni tudi preveliko decentralizacijo, člani timov pogosto ne vidijo celostne slike korporacije, kar lahko pripelje do sprejemanja odločitev, ki niso v skladu in v

dobrobit organizacije (Daft & Marcic, 2016). Timska organizacijska struktura temelji na aktivnosti okrog delovnih timov. Takšna organizacija odstranjuje meje med oddelki in omogoča lažje doseganje kompromisov pri odločanju. Vodilnih in vodstvenih sodelavcev v takšni organizaciji praktično ni, saj člani tima sprejemajo odločitve o novih načinih opravljanja del. Posledica takšne organiziranosti se vidi v krajšem odzivnem času in hitrejšem odločanju (Dimovski & Penger, 2008).

Dinamična mreža je ena izmed novejših oblik struktur. Bistvo dinamične mreže je medsebojna povezanost samostojnih podjetij, ki sodelujejo prek računalniškega omrežja s kupci in dobavitelji, pri proizvodnji kompleksnejšega izdelka, storitve ali projekta. Za dinamično mrežo je značilna njena nevidnost, ključnega pomena pa je medsebojno zaupanje vseh udeležencev. Enotnost in medsebojna pomoč vseh partnerjev sta ključni za uspeh dinamične mreže (Lipičnik, 1996).

Prednosti organizacijske strukture v obliki dinamične mreže so: večja učinkovitost, poslovna uspešnost, učinkovita izraba človeških virov, fleksibilnost in možnost združitve večje količine znanja brez dodatnega zaposlovanja. Znotraj dinamične mreže se je oblikovala virtualna organizacijska struktura (možna, potencialna, navidezna). Možina in drugi (2002) jo opredeljujejo kot posebno obliko mrežne organiziranosti, ki pri proizvodnji virtualnih izdelkov ali storitev povezuje večje število samostojnih organizacij. Vsaka od teh samostojnih organizacij ima svojo določeno sposobnost, cilj njihove združitve pa je izvajanje določene, prezahtevne naloge. Združevanje podjetij je lahko začasno ali trajno, odvisno od cilja združevanja, njihova značilnost pa je, da skupaj razvijajo izdelek, si delijo tehnološke dosežke, stroške in dobiček. Podjetja se trudijo za skupen uspeh in so ves čas medsebojno neodvisna. Virtualna organiziranost zahteva discipliniranost in izpolnjevanje obveznosti vseh udeležencev. Slabost virtualne organiziranosti je omejena prostost managerjev in velik pritisk pri sprejemanju pravih odločitev (Bavec, 2002).

1.4 Opredelitev funkcije vodenja

Pomemben del organiziranja dela, katerega posledica je realizacija ciljev v organizaciji, je vodenje. Do realizacije ciljev namreč ne pride samo po sebi in le sprotno sinhroniziranje dela mnogih ljudi to omogoča. Vse to pa dosežemo z vodenjem. Vodenje je samo ena od vlog, ki jo imajo managerji v podjetjih (Vodopivec, 2011).

Vodenje zaposlenih je postalo pomemben dejavnik uspešne organizacije še posebej v kriznih časih. Okolje in družba neprestano spreminjata želje posameznika. Tempo današnjega življenja zahteva od managerjev vedno večja pričakovanja. Ne govorimo samo o dejavnikih, povezanih z vodenjem, ampak tudi o osebnostnih značilnostih managerjev. Dober manager mora imeti poleg vseh managerskih lastnosti tudi lastnosti dobre vodje, ki mu zaposleni brezpogojno sledijo (Zlatoper, 2012). Ljudem ne moremo ukazovati, ljudi je treba voditi. Cilj pa je ustvariti čim večjo produktivnost iz specifičnih prednosti in znanja vsakega posameznika (Drucker & Trajkovski, 2001).

Sodobne učeče se organizacije morajo oblikovati pozitivno organizacijsko identiteto prek vseh razpoložljivih oblik avtentičnega vodenja kot najsodobnejše perspektive razvoja sodobne teorije managementa in organizacije, izhajajoče iz šole pozitivnega organizacijskega vedenja (Penger & Dimovski, 2006).

Vodenje je odvisno od sposobnosti, osebnostnih lastnosti in znanja vodilne osebe, ki z njimi skuša doseči pomemben in učinkovit vpliv na ljudi, da bi vzajemno dosegli zastavljene cilje. Vodilna oseba mora znati izbrati in uporabiti primerne metode, s katerimi vpliva na vedenje in delovanje zaposlenih, da ti naloge izvršujejo čim bolje, ob čim manjši porabi energije in časa ter s čim večjim osebnim zadovoljstvom. V te metode mora biti vključena možnost razvoja posameznika, saj se na ta način prepreči občutek ujetosti v sistem, v katerem šteje le dobiček, na zadovoljstvo zaposlenih pa se prevečkrat pozabi. Vse to je možno doseči z motivacijo in ocenjevanjem zaposlenih, učinkovito komunikacijo, reševanjem nasprotij, svetovanjem, spodbujanjem, vzdrževanjem kooperativnih odnosov in vključevanjem znanja zaposlenih v delovne procese (Zlatoper, 2012).

Vodenje je še posebej pomembno v kriznih razmerah. Krizni manager pri svojem delu potrebuje tako strateška kot tudi povsem operativna formalna in izkustvena znanja, pri čemer mu nobeno poslovno področje ne sme biti povsem neznano. Za doseganje ciljev vodenja podjetja v krizi je potreben multidisciplinarni pristop k problemom. Za uspeh projekta kriznega managementa pa so ključne kompetence, ki jih ta poseduje. Krizni manager mora imeti strokovne kompetence, metodološke kompetence, socialne kompetence, osebne kompetence, izvedbene kompetence in podjetniški instinkt s profesionalnimi managerskimi veščinami ter sposobnost soočenja in delovanja v izjemnih situacijah, vendar z jasnim razumevanjem položaja, s katerim se sooča. Krizni manager mora imeti izkušnje za potrebno hevristično in izkustveno odločanje, znanja, na osnovi katerih lahko presoja možne reakcije posameznega udeleženca organizacije ali interesne skupine in ocenjuje posledice na potek sanacije, spretnost in izkušnost v lokalnih in mednarodnih pogajanjih, še posebej v izrednih razmerah, pripravljenost za prevzem funkcije moderatorja in mediatorja ter ekspertne komunikacijske veščine. Krizni manager ne more imeti zgolj posvetovalne funkcije, temveč mora biti ta izvršilna oziroma odločevalska, saj sicer ukrepov ne bo mogoče v celoti izvajati. Gre za odločno, strogo in hitro osebnost, ki po navadi takšno funkcijo opravlja le za čas trajanja krize in spreobrnitve negativnih gibanj (Dubrovski, 2011).

Karakteristike kriznega vodenja so jasna hierarhija vodenja, nedvoumna pooblastila za sprejemanje odločitev, transparentna odgovornost za poročanje, natančni urniki in načini komuniciranja skupine za krizni management (Čeč, 2020).

V okviru modela vodenja se uporabljajo različne tehnike ali tako imenovani slogi vodenja. Slog vodenja ni odvisen samo od načina vodenja vodje, ampak tudi od zahtevnosti naloge in sprejemljivosti v kolektivu. Slog vodenja je relativno trajen vzorec vplivanja na ljudi z namenom vzajemnega doseganja zastavljenih ciljev. Predstavlja način, kako se vodja vede do zaposlenih, jih nadzoruje, z njimi sodeluje ter vpliva na opravljanje njihovega dela.

Vzorec vedenja, ki ga vodja najpogosteje uporablja pri vodenju sodelavcev, predstavlja prevladujoč slog vodenja. Vodstveni slog je način, s katerim vodja uveljavlja svojo moč in oblast (Kovač, 2004).

Na izbrani slog vodenja vplivajo štirje glavni dejavniki (Kavčič, 1991):

- filozofije vodenja: gre za pojmovanje oziroma razumevanje dela, vodenja zaposlenih in za prepričanje o ljudeh. Izbrani slog vodenja zaposlenih je odvisen od pogleda vodje na zaposlene oziroma na ljudi nasploh, ta pa je lahko optimističen ali pesimističen;
- dane situacije: slog vodenja se prilagaja razmeram, v katerih vodja opravlja svoje delo, kar je izhodišče situacijske teorije vodenja, ki poudarja ključni pomen situacije za učinkovitost sloga vodenja;
- značilnosti vodenih: izbira sloga vodenja je odvisna od tega, kakšna so prepričanja, vrednote, pričakovanja zaposlenih, znanje, delovne navade zaposlenih in sodelovanje;
- narava delovnih nalog: pri delovnih nalogah je pomemben vidik stopnje ustvarjalnosti in repetitivnosti. Pri ponavljajočih se, visoko standardiziranih postopkih dela je uspešen avtoritativni slog vodenja, pri ustvarjalnem delu pa vsaka kontrola ali drug način izražanja oblastnega položaja vodje zmanjšuje učinkovitost dela.

Klasična delitev vodenja opredeljuje avtorski in participativni oziroma demokratični slog vodenja. Med novejšje teorije vodenja spadajo opredelitve v okviru transformacijskega in transakcijskega vodenja ter »laissez faire« vodenja oziroma vodenja brez vajeti. Novi slogi vodenja poskušajo razložiti, na kakšen način lahko vodje dosežejo veliko stopnjo zvestobe svojih sodelavcev, in hkrati poudarjajo teoretično zapletenost vodenja. Zaupanje v vodjo je sredstvo, ki izboljša produktivnost, zadovoljstvo, predanost in povezanost (Zajc, Jurišević & Penger, 2018). Slog vodenja ima velik vpliv na zadovoljstvo zaposlenih in motivacijo ter posledično delovno uspešnost (Zavrtanik, Jurišević & Penger, 2019). Kompleksne organizacije 21. stoletja zahtevajo nov pristop k vodenju. Ob težnji po maksimizaciji dosežkov se managerji pogosto zatečejo tudi k nemoralnim in neetičnim potezam, ki kratkoročno prinesejo učinek, vendar pa na dolgi rok pustijo še trajnejšo negativno sled. To ob nenehni nestabilnosti na različnih področjih življenja vnaša nemir in pesimizem, kar se odraža tudi na svetovnih trgih, še bolj pa v percepciji ljudi, potrošnikov in drugih deležnikov organizacije. Zaradi tega se v poslovnem svetu pojavljajo drugačni ljudje in novi konstrukti, kot sta na primer pozitivna psihologija in avtentično vodenje, ki skušajo vplivati na zaznavanje ljudi in si znova pridobiti njihovo zaupanje. Avtentično vodenje je sodoben pristop, kjer vodja deluje v skladu s svojimi prepričanji in vrednotami, imeti mora močan značaj, je pravičen in samozavesten, skrbi za dobre odnose v organizaciji ter vpliva na zaposlene s svojim optimizmom, poleg tega pa se zaveda svojih sposobnosti in pomanjkljivosti (Zavrtanik, Jurišević & Penger, 2019). Avtentični slog vodenja razvija zaupanje in zaupanje krepi zaznavanje avtentičnega vodenja. Če je vodja avtentičen, mu bodo zaposleni zaupali in se še bolj posvetili svojemu delu. Zaznavanje vodje kot nekoga, ki mu zaupamo, je nujno za obvladovanje izzivov sodobnega okolja (Zajc, Jurišević & Penger, 2018).

Pri avtokratskem slogu vodenja ima vodja vso moč, vpliv, avtoriteto in odgovornost. Določa politiko, sam sprejema odločitve in jih posreduje sodelavcem. Ima popoln nadzor nad zaposlenimi, komunikacija je enosmerna, zadovoljstvo zaposlenih ga ne zanima. V glavnem ne podpira delegiranja, ker se boji izgube kontrole. Verjame v disciplino in pravila. Avtokratski vodja je usmerjen k delu, k delovnim nalogam in doseganju rezultatov. Možnost hitrih odločitev in uspešnost pri rutinskem delu sta prednosti avtokratskega načina vodenja. Avtokratski slog vodenja se obnese v kriznih razmerah in v stabilnem okolju, kjer je delo standardizirano. Problemi se pojavijo pri motivaciji zaposlenih in napačnih samostojnih odločitvah posameznikov, ki so bili trenutno na vrhu. Zaposleni so tako precej nezadovoljni in nesamostojni (Lah, 2016). Avtokratski vodja je lahko vizionarski; zaposlene motivira z jasno umestitvijo njihovega dela v vizijo organizacije. Zaposleni razumejo pomen in namen svojega dela. Avtokratski način vodenja maksimizira pripadnost ciljem in strategiji organizacije (Goleman, 2000).

Pri demokratičnem slogu vodenja želi vodja povečati učinkovitost poslovanja tako, da vključuje v odločanje tudi svoje podrejene in s tem možnost njihovega vplivanja na doseganje ciljev podjetja in svojih lastnih ciljev. Tega pa ni mogoče doseči samo z avtoriteto, ampak vodja uporabi tudi strokovnost in karizmo, da prepriča podrejene, naj mu sledijo. Vodja ni več ukazovalec, temveč je njegova vloga koordiniranje in organiziranje. Komunikacija ni več enosmerna, temveč dvosmerna in cirkularna. Vsak član ima pravico, da vodjo sprašuje in dobi odgovor, daje pobude in predloge. Na ta način vodja motivira zaposlene. Vodja odločitev ne sprejema sam, temveč s pomočjo aktivnega sodelovanja sodelavcev. Nadzor je usmerjen predvsem v usposabljanje skupine kot tima (Rozman, Kovač & Koletnik, 1993). Demokratiški vodja je usmerjen k ljudem, spodbuja skupno razpravljanje in skupne odločitve. Komunikacija med vodjo in zaposlenim je dvosmerna. Vodja deli moč in odgovornost s skupino, se z njo dogovarja in daje predloge. Pri demokratičnem slogu vodenja je pomembno, da se je vodja pripravljen odpreti, da zaposleni vedo, da je vodja prav tako dojemljiv za njihove potrebe kot za svoje. Moč vodje izhaja iz njegove strokovnosti in usposobljenosti, ki jo zaposleni opazijo (Lah, 2016). Dejstvo je, da dobri in učinkoviti odnosi med osebami brez uspešne komunikacije niso mogoči. Komunikacija v podjetju je osnova za uspešnost. Če je komunikacija že na ravni vodij dosledna, jasna in naravnana k ciljem, so tudi odnosi med zaposlenimi in njihovo skupinsko delo odraz odnosa nadrejenih. Uspešen vodja vedno upošteva različnost in drugačnost med zaposlenimi ter poišče skupno pot, ki omogoča medsebojno sodelovanje in posledično konkurenčnost na trgu. S točno določenim ciljem in filozofijo podjetja lahko vzpostavi dobro organizacijsko klimo, ki je rezultat dobre komunikacije. Ob vzpostavitvi interne komunikacije se bodo zaposleni lažje sprostili, bolj pogumno podajali svoje ideje in zamisli ter tako verjeli vase. Dobra organizacijska klima, učinkoviti poslovni in osebni odnosi ter dobra komunikacija so odraz vodenja podjetja. Dober vodja mora znati prisluhniti zaposlenim, upoštevati njihova stališča, ideje in inovacije. Navdušiti mora zaposlene, da verjamejo vase, in jim dati vedeti, da imajo njegovo podporo. Dober vodja se mora zavedati, da so zaposleni primarni ključ in vir uspešnosti,

zato je pomembno, da uveljavlja sodobne načine komunikacije in sodobne načine izboljšanja klime v podjetju (Blatnik Ošlak, 2021).

Transakcijski pristop vodenja temelji na nagrajevanju podrejenih glede na njihovo delo in zavzetost. Odnos med vodjo in podrejenimi temelji na kontrakciji. Zaposleni stremijo k doseganju ciljev organizacije z opravljanjem delovnih nalog in sledenjem viziji organizacije, njihov osnovni namen pa je vzdrževati stabilnost organizacije (Nanjundeswaraswamy & Swamy, 2014). Pri transakcijskem vodenju gre za sporazumevanje med vodjo in zaposlenimi o materialnih, kadrovskih in drugih ugodnostih, ki jih je zaposleni deležen, če uboga navodila in zahteve nadrejenega (Janžekovič, 2012). Transakcijski pristop vodenja temelji na pričakovanjih vodje in v zameno za dosežene delovne cilje in pričakovanja ponuja nagrajevanje. Na ta način se posledično dosega cilje celotne organizacije. Nagrajevanje zaposlenih je lahko v obliki izkazanih časti, priznanj, pohval, napredovanj, denarnih nagrad ali bonusov. Takšno smiselno nagrajevanje za dobro opravljeno delo in dosežene cilje izboljša delovno uspešnost posameznika. Transakcijski vodja vodi svoje podrejene s postavljanjem ciljev in dodeljevanjem nalog ter vzpostavljanjem rahle tekmovalnosti med svojimi podrejenimi, ki so glede na opravljeno delo in dosežene cilje nagrajeni ali kaznovani (Mahdinezhad & Suandi, 2013). Transakcijski način vodenja lahko pozitivno ali negativno vpliva na zaposlene in klimo v organizaciji. Nagrajevanje z materialnimi nagradami lahko negativno vpliva na motivacijo zaposlenih, saj je bilo dokazano, da zmanjša prirojeno motivacijo posameznika. Verbalno nagrajevanje pozitivno vpliva na občutke zaposlenih in dviga njihovo motivacijo ter spodbuja inovativno mišljenje. Na ta način namreč dvigamo samozavest zaposlenim, ki se počutijo bolj sposobne in kompetentne in se lotevajo reševanja tudi zapletenih in težjih nalog (Hansen & Pihl-Thingvad, 2019).

Burns (1979) opredeli transformacijsko vodenje kot odnos vzajemne stimulacije in elevacije, ki spremeni sledilce v vodje in lahko tudi spreminja vodje v moralne zastopnike. Transformacijsko vodenje se pojavlja, kjer se pri delu srečuje več ljudi, in sicer na tak način, da vodje in sledilci dvigujejo drug drugega na višjo raven motivacije in moralnosti. Transformacijski slog vodenja posveča več pozornosti karizmatičnim in čustvenim elementom vodenja, gre za sposobnost vplivanja na ljudi, da s spreminjanjem svojih prepričanj, vrednot in potreb dosega izredne cilje. Poudarja čustva, vrednote, etične principe, standarde in dolgoročno postavljanje ciljev, vključuje upoštevanje posameznikove motivacije, zadovoljevanje potreb zaposlenih in obravnavo zaposlenih kot človeška bitja. Transformacijsko vodenje vključuje posebno obliko vplivanja na ljudi, tako da potegnejo iz sebe in naredijo več, kot se po navadi od njih pričakuje. Glavni vidiki transformacijskega vodenja vključujejo naslednje štiri elemente: karizma, inspiracija, upoštevanje posameznika in intelektualna stimulacija (Lowe & Gardner, 2000). Transakcijski vodja deluje na podlagi nagrajevanja, vodenja z izjemami (aktivno in pasivno) in vodenja brez vajeti (*laissez faire*). Vodenje brez vajeti pomeni, da se odpoveduje odgovornostim in se izogiba timskega načinu dela (Možina in drugi, 2002).

Avtentično vodenje se predstavlja kot novejši konstrukt v razvoju slogov vodenja in je najbližje dejanskemu pristopu k vodenju v organizacijah; ni omejeno, dovoljuje veliko svobode, zahteva pa pozitivno usmerjenost in doseganje rezultatov tako tistih, usmerjenih k prihodkom, kot tistih, usmerjenih k zaposlenim. Avtentično vodenje se raje osredotoča na pozitivne dosežke kot na poudarjanje napak ter spodbuja zaupanje zaposlenih, kar se posledično pokaže v večji čustveni stabilnosti in nekonvencionalnih idejah (Marič, 2014). Za avtentično vodenje učeče se organizacije velja, da so avtentični vodje bolj nepristranski, ažurni, bolje ocenjujejo lastne sposobnosti in zmožnosti ter nenehno sprejemajo nove izzive, saj jih dojemajo kot potencialne za učenje. Avtentično vodenje preprosto osvetljuje procese, ukoreninjene v prejšnjih, bolj tradicionalnih modelih vodenja v klasičnih organizacijah, zato je nastajajoča teorija na tem področju služila za krepitev pomena samozavedanja pri pojasnjevanju vpliva vodenja na trajno, resnično uspešnost in učinkovitost ter na razvoj učeče se organizacije. Avtentični vodje zato v učeči se organizaciji s pozitivnimi zgledi, optimizmom, zaupanjem in vlivanjem pozitivne volje vsem zaposlenim aktivno poslovedijo proces organizacijskega učenja (Dimovski, Penger & Peterlin, 2009).

1.5 Opredelitev funkcije kontroliranja

Kontroliranje je zaključna funkcija procesa managementa. Zadeva nadziranje zaposlenih in preverja, ali je organizacija na pravi poti, da uresniči svoje cilje. Kontroliranje je zbiranje in sporočanje informacij o uspešnosti in učinkovitosti delovanja organizacije odločevalcem, da ti primerjajo dosežene izide z načrtovanimi ter odločajo o morebitnih ukrepih. Uspešno kontroliranje organizacije zahteva informacije o standardih uspešnosti, dejanski uspešnosti in dejanja, potrebna za odpravljanje odstopanj (Česen, Keber & Mayer, 2003).

Izraz kontroling izhaja iz angleškega glagola »to control« in ima v angleškem jeziku veliko pomenov. Prevod te besede tudi v slovenščini zajema več pomenov, kot so uravnavati, urejati, obvladovati, regulirati, usmerjati, nadzirati, presoјati, krmiliti, upravljati in voditi poslovanje. V najožjem pomenu predstavlja zgolj nadziranje in kontroliranje kot ugotavljanje ustreznosti, točnosti in pravilnosti poslovnih aktivnosti. Strokovnjaki imajo različne poglede na funkcijo kontroliranja, tako v teoriji najdemo različne definicije kontrolinga. IGC (International Group of controlling) pravi, da je kontroling celoten proces določanja ciljev, načrtovanja, predračunavanja in kontrole na finančnem in poslovno-ekonomskem področju (IGC, 2000). Kontroling poteka v interakciji med poslovodstvom in kontrolerjem pri določanju vizije, poslanstva in ciljev podjetja, sestavi planov in ukrepov za uresničitev načrtovane donosnosti (Koletnik, 1996).

Cilj kontrolinga je, da vodstvu podjetja omogoči pravočasno zaznavanje pomembnih sprememb v poslovnem okolju ter pripravi kakovostne informacije s katerimi vodstvo podjetja lahko pravočasno izkoristi poslovne priložnosti, oziroma se izogne nevarnostim, ki podjetju grozijo. Funkcija kontrolinga se mora učinkovito prilagajati spremembam v poslovnem okolju. Tako bo vodstvo podjetja pravočasno opozorjeno na vse priložnosti in

grožnje poslovnega okolja ter imelo možnost ustrezno izbrati in prilagajati poslovne strategije za doseganje zastavljenih strateških ciljev (Rozman, Kovač & Koletnik, 1993).

Glavni razlog za nastanek funkcije kontrolinga je čedalje bolj kompleksno in negotovo okolje. Managerji pri tako hitrih in nepredvidljivih spremembah v vseh podsistemiširšega sistema okolja ne morejo več sami dobro opravljati svojega dela. Potrebujejo pomoč in podporo kontrolinga. Avtorji navajajo pet situacijskih spremenljivk za primerno organiziranost podjetja, in sicer okolje podjetja, velikost podjetja, tehnologija, cilji podjetja in zaposleni. Odločitev podjetja, ali naj organizira notranji ali zunanji kontroling, je odvisna od zgoraj navedenih spremenljivk. Če je okolje podjetja negotovo, je priporočljivo, da ima funkcijo kontrolinga organizirano kot močno, samostojno štabno službo, saj potrebuje specializirane strokovnjake za kontroling. Vloga kontrolerjev bo močno osredotočena na strateško planiranje, ki v stabilnem okolju ni nujno potrebno. Majhna podjetja se odločajo predvsem za zunanji kontroling, ker je bolj racionalno plačevati storitve kontrolinga zunanjim svetovalcem (Kalister, 2008).

Proces managementa se začne s planiranjem in konča s kontrolo, ki zagotavlja uresničevanje planiranega s tem, da analizira odmike med doseženim in načrtovanim. Bistvo kontrole je v iskanju odklonov dejanskega od planiranega.

Učinkovita kontrola zajema naslednje stopnje (Speiser, 2009):

- postavljanje standardov in metod kontroliranja,
- merjenje dosežkov,
- primerjava dosežkov s standardi,
- korekcije.

Kontrolni proces se prične s postavljanjem standardov. Standard je sprejeta zadovoljiva vrednost, ki jo mora organizacija dosegati, in predstavlja osnovo za primerjavo. Standardi morajo biti natančno opredeljeni. Postavljamo jih lahko po posameznih poslovnih funkcijah v organizaciji in največkrat določajo kakovost, količine, stroške in čas. Večina organizacij upošteva tudi zahteve mednarodnih standardov kakovosti ali standardov ISO. Standardi ISO postavljajo temelje konkuriranja organizacij na mednarodnih trgih, enotne smernice kakovosti in vsebujejo določila, kako se prilagajati visokim zahtevam kakovosti (Speiser, 2009).

Pomen postavljanja standardov in njihovo spremljanje sta močno odvisna tudi od dejavnosti organizacije. Tako je na primer v zdravstvu delovanje, ki je skladno s standardi kakovosti, povezano z zagotavljanjem varnosti. V Sloveniji tako iz Nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015; Simčič, 2010) izhaja: »Ne le zagotavljanje, temveč tudi nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe je v državah EU zahtevano kot prednostna aktivnost. Zato si tudi v Sloveniji prizadevamo upoštevati mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti ter širše cilje, ki imajo večji vpliv na celotno družbo. Ta so: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na

pacienta.« Zagotavljanje varnosti v zdravstvu ima korenine v drugih znanostih, predvsem varstvoslovju, hkrati pa je pojem vsebinsko povezan s kakovostjo.

V povezavi z zagotavljanjem varnosti se je uveljavil tudi pojem kultura varnosti, ki ga je prvi omenil Singer (2003) ob obsežni raziskavi v 15 kalifornijskih bolnišnicah, ko je raziskoval in primerjal varnost z zanesljivostjo in odgovornostjo bolnišnice kot organizacije. Kakovost je kompleksna in večdisciplinarna veličina, ki jo moramo obravnavati z več vidikov. Kompleksna veličina pomeni, da je kakovost skupek vseh aktivnosti in opravil oziroma stanje, ki se neposredno odraža v proizvodih ali storitvah. Pri opredeljevanju storitev je treba upoštevati celotno kakovost, ki jo sestavljata (Snoj & Tavčar, 1998):

- objektivna (racionalna) kakovost in
- subjektivna (zaznana) kakovost.

Razlikovati je treba med kakovostjo, ki je skladna s pričakovanji, in kakovostjo, ki je skladna s specifikacijami (standardna kakovost). Standardna kakovost je objektivna in jo je mogoče na tak ali drugačen način izmeriti glede na določen standard. Subjektivne kakovosti ni mogoče natančno izmeriti. Določena je s subjektivnimi, psihološkimi zaznavami porabnikov in izvajalcev storitev, ki ocenjujejo kakovost pod vplivom vrednot, pričakovanj, čustev in sposobnosti zaznavanja. Pri storitvah sodelujeta predvsem izkustvena kakovost in kakovost zaupanja. Izkustvena kakovost zajema značilnosti procesov oziroma rezultate teh procesov (prijaznost osebja itd.). Kakovost zaznavajo uporabniki med porabo ali po nakupu storitve ali izdelka. Kakovost zaupanja zajema značilnosti, ki jih je težko ovrednotiti tudi po nakupu oziroma med uporabo (kirurški posegi ipd.). Prevladuje pri storitvah, ki jih izvajajo strokovnjaki (Gabrovec, 2014).

2 PRIMARNE VEŠČINE MANAGERJA

2.1 Veščine odločanja

Slovar slovenskega knjižnega jezika (SAZU, 2000) besedo »odločati« opredeljuje kot izražati voljo, kako naj bo, izrekati o čem končno mnenje, določati izid česa, usmerjati, ločevati, pri izbiri dajati čemu prednost. Odločanje je proces izbiranja in razvrščanja običajno nasprotnih si (vsaj dveh) alternativ za doseg določenih končnih ciljev, ki je zahteven in pogosto omejen zaradi obsega informacij ter ostalih dejavnikov, kot so pristop, težavnost, čas, sredstva, vpliv okolja, vpliv odločevalca (Gašperlin, 2015).

Izzivi sodobnega časa zahtevajo vse bolj celostno odločanje. Izkušnje kažejo, da je prevladujočemu logičnemu mišljenju in odločanju treba dodati tudi intuitivni del. Zaradi tega je potreben razvoj dodatnih kompetenc. Celovitost je namreč odvisna od zavedanja, učenja, razumevanja in manifestacije. Z učenjem se poglobljamo vase in spoznavamo svoje globlje osebne ravni, ki poleg misli vključujejo tudi čustva in voljo. Pri tem se

dotaknemo skritih kvalit, ker želimo bolje izrabiti notranji potencial, se osebnoostno dopolnjujemo, preoblikujemo in spreminjamo (Kovačič, Bulc & Batellino, 2013).

Proces odločanja predstavlja za managerja proces iskanja poti do želenega stanja, odločitve same pa odziv managerjev na probleme. Slehera odločitev je rezultat dinamičnega procesa, na katerega vplivajo številni dejavniki, kot so okolje, znanje, sposobnosti in motivacija managerja. Odločanje razumemo kot proces preudarnega razmišljanja, kjer odločitev predstavlja izbiro med različnimi možnostmi. Odločanje je najpomembnejša dejavnost managerja. Manager se po navadi odloča v razmerah tveganja in velike negotovosti, zato v različnih situacijah uporabi svoje znanje ali intuicijo. Najboljša oblika odločanja je kombinacija intuicije in znanja ob primerni količini kakovostnih informacij. Odločanje je zahtevna naloga za vsakega posameznika, zato se mora manager za to nalogo še posebej dobro pripraviti, sodelovati s strokovnjaki iz drugih strok in težiti k inovativnemu odločanju. V procesu odločanja iščemo najboljšo, najbolj zaželeno, optimalno različico z ozirom na dane možnosti. Pri tem sem srečujemo z bogastvom človeških vrednot, zanimanj, vedenja, sposobnosti, čustev in strasti (Dimovski, Perger & Žnidaršič, 2005).

Poznamo individualne in skupinske odločitve. Individualne odločitve sprejemajo posamezniki in na njihov proces sprejemanja odločitev vplivajo (Bugar, 2010):

- vrednote posameznika,
- osebnost posameznika,
- nagnjenost k tveganju in
- možnost nesoglasij.

Skupinske odločitve so rezultat skupinskega odločanja. Prednosti skupinskega odločanja so v popolnejših informacijah, večjem znanju, večji sprejemljivosti odločitev. Ima pa tudi svoje slabosti, in sicer večjo porabo časa, neustreznost v nujnih zadevah, pritisk na fleksibilnost posameznika, še posebej pa nedoločeno odgovornost (Dimovski, Penger & Škerlavaj, 2007).

Veščine odločanja se izkažejo kot ključne zlasti v kriznih razmerah. Ustvarjalno reševanje problemov je tako ključna naloga na primer managerjev zdravstvenih organizacij pri obvladovanju množičnih nesreč in nastopa v vseh njihovih funkcijah in nalogah. Pomemben del tega procesa je tudi kakovostno odločanje. Proces odločanja v zdravstveni organizaciji je proces kritičnega razmišljanja, reševanja problemov in ustvarjalnosti, zato je potrebno znanje managementa, vodenja in organizacijskega vedenja, poznavanje teoretičnih modelov in metod odločanja. Jasne morajo biti pristojnosti in odgovornosti za sprejete odločitve (Bugar, 2010). Prvi stik z nesrečo ali udeleženci v nesreči predstavlja najbolj kritičen trenutek obvladovanja krizne situacije, saj stres zahteva od vseh akterjev, predvsem pa vodje intervencije veliko koncentracije za oceno trenutnega stanja in pridobivanje zanesljivih ter kvalitetnih informacij o sami nesreči. Vodenje aktivnosti je v tem trenutku popolnoma in samo v pristojnosti vodje intervencije – kriznega managerja. Ena najobčutljivejših točk kriznega managementa je komuniciranje, ki se odraža tudi v (ne)uspehu pri planiranju,

organiziranju in vodenju krizne situacije, politično organizacijsko sodelovanje in reševanje konfliktov (Županič, 2011).

2.2 Komunikacijske veščine

Komuniciranje je najpomembnejši proces socialne interakcije, je skupek prepletajočih se niti, ki jih človek spleta vse življenje, medtem ko uresničuje svoja dejanja v povezavi z drugimi. Te niti so sporočila vseh vrst, so izmenjava misli, čustev, informacij, znanj, gest, podpore, namer, načrtov; so jezikovne in neverbalne; so izraz človekove ustvarjalnosti ali pa so zgolj tehnično sredstvo; so notranja potreba in nuja za premostitev stisk, lahko pa so zgolj izraz življenjske radosti (Dimovski, Penger & Žnidaršič, 2003).

S psihološke perspektive je komuniciranje dinamičen, interakcijski proces, ki je sestavljen iz organiziranih in namernih dejanj udeležencev ter njihovih doživljanj, ki s svojimi dejanji vplivajo drug na drugega, pri tem pa medsebojno prepoznavajo svoja in tuja dejanja ter doživljaje (Ule & Ule 2005).

Komunikacijsko kompetenco lahko opredelimo kot sposobnost učinkovitega komuniciranja na socialno sprejemljiv način, tako da komunikacija teče nemoteno, da je primerna duhu časa in da ne prizadene samopodobe drugega. To je mentalna sposobnost, veščina, spretnost, celo umetnost, ki pa tiči v odnosu. Komunikacijska kompetenca ni samo nastop, je tudi sposobnost refleksije (razumevanje vedenja) (Dimovski, Penger & Žnidaršič, 2003).

Komuniciranje je veliko več kot zgolj sporazumevanje. Komunikacijske sposobnosti lahko bistveno vplivajo na to, kako nas dojema okolica, na razvoj učinkovitih odnosov, ter pripomorejo k temu, da lažje dosežemo zastavljene cilje (Škerbinc, 2006).

2.3 Veščine managementa sprememb

Spremembe so edina stalnica, ki je prisotna skozi vso človeško zgodovino. Sprememba je lahko spodbudna, negotovost, ki jo prinaša, pa povzroča nemalo skrbi. Organizacije največkrat skrbita njihovo dolgoročno preživetje in obstoj, posameznike pa ohranitev zaposlitve, položaja ali statusa. Manager mora biti sposoben izpolnjevati vse štiri vloge – proizvajalec, upravitelj, podjetnik, integrator; zavedati se mora svojih prednosti in slabosti, biti mora v stiku s svojim družbenim okoljem, sprejemati mora povratne informacije o sebi, imeti mora uravnoteženo stališče o sebi in se zaveda svojih prednosti in pomanjkljivosti ter jih sprejema, lahko prepozna vrline drugih, sprejema mnenja drugih, ima sposobnosti upravljanja s konflikti in ustvarja okolje, v katerem se uči (Lipičnik, 2001).

Management sprememb zahteva odlične veščine managerjev v odločanju in strateškem načrtovanju (Martinčič & Biloslavo, 2017). Zelo pomembno je, da se organizacija v svoji poslovni usmerjenosti zaveda, da so pravi ljudje na pravem mestu ob pravem času ključ do uspeha. Človeški viri najbolj ustrezajo konceptu zagotavljanja konkurenčne prednosti, saj z

enkratno kombinacijo znanja, sposobnosti, povezav, vrednot in motivacijskih vzvodov ustrezajo kriterijem: ustvarjajo vrednost, so mnogokrat redki, jih je težko posnemati in so težko zamenljivi (Benčina Crnić, 2002).

Veščine managementa sprememb so (Kohont, 2011):

- znanje skupaj z izkušnjami, resnico, presojo, intuicijo in vrednotami posameznikom in organizacijam omogoča soočanje z novimi situacijami in spremembami,
- usmerjenost k ciljem in dejanjem (določanje ciljev in postavljanje prioritet, zagotavljanje učinkovitosti, predvidevanje posledic, spremljanje sprememb in odgovor na nepredvidene spremembe),
- usmerjanje sodelavcev (uporaba moči, razvoj sodelavcev),
- ravnanje z ljudmi pri delu,
- realna samoocena, samokontrola, odgovornost in prilagodljivost, objektivnost, percepcija, pozitivna naravnost, občutljivost za potrebe drugih, ustvarjanje zaupanja pri drugih, vodenje skupine, socialna pomoč,
- voditeljstvo (samozaupanje, logično in konceptualno razmišljanje, komunikacija).

Management sprememb pomeni pripravljenost za sprejemanje odgovornosti in sprejemanje sprememb. Koordinacija označuje stalno integracijo dejanj in ljudi (sodelavcev). Ustvarjalnost vključuje kompetence, ki omogočajo predstavljanje in izvajanje sprememb s pomočjo poznavanja problema in izvirnosti. Vodenje pomeni uspešno vplivanje na druge v relaciji z namenom in cilji. Motivacija označuje kompetence, s katerimi posameznik ustvarja zaupanje in se zaveda, da lahko stimulira in usmerja druge. Organizacija pomeni kompetence managerja, s katerimi v različnih situacijah določi potrebne vire in načine ter kako bo te vire organiziral in uporabil. Načrtovanje pomeni kompetence, ki managerju omogočajo analiziranje in določanje ciljev ter potencialov, kot tudi zaporedja korakov, s katerimi bo uspešno in učinkovito dosegel cilje (Kovač, Mühlbacher, Kodydek, Ferjan & Hauc, 2012).

Sinergijo vseh značilnosti predstavlja obvladovalec sprememb. Manager, ki obvladuje spremembe, se s pozitivnim odnosom do sprememb in poznavanjem okolja nenehno prilagaja, načrtuje in uveljavlja spremembe za dolgoročno rast organizacije. Pri tem s komuniciranjem in spodbujanjem vključuje ljudi ter zmanjšuje odpor do sprememb. Pomembno je, da se managerji ne bojijo poiskati svojih šibkih točk. To je osnovni pogoj, da jih lahko odpravijo (Kolarič, 2009).

2.4 Veščine reševanja konfliktov in managementa kakovosti

Konflikt je nasprotovanje, ki nastane zaradi nezdržljivih ciljev, misli, čustev v posamezniku ali med člani v skupini ali organizaciji (Možina in drugi, 2002). Ločimo tri osnovne vrste konfliktov (Možina in drugi, 2002):

- konflikt ciljev: nasprotje, ki izvira iz medsebojno različnih ciljev,

- konflikt spoznanj: nasprotje, ki nastane iz nestrinjanja z mislimi, idejami drugih,
- konflikt čustev, nasprotje, ki izvira iz čustev in občutkov, ki so zaznani kot nezdržljivi.

Reševanje konflikta omogoča utrjevanje skupine. V realnosti bi morali managerji za dobre medsebojne odnose predvsem upoštevati razlike med posamezniki, dobro sprejemati povratne situacije, skrbeti za dobro izražanje vsakega posameznika, priznavati obstoj konfliktov, imeti dobro komunikacijo in nepristranski pristop k reševanju konfliktov. To je ideal, ki mu je v praksi zelo težko slediti (Pustoslemsek & Dolgan, 2009).

Iršič (2004) definira obvladovanje konflikta kot ponovno vzpostavljanje nadzora nad dogajanjem in izbiro primernega odziva v določeni konfliktni situaciji. Konflikte obvladujemo s tem, da jih rešujemo ali pa spodbujamo. Slednje se uporablja predvsem takrat, kadar pričakujemo, da bi takšen konflikt sprožil konstruktivne in ustvarjalne pristope reševanja problemov (Ivanko, Stare, Možina & Brejc, 2007).

V organizaciji najlažje in najuspešnejše rešujemo konflikte, če jih zaznamo že, ko so nezadovoljni posamezniki. Ko se konflikt razširi na skupino, nam reševanje situacije vzame več časa in energije, konflikti pa so težje rešljivi (Černetič, 2007).

Konflikte lažje obvladujemo in rešujemo, če poznamo vzroke zanje. To je prva poteza pri strategiji reševanja konfliktov. Kako bomo našli vzroke, je odvisno od (Flajs, 2005):

- vodje, ki raziskuje vzroke,
- oblike in moči konflikta,
- števila udeležencev v konfliktu,
- razširjenosti konflikta v organizaciji,
- vpliva in vključenosti zunanjega okolja v konflikt.

Glede na vsebino, razširjenost in moč konflikta izberemo strategijo reševanja. Poznamo naslednje pristope (Flajs, 2005):

- individualni razgovor,
- razgovor z dvojico v konfliktu,
- razgovor v delovni skupini,
- zaradi nevtralnega mnenja je dobro izvesti razgovor z delavci, ki niso v konfliktu,
- če je konflikt v organizaciji vpliv zunanjega okolja, vključimo tudi te,
- če konflikt preseže meje naše sposobnosti, v reševanje vključimo zunanje strokovnjake.

Brajša, Gradišnik in Brumec (1994) povzemajo predpostavke za uspešno premagovanje konfliktov:

- aktivno poslušanje,
- odkrita in iskrena sporočila,
- spoštovanje tujih potreb,

- zaupanje,
- sprejemanje novega, vztrajnost in odločnost,
- ogibanje ravnanju zmaga–poraz,
- sprejemanje konfrontacije.

Različne situacije zahtevajo različne strategije reševanja konfliktov, vendar je malo ljudi sposobnih menjati strategije v skladu z zahtevami trenutne situacije. Večina managerjev je usmerjena v en slog reševanja in ga uporabljajo v vseh situacijah. Nekateri so nagnjeni k tekmovalnosti in morajo biti zmeraj zmagovalci, drugi so nagnjeni k izmikavanju in se konfliktov venomer izogibajo. Najpogostejša načina reševanja bi morala biti sodelovanje in kompromis. V primeru, ko menimo, da bo eden od dveh načinov učinkovit, sledimo postopku skozi pet korakov (Brajša, Gradišnik & Brumec, 1994):

- soočimo se s konfliktom,
- poskušamo razumeti položaj nasprotne smeri,
- definiramo problem,
- iščemo in ocenimo različne rešitve,
- dogovorimo se in uresničimo rešitev.

Za uspešnejše reševanje se je dobro naučiti komunikacijskih veščin, predvsem aktivnega poslušanja, dajanja povratnih informacij in asertivnosti (Hrvatina, 2009). Vodenje kakovosti predstavlja proces, ki terja izvajanje določenih aktivnosti, da lahko dosežemo doseganje ciljev in izboljšanje učinkovitosti. Management kakovosti vsebuje štiri osnovne naloge: načrtovanje, nadzor, ocenjevanje in izboljšanje kakovosti, ki se ponavljajo v določenem zaporedju (Liepina, Lapina & Mazais, 2014). Za učinkovit management sistema kakovosti je treba usvojiti filozofijo, ki poleg najpomembnejšega zadovoljevanja potreb kupcev, uporabnikov in partnerjev spodbuja tudi spreminjanje in razvoj notranje kulture organizacije. Govorimo o spremembah organizacijske kulture, ustvarjanju skupnih vrednot, zaupanju in oblikovanju vizije, ki bo skupna vodstvu in zaposlenim. Kakovost torej predstavlja pojem nenehnega spreminjanja in preverjanja. Učinkovitost in uspešnost podjetja, ki z načrtovanim managementom zagotavlja kakovost storitve, se v današnjem času pričakujeta od sodobnih organizacij. Načela managementa celovite kakovosti zagovarjajo vključenost posameznika v odločanje, podajanje idej in izboljševanje dela, se pravi upoštevanja ljudi, procesov in rezultatov (Lakner, 2011). Poleg preverjanja kakovosti mora management sistema kakovosti izpolnjevati predvsem naloge modela, in sicer (Drimel, 2016):

- določanje meril in ciljev kakovosti,
- razvoj lastnih analiz in preverjanj,
- svetovanje pri vprašanjih o kakovosti,
- zagotavljanje kakovostno usmerjenih razvojnih, proizvodnih in logističnih procesov.

Zavedati se je treba, da imajo zaposleni pomembno vlogo pri managementu kakovosti, kakovost mora postati njihova vrednota. Treba je graditi zavedanje oziroma organizacijsko kulturo, ki mora biti usmerjena na uporabnika in na kakovost storitev, ki jih organizacija izvaja. Vključenost zaposlenih je v znanju in sposobnostih, ki jih imajo, znajo uporabljati in prenašati na sodelavce (Drimel, 2016).

2.5 Veščine timskega dela

V sodobnih organizacijah je timsko delo ena izmed najbolj želenih značilnosti, ki jih delodajalci želijo imeti v svojih organizacijah. Ne gre vedno za delo v velikih skupinah, vendar je smisel timskega dela tudi okolje, v katerem se čuti sodelovanje in občutek skupnosti (Zavrtanik, Juriševič & Penger, 2019). Timsko delo vključuje več ali manj ljudi, ki morajo med sabo komunicirati, zato nastopa proces, ki ga pri skupinskem delu ni ali pa ni pomemben. Tim mora najprej nastati, za kar potrebuje čas. V tem času si člani neformalno razdelijo vloge, postavijo cilje, izberejo način vodenja, vzpostavijo medsebojne komunikacije. Temeljni pogoj za delovanje pri timskem delu je medsebojno komuniciranje vseh članov. Da tim lahko ustrezno in ob zmerni porabi energije doseže skupni cilj, potrebuje odprto, spontano komunikacijo, ki je ne sme motiti niti različna hierarhična raven posameznikov niti meje posameznih organizacijskih enot (Lipičnik, 2001).

Vodenje je proces vplivanja; vzdrževanje kooperativnih odnosov v skupini in timsko delo sta zelo pomembna. Timski vodstveni slog se zgleduje po načelu »prvi med enakimi«, s čimer se poudarja vzajemno delovanje za doseg skupnega cilja. Tako vodenje se najpogosteje uveljavlja pri ustvarjalnih, zahtevnih nalogah, kjer je izobrazbena struktura delavcev visoka, delavci pa so sposobni ustvarjalnega sodelovanja. Vodja je predvsem predstavnik skupine navzven in koordinator dela (Bizjak, Petrin, Hudovernik, Papež & Brumec, 1996). Idealen timski vodja se zaveda, da je tim več kot vsota posameznikov, zato vzpostavlja ozračje zaupanja in pripadnosti med člani tima ter ob sodelovanju vseh in s spodbujanjem iniciativnosti vodi tim. Za uspešno sestavo tima mora znati prepoznati in ovrednotiti znanje in sposobnosti zaposlenih. Iz posebnih prednosti in znanj vsakega posameznika v organizaciji mora ustvariti čim večjo produktivnost. Pomembne osebne karakteristike managerja so etičnost, karizmatičnost in odprtost nazorov. Manager pozna etična načela, ki izhajajo iz lastne organizacije v okviru širšega okolja. Spoštuje osebne vrednote in se zaveda, kaj je prav in kaj ne v določeni organizaciji. Odloča se in deluje družbeno odgovorno v skladu z omenjenimi načeli. Zaradi svoje karizme izžareva moč, je samozavesten in prepričljiv. S tem zbuja zaupanje. Nepristransko dopušča različnost in sprejema enakovrednost vsakega posameznika. Uspešen manager učinkovito upravlja samega sebe. To pomeni, da pozna in obvladuje lastna čustva. Pomembna managerska sposobnost je tudi učinkovito obvladovanje stresa na delovnem mestu (Ložar, 2002).

Ekipno oziroma timsko delo ima svoje prednosti in slabosti. Timi lahko imajo pozitiven vpliv tako na produktivnost kot tudi na zadovoljstvo članov, po drugi strani pa lahko

ustvarijo tudi situacijo, v kateri sta motivacija in uspešnost dejansko znižani. Timi se najbolj približajo izkoristku svojega polnega potenciala, ko se poveča individualna produktivnost kot posledica povečanja truda. Timi pri zaposlenih pogosto sprožijo sprostitve energije in ustvarjalnost, ki prej ni prišla do izraza. Prisotnost drugih v timu poveča motivacijo posameznika za delo in ustvarjalnost posameznika. Delo v timih oziroma ekipah lahko pomaga k zadovoljitvi potreb po pripadnosti in sprejemu v družbo. Prednost timskega dela je tudi povečanje znanj in spretnosti, saj si ljudje izmenjujejo vloge in zato pridobivajo nova znanja in spretnosti. S timi se zagotovi usposobljenost za opravljanje več nalog, kar vodi k večji fleksibilnosti organizacije. Timsko delo pa ima tudi svoje slabosti. Ko timi ne funkcionirajo dobro, je glavni razlog po navadi nepripravljenost managerjev na prenos moči na zaposlene zaradi strahu pred izgubo statusa ali celo službe. Včasih so v timu prisotne osebe, ki izkoriščajo tim za lastne koristi, hkrati pa ne prispevajo k njegovi uspešnosti in izpolnjevanju ciljev. Ta pojav je še zlasti mogoč v večjih timih. Timsko delo zahteva veliko koordinacije. S tem, ko se odloča, kdo bo kaj počel in kdaj, se izgublja dragoceni produktivni čas (Dimovski, Penger & Žnidaršič, 2003).

2.6 Veščine kriznega managementa

Krizno odzivanje je neizogibna nujnost v okolju, tako na nacionalnem kot globalnem področju. Med sisteme kriznega managementa se uvršča tudi element vodenja, ki predstavlja enega od bolj poudarjenih področij zaradi moči in namena ravnanja. Z jasno definiranimi cilji vodenja in kriteriji, ki izhajajo iz mehanizmov za krizno odzivanje, lahko vplivamo na obseg in jakost krize ter na eni strani prispevamo k ugodni razrešitvi ali pa zaradi slabih mehanizmov sprožimo verižno reakcijo drugih kriz (Šprajc, Dimič, Podbregar & Županič, 2018).

Krizni manager prepozna grožnjo, ki predstavlja tveganje za organizacijo, jo oceni in poizkuša zmanjšati njene posledice. V takšnih razmerah mora krizni manager imeti odlične komunikacijske sposobnosti, dober odnos z mediji, znati mora sodelovati z vladnimi oblastmi, obvladovati tveganja in zmanjševati morebitno škodo, ki je lahko povzročena organizaciji. Krizni managerji moraj vedeti, kako obvarovati in popraviti ime ter ugled organizacije. Najboljši krizni managerji so tisti s predhodnim znanjem iz managementa, ki vedo, kakšne spremembe so potrebne glede korporacijskega vodenja, organizacijske strukture in informacijske tehnologije (Lerbinger, 2012).

Značilnosti kriznega managerja, ki vodi dogodke v času krize v različnih organizacijah, se elementarno določajo glede na pristojnosti, ki jih prisodimo kriznemu managerju. Pri tem je treba upoštevati vidike posameznika in družbe kot celote, saj je vodenje postopka krize pogojeno tudi z reševanjem situacij ne zgolj v korist enega (ali manj značilno), ampak v korist celotne skupine, družbe v nacionalnem kontekstu ali družbe v globalnem okviru. Pri izhodišču za opredelitev kompetenc kriznega managerja je treba izhajati iz sposobnosti in spretnosti, ki korelirajo z osebnostnimi lastnostmi kriznega managerja. Predvsem se pojavlja

pomen sposobnosti in motivacije, ki predstavlja elemente, kot so predvidevanje, zvestoba in natančnost. Poleg tega so znanja, ki izhajajo iz strokovnosti in izkušenj, pomembne determinante, ki se pričakujejo od kriznega managerja. V kriznih situacijah je pomembno, da ima krizni manager znanje o organizaciji, njenih zaposlenih in deležnikih, ki so neposredno vezani na pojav krize. Obenem mora obvladati zaznavanje groženj in priložnosti ter biti opremljen z vsem naborom materialnih in ostalih sredstev, ki mu omogočajo pristop h kriznemu managementu. Krizni manager mora obvladati metode in tehnike na področju strateškega managementa, projektnega managementa, managementa sprememb, managementa časa, managementa konfliktov, načrtovanja in odločanja. Obenem mora imeti sposobnosti posploševanja in reševati kompleksnejše probleme od običajne narave, ki ne sovpadajo z elementi kritičnih situacij (Šprajc, Dimič, Podbregar & Županič, 2018).

Pri obvladovanju množičnih nesreč se srečujemo z mnogimi preprekami, od logističnih in infrastrukturnih težav do pomanjkanja resursov. Najbolj pomembna lekcija, ki smo se je naučili iz preteklih obvladovanj množičnih nesreč, je, da nikoli ne smemo delovati po fiksnih protokolih, ampak naj bodo fiksna samo načela. Kadar se manager prilagodi nastali situaciji in hkrati deluje po načelih, bo svoje delo opravil veliko bolj učinkovito (Peleg, Michaelson, Shapira & Aharonson, 2003).

Manager množičnih nesreč mora imeti vse zgoraj naštetе veščine in znanje. Kadar govorimo o managerjih množičnih nesreč, največkrat govorimo o zdravnikih, lahko tudi o drugih zdravstvenih delavcih. Pomembno je, da se zavedamo, da strokovno medicinsko znanje in podkovanost s področja zdravstva nista dovolj za učinkovito obvladovanje množičnih nesreč. Manager, ki je na funkciji obvladovanja množične nesreče, mora imeti veščine zaznavanja groženj in priložnosti, veščine strateškega managementa, projektnega managementa, managementa sprememb, managementa časa, konfliktov, vodenja, načrtovanja in odločanja.

3 OBVLADOVANJE MNOŽIČNIH NESREČ

3.1 Množične nesreče

Množične nesreče povsod po svetu predstavljajo veliko grožnjo za javno zdravje ter lahko izrazito povečajo smrtnost in umrljivost. Gre za nevsakdanje dogodke, ki prizadenejo milijone ljudi po vsem svetu. Vsak dan se nekje na svetu zgodi množična nesreča in vsak teden nekje na svetu pride do velike naravne nesreče (Ingrassia in drugi, 2010). Zdravstveni sistem je ključen in ima velik pomen pri obvladovanju množičnih nesreč (McCann, 2009). Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije je množična nesreča vsak dogodek, ki presega zmogljivosti običajne ustaljene prakse zdravstvenega sistema. Takrat z obstoječimi viri in načinom dela ne moremo oskrbeti tolikšnega števila poškodovancev. Vsaka množična nesreča je unikatna (WHO, 2007).

Množična nesreča pomeni večje število bolnih ali poškodovanih oseb, ki potrebujejo takojšnjo zdravstveno ali psihološko oskrbo. Ta pojav je lahko nenaden, kar je značilno za potrese, tornade, bombne napade; ali pa do pojava pride tekom več ur, dni, celo tednov. Primeri počasnega razvoja pojava so hurikani, poplave, epidemije in kemični napadi. Gre torej za nesreče, ki presežejo zmogljivosti lokalnega, regionalnega ali celo državnega zagotavljanja zdravstvenega varstva. Takšna nesreča lahko zapolni in preseže materialne in človeške zmogljivosti zdravstvenega sistema (kadar govorimo o večjem številu poškodovanih na določenem območju, ki vsi naenkrat potrebujejo zdravstveno oskrbo), lahko pa govorimo tudi o relativno majhnem številu poškodovancev, ki pa potrebujejo specializirano intenzivno nego, za katero prav tako nimamo na razpolago dovolj kadrovskih in materialnih virov (Timbie in drugi, 2013).

Ko zdravstveni sistem ne more omogočiti zadostnih zmogljivosti zaradi večjega števila pacientov, govorimo o izrednem dogodku. Izredni dogodki so nepredvidljivi, reševanje pa je izziv za vse zdravstvene sisteme po svetu. Množična nesreča je izredni dogodek. Ločimo naslednje oblike nepredvidljivih izrednih dogodkov (WHO, 2007):

- nesreče v prometu (letalske, pomorske, železniške, cestne),
- naravne nesreče (potres, cunami, tornado, hurikani, poplave, plazovi, izbruhi vulkanov, požari),
- industrijske nesreče (nesreče v kemijski industriji, nesreče jedrskih reaktorjev),
- vojni dogodki (večjih ali manjših razsežnosti, državljanske vojne, mednarodni konflikti),
- teroristična dejanja (uporaba konvencionalnih eksplozivnih sredstev, bakterioloških agensov ali kemičnih strupov),
- izbruhi nalezljivih bolezni (epidemije in pandemije, kot so SARS, nova gripa, ptičja gripa, kolera, ošpice, COVID-19),
- množične nesreče na javnih prireditvah (porušenje stadiona, panika na koncertih).

Hayes (2014) opredeljuje tri glavne skupne značilnosti vseh zgoraj opisanih dogodkov, ki so:

- onemogočanje normalnega delovanja družbe,
- presežajo zmogljivosti družbe,
- za ponovno normalno delovanje družbe je pogosto potrebna zunanja pomoč.

3.2 Ogroženost pred naravnimi in drugimi nesrečami v Sloveniji

Slovenija je majhna evropska država, ki je obremenjena z izrednimi dogodki. V preteklosti se je pri nas zgodilo že več množičnih nesreč. Leta 1966 se je zgodila letalska nesreča v Lahovčah, v kateri je bilo 98 žrtev. V bližini Preserja se je leta 1976 zgodila železniška nesreča, v kateri je umrlo 17 ljudi. Letalska nesreča slovenskega prevoznika na Korziki je terjala 180 žrtev. Leta 1984 je v Divači prišlo do trčenja tovornega in potniškega vlaka, nesreča je terjala 31 smrtnih žrtev. V Rogatcu je v prometni nesreči avtobusa umrlo 8

potnikov. Leta 1992 je bilo v nesreči pred predorom Pletovarje 10 smrtnih žrtev, leta 2005 pa na cesti pri Trebnjem 8. Odprava s kanuji po reki Savi leta 2008 se je končala tragično s 13 preminulimi (Trapečar, 2017). V nesreči z balonom nad Ljubljanskim barjem leta 2012 je bilo udeleženih 32 oseb (Fink, 2012). V verižnem trčenju med Senožecami in Razdrtim je bilo leta 2016 udeleženih 48 osebnih avtomobilov, 7 tovornih vozil in avtobus. Štiri osebe so umrle, 25 pa jih je bilo poškodovanih (Smolej, 2016). Od 5. marca leta 2020 do 29. aprila 2021 je bilo zaradi epidemije Covid-19 v Sloveniji potrjenih 240.292 okužb z virusom SARS-CoV-2, 4.521 pa jih je za posledicami okužbe umrlo (podatki NIJZ do 30. 4. 2021).

V Sloveniji se povečuje stopnja izrednih dogodkov, najverjetnejše so nesreče v prometu in v industriji (Prestor, 2017). Hiter razvoj znanosti in tehnike ter spremenjen način življenja sodobnega človeka so še povečali našo ranljivost in ogroženost pred naravnimi in drugimi nesrečami (Natek, 2003). Na območju Slovenije so možni potresi, ki poleg gmotne škode lahko povzročijo tudi smrtne žrtve. Nevarnosti potresa intenzitete VIII EMS je izpostavljenih dober milijon ali 53 % prebivalstva, ki živi na 54 % površine Slovenije (Uprava RS za zaščito in reševanje, 2018). Največ smrtnih primerov beležimo v snežnih plazovih (37 %), ob potresih (30 %), zaradi udara strele (13 %), ob neurjih (6 %) in ob poplavih (12 %) (Hozjan, 2015). V Sloveniji se prav tako povečuje poplavna ogroženost, ki ima za posledico lahko smrtne žrtve in veliko materialno škodo (Brilly, 2012).

Visoko stopnjo ogroženosti predstavljajo tudi nesreče v cestnem prometu, katerih značilnost je večje število udeležencev in posledično večje število poškodovanih in mrtvih. Javna agencija RS je pripravila analizo in pregled stanja varnosti v cestnem prometu, ki je razvidna iz tabele 1. Tabela prikazuje število poškodovanih v prometnih nesrečah po posameznih letih med letoma 2014 in 2020, ki je znašalo med 5.695 do 8.710 poškodovanih letno. V letu 2020 je bilo zabeleženo najmanjše število umrlih od leta 1954, kar je posledica epidemije Covid-19, ki je občutno zmanjšala promet na slovenskih cestah (Javna agencija Republike Slovenije za varnost prometa, 2021).

Tabela 1: Pregled prometnih nesreč in posledic v obdobju 2014–2020

Leto	Prometne nesreče		Posledice (poškodbe)			Skupaj poškodbe (huda telesna poškodba + lažja telesna poškodba)
	Število prometnih nesreč	Število prometnih nesreč s telesno poškodbo in smrtnim izidom	Smrt	Huda telesna poškodba	Lažja telesna poškodba	
2014	18.251	6.167	108	826	7.394	8.220
2015	17.943	6.473	120	932	7.778	8.710
2016	17.931	6.495	130	850	7.606	8.456
2017	17.584	6.185	104	851	7.050	7.901
2018	18.248	6.014	91	821	6.867	7.688
2019	18.861	6.025	102	814	6.756	7.570
2020	14.971	4.780	80	687	5.017	5.695

Vir: Javna agencija Republike Slovenije za varnost prometa (2021).

Ministrstvo za zdravje RS je leta 2016 pripravilo oceno tveganja za nevarnosti biološkega, kemičnega, okoljskega in neznanega izvora. Nalezljive bolezni v Sloveniji zavzemajo pomembno mesto med aktualnimi nevarnostmi za zdravje prebivalstva. Poleg nalezljivih bolezni, ki so razmeroma dobro znane že stoletja, se pojavljajo nove in porajajo že znane v novi, spremenjeni in nevarnejši obliki. Proučevanja kažejo, da bodo nalezljive bolezni stalne spremljevalke človeštva tudi v prihodnosti (Jurjevec & Gobec, 2016).

Nekatere velike nesreče, kot so potresi, poplave in neurja imajo poleg neposrednih posledic za življenje in zdravje ljudi, posledice tudi za zdravstveno infrastrukturo. Uničenje zdravstvene infrastrukture pomeni moteno izvajanje zdravstvene dejavnosti v njih, kar ima velike posledice za zdravje in življenje ljudi (Dujčić & Simčič, 2013).

Številne naravne in druge nesreče lahko hitro privedejo do stanja, ko ni na razpolago pitne vode in ko pride do pomanjkanja hrane oziroma onesnaženja živil. Varnost živil je ključna za preprečevanje bolezni ob naravnih katastrofah. Neurejeni higienski pogoji, vključno s pomanjkanjem pitne vode, sanitarij in primernih pogojev za pripravo hrane, so bili med poplavami in potresi že vzrok masovnih izbruhov bolezni, povzročenih z onesnaženimi živili (Gantar Žura, 2009).

Od decembra 2019 se svet sooča z eno od najzahtevnejših situacij nenadzorovanega širjenja okužbe. Epidemija Covid-19 je postala največja množična nesreča v zadnjem desetletju. Izbruh bolezni Covid-19 je pokazal nepripravljenost obvladovanja množične nesreče na svetovni ravni. Ta situacija je pokazala pomen kriznega managementa v primeru množične nesreče in je dokaz, da brez učinkovitega planiranja in splošne pripravljenosti v primeru množične nesreče število umrlih sunkovito narašča (Cocollini in drugi, 2020).

3.3 Predstavitev sistema in mreže za obvladovanje množičnih nesreč v Sloveniji

Nesreča z več poškodovanimi ali več bolnimi je stanje, v katerem se dnevno utečeno delo izurjenih ekip zdravstva, gasilcev, policije in drugih udeležencev prilagodi povečanemu številu poškodovanih ali obolelih (Gantar, 2009). Kadar število poškodovanih presega zmogljivost reševalnih ekip, so od zdravstvenih delavcev pri oskrbi poškodovancev zahtevane ustrezne organizacijske rešitve. V izrednih razmerah, kot imenujemo množične nesreče, življenja rešuje pravilna vnaprej določena organizacija. Ekipa zdravstva, gasilcev, policije in drugi udeleženci so na takšne nesreče pogosto slabo pripravljeni, saj so le te redke in nenapovedane. Ob množičnih nesrečah je aktiviranih največ različnih služb – reševalci, gasilci in policija so prvi na mestu dogodka. Delo teh treh služb se pri reševanju prekriva in dopolnjuje in ne pomeni le medicinske oskrbe. Pomemben je dostop do mesta nesreče, ki je večkrat otežen, lociranje in zavarovanje vseh poškodovancev, medicinska pomoč, zaščita pred neugodnimi vremenskimi razmerami in transport na višjo raven zdravstvene oskrbe.

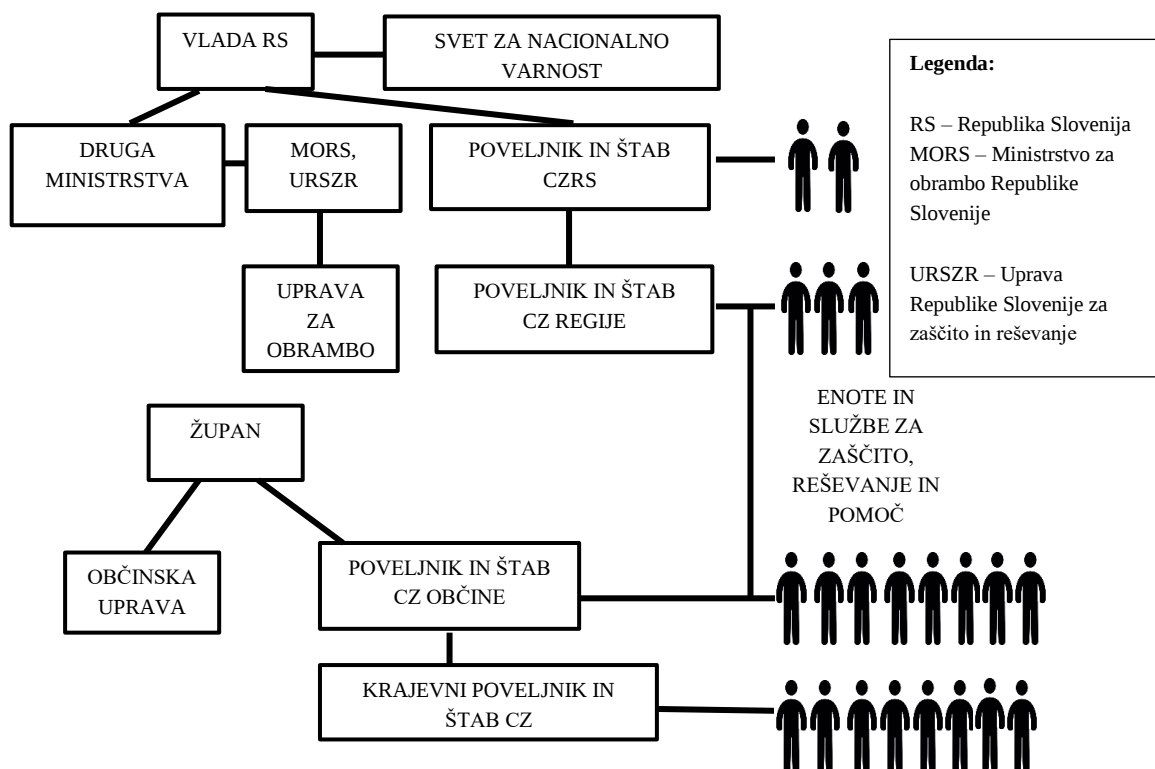
Gantar (2009) meni, da se kaosu na mestu nesreče izognemo z organizacijo, in opredeljuje naloge intervencijskih služb v primeru velikega števila poškodovanih:

- v čim krajšem času oskrbeti čim večje število poškodovancev,
- s hitro in učinkovito triažo zagotoviti prioriteto zdravstveno oskrbo ter transport na višjo raven oskrbe
- preprečiti zmedo v bolnišnicah.

Sistem varstva pred nesrečami lahko opredelimo kot načrtno in razumsko urejen skupek nalog, postopkov, ciljev, pravil, načel, človeških in materialnih virov, ki določajo varstvo pred nesrečami. Nevarnost naravnih in drugih nesreč je dandanes globalni problem človeštva predvsem zaradi povečane interakcije geoloških, hidrometeoroloških in drugih naravoslovnih pojavov s prostorskimi, okoljskimi, sociološkimi in ekonomskimi ranljivostmi. Varstvo pred nesrečami ni le množica razdrobljenih in nepovezanih preventivnih, reševalnih, sanacijskih in drugih dejavnosti. Razvija se kot celovit sistem, ki omogoča, da se vse dejavnosti izvajajo povezano in usklajeno, kar zagotavlja večjo učinkovitost, smotrnost in gospodarnost celotnega sistema (Ušeničnik, 2002).

Management sistema varstva pred nesrečami poteka na različnih ravneh in se razlikuje med posameznimi državami. V Združenih državah Amerike deluje posebna vladna agencija (angl. Federal Emergency Management Agency), v katero so vključene vse enote za zaščito, reševanje in pomoč. V Veliki Britaniji je ta sistem vzpostavljen in voden na različnih ravneh, posamezne enote za zaščito, reševanje in pomoč so vodene vsaka pod svojim ministrstvom (Wankhade & Patnaik, 2020). Management sistema varstva pred nesrečami tudi v Sloveniji poteka na različnih ravneh, kar prikazuje slika 1.

Slika 1: Ravni sistema varstva pred nesrečami v Sloveniji



Sile za zaščito, reševanje in pomoč morajo glede na tveganja, organizirati država, lokalne skupnosti, določene gospodarske družbe, zavodi in druge organizacije. Republika Slovenija je na področju zaščite in reševanja razdeljena na 13 regij, ki so tudi območja izpostav Uprave Republike Slovenije za zaščito in reševanje (v nadaljevanju URSZR). Sile za zaščito, reševanje in pomoč se delijo na (URSZR, 2016):

- prostovoljne enote in reševalne službe: te enote so organizirane pri nevladnih, predvsem humanitarnih organizacijah. Njihovo delovanje je dopolnjeno s poklicnimi reševalnimi službami;
- poklicne enote in službe za zaščito, reševanje in pomoč: te enote so samostojne enote oziroma službe, ki delujejo tudi na področju zaščite in reševanja, ko je potrebno;
- dolžnostne enote in službe za zaščito, reševanje in pomoč: te enote so organizirane kot enote in službe Civilne zaščite na podlagi državlanske dolžnosti.

Naloge zaščite, reševanja in pomoči izvajajo (URSZR, 2016):

- enote, službe in drugi operativni sestavi društev in organizacij. Sem spadajo gasilske enote, enote ter službe društev in nevladnih organizacij,
- gospodarske družbe, zavodi in druge organizacije, ki organizirajo reševalne enote in službe na podlagi odločitve pristojnega organa lokalne skupnosti ali državnega organa in glede na tveganje v dejavnosti, ki jo opravljajo,
- enote in službe civilne zaščite, ki so organizirane na podlagi državlanske dolžnosti kot dopolnilne sile za zaščito, reševanje in pomoč,
- Policija, ki zagotavlja varnost, javni red in mir ter skladno z razpoložljivostjo svojih sil sodeluje v reševalnih akcijah s helikopterji,
- Slovenska vojska z zdravstveno enoto, enoto za jedrsko, kemično in biološko obrambo, inženirsko enoto, letalsko enoto in z drugimi enotami, če niso udeležene pri obrambnih nalogah.

URSZR opravlja naloge, povezane z načrtovanjem raziskovalnega in razvojnega dela, izdelavo programov izobraževanja, izvajanjem izobraževanj in usposabljanj, oblikovanjem državnih rezerv, izvajanjem opazovanja in osveščanja, izdelavo ocene ogroženosti, izdelavo državnih načrtov zaščite in reševanja, organiziranjem sil za zaščito, reševanje in pomoč, organiziranjem informacijskega in telekomunikacijskega sistema (Ušeničnik, 2002). URSZR ima regijske izpostave in regijske centre za obveščanje. Regijske izpostave so odgovorne za pripravo regijskih načrtov zaščite in reševanja ter regijsko organizacijo sil za zaščito in reševanje (Smolej, 2016). Enote in službe civilne zaščite se praviloma organizirajo, kadar nalog zaščite, reševanja in pomoči ni mogoče upravljati s poklicnimi ali prostovoljnimi reševalnimi službami. Sodelovanje v enotah, organih in službah Civilne zaščite Republike Slovenije je organizirano po načelu državlanske dolžnosti. Za opravljanje

različnih nalog zaščite, reševanja in pomoči so organizirane naslednje enote in službe Civilne zaščite (URSZR, 2019):

- enote za prvo pomoč,
- enote za prvo veterinarsko pomoč,
- tehnične reševalne enote,
- enote za radiološko, kemično in biološko zaščito,
- enote za varstvo pred neeksplozivnimi ubojnimi sredstvi,
- enote za uporabo zaklonišč,
- služba za proženje snežnih plazov,
- službe za podporo,
- poveljniki civilne zaščite in njihovi namestniki,
- informacijski centri,
- logistični centri,
- druge enote in službe.

Operativno strokovno vodenje Civilne zaščite in drugih sil za zaščito, reševanje in pomoč je organizirano ter se izvaja kot enoten sistem, ki omogoča enotno upravljanje in vodenje ter uporabo skupne informacijske, telekomunikacijske, ter druge infrastrukture, katere skrbnik je URSZR. Vodenje izvajajo poveljniki civilne zaščite, poverjeniki za civilno zaščito in poveljniki oziroma vodje enot, služb in drugih operativnih sestav za zaščito, reševanje in pomoč. Za strokovno pomoč pri vodenju ter za opravljanje drugih operativnih strokovnih nalog zaščite, reševanja in pomoči so organizirani štabi civilne zaščite, in sicer (URSZR, 2019):

- štab Civilne zaščite Republike Slovenije,
- regijski štabi,
- občinski oziroma mestni štabi,
- sektorski oziroma krajevni štabi,
- štabi Civilne zaščite gospodarskih družb, zavodov in drugih organizacij.

V štabu Civilne zaščite Republike Slovenije in v regijskih štabih Civilne zaščite sodelujejo tudi predstavniki Policije in Slovenske vojske.

3.4 Vloga in sodelovanje enot za zaščito, reševanje in pomoč

Za uspešno obvladovanje množičnih nesreč sta pomembna dobro sodelovanje in koordinacija posameznih enot za zaščito, reševanje in pomoč. Koordinacija mora biti učinkovita na lokalni, regionalni, državni in nacionalni ravni, na operativni, taktični in strateški ravni. Vsaka od enot za zaščito, reševanje in pomoč ima svoje naloge in odgovornosti, ki morajo biti na strateški ravni za uspešno obvladovanje množičnih nesreč med seboj usklajene. Velik vpliv pri obvladovanju množičnih nesreč in sodelovanju enot za zaščito, reševanje in pomoč ima človeški dejavnik. Ker takšnih dogodkov ne moremo

predvideti, ne časovno ne lokacijsko, velikokrat pride do situacije, ko se srečajo člani timov, ki pred tem še niso sodelovali, kar predstavlja velik izziv za učinkovito delo in reševanje situacije. Vsaka enota ima svoj način delovanja, kar lahko v danih situacijah pripelje do trenj in nesoglasij, ki pa vodijo v manjšo učinkovitost, produktivnost ter časovno in finančno ekonomičnost pri obvladovanju nesreče (Wankhade & Patnaik, 2020).

Enote za zaščito, reševanje in pomoč največkrat delujejo v težkih in stresnih okoliščinah. Takšne okoliščine zahtevajo hitro sprejemanje odločitev in dinamično delovanje v nestabilnem okolju, pod časovnim pritiskom, z visokimi dejavniki tveganja in ogroženim življenjem in zdravjem članov timov ter skupnosti (Owen, 2014).

Hayes (2014) deli dejavnike, ki vplivajo na medsebojno sodelovanje enot za zaščito, reševanje in pomoč, na:

1. individualne karakteristike posameznih članov enot:
 - znanje,
 - značajske lastnosti,
 - motivacija,
 - osebnostne lastnosti;
2. individualne sposobnosti posameznih članov enot:
 - tehnične,
 - netehnične,
 - razporejanje nalog,
 - sposobnosti delovanja v timu,
 - sprejemanje odločitev,
 - situacijsko zavedanje,
 - obvladovanje stresa;
3. sposobnosti timskega dela:
 - sodelovanje,
 - kooperativnost,
 - koordinacija,
 - vodenje,
 - komunikacija;
4. Kvalitativnost in varnost:
 - timsko delo,
 - nastop posameznika,
 - zadovoljevanje potreb posameznih služb.

Usklajeno delovanje vseh služb je temelj učinkovitega in uspešnega obvladovanja množičnih nesreč. Naloge, vloga in sodelovanje posameznih intervencijskih služb izhajajo iz zakonsko predpisanih nalog in dostopnih načrtov zaščite in reševanja. Z načrtom se določijo (Smolej, 2016):

- nesreča, za katero je izdelan načrt,

- obseg reševanja,
- zamisel izvajanja zaščite reševanja in pomoči ob nesreči, za katero je izdelan načrt,
- potrebne sile in sredstva za zaščito, reševanje in pomoč,
- organizacija in izvedba opazovanja, obveščanja in alarmiranja,
- aktiviranje sil in sredstev za zaščito, reševanje in pomoč,
- management, zaščitni ukrepi ter naloge zaščite, reševanja in pomoči,
- osebna in vzajemna zaščita,
- razlaga pojmov in okrajšav.

Wankhlade in Patnaik (2020) menita, da je za uspešno sodelovanje enote za zaščito, reševanje in pomoč pri obvladovanju množične nesreče ključnih pet načel:

- vsi poveljniki posameznih enot se v čim krajšem času sestanejo na varni in enostavno dostopni lokaciji blizu kraja nesreče,
- komunikacija med posameznimi enotami mora biti razumljiva, razločna in kratka,
- poveljniki posameznih enot določijo vodjo intervencije, ki prevzame vlogo, koordinatorja in hkrati določi prioritete reševanja, razpoložljivost virov in zmogljivosti za čim bolj učinkovit odziv in obvladovanje množične nesreče,
- pomembno je zavedanje nevarnosti pri širjenju informacij za potencialne grožnje in škodo ter skupno določanje kontrolnih in varnostnih ukrepov,
- vse enote morajo biti kontinuirano seznanjene s tveganji v dani situaciji.

Dobro sodelovanje med enotami za reševanje, zaščito in pomoč je strategija za doseg učinkovitosti in zmanjševanje stroškov. Za dobro sodelovanje so najbolj pomembni zaupanje, kooperativnost, učinkovita koordinacija, jasna komunikacija in ustrezen način vodenja. Pomembno vlogo ima tudi zmanjševanje stresa, ki ima velik vpliv na uspešnost pri obvladovanju množičnih nesreč (Owen, 2014).

Smolej (2016) opiše, da je ob množičnih nesrečah na kraju dogodka več interventnih skupin različnih služb, ki imajo vsaka svoje naloge, prioritete in način vodenja. Med te interventne službe štejemo tudi gasilske enote, enote nujne medicinske pomoči, Policijo in Slovensko vojsko.

Gasilstvo je najbolj številčna sila v sistemu zaščite in reševanja. Ima pomembno vlogo pri obvladovanju množičnih nesreč. Njihov hiter odzivni čas je večkrat ključen pri reševanju življenj, saj so lahko na mestu nesreče pred enotami za nujno medicinsko pomoč in nudijo poškodovanim ter obolelim prvo pomoč do prihoda reševalcev (Svensson, Almerud, Österberg, Fridlund, Stening & Elmqvis, 2018).

Gasilske enote za opravljanje nalog zaščite in reševanja, ki so širšega pomena, določi Vlada RS. Vključujejo teritorialne poklicne gasilske enote, prostovoljna gasilska društva s poklicnim jedrom in nekatere prostovoljne gasilske enote višjih kategorij. Zakon o gasilstvu (ZGas), Ur. l. RS, št. 113/2005 opredeljuje naloge gasilcev. V primeru množične nesreče so ti prvi posredovalci. Na kraju intervencije nudijo prvo pomoč poškodovanim in izvajajo

tehnično reševanje; dostop za nujno medicinsko pomoč, iznos poškodovanih, sprostitev ukleščenih poškodovancev (Smolej, 2016).

Osnovne naloge, ki jih gasilske enote izvajajo na kraju intervencije ob množični nesreči, so (Žagar, 2010):

- hiter ogled, ki omogoča efektivno razporeditev obstoječih resursov (tehnična oprema in človeški viri),
- zavarovanje kraja intervencije do prihoda policije, praviloma z večjimi vozili, vozila s tehnično opremo pa so bližje mestu intervencije,
- požarno varovanje,
- odklop električnih virov napajanja,
- prva pomoč poškodovanim, dokler niso enote nujne medicinske pomoči pripravljene za prevzem teh nalog,
- zaščita poškodovancev ob intervenciji,
- priprava odprtín za iznos poškodovancev,
- iznos poškodovancev,
- tehnična podpora ostalim deležnikom (osvetlitev, čiščenje ceste itd.).

Vodja gasilcev vodi tehnični del reševanja. Gasilci nudijo tehnično podporo drugim deležnikom, njihovo delo se prepleta z delom policistov in reševalcev. S tehničnimi posegi se omogoči dostop do poškodovanca, iznos poškodovanca in zagotavljanje varnega okolja ob nudenju medicinske pomoči. Vodja gasilske ekipe in vodja ekipe nujne medicinske pomoči usklajeno vodita svoji ekipi in stremita k skupnemu cilju, reševanju življenj in uspešnemu obvladovanju nesreče (Rovan, 2018).

Druga pomembna intervencijska služba so tudi enote nujne medicinske pomoči. Področje nujne medicinske pomoči je urejeno v več zakonih in podzakonskih aktih (Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči, Ur. l. RS, št. 81/15 in 93/15). Podrobneje delovanje zdravstvenih služb ob množičnih nesrečah urejajo Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah, ki jih je izdelalo Ministrstvo za zdravje. Nujna medicinska pomoč v množičnih nesrečah ne pomeni le neposrednega izvajanja zdravstvene dejavnosti na kraju intervencije, temveč tudi bolnišnično pripravljenost in obravnavo (Dujčić & Simčič, 2013).

Pri izvajanju nalog zaščite, reševanja in pomoči v skladu z zakonom sodeluje tudi policija. Policija zagotavlja varnost, javni red in mir ter s helikopterji in drugimi silami sodeluje v reševalnih akcijah. Postopki ravnanja policije ob različnih nesrečah in drugih dogodkih so spisani v načrtih na državni ravni. Državne načrte zaščite in reševanja izdeluje URSZR v sodelovanju z ministrstvi in drugimi državnimi organi ter ustreznimi strokovnimi organizacijami. Državni načrt zaščite in reševanja ob potresu (Vlada RS, št. 8420-1/2014/9, verzija 3.1 ažurirano januarja 2020) ob pojavu epidemije oziroma pandemije nalezljive

bolezni pri ljudeh (Vlada RS, št. 84200-2/2020/3, različica 2.0) itd. opredeljuje naslednje naloge policije:

- varuje življenja, osebno varnost in premoženje ljudi ter vzdržuje javni red na ogroženem območju,
- zavaruje ogroženo območje,
- preprečuje, odkriva in preiskuje kazniva dejanja ter prekrške, odkriva in prijema njihove storilce ter druge iskane osebe in jih izroča pristojnim organom,
- nadzira in skladno s stanjem prometne infrastrukture ureja promet ter omogoča interveniranje silam za zaščito, reševanje in pomoč,
- s svojo letalsko enoto sodeluje pri opravljanju policijskih, humanitarnih, oskrbovalnih, izvidovalnih in drugih nalog, pomembnih za zaščito, reševanje in pomoč ob potresu,
- izvaja zakonsko določene naloge in nudi pomoč pri izvajanju določenih ukrepov, ki jih odredijo pristojne institucije,
- sodeluje z drugimi organizacijskimi enotami ministrstva ter drugimi državnimi organi, še posebej s centri za obveščanje,
- sodeluje pri identifikaciji oseb,
- sodeluje s policijami drugih držav,
- opravlja druge naloge iz svoje pristojnosti.

Vloga policije pri obvladovanju množičnih nesreč je še posebej pomembna v nevarnih okoliščinah, kot so teroristični napadi in nekontrolirano vedenje posameznikov, ki lahko predstavljajo grožnjo za zdravje in življenje drugih članov intervencijskih služb na kraju nesreče. Ključnega pomena za zmanjšanje tveganja v takšnih situacijah je zato tesno sodelovanje s policijo (Hossfeld, Wurmb, Josse & Helm, 2017).

Gasilske enote poskrbijo za izolacijo nevarnega območja in evakuacijo poškodovanih/ogroženih oseb, policisti pa preprečijo dostop nepooblaščenim osebam in skrbijo za ustrezen prometni režim. S tem ekipe nujne medicinske pomoči niso izpostavljene nevarnostim in lahko pričnejo z delom. Policisti prav tako v dogovoru z vodjo primarne triaže poskrbijo za premestitev nepoškodovanih s kraja nesreče na zbirno mesto za nepoškodovane, kjer jih po opravljeni primarni triazi in evidentiranju lahko predajo ekipam Civilne zaščite ali Rdečega križa, ob njih pa je ves čas prisoten vsaj en reševalec (Dujic & Simčič, 2013).

V sistemu varstva RS pred naravnimi in drugimi nesrečami ima v skladu z zakonskimi določili (Zakon o obrambi – ZObr, Ur. l. RS, št. 103/04-UPB, 95/15) glede na svojo organiziranost, zmožnosti ter izražene potrebe določene naloge tudi Slovenska vojska. Pri izvajanju nalog sodelujejo zlasti letalske enote (reševalne akcije in gašenje požarov), enote za radiološko, kemično in biološko zaščito, inženirske enote, zdravstvena služba in druge enote, če niso angažirane pri izvajanju obrambnih nalog. Doktrina zaščite, reševanja in pomoči namreč določa, da je vojsko in obrambna sredstva mogoče uporabiti za zaščito, reševanje in pomoč, če razpoložljive sile in sredstva ne zadoščajo za nujno reševanje in

pomoč in če vojska ni nujno potrebna pri opravljanju obrambnih nalog. Slovenska vojska sodeluje v skladu s svojo organiziranostjo, opremljenostjo in usposobljenostjo. Od dejavnikov, ki pomembno vplivajo na način ter obseg angažiranja Slovenske vojske v nalogah zaščite, reševanja in pomoči, se kot posebej pomembni kažejo trije, to so usposobljenost pripadnikov in enot za izvajanje nalog, pripravljenost za ukrepanje ter interes civilne sfere in pričakovanja javnosti glede vključevanja vojske v primeru naravnih in drugih nesreč. O sodelovanju Slovenske vojske pri zaščiti in reševanju odloča vlada, v nujnih primerih pa minister za obrambo na predlog poveljnika Civilne zaščite Republike Slovenije oziroma načelnik Generalštaba Slovenske vojske po pooblastilu ministra za obrambo. Slovenska vojska ima določene pomanjkljivosti na področju usklajenosti načrtovanja, kar predstavlja precejšnjo oviro za ustrezno, usklajeno, pravočasno in učinkovito delovanje. Metul in Malešič (2005) sta v preteklosti že opozorila, da Slovenska vojska ni ustrezno vključena v sistem varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami. Na tem področju zagotovo še obstajajo možnosti za izboljšave, ki jih bomo opisali tudi v empiričnem delu magistrskega dela.

Izkušnje drugih držav kažejo, da je vojska zelo pomemben člen pri obvladovanju množičnih nesreč. Vojska je med vsemi intervencijskimi službami namreč najbolj izurjena v delovanju v nepredvidljivih situacijah, v nepoznanem okolju in z nepoznanimi timi. Pomoč vojske je zaželeno ne le v trenutku množične nesreče, ampak tudi pri kasnejšem okrevanju po nesreči (Kalkman & de Waard, 2017).

3.5 Krizni management pri obvladovanju množičnih nesreč na primeru nujne medicinske pomoči

Vsaka nesreča predstavlja krizno situacijo, saj gre za nenaden in nepričakovan dogodek. Kadar ponesrečenec potrebuje zdravstveno oskrbo ali drugo pomoč se aktivirajo intervencijske službe. Nesreče z več poškodovanimi ali bolnimi zahtevajo intervencijo različnih reševalnih ekip, ki zelo dobro poznajo svoje ozko specializirano področje reševanja. Katastrofe zahtevajo polno aktivacijo vseh služb za zaščito, reševanje in pomoč. Ko v nesreči poleg ponesrečenca sodeluje še reševalec in med njima poteka komunikacija, že lahko govorimo o elementih vodenja. V primeru, da pri nesreči sodeluje več različnih intervencijskih služb je nujno potreben vodja intervencije, ki je zaradi narave dela krizni manager. Množična nesreča poudarja vse našteje elemente kriznega vodenja in kriznega managementa (Dubrovski, 2004).

Nujna medicinska pomoč (v nadaljevanju NMP) v množičnih nesrečah ne pomeni le neposrednega izvajanja zdravstvene dejavnosti na kraju intervencije, temveč tudi bolnišnično pripravljenost in obravnavo. Ker gre za nenadne dogodke, ki presežejo zmogljivosti zdravstva, uspešen krizni management v takšnih situacijah rešuje življenje. Predbolnišnična raven so enote NMP na mestu nesreče, njihove glavne naloge pa triaža, NMP in transport do najbližjih zdravstvenih ustanov. Rezultat uspešnega predbolnišničnega

kriznega managementa bodo pacienti s težjimi poškodbami, ki bodo prvi prepeljani do najbližjih bolnišnic, in tisti z lažjimi poškodbami za njimi oziroma glede na zasedenost bolnišnic so ti lahko prepeljani tudi v nekoliko bolj oddaljene bolnišnice. Slab krizni management nas lahko hitro pripelje do situacije, ko nam poškodovani/oboleli umirajo na prizorišču množične nesreče, niso pravilno triažirani ali pa niso prepeljani v ustrezne bolnišnice glede na njihove zmogljivosti (Nesbitt, 2015).

Na predbolnišnični ravni se med obvladovanjem množične nesreče lahko srečamo z oteženim dostopom in nedostopnimi evakuacijskimi potmi, nezadostnim številom reševalnih vozil ali helikopterjev, namenjenih medicinski evakuaciji, nezadostnim številom osebja (vozniki, reševalci, zdravniki), nezadostno količino opreme in zalog. Na hospitalni ravni se med obvladovanjem množične nesreče lahko srečamo z nezadostnim številom osebja (zdravniki specialisti, diplomirane medicinske sestre, srednje medicinske sestre, strežnice, administrativno osebje, varnostniki itd.), prostorsko stisko in pomanjkanjem števila postelj na urgenci in v oddelkih intenzivne nege, nezadostnim številom prostih operacijskih sob, pomanjkanjem prostih ventilatorjev, nezadostno količino zalog materialnih sredstev, zdravil in enot krvi za takojšnjo transfuzijo (Lynn in drugi, 2018).

Ti izzivi zahtevajo dobro predhodno načrtovanje, organizacijo, vodenje in kontroliranje tako na predbolnišnični kot bolnišnični ravni (Nesbitt, 2015). Ukrepanje na predbolnišnični in bolnišnični ravni v Sloveniji opredeljujejo Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah (Dujč & Simčič, 2013), ki opredeljujejo:

- ukrepanje na predbolnišnični ravni in
- ukrepanje na bolnišnični ravni.

Glede na Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah (Dujč & Simčič, 2013) velja spodaj opisana ureditev ukrepanja na predbolnišnični ravni. Zagotavljanje NMP ob množičnih nesrečah na predbolnišnični ravni zajema najprej pot do kraja nesreče, prihod na kraj nesreče, organizacijo službe NMP na kraju in prevoz poškodovanih, obolelih do višjega nivoja zdravstvene oskrbe. Prvo ekipo NMP običajno na kraj nesreče napoti dispečer in ključno je, da v času do prihoda na kraj nesreče zberejo čim več zanesljivih in kvalitetnih informacij o sami nesreči in številu poškodovancev. V primeru, da ekipa NMP prva prispe na kraj nesreče in glede na okoliščine in vrsto nesreče obstaja sum ogroženosti ekipe, mora ekipa NMP počakati na prihod gasilcev, policistov oziroma drugih usposobljenih ekip. Ekipa NMP lahko prične z zdravstveno oskrbo ponesrečencev le, ko je kraj množične nesreče varen.

Prva ekipa NMP na kraju množične nesreče zdravstvenemu dispečerju pošlje poročilo METHANE. Na podlagi poročila METHANE se oceni obseg in naravo nesreče, dispečer o množični nesreči obvesti vse potrebne intervencijske službe in po potrebi pokliče dodatno pomoč.

Reševalci, ki so prvi na kraju množične nesreče morajo prevzeti funkcije, ki so ključne za uspešno vodenje in obvladovanje množične nesreče (Dujic & Simčič, 2013):

- vodja intervencije NMP,
- vodja primarne triaže,
- koordinator prevozov.

Naloge prvo prispele ekipe NMP na kraj množične nesreče so (Dujic & Simčič, 2013):

- poročanje dispečerju s pomočjo poročila METHANE,
- skupno vodenje intervencije,
- učinkovita in kvalitetna primarna triaža,
- organizacija sektorjev/delovišč zdravstvene oskrbe:
 - zbirno mesto za paciente glede na primarno triažo,
 - zbirno mesto za nepoškodovane,
 - pot za transport:
 - pot za dostop,
 - zbirno mesto za reševalna vozila,
 - mesto za prevzem in prevoz poškodovancev,
 - pot za odvoz,
 - mesto za pristanek helikopterja,
 - delovišča zdravstvene oskrbe glede na triažno kategorijo,
 - mesto operativnega štaba.
- določitev prevoznih poti v sodelovanju z drugimi službami na kraju nesreče.

V primeru množične nesreče z zelo velikim številom pacientov vodja NMP določi še (Dujic & Simčič, 2013):

- vodjo mesta/delovišča zdravstvene oskrbe (vodjo rdečega, rumenega, zelenega sektorja),
- vodjo transportne triaže,
- vodjo logistike (oskrba z materialom in opremo),
- vodjo zvez in komuniciranja.

Pacienti se obravnavajo po principu triaže. Triaža v medicinskem smislu pomeni razvrščanje pacientov v kategorije glede na prioriteto oskrbe oziroma evakuacije ter transporta v bolnišnico. Gre za dinamičen proces, ki poteka nepretrgoma na vseh členih v verigi preživetja. Ocenjuje se pacientovo stanje ter učinek izvedenih ukrepov tako na mestu dogodka kot na mestu zdravstvene oskrbe in v coni transporta. Triažo je treba izvajati vedno, kadar ni možno zagotoviti ene ekipe NMP za oskrbo enega pacienta. Namen triaže je v čim krajšem možnem času rešiti čim več življenj (pravilo kolektivne etike). Ves čas se usklajujejo potrebe žrtev in razpoložljivi viri za doseg čim boljšega stanja/izhoda za čim večje število žrtev. Določitev triažne kategorije za posameznega pacienta naj bi bila izvedena v največ 30 sekundah. V Sloveniji je sprejet triažni koncept »SIEVE«. Na osnovi mobilnosti

(gibanja), dihanja in pulza pri pacientu te razvrstimo v 4 triažne kategorije (Dujič & Simčič, 2013):

- 1. prioriteta (T1): rdeči – življenjsko ogrožen,
- 2. prioriteta (T2): rumeni – nujen,
- 3. prioriteta (T3): zeleni – odložen,
- 4. prioriteta: črni – umirajoč, mrtvi (pri množičnih nesrečah ne moremo razlikovati klinične od biološke smrti, zato so vsi poškodovanci, ki po sprostitvi dihalne poti ne kažejo znakov življenja, razglašeni za mrtve (Mažič & Zabukovšek, 2015).

Pri množičnih nesrečah in velikem številu pacientov, ko zdravstveni sistem ne more zagotoviti oskrbe vseh pacientov, se lahko določi še dodatna kategorija pacientov, T4 – modri. V to kategorijo spadajo pacienti, ki imajo tako obsežne poškodbe, da jih ne moremo rešiti z razpoložljivimi viri oziroma bi zdravstvena oskrba takšnih pacientov, ki imajo malo možnosti za preživetje, pomenila odtegnitev »rešljivih« pacientov. Ta triažna kategorija za zdravstvene delavce predstavlja največji moralni in čustveni izziv (Smith, 2012).

Za uspešno oskrbo pacientov v primeru množične nesreče se morajo na ustreznem in dovolj velikem mestu pripraviti tipična delovišča za oskrbo in transport pacientov. Na delovišču zdravstvene oskrbe se izvajata sekundarna triaža in začetna zdravstvena oskrba. Sekundarna triaža, pri kateri ponovno, a bolj natančno ocenimo obseg in težo poškodb, se običajno izvaja po sistemu SORT, ki temelji na treh fizioloških parametrih: frekvenci dihanja, sistoličnem krvnem tlaku in glasgowski lestvici nezvesti (GCS). Ob ali po sekundarni triaži se začne tudi začetna medicinska oskrba poškodovanih. Ta je bolj ali manj obsežna, odvisno od razpoložljivih kadrovskih in materialnih virov. Cilj začetne medicinske oskrbe je s čim manjšimi sredstvi čim hitreje pacienta stabilizirati za transport ter na ta način čim večjemu številu poškodovancev omogočiti čim bolj kakovostno preživetje (Rajapakse, 2011).

Transportna triaža določa stopnjo nujnosti za prevoz v bolnišnico. Pri transportni triaži je treba upoštevati vrsto bolnišnice v skladu s pacientovim stanjem in poškodbami, vrsto prevoznega sredstva, prevozne zmogljivosti in oddaljenost bolnišnice od kraja množične nesreče (Rajapakse, 2011). Z operativnega vidika je pomembno, da se določi, katere razpoložljive bolnišnice in zdravstvene ustanove bodo vključene pri obvladovanju množične nesreče glede na njihovo kategorizacijo, travmatološko raven, prostorske zmogljivosti in oddaljenost od kraja nesreče. Določiti je treba, koliko reševalnih vozil bo aktiviranih za transport do bolnišnic in zdravstvenih ustanov, po kateri poti bo potekala evakuacija in koliko pacientov lahko transportiramo in evakuiramo v posamezne zdravstvene ustanove glede na njihove zmogljivosti (Repoussis, Paraskevopoulos, Vazacopoulos & Hupert, 2016).

Pri triaži poškodovancev ali nenadno obolelih ob množičnih nesrečah moramo te ustrezno označiti glede na njihovo triažno kategorijo. Na ta način preprečimo podvajanje dela in zmedo na prizorišču nesreče. Obstaja veliko različnih označevalnih sistemov, ki se med posameznimi državami po svetu precej razlikujejo, ne obstaja pa mednarodni standard. Ključ

do uspešnega sistema označevanja triažnih kategorij je predvsem dejstvo, da vsi, ki na kakršenkoli način sodelujejo pri obvladovanju množične nesreče, sistem dobro poznajo. Označevalni sistem mora biti preprost za uporabo, dobro viden, odporen na vse vremenske pogoje, preprost za namestitev na pacienta in oblikovan tako, da dopušča možnost beleženja podatkov za nadaljnjo klinično obravnavo (Smith, 2012). V Zakonu o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), Ur. l. RS, št. 23/05 je Ministrstvo za zdravje v skladu s Pravilnikom o službi nujne medicinske pomoči (Ur. l. RS, št. 81/15 in 93/15) sprejelo triažni karton, ki ga uporabljamo v primeru množičnih nesreč po vsej Sloveniji.

Triaža je pravzaprav alokacija omejenih resursov med množično nesrečo. Je ključno načelo uspešnega obvladovanja množičnih nesreč. Triaža omogoča, da kljub omejenim virom v primeru množične nesreče, ko imamo premalo resursov za zdravljenje vseh poškodovanih, obolelih, nudimo zdravstveno oskrbo čim večjemu številu poškodovanih/obolelih. Po svetu je poznanih več vrst triaž, 20 različnih vrst primarnih triaž za odrasle, dve primarni triaži za otroke in dve sekundarni triaži (Bazyar, Farrokhi & Khankeh, 2019). Osnovna načela in cilji vseh triažnih sistemov so enaki, razlikujejo se glede načina dela, nomenklature in časovnih mejnikov (Rajapakse, 2015). Učinkovita triaža mora biti hitra, zanesljiva, ponovljiva in preprosta za uporabo ter učenje (Smith, 2012). Priporočeno je, da vsaka država pripravi svoj triažni model glede na svoje specifično okolje, nacionalne pogoje, razpoložljivost virov in sil za zaščito, reševanje in pomoč (Bazyar Farrokhi & Khankeh, 2019).

Zdravstveno oskrbo se izvaja glede na prioriteto triažno kategorijo, vendar ob množičnih nesrečah zaradi omejenih kadrovskih in materialnih virov veljajo drugačna načela kot v normalnih razmerah, v katerih si po najboljših močeh in z vsemi sredstvi trudimo za rešitev življenja. Pri množični nesreči dolgotrajna oskrba enega pacienta ni sprejemljiva, saj je posledica le te odtegnitev oskrbe drugim ponesrečencem. Cilj primarne triaže in zdravstvene oskrbe je s čim manjšimi sredstvi čim hitreje pacienta stabilizirati in pripraviti za prevoz. Na ta način bomo čim več pacientom omogočiti čim kakovostnejše preživetje (Dujčić & Simčič, 2013).

Ko množična nesreča postane realnost, je ta lahko v vseh oblikah in razsežnostih. Zdravstveni sistem, predvsem bolnišnice in druge zdravstvene ustanove, so v trenutku in v kratkem časovnem obdobju postavljene pred zahtevne pogoje delovanja. Glede na vrsto nesreče (poplava, potres, kemične nesreče, teroristični napad, epidemija nalezljive bolezni, ipd.) se mora bolnišnica v kratkem času reorganizirati in pripraviti na obravnavo večjega števila pacientov (Mehta, 2006).

Najpomembnejša je aktivacija bolnišnice. Sistem aktiviranja bolnišnice in obveščanje le te o množični nesreči je ključnega pomena, saj ima na ta način bolnišnica čas, da se v najkrajšem možnem času optimalno pripravi na nenaden prihod večjega števila poškodovanih ali obolelih. Klic po navadi sprejme oseba na centralni točki urgentnega oddelka v bolnišnici, ki takoj obvesti nadzorno medicinsko sestro urgentnega oddelka. Nadzorna sestra prejeto obvestilo nemudoma sporoči nadzornemu zdravniku na urgenci.

Nadzorni zdravnik sam ali po posvetu s predstojnikom, vodstvom bolnišnice reorganizira bolnišnično urgenco, da je le ta pripravljena na prihod večjega števila poškodovanih ali obolelih. Nadzorni zdravnik je odgovoren za razglasitev alarma in odločitev o stopnji alarma. O spremembi stopnje alarma med obvladovanjem množične nesreče odloča bolnišnično-poveljniška skupina. Stopnja alarma in reorganizacija bolnišnice je odvisna od oddaljenosti bolnišnice od kraja množične nesreče, časa nesreče, velikosti in vrste bolnišnice, vrste ponesrečencev in prevladujočega tipa poškodb (Dujic & Simčič, 2013).

Princip aktivacije bolnišnice in načrta v primeru množične nesreče mora biti preprost, sistemski in po vnaprej pripravljenem algoritmu. Po prejetem klicu o morebitni množični nesreči je nujno, da najprej preverimo, da je informacija resnična, da potrdimo vrsto množične nesreče in šele po potrditvi vseh informacij, posvetu in odobritvi vodstva je smiselna aktivacija načrta (Lynn, 2018).

Bolnišnice naj bi po Smernicah NMP za delovanje sistema NMP ob množičnih nesrečah (Dujic & Simčič, 2013) imele izdelan algoritem, ki vključuje tristopenjski alarm. Zeleni pomeni stanje povečane pripravljenosti (malo dodatnih virov, aktivacija bolnišnične poveljniške skupine (v nadaljevanju BPS), zbiranje podatkov o zmogljivosti na kritičnih mestih, razmišljanje o zamrznitvi še ne začetih posegov, ki lahko čakajo), rumeni pomeni stanje delne mobilizacije (zamrznjenje še ne začetih posegov, ki lahko čakajo; vpoklic dodatnega zdravstvenega osebja in aktivacija BPS), rdeči pa pomeni popolno mobilizacijo (aktivacija BPS, zbiranje podatkov o zmogljivosti, zamrznjenje vseh še ne začetih posegov, ki lahko čakajo; vpoklic celotnega urgentnega, zdravstvenega in podpornega osebja). Bolnišnica mora v 15 minutah po tem, ko je obveščena o množični nesreči sporočiti distribucijski ključ, oziroma podatke o prostih zmogljivostih. Distribucijski ključ vsebuje podatke o številu (Dujic & Simčič, 2013):

- pacientov glede na posamezno trižno kategorijo, ki jih lahko bolnišnica sprejme takoj,
- praznih operacijskih dvoran,
- prostih postelj na intenzivni negi,
- prostih ventilatorjev,
- prostih navadnih postelj,
- zmogljivosti glede možnosti oskrbe specifičnih poškodb (opekline, nevrotravma, zastupitve itd.).

Lynn (2018) opredeljuje, da naj bi bilo maksimalno število pacientov s kraja množične nesreče, ki jih bolnišnica lahko sprejme, 20 % vseh posteljnih kapacitet bolnišnice. Za primer, bolnišnica s 500 posteljnimi enotami bi lahko oskrbela do 100 poškodovanih, obolelih. Na 500 posteljnih enot bolnišnica lahko oskrbi 20 življenjsko ogroženih pacientov (prioriteta 1 – rdeči), 30 nujnih (prioriteta 2 – rumeni) in 50 odloženih (prioriteta 3 – zeleni) ob predpostavki, da ima na voljo dovolj dodatno vpoklicanega kadra, kritične opreme (ventilatorji) in dodatnih nosil, ki jih v izrednih razmerah lahko uporabimo kot dodatne postelje (Lynn, 2018).

Kadar potrebe v bolnišnici presežejo običajne zmogljivosti zaradi množične nesreče v Sloveniji po smernicah, vodenje, organiziranje in komuniciranje prevzame BPS, ki tudi delegira vse ključne funkcije bolnišnic, pomembne za uspešno obvladovanje množične nesreče. BPS ustanovi predstojnik, nadomešča ga nadzorni specialist klinike (travmatolog, internist, pediater). Sodeluje še nadzorni zdravnik klinike ter klinični toksikolog, če gre za kemijsko nesrečo. V Smernicah za delovanje nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah piše, da naj bi bil v pripravljenosti v BPS tudi manager. Odgovornost managerja v BPS naj bi bile administrativne odločitve. Člani BPS so odgovorni za učinkovito vodenje oskrbe ponesrečencev v bolnišnici. Ko je BPS ustanovljena, mora biti o tem takoj obveščen Regijski center za obveščanje (v nadaljevanju ReCO). Med BPS in ReCO mora biti takoj vzpostavljena vertikalna komunikacija.

BPS mora imeti pripravljen natančen algoritem nalog za uspešno vodenje reševanja in je odgovoren za (Dujic & Simčič, 2013):

- dinamiko stopnje alarmiranja in preklic alarma,
- delegiranje vseh ključnih funkcij delovnih mest v postopku reševanja,
- periodično vertikalno komuniciranje z ReCO in komuniciranje,
- sprotno pridobivanje podatkov o stanju prostih zmogljivosti v intenzivnih enotah (število ventilatorjev, operacijskih dvoran, zmogljivostih na oddelku, razpoložljivosti osebja),
- sprotno pridobivanje podatkov o stanju prostih zmogljivosti v drugih bolnišnicah in obveščanje nadzornega zdravnika,
- odločitev o mobilizaciji dodatnih zmogljivosti glede na stopnjo aktiviranja,
- organizacijo prostora, usklajevanje razdelitve osebja,
- redno pripravo verodostojnega poročila za medije,
- skrb za varno reševanje vsega sodelujočega osebja in pacientov.

Za vse stopnje alarmov in za vsa ključna delovna mesta morajo biti pripravljeni algoritmi ukrepov oziroma opomniki, ki jim vsi akterji sledijo. S pomočjo opomnikov in algoritmov je v stresnih okoliščinah organizacija dela bolj učinkovita, delo se ne podvaja, manjša pa je tudi možnost morebitnih napak (Dujic & Simčič, 2013).

Cilj kriznega managementa na hospitalni ravni je z optimalno zdravstveno oskrbo rešiti čim več življenj. Za doseg tega cilja so potrebni alokacija omejenih virov, vpoklic dodatnega osebja in zmanjševanje standardov zdravstvene nege. Alokacija virov vključuje materialna sredstva (oprema, zdravila itd.), zaloge in osebje na način, da bomo v kratkem času rešili čim več življenj, kar je nasprotje od tradicionalne osredotočenosti na reševanje posameznika (Mehta, 2006). Zaloge in rezervni viri bolnišnic niso veliki, zato je pomembno, da imajo v naprej pripravljen načrt rezervnih virov oziroma možnosti dobave sanitetnega materiala, krvi in zdravil, saj se potrebe po teh virih v primeru množične nesreče nenadoma povečajo (Dujic & Simčič, 2013). Metoda vpoklica dodatnega ključnega kadra mora biti hitra in učinkovita, za dodatno vpoklicano osebje moramo istočasno zagotoviti dostop do bolnišnice, parkirišče, določena morajo biti zbirna mesta. Na tem mestu moramo razmišljati tudi o zagotovitvi

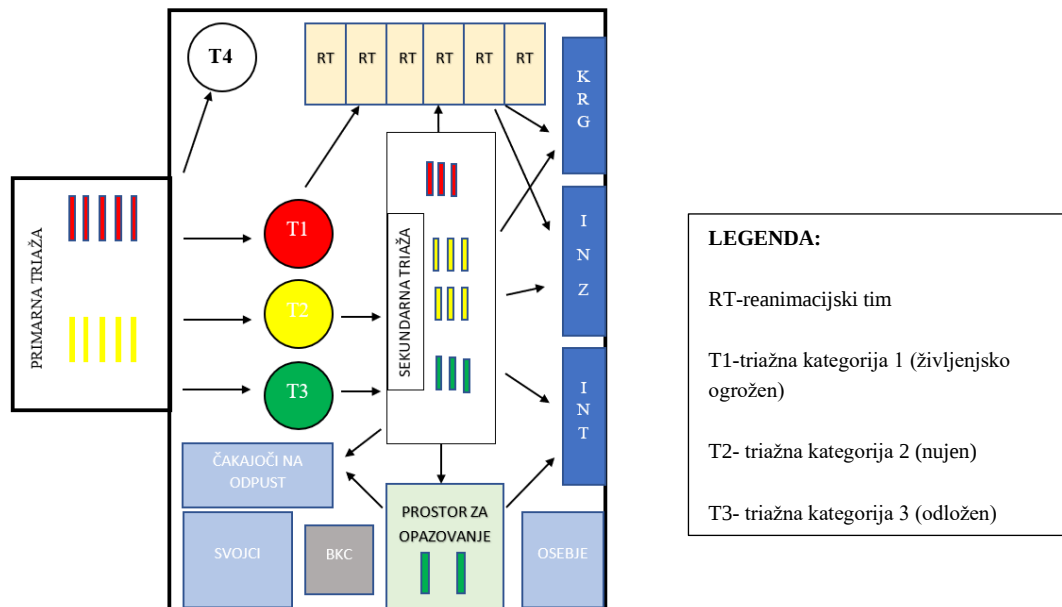
prehrane in počitka za kader, ki je že v bolnišnici, in ves dodaten kader, ki smo ga vpoklicali (Lynn, 2018). Zmanjšanje standardov zdravstvene nege pomeni, da se poslužujemo principov triaže na terenu, izolacije več oseb v izolacijskih sobah skupaj, omejimo uporabo ventilatorjev, naredimo alternativne negovalne oddelke na hodnikih, v preddverjih, čakalnicah; preoblikujemo naloge izvajalcev zdravstvene oskrbe itd. (Mehta, 2006).

Reorganizacija prostorov v bolnišnici je nujna, saj bo v primeru množične nesreče zagotovo prišlo do prostorske stiske ob naglem prihodu povečanega števila poškodovanih, obolelih. Pomembno je, da je reorganizacija narejena po principu združevanja pacientov glede na triažno kategorijo. Urgentni in travmatološki oddelek bosta zagotovo potrebovala dodatne alternativne prostore za zdravstveno oskrbo. Glede na predhoden izračun števila zmogljivosti lahko te prostore predvidimo že vnaprej (Lynn, 2018).

Po Smernicah za delovanje nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah (Dujčić & Simčič, 2013) je v Sloveniji vstopno mesto pacientov v bolnišnico običajen vhod v urgentni del bolnišnice. Ob vstopu v bolnišnico poteka registracija pacientov, zato mora biti zagotovljenega in pripravljenega dovolj administrativnega osebja. Po registraciji pacientov sledi triaža. Bolnišnična triaža sledi načelom predbolnišnične triaže. Za vstopno triažo uporabljamo enostaven fiziološki algoritem SIEVE. T1 (življenjsko ogrožen) usmerimo v reanimacijske time, T2 (nujen) napotimo na mesto sekundarne triaže, T3 (odložen) v zeleni sektor in T4 (mrtev) prenesemo v pripravljen prostor za mrtve. Sekundarno triažo izvajamo v posameznih sektorjih skupaj s primerno oskrbo.

Do prihoda večjega števila poškodovanih ali obolelih morajo večje bolnišnice organizirati čim več reanimacijskih timov. Reanimacijski tim sestavljata vsaj dva zdravnika (vsaj en travmatolog/anesteziolog/urgentni zdravnik) in vsaj dve sestri (od tega vsaj ena iz urgentnega oddelka/anestezije). Pomanjkanje reanimacijskih timov lahko predstavlja ozko grlo v začetni oskrbi v bolnišnici. Rumeni sektor se z zagotovljenim zdravstvenim osebjem organizira na urgenci v nezasedenih ambulantah ali čakalnici. Zeleni sektor se lahko organizira v bolj oddaljenih prostorih, ki so povezani z urgentnimi prostori, za ta namen lahko uporabimo ambulantne prostore ali čakalnice. V zelenem sektorju morata biti prisotna zdravnik in sestra. Organizirati je treba tudi prostor za neponesrečene, svojce in znance. Huje ponesrečeni potrebujejo zahtevno kirurško oskrbo in zdravljenje v intenzivnih enotah, zato ozko grlo večkrat predstavljajo operacijske dvorane in intenzivne postelje z ventilatorji. Organizacija prostorov je prikazana na sliki 2 (Dimić & Simčič, 2013).

Slika 2: Shema organizacije bolnišnice po sektorjih



Vir: Dujć in Simčič (2013).

Bolnišnice morajo biti pripravljene tudi na morebitno evakuacijo (v primeru poplav itd.), karanteno in preusmeritev pacientov v druge bolnišnice oziroma zdravstvene ustanove (Mehta, 2006).

BPS ima najbolj pomembno vlogo pri vodenju in organiziranju, pogoj za to pa je dobra komunikacija in dobra informacijska podpora. Ves čas obvladovanja množične nesreče mora nadzorni zdravnik glavne sprejemne bolnišnice o zmogljivostih po bolnišnicah sproti obveščati vodjo intervencije NMP na terenu in ReCO. Do vzpostavitve BPS pa lahko neposredno komunicirata tudi nadzorni zdravnik in vodja intervencije NMP ter koordinator prevozov (Dujć & Simčič, 2013). Med obvladovanjem množične nesreče je nujen učinkovit in kontinuiran pretok informacij do, iz in v bolnišnici. V bolnišnici morajo biti vzpostavljene dobre komunikacijske poti do mesta triaže, urgence, travmatološkega oddelka, operacijskih sob, transporta, transfuzijskega oddelka, radiologije, laboratorija itd. (Lynn, 2018).

Vodenje v bolnišnici ob množični nesreči predstavlja eno izmed najpomembnejših in hkrati najzahtevnejših nalog. Učinkovito vodenje in nadzor sta ključni del uspešnega obvladovanja množičnih nesreč. Vodje timov podajajo strateške usmeritve in podporo, dodelijo ustrezne naloge članom timov glede na njihove sposobnosti in kompetence, spremljajo in nadzirajo opravljanje in izvrševanje dodeljenih nalog, vzdržujejo prilagodljivost in fleksibilnost v dani situaciji, obvladujejo negotove in urgentne situacije, delijo pomembne informacije in znanje, preprečujejo paniko in neresnične govorice, vzdržujejo dobro timsko komunikacijo in komunikacijo med posameznimi timi (Lynn, 2018).

Zelo pomembno je, da je že v naprej izdelan načrt obveščanja medijev in varnosti. Ob nesreči je treba zagotoviti stalne stike z mediji in javnostjo, da le ti prejmejo zanesljive informacije. Pri množični nesreči moramo poleg nenadnega velikega števila poškodovancev, pričakovati tudi prihod velikega števila njihovih svojcev. Zato ima velik pomen tudi zagotavljanje varnosti v bolnišnici in njeni okolici. Odgovornost za varnost in obvladovanje množice imajo varnostniki in policisti, ki poskrbijo tudi za izredno prometno ureditev okrog bolnišnice. Bolnišnice morajo zato v načrt vključiti tudi naloge in funkcijo varnostne službe, ki med drugim skrbi, da novinarji in mediji ne ovirajo dela v bolnišnici. Prav tako ima pomembno vlogo tehnična, materialna in logistična podpora (Dujč & Simčič, 2013).

Raznolikost in specifičnost možnih množičnih nesreč sta največji izziv dobri pripravljenosti bolnišnice ali zdravstvenega zavoda na obvladovanje množičnih nesreč. Dobra pripravljenost ima velik pomen tako na lokalni, regijski in nacionalni ravni. Vsaka bolnišnica ali druga zdravstvena ustanova zato potrebuje dobro pripravljen, dokumentiran in preizkušen načrt delovanja v primeru množične nesreče. Bolnišnice morajo iti še korak dlje in razširiti načrte do ravni obvladovanja v skupnosti. Načrt mora vsebovati vse možne scenarije glede na vrsto nesreče, sodelovanje z zunanjimi organizacijami, ustanovitev alternativnih negovalnih oddelkov, klinični trening priprave na obvladovanje nalezljivih infekcijskih bolezni (epidemije, pandemije), kemičnih in nuklearnih nesreč in izpostavljenosti škodljivim virom, maksimalno razpoložljivost opreme in prostih negovalnih postelj. Vsaka bolnišnica bi morala imeti na voljo dovolj zaščitne opreme, izolacijskih sob in dekontaminacijskih prh (Mehta, 2006).

4 ANALIZA KRIZNEGA MANAGEMENTA NA PRIMERU OBVLADOVANJA MNOŽIČNE NESREČE

4.1 Zasnova raziskave in metodologija

Zasnovo raziskave in metodologijo smo pripravili na podlagi študija literature na področju kvalitativne metodologije (Vogrinc, 2008). Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop, da bi z rezultati raziskave zagotovili čim večjo povezanost med teorijo in prakso. Pri raziskovanju smo uporabili metodo zbiranja podatkov, metodo opazovanja, izvedli in analizirali smo poglobljene, polstrukturirane ekspertne intervjuje in naredili študijo primera. V teoretičnem delu smo na podlagi pregleda strokovne in znanstvene literature opredelili proces kriznega managementa, veščin kriznega managerja ter osnovne pojme in smernice v primeru množične nesreče. Od UKC Ljubljana smo pridobili interni načrt za ukrepanje organizacije v primeru množične nesreče, tako imenovani »Načrt za delovanje UKC Ljubljana ob množični nesreči ali nenadnem prihodu večjega števila poškodovancev« (2015) in ga natančno proučili. Od UKC Ljubljana smo pridobili končno poročilo o delovanju UKC Ljubljana ob množični nesreči »Balonarska nesreča Ig, 23. 8. 2012« in na podlagi poročila, vmesnih analiz in intervjuja izvedli študijo primera, s katero smo ponazorili primer kriznega

managementa pri izbrani množični nesreči. Izbrano množično nesrečo smo analizirali zaradi dostopnosti podatkov in intervjujev.

Izvedli smo poglobljene polstrukturirane ekspertne intervjuje s predsednikom sekcije za ukrepanje zdravstva ob množičnih nesrečah v Sloveniji, z vodjo dispečerske službe zdravstva v Sloveniji ter z diplomiranim zdravstvenikom in zdravnikom splošne NMP, ki sta bila med prvimi na kraju nesreče v primeru balonarske nesreče na Ljubljanskem barju leta 2012. Transkripcije intervjujev so v prilogah 1–4, določeni odgovori – dokazni citati pa so citirani tudi v besedilu, pri čemer so intervjuvanci označeni z začetnicami imen in priimkov. Vprašanja za poglobljeni polstrukturirani ekspertni intervju smo pripravili na podlagi pregleda strokovne in znanstvene literature, na podlagi pregleda Načrtov ukrepanja ob množičnih nesrečah ter razgovora s člani Sekcije UZVN (Ukrepanje zdravstva ob velikih nesrečah). Aktivno smo sodelovali na tečaju MRMI (Medical response to major incidents), na vaji množične nesreče na podzemni železnici v Bukarešti aprila 2019 in na vaji množične nesreče v Vojašnici generala Maistra maja 2019, kjer so poleg Slovenske vojske sodelovale tudi oborožene sile Severne Makedonije in ZDA. Kvalitativno vsebinsko analizo zbranih podatkov smo izvedli na podlagi transkripcije intervjujev, z razčlenjevanjem besedila na sestavne dele in osnim kodiranjem. Pri procesu kodiranja smo uporabili deduktivni pristop. Z združevanjem kod v kategorije smo smiselno primerjali odgovore intervjuvancev. Rezultate raziskave smo pridobili na podlagi teoretičnega dela naloge, proučitve načrta za obvladovanje množične nesreče organizacije in po izvedbi in analizi poglobljenih polstrukturiranih ekspertnih intervjujev. Na podlagi pridobljenih rezultatov raziskave smo nazadnje oblikovali še priporočila glede kriznega managementa v organizacijah, ki so del mreže za obvladovanje množičnih nesreč.

4.2 Rezultati raziskave

4.2.1 Analiza planiranja pri obvladovanju množičnih nesreč

Planiranje delovanja v zdravstvenih organizacijah je razmišljanje o ciljih – želenih dosežkih in poteh ali načinih za njihovo doseganje. Namen planiranja je zagotavljanje doseganja ciljev zdravstvenih organizacij in njihovega smotrnega delovanja, s tem pa tudi zagotavljanje njihovega obstoja in razvoja (Rozman, Kovač, Filej & Robida, 2019).

Bolnišnice in zdravstveni sistemi v današnjem času se srečujejo s sodobnimi izzivi, ki predstavljajo predvsem pomanjkanje delovne sile, kar je velik izziv za uspešno in učinkovito strateško, taktično in operativno planiranje (Blouin, McDonagh, Neistadt & Helfand, 2006). Pri kriznem managementu na primeru obvladovanja množičnih nesreč s planiranjem razumemo predvsem zamišljanje celotnega procesa reševanja na primarni in sekundarni ravni v primeru množične nesreče.

Če ne govorimo o podjetju, ampak o sistemu obvladovanja množičnih nesreč, moramo na stopnji planiranja prav tako poiskati vse možne poti reševanja in izbrati tisto, s katero bomo najbolj optimalno obvladovali nastalo situacijo s čim manj smrtnimi žrtvami in imeli dovolj sredstev, tako materialnih kot kadrovskih in finančnih. Na primeru obvladovanja množičnih nesreč lahko rečemo, da so posamezne enote, ki so del sistema za obvladovanje množičnih enot, primerljive s poslovnimi enotami, vse skupaj pa predstavljajo sestavljeno družbeno entiteto – podjetje. Zaradi tega je za celoten sistem bolj primerno strateško planiranje, posamezne enote pa naj odziv in delovanje v primeru množične nesreče planirajo taktično. Pomembno je, da so posamezne enote povezane v celoto in da usklajeno delujejo v primeru množične nesreče. Usklajevanje posameznih enot prav tako lahko izvajamo posredno ali neposredno. Pri tem pa se pojavi dilema, kdo bo tisti, ki bo sprejel vlogo centraliziranega odločanja v primeru množične nesreče, kako naj bi to odločanje potekalo in kakšne odločitve naj bi ta oseba sprejemala. Kadar govorimo o planiranju v zvezi z obvladovanjem množičnih nesreč, govorimo o dolgoročnem planiranju, graditvi scenarijev, kontingenčnem planiranju (Canton, 2019).

Planiranje kot razmišljanje, odločanje vnaprej, zamišljanje prihodnih ciljev in poti za njihovo doseganje ima v procesu obvladovanja množičnih nesreč zelo veliko vlogo, če ne celo ključno.

To še posebej velja za področje naše države, kjer se z izrednimi dogodki srečujemo redko, a se stopnja izrednih dogodkov povečuje, zato je pomembno, da smo nanje dobro pripravljeni. Dobra priprava pa pomeni učinkovito planiranje. Z načrtovanjem in razmišljanjem vnaprej namreč lahko v času krize sprejemamo pravilne in optimalne odločitve. Ugotovili smo, da dober vnaprej pripravljen načrt lahko pomeni uspešnejše obvladovanje množične nesreče, kar so nam potrdili tudi intervjuvanci z odgovori: »Vsekakor« (D. A.), »Da, zagotovo, predvsem na področju komunikacije in zvez, pa tudi transporta« (M. Ž.). V Uradnem listu RS (št. 24/12) je bila sprejeta in objavljena Uredba o vsebini in izdelavi načrtov zaščite in reševanja, ki določa nosilce načrtovanja, vsebino in merila za izdelavo in način izdelave načrtov zaščite in reševanja. Uredba določa pripravo načrtov na državni, občinski in organizacijski ravni: »Po zakonodaji, obstaja namreč uredba o izdelavi načrtov in uredba o izdelavi ocene ogroženosti, naj bi načrte imeli vsi. Je pa vsak načrt napisan malo po svoje, veliko jih je napisanih zelo pomanjkljivo« (A. F.). V Sloveniji torej imamo zakonsko določeno izdelavo načrta za zaščito in reševanje, kar je zagotovo prvi korak na poti k učinkovitemu obvladovanju množičnih nesreč. Določena so merila za določitev organizacij, ki morajo izdelati načrt zaščite in reševanja. »Organizacije, ki sodelujejo oziroma so del sistema za obvladovanje množičnih nesreč v Sloveniji, zato zakonsko morajo imeti oziroma naj bi imele izdelane načrte za delovanje ob množični nesreči« (A. F.) Vse te povezujejo skupaj regijski načrti in državni načrt.

Problem regijskih in državnih načrtov je, da so ti zelo specifični glede na vrsto nesreče, poleg tega pa dejstvo, da je vsaka posamezna organizacija odgovorna za pripravo načrta, ne pomeni, da so ti načrti usklajeni za delovanje na regijski in državni ravni. Uredba o vsebini

in izdelavi načrtov zaščite in reševanja (Ur. l. RS, št. 24/12) v 4. odstavku 9. člena opredeljuje, da bi morale biti v vsakem načrtu opredeljene potrebne sile in sredstva za zaščito, reševanje in pomoč ter razpoložljivi viri, potrebni za izvajanje načrta oziroma zamisli, vendar se je izkazalo, da v večini načrtov viri in njihova razpoložljivost sploh niso ali pa so zelo pomanjkljivo opredeljeni. »Načrt bi moral vsebovati vire financiranja in sezname rezervnih virov, ki so za to na razpolago, vendar je to s poslovnega vidika kar problem. To je težko narediti, stroškovna bremenitev. Manjša kot je bolnišnica, težje je te stvari urediti, v okviru bolnišnice se lahko zagotovijo finančna sredstva, namenjena za to, ampak to je stvar poslovne odločitve, vsaka bolnišnica se odloča po svoje, ni pa zagotovljenega sistemskega vira« (A. F.) »Načrti večinoma ne opredeljujejo razpolaganja z materialnimi, finančnimi in drugimi sredstvi v primeru množične nesreče« (S. H.). »Vsaka bolnišnica bi morala imeti na podlagi ocene ogroženosti izdelane rezerve in v načrtu opredeljeno, kje se nahajajo, ampak žal temu ni tako« (A. F.).

Vsak načrt bolnišnic bi moral opredeljevati tudi, kako je zagotovljen vir neprekinjene električne energije, oskrbe s pitno vodo (v primeru kontaminacije pri naravnih in drugih nesrečah), rezerve hrane za paciente in zaposlene itd. V današnjem času je velik problem bolnišnic tudi pomanjkanje kadra, kar je velik izziv za uspešno in učinkovito strateško, taktično in operativno planiranje. Načrt bi moral opredeljevati, kako in kje zagotoviti zaposlenim počitek, možnost higienskih razmer, prehranjevanja v primeru množične nesreče. Večina zgoraj omenjenega v načrtih ni opredeljenega, razlogi za to pa so predvsem finančni. »V okviru bolnišnice se lahko zagotovijo finančna sredstva, namenjena za to, ampak je to stvar poslovnih odločitev vsake posamezne bolnišnice. Vsaka bolnišnica se odloča po svoje, sistemski vir ni zagotovljen. Kar pomeni, da manjša kot je bolnišnica, težje ureja te stvari« (A. F.).

Ko smo proučevali interne načrte zavodov, nas je zanimalo, ali načrti opredeljujejo, kdo prevzame funkcijo vodenja v primeru množične nesreče. Ugotovili smo, da posamezni načrti opredeljujejo vodjo glede na funkcijo. Problem nastane, ko je treba določiti, kdo bo vodja na samem kraju množične nesreče oziroma katera intervencijska služba bo prevzela vodenje. To je rezultat tega, da ima vsaka organizacija svoj načrt, ni pa načrta, ki bi natančno opredeljeval naloge in delovanje vseh intervencijskih služb na kraju množične nesreče. Načrt posameznih organizacij je dostopen vsem zaposlenim, njegovo branje in razumevanje pa sta stvar samoiniciative vsakega posameznika. »Načrt je dostopen, branje je samoiniciativa, vprašanje, koliko odneseš, tudi če ga prebereš, in kako si ga razlagaš. Bolj je pomembno, da so narejeni opomniki, in v teh primerih se ravna po opomnikih« (A. F.). »Žal je to preveč povezano s samoiniciativo in ni obvezno« (S. H.).

V Sloveniji so organizirana usposabljanja za primer ukrepanja ob množičnih nesrečah, enkrat letno je organiziran tečaj obvladovanja množičnih nesreč, a ta ni obvezen za vse zaposlene. V službi NMP morajo zaposleni tečaj obvezno opraviti znotraj vsakih sedem let veljavnosti licence za delo v NMP. Odgovori intervjuvancev na vprašanje, kako pogosto se zaposleni usposabljaajo za primer ukrepanja ob množični nesrečah, so bili: »Premalokrat.

Enostavno so zdravstveni delavci že tako ali tako preobremenjeni, kadra primanjkuje« (A. F.); »Enkrat letno, pa še to z velikim angažmajem ekipe« (S. H.); »Vsak od zaposlenih se naj bi udeležil MRMI-tečaja znotraj sedmih let veljavnosti licence za delo v NMP« (D. A.).

Da bi še podrobneje proučili planiranje pri obvladovanju množičnih nesreč, v nadaljevanju podrobneje analiziramo načrt za ukrepanje organizacije v primeru množične nesreče ene izmed zdravstvenih organizacij, in sicer Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (v nadaljevanju UKC LJ). UKC LJ je načrt za ukrepanje v primeru množične nesreče prvič pripravil leta 2013. Povod za pripravo načrta je bila pobuda ključnega kadra, vpetega v obvladovanje množičnih nesreč. »Načrt smo v UKC LJ prvič pripravili leta 2013, povod za to pa je bilo naše vztrajanje (operativci v prvi bojni liniji), da je to nujno potrebno« (S. H.).

Gre za strateški dokument, tako imenovani Načrt za delovanje zavoda UKC LJ v izrednih razmerah – ob množični nesreči ali nenadnem prihodu večjega števila poškodovancev. »Načrt je pripravila delovna skupina, ki je vključevala 28 visoko usposobljenih strokovnjakov s področja medicine, farmacije, zdravstvene nege, ekonomije itd.« (S. H.). Načrt je pregledal poveljnik štaba civilne zaščite UKC LJ in odobril generalni in strokovni direktor UKC LJ.

V prvem delu Načrta so opredeljeni osnovni pojmi, izdelana je ocena ogroženosti, opredeljeno je območje uporabe načrta, predstavljena so osnovna načela: »Tu so opredeljeni povezava s primarnim nivojem zdravstvenega varstva, pravočasno obveščanje, enakomerna porazdelitev bolnikov/poškodovancev, celovit pristop k obravnavi množične nesreče, zagotavljanje redne urgentne dejavnosti, dinamično krizno vodenje in upravljanje UKC LJ. Ta del je precej splošen in kratek« (S. H.). Sledi obsežnejši del, ki opredeljuje delovanje UKC LJ ob množični nesreči ali nenadnem prihodu večjega števila poškodovancev z opomniki obveščanja in zapisanimi ukrepi po posameznih funkcijah.

V načrtu je natančno opredeljeno, kaj je množična nesreča in kateri pogoji morajo biti izpolnjeni za aktivacijo načrta. Na področju primarnega delovanja UKC LJ je množična nesreča vsak dogodek, v katerem je poškodovanih ali nenadno obolelih 10 ali več oseb. Nenaden prihod večjega števila poškodovancev je stanje, ko se v Centralnem urgentnem bloku UKC LJ nenadoma pojavi takšno število poškodovancev, ki ga ni mogoče obvladati z razpoložljivimi sredstvi/osebjem in je zato potrebna aktivacija pričujočega načrta. Za nenaden prihod večjega števila poškodovancev se šteje stanje, ko v Urgentni blok UKC LJ nenadoma prispe oziroma se pričakuje prihod od 5 do 9 težko poškodovanih ob sočasnem prihodu do 40 lažje poškodovanih (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2015).

V analizi planiranja smo omenili pomembnost povezanosti in usklajenega delovanja posameznih enot, kar je specifično opredeljeno tudi v proučevanem načrtu. Delovanje zavoda UKC LJ mora biti dobro povezano in koordinirano s primarnim zdravstvom, ki se izvaja prek vnaprej predvidenih telefonskih in radijskih povezav. Zavod UKC LJ bo lahko ustrezno obravnaval poškodovance ob množični nesreči le v primeru, da bo pravočasno

vnaprej opozorjen (vsaj 30 minut pred prihodom prvega poškodovanca). Za pravočasno obveščanje UKC LJ je odgovorno primarno zdravstvo. Zagotovljena mora biti usklajena, enakomerna in stanju poškodovancev primerna porazdelitev po bolnišnicah v državi. V obravnavo množične nesreče se morajo v skladu s potrebami vključevati vse organizacijske enote UKC LJ z vsemi razpoložljivimi kapacitetami ne glede na specialistično področje delovanja. Ob aktivaciji načrta je treba upoštevati dejstvo, da bo ne glede na množično nesrečo UKC LJ obremenjen z vsakodnevnim prilivom urgentnih bolnikov. Krizno vodenje zavoda UKC LJ se vzpostavlja postopoma in v skladu z zahtevnostjo in dinamiko razvoja kriznega dogodka v skladu s smernicami Ministrstva za zdravje (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2015).

Odločitev za stopnjo alarma sprejme BPS – nadzorni travmatolog, anesteziolog in nadzorna medicinska sestra. »BPS se vzpostavi v par minutah« (A. F.). To lepo opredeljuje tudi načrt (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2015), v katerem je navedeno, da aktivacijo načrta sproži BPS, sestava BPS je opredeljena po funkcijah (nadzorni anesteziolog, nadzorni travmatolog, dežurni internist, nadzorna medicinska sestra urgentnega kirurškega bloka). V načrtu je natančno opredeljen tudi algoritem stopenj alarmov:

- zeleni alarm – 5–9 težko poškodovanih/obolelih in do 40 lažje poškodovanih/obolelih,
- rumeni alarm – 10–19 težko poškodovanih/obolelih in od 40 do 80 lažje poškodovanih/obolelih,
- rdeči alarm – nad 20 težko poškodovanih/obolelih in nad 80 lažje poškodovanih/obolelih.

Načrt opredeljuje, da po določitvi stopnje alarma BPS aktivira načrt, obvesti Službo za stike z javnostmi in obvešča vodstvo UKC LJ. Služba za stike z javnostmi obvesti generalnega in strokovnega direktorja UKC LJ, glavno sestro UKC LJ, direktorje kirurgije in interne klinike, predstojnika Klinični oddelek za travmatologijo in Klinični oddelke za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, vodjo Centralnega urgentnega bloka. Nadzorna medicinska sestra urgentnega kirurškega bloka obvesti Centralni komandni prostor, službo za varnost in obrambo, vodjo varnostne službe, RTG inštitut, laboratorij, spremljevalno službo. Nadzorna anestezijska medicinska sestra obvesti lekarno, Zavod za transfuzijsko medicino RS in Centralni komandni prostor (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2015).

Reorganizacija UKC LJ v primeru množične nesreče se prične z obveščanjem vseh prisotnih zdravstvenih ekip, odpovejo se programske operacije v operacijskem bloku, potem pa se glede na stopnjo alarma formira zdravstvene in triažne time. »Odredi se premeščanje bolnikov iz intenzivnih enot na oddelke, spremeni se režim dela in namembnost prostorov v Centralnem urgentnem bloku, po potrebi se vpokliče dodatno osebje in v izrednih primerih, torej pri rdeči stopnji alarma, se odredi odprtje Poliklinike in odpust hospitaliziranih bolnikov v UKC LJ« (S. H.). »Nato sledi obveščanje v bolnišnici, kakšne so zmogljivosti in ukrepi. Vzpostavi se razširjeni BPS, podporna skupina, predstavnik službe za odnose z javnostmi, komerciale, varnostne službe itd.« (A. F.).

Načrt opredeljuje obveščanje, sam sistem obveščanja pa v analiziranem načrtu ni opredeljen. Na podlagi intervjuja smo izvedeli, kakšen je način obveščanja v UKC LJ. »UKC LJ ima sistem tihega alarmiranja, ki vključuje 1.000 oseb. Kader kliče BPS. Vsak dobi SMS z vprašanjem, ali lahko pridem, ali lahko pridem z zamudo, ali ne morem priti. V 10 minutah dobimo povratno informacijo, kdo lahko pride, kako hitro lahko pride in koliko nam lahko pomaga glede na usposobljenost. Potem s seznama izberemo kader, ki ga potrebujemo in pošljemo nazaj; pridi, počakaj doma ali hvala, te ne rabimo. Seznam zaposlenih je v računalniku, zaposleni so seznanjeni, da so na seznamu, in s tem soglašajo. Vsakega 10. v mesecu poteka poskusno alarmiranje. Odziv je zadovoljiv, obveščanje zaposlenih, ki niso v službi, pa zagotovo predstavlja ozko grlo« (A. F.).

Zanimalo nas je tudi, ali načrt opredeljuje razpolaganje z materialnimi, finančnimi in drugimi sredstvi v primeru množične nesreče. V proučevanem načrtu te opredelitve ni, kar smo potrdili tudi v intervjujih. »Načrt ne opredeljuje razpolaganja z materialnimi, finančnimi in drugimi sredstvi« (S. H.) Še najboljši približek je opredelitev, ki jo lahko zasledimo v opomniku nadzorne medicinske sestre Urgentnega kirurškega bloka, kjer je pod točko 19 navedeno, da mora ta v primeru rumenega ali rdečega alarma organizirati razporeditev medicinskega in nemedicinskega potrošnega materiala, zdravil, tekočin in medicinske opreme ter po potrebi organizirati izredno dostavo manjkajočih stvari.

Zdravstveni tehnik na delovišču informacijske lože urgentnega kirurškega bloka, nadzorni travmatolog, nadzorni anesteziolog, zdravnik konzultant internistične prve pomoči, triažni anesteziolog, triažni travmatolog, kirurg v operacijski ali ambulantni ekipi, anesteziolog v reanimacijskem timu, nadzorna anestezijska medicinska sestra, reanimacijska anestezijska medicinska sestra, nadzorna medicinska sestra Urgentnega kirurškega bloka, timska zdravstvena administratorica Urgentnega kirurškega bloka, triažna medicinska sestra in mavčar imajo že vnaprej pripravljene opomnike, ki sledijo v premeru množične nesreče. Po korakih sledijo nalogam, ki so navedene v opomniku. UKC LJ ima poleg vnaprej pripravljenih opomnikov za zgoraj navedene ključne funkcije pripravljeno tudi dokumentacijo in obrazce (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2015):

- obrazec za sprejem klica ob množični nesreči,
- triažno razpredelnico, kamor se beležijo podatki poškodovanih/obolelih in njihova triažna skupina za sledljivost pacientom,
- tabeli prostih operacijskih dvoran in reanimacijskih prostorov, kamor se beleži oprema, osebje in časovna zasedenost,
- seznam transportne opreme in seznam pripomočkov UKC LJ (ventilatorji, monitorji, kisikove jeklenke, defibrilatorji),
- tabelo za beleženje prostih postelj v intenzivni terapiji,
- razpredelnico prihodov vpoklicanega osebja,
- seznam telefonskih števil vseh bolnišnic v Sloveniji,
- tabelo pripravljenosti reanimacijskih prostorov (beleženje časa).

Planiranje je pomembna funkcija kriznega managementa pri obvladovanju množičnih nesreč. V Sloveniji imamo zakonsko podlago, ki določa pripravo načrtov na državni, občinski in organizacijski ravni. Načrti zavodov so v določenih delih pomanjkljivo pripravljeni in ne vsebujejo nekaterih ključnih komponent, pomembnih za ustrezno planiranje in nadaljnje učinkovito obvladovanje množičnih nesreč. Analiziran načrt zavoda temelji na vnaprej pripravljenih tako imenovanih opomnikih, ki opredeljujejo glavne naloge posameznikov, ki so vključeni v obvladovanje množične nesreče na različnih ravneh po funkcijah. Pomanjkljivosti se kažejo predvsem v majhnem ali celo ničnem planiranju razpolaganja z materialnimi in finančnimi viri ter bolj poudarjenem teoretičnem kot praktičnem planiranju.

4.2.2 Analiza organiziranja pri obvladovanju množičnih nesreč

Vsaka organizacija, torej tudi javni zdravstveni zavod, mora imeti takšno organizacijsko in funkcionalno zgradbo, da omogoča opravljati naloge skladno z njenim poslanstvom. Imeti mora ustrezno število organizacijskih enot, ki so med seboj tako povezane in usklajene, da zmorejo sprejemati upravljalvske impulze, jih pretvoriti v naloge ter jih optimalno izvrševati (Česen, Keber & Mayer, 2003).

Organiziranje v zdravstvu je velik izziv in ima velik vpliv na družbo. Gre za izredno zahtevno nalogo, ki ne vpliva le neposredno na zaposlene, vključene v sistem, ampak posredno še toliko bolj na prejemnike storitev, ki pa v tem primeru predstavljajo izredno občutljivo in ranljivo populacijo. Pričakovanja tako notranjega kot zunanjega okolja so velika, uspešna organizacija pa osnova za učinkovito in kakovostno zdravstvo (Lombardi, 2002).

Temeljno poslanstvo javnega zdravstvenega zavoda je opravljanje zdravstvene dejavnosti kot javne zdravstvene službe. Pri snovanju njegove organizacijske in funkcionalne zgradbe je ključno, kako gleda okolje na naše namere, da se organiziramo kot javni zdravstveni zavod, ter ali smo izbrali pravo vsebino in obseg zdravstvenih programov. Nato moramo formalno povezati in uskladiti človeške in materialne vire. Odločiti se moramo za pravo število smiselnih in potrebnih organizacijskih enot in mednje porazdeliti naloge, moč in odgovornost za nemoten potek proizvodnih procesov (zdravstvene dejavnosti) (Česen, Keber & Mayer, 2003).

Pomemben del uspešnosti in učinkovitosti delovanja zdravstvenih organizacij določa njihova organizacijska oblika. Veliko zdravstvenih organizacij v Sloveniji ima funkcijsko organizacijsko strukturo. Če govorimo o strukturi splošne bolnišnice, je njena značilnost delitev druge ravni na podlagi specializacije področja dela. Poudarek na delitvi druge hierarhične ravni ni neposredno na poslovnih funkcijah, temveč na specializaciji dela na področju medicine. Medicino, zdravstveno nego in spremljajoče medicinske dejavnosti bi lahko smatrali za obsežno »proizvodno-prodajno storitveno funkcijo«. V praksi ne najdemo čistih oblik organizacijskih struktur, gre za kombinacije posameznih pojavnih oblik. V

zdravstvenih organizacijah bi morala biti temeljna oblika organizacije dela timska, saj proces zdravljenja v osnovi temelji na skupini strokovnjakov iz medicine, zdravstvene nege in drugih zdravstvenih področij (Rozman, Kovač, Filej & Robida, 2019).

Management sistema varstva pred naravnimi nesrečami poteka na različnih ravneh, gledano široko, prevladuje hierarhična organizacijska struktura oziroma funkcijska organizacijska struktura, v okviru katere vse glavne odločitve sprejema Vlada Republike Slovenije. Kadar pa govorimo o enotah in službah za zaščito in reševanje oziroma o organizacijah in zavodih, ki so del sistema, lahko rečemo, da bolj kot funkcijska prevladuje divizijska organizacijska struktura. Prednosti takšne strukture so, da posamezni zavodi, organizacije in intervencijske službe učinkovito opravljajo delo na svojem področju, same odgovarjajo za opravljeno delo, skrbijo za lasten razvoj in so bolj odgovorne. Nesreča z več poškodovanimi ali več bolnimi je stanje, v katerem se običajno, dnevno utečeno delo izurjenih ekip zdravstva, policije, gasilcev in drugih udeležencev prilagodi povečanemu številu poškodovanih ali obolelih. To zahteva ustrezne organizacijske rešitve, ki bi jih morali poznati vsi zaposleni, ki na kakršenkoli način sodelujejo pri reševanju v takšnih situacijah. Pravilna, vnaprej določena organizacija v takšnih trenutkih rešuje življenje. »Vsaka bolnišnica se reorganizira po svoje glede na prostorske in kadrovske zmožnosti. Reorganizacija poteka glede na stopnjo alarma« (A. F.). Vsaka bolnišnica ima primarni distribucijski ključ, kar pomeni, koliko poškodovancev rdeče triažne kategorije lahko sprejme brez predhodnega klica dispečerskega centra. »V Sloveniji primarni distribucijski ključ določa, da UKC LJ sprejme 4 poškodovance rdeče kategorije, UKC Maribor 2, Splošna bolnišnica Celje 2 in ostale bolnišnice po 1; skupaj 17. Glavno sprejemno bolnišnico določimo na podlagi lokacije množične nesreče in narave dogodka. UKC LJ, UKC Maribor in Splošna bolnišnica Celje so edine možne glavne sprejemne bolnišnice (zaradi prostorov in kadra)« (A. F.).

Glede na to, da smo pri analizi planiranja ugotovili, da so materialni, finančni in drugi viri pomanjkljivo načrtovani, nas je zanimalo, kako in kje bolnišnice zagotovijo dovolj materialnih sredstev v primeru množične nesreče. »UKC LJ ima srečo, da ima v skladiščih locirane državne zaloge, ki jih v skrajnih primerih lahko uporabi v takšnih situacijah. Je pa to velika težava za ostale bolnišnice« (A. F.). »Zagotavljanje teh virov je naloga managementa in BPS« (S. H.). V predbolnišničnem okolju so v ta namen zagotovljene prikolice za množične nesreče. »V Sloveniji jih imamo trenutno 7, na lokacijah Celje, Murska Sobota, Koper, Novo mesto, Ljubljana, Kranj, Nova Gorica, Roje. To so regijske prikolice za množične nesreče, obstaja pa še cela vrsta lokalnih« (D. A.). Razlika med regijskimi in lokalnimi prikolicami za množične nesreče je v načinu aktivacije in kapacitete. Regijska naj bi omogočala oskrbo do 50 poškodovanih, lokalne pa so dveh različnih tipov, ene omogočajo oskrbo do 15 poškodovanih in druge do 30 poškodovanih« (A. F.).

Ob množičnih nesrečah je na kraju dogodka več interventnih skupin različnih služb, ki imajo vsaka svoje naloge in za njihovo usklajeno delovanje je potrebna dobra organizacija. Divizijska organizacijska struktura, ki prevladuje v našem sistemu obvladovanja množičnih nesreč, ima poleg kar nekaj prednosti tudi svoje slabosti. Govorimo o težji koordinaciji med

posameznimi ekipami oziroma intervencijskimi službami tako na terenu kot v samih zavodih oziroma organizacijah. Določene aktivnosti se podvajajo ali neusklajeno izvajajo, kar vodi v nižjo učinkovitost. Standardizacija je otežena, saj vsaka teži k reševanju predvsem svojih problemov. Delovanje zdravstvenih služb ob množičnih nesrečah urejajo (Dujic & Simčič, 2013) Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah, ki jih je izdelalo Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju Smernice). Smernice opredeljujejo ukrepanje zdravstva na predbolnišnični in bolnišnični ravni. Veliko vlogo pri organizaciji ima zagotovo Dispečerska služba zdravstva, ki je bila ustanovljena leta 2018 pod okriljem UKC LJ. Zaenkrat delujeta dva dispečerska centra, Ljubljana in Maribor. Ko bo dispečerska služba zdravstva pokrivala celotno slovensko ozemlje (predvidena dokončna vzpostavitev službe je leta 2022), bo spremljala, razporejala in koordinirala delovanje vseh mobilnih enot nujne medicinske pomoči, ekip helikopterske NMP in ekip izvajalcev nenujnih prevozov, vodila bo evidenco razpoložljivih zmogljivosti bolnišnic, urgentnih centrov in javnih zdravstvenih zavodov, ki so vključeni v mrežo NMP. »Dispečerska služba zdravstva, ki bo pokrivala območje celotne Slovenije, je nujna za dobro organizacijo pri obvladovanju množičnih nesreč« (A. F.).

Cilj začetne zdravstvene oskrbe je s čim manjšimi sredstvi čim hitreje stabilizirati pacienta za prevoz ter tako čim več pacientom omogočiti čim kakovostnejše preživetje. Ko se zgodi množična nesreča, se morajo bolnišnice v razmeroma kratkem času pripraviti na nenaden priliv večjega števila pacientov. Gospodarnost današnjega poslovanja bolnišnic temelji na največji mogoči zasedenosti vseh razpoložljivih zmogljivosti, materialnih in človeških, in ne dopušča možnosti večjih rezerv ob množičnih nesrečah. »Bojazen pred preobsežno reorganizacijo bolnišničnih aktivnosti v bolnišnici lahko privede do tega, da se to sploh ne začne oziroma da se ne začne pravočasno« (A. F.).

Tudi v sistemu obvladovanja množičnih nesreč se pojavljajo ozka grla, ki zahtevajo ustrezno in učinkovito organizacijo dela. Najbolj pogosta ozka grla v bolnišničnem okolju so: »Vpis v informacijski sistem – brez vnosa se ne zgodi nič, CT, RTG in ventilatorji« (S. H.). Uporaba CT, RTG in ventilatorjev mora biti v primeru množične nesreče zelo premišljena. »V predbolnišničnem okolju ozko grlo predstavljajo komunikacija in zveze ter oskrba do postavitve sektorjev« (D. A.).

4.2.3 Analiza vodenja pri obvladovanju množičnih nesreč

V zdravstveni dejavnosti je za uspešno in učinkovito delovanje zdravstvene organizacije še posebej pomembno, da ima sposobne managerje, ki so tudi sposobni vodje. Posebnost zdravstvene organizacije je namreč v tem, da je njeno delovanje odvisno od velikega števila visoko izobraženega kadra različnih poklicev, ta različnost pa še bolj zahteva ustreznost managementa in njegovih funkcij. Vodenje visoko usposobljenih strokovnjakov pa je še zahtevnejše od vodenja manj kvalificiranih izvajalcev. V zdravstvenih organizacijah potekajo tudi številni in različni procesi (zdravljenje, negovanje, diagnostika, fizioterapija,

sterilizacija, nabava, prehrana, pranje). Nobena dejavnost ni tako dinamična kot prav zdravstvena dejavnost s hitrimi spremembami zaradi nenehnega razvoja medicine in tehnologije ter spremenjenih potreb ljudi (Rozman, Kovač, Filej & Robida, 2019).

Management se v zdravstvenih organizacijah izvaja na treh ravneh: vrhnji ali strateški, srednji in nižji ali operativni ravni. Na vrhnji ravni imamo direktorje zavodov, ki delujejo kot managerji; vodenje je ena od njihovih funkcij. Mesta direktorjev v zdravstvu najpogosteje zasedajo osebe, ki nimajo ustreznih znanj in sposobnosti za uravnavanje poslovanja niti za vodenje zaposlenih. Običajno so dobri strokovnjaki, najpogosteje v medicinski dejavnosti. Gre za problem, ki je izrazit predvsem v zdravstvenih organizacijah (Rozman, Kovač, Filej & Robida, 2019). Vodenje je tisti del managementa, v katerem manager kot vodja vpliva na sodelavce, da izvedejo tisto, kar so si on ali ustrezni organi na strateški ravni zamislili. Čim nižje po organizacijski hierarhiji gremo, tem obsežnejša je relativna funkcija vodenja in tem večji je neposredni stik z zaposlenimi. Na operativni ravni se funkcija vodenja izvaja v timih (Rozman, Kovač, Filej & Robida, 2019).

V času epidemije zaradi Covid-19 so bile zdravstvene organizacije prisiljene v reorganizacijo. Vodstva so morala pokazati spretnosti kriznega vodenja, učinkovito izkoristiti obstoječe kadrovske potencialne, nadgraditi osnovne načrte za delovanje v izrednih razmerah, opredeliti vse možne nevarnosti in tveganja ter podati smernice za spoprijemanje z novo realnostjo (Čeč, 2020).

Ustrezno in učinkovito vodenje v primeru množične nesreče ima ključno vlogo za uspešno obvladovanje množične nesreče in dosegajo ciljev. Razlikujemo vodenje v predbolnišničnem okolju in vodenje v bolnišničnem okolju. Predbolnišnično okolje, govorimo torej o vodenju na samem kraju množične nesreče, naj bi vodil tisti, ki ima največ izkušenj in se čuti najbolj usposobljenega. Glede na vrsto nesreče je to lahko gasilec, policist ali zdravnik/izkušen reševalec. Kdo prevzame funkcijo vodenja obvladovanja množične nesreče v predbolnišničnem okolju, ni vnaprej določeno, ampak se odločitev sprejme na kraju nesreče. »Vnaprej so določene le vloge, načeloma naj bi funkcijo vodenja prevzel zdravnik oziroma najizkušenejši diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra.« To je lahko včasih težava in povzroči zmedo, predvsem če na samem kraju ni osebe, ki je dovolj usposobljena za opravljanje te funkcije« (D. A.). Pomembno je, da je vsem na kraju dogodka jasno, kdo je vodja intervencije, kdo delegira naloge in sprejema odločitve. »Zelo redko je vodja ena sama oseba, ampak gre za združeno vodenje (gasilec, policist, zdravnik). Vodjo se določi v skladu z razvojem dogodkov, lahko je tudi nevedeno, kar pa ima lahko negativen vpliv na sam potek obvladovanja množične nesreče« (A. F.).

V bolnišničnem okolju se v primeru množične nesreče ustanovi BPS, ki prevzame vodenje, usklajevanje in vertikalno komuniciranje. BPS delegira vse ključne funkcije v bolnišnici za uspešno dokončno oskrbo pacientov. BPS ustanovi predstojnik oziroma nadzorni specialist ustrezne klinike (travmatolog, internist, pediater) po tem, ko je sprejel odločitev o stopnji

alarma. Predstojnik oziroma nadzorni specialist takoj, ko ustanovi BPS, o tem obvesti ReCO in z njim vzpostavi stik za uspešno vertikalno komunikacijo.

BPS mora imeti pripravljen natančen opomnik/algoritem nalog za uspešno vodenje reševanja in je odgovorna za (Dujć & Simčič, 2013):

- stopnje alarmiranja,
- določanje ključnih delovnih mest (nadzorni zdravniki, sestre),
- komunikacijo v bolnišnici in komunikacijo z ReCO,
- pridobivanje podatkov o razpoložljivih virih in stanju prostih zmogljivosti v intenzivnih enotah in na oddelku, številu operacijskih dvoran in ventilatorjev, številu razpoložljivega osebja, možnosti prerazporeditve pacientov in osebja,
- pridobivanje podatkov o razpoložljivih virih in stanju prostih zmogljivosti v drugih bolnišnicah,
- sprotno obveščanje nadzornega zdravnika o razpoložljivih virih in zmogljivostih,
- organizacijo prostorov,
- pripravo poročila za medije,
- skrb za varnost.

BPS sodeluje in konstantno komunicira z združenim ekipnim vodenjem zdravstvene ekipe na kraju intervencije oziroma množične nesreče. Problemi, ki se pojavljajo pri vodenju obvladovanja množične nesreče, se kažejo predvsem pri izbiri oziroma določitvi vodje tako v predbolnišničnem kot bolnišničnem okolju, saj gre večkrat za osebe, ki imajo strokovno znanje s svojega področja (medicina itd.), nimajo pa veščin vodenja. Prav tako se pojavljajo težave s komunikacijo in odločanjem, saj mora vodja v takšnih situacijah sprejemati nagle in pomembne odločitve. »Dober vodja v sistemu obvladovanja mora imeti razvite voditeljske sposobnosti, delo pod stresom, izkušnje in dodatno znanje« (A. F.). »Dober vodja mora slediti in upoštevati veljavne smernice, hitro in učinkovito se mora prilagajati situaciji, vedno imeti še plan B, C, imeti mora dobre organizacijske sposobnosti in predvsem mora znati poslušati tudi mnenja drugih. Dober vodja mora ostati hladnokrven in biti sposoben improvizirati« (D. A.) »V resnici je v dani situaciji to stvar naključja: kdor pač v danem trenutku zaseda določeno funkcijo, ta prevzame tudi svoje mesto v BPS« (S. H.).

Vodja obvladovanja množične nesreče mora imeti dobro razvite sposobnosti vodenja in veščine kriznega managerja, saj gre za delo pod pritiskom in v stresnih okoliščinah. »Cilj sistema za obvladovanje množičnih nesreč v Sloveniji je, da se uvede enoten sistem vodenja. Sama izobrazba ni tako pomembna, kot je pomembno teoretično predznanje s področja managementa in pridobljene reflektirane izkušnje na tem področju« (A. F.). Ker v Sloveniji množične nesreče niso tako pogoste, vodje izkušnje lahko pridobivajo iz vaj. Gre za vaje obvladovanja množičnih nesreč, ki se organizirajo nekajkrat letno in sodelujejo vse enote za zaščito, reševanje in pomoč. »Takšne vaje imajo lahko tudi negativen kot pozitiven vpliv na pridobivanje izkušenj vodenja za obvladovanje množičnih nesreč, saj so vsi scenariji predpripravljeni in je celotna vaja zastavljena tako, da mora uspeti. Sprejemanje odločitev

je ena najtežjih veščin v takšnih situacijah, vendar izkušenj iz tega na takšnih vajah žal ne pridobiš, ker si že vnaprej seznanjen s scenarijem» (A. F.).

4.2.4 Analiza kontroliranja pri obvladovanju množičnih nesreč

Kontrola pomeni ugotavljanje, kaj je bilo narejeno, primerjavo s planiranim, ugotovitev odstopanj, določitev vzrokov za odstopanja in ukrepe, da se planirano uresniči. Velja, da planiramo tisto, kar pozneje tudi kontroliramo. Proces kontrole se začne z ugotavljanjem dejansko izvedenega (Rozman, Kovač, Filej & Robida, 2019). Ugotavljamo torej, kaj je bilo izvedeno v času obvladovanja množične nesreče oziroma kako je obvladovanje množične nesreče potekalo. Pristopi za ugotavljanje dejansko izvedenega so različni; lastno opazovanje, statistična poročila, ustno poročanje in pisno poročanje. Pristope pogosto kombiniramo. Sledi primerjava dejanskega s planiranim in ugotavljanje odstopanj. Sledijo stopnja ugotavljanja vzrokov odstopanj, analiza poslovanja oziroma v našem primeru obvladovanja množične nesreče in odvisno od ugotovljenih vzrokov ukrepanje, ki naj bi zagotovilo doseganje plana (Rozman, Kovač, Filej & Robida, 2019).

Kontroliranje najpogosteje razumemo kot enosmeren proces, v katerem nadrejeni kontrolira delo podrejenih. Takšno kontroliranje je zelo razvito v hierarhični organizaciji. Pogosto prihaja do odstopanj. Zadolžitve po navadi niso zapisane, zaposleni delajo pogosto druge stvari, kot so zapisane v opisih delovnih mest. Opisi ne upoštevajo situacijskih spremenljivk, zato se zaposleni večkrat izgovarjajo, da kakšna zadolžitev ni v njihovi odgovornosti. Odgovornost razumejo zgolj kot izvajanje ukazov in delovne discipline, ne pa kot odgovornost za uspešno opravljeno nalogo. Prav tako se nadrejeni pogosto izogibajo svoji odgovornosti za delo podrejenih. Te namreč ne morejo v celoti delegirati na podrejene. Poleg tega odgovorno ravnanje zaposlenih pogosto ni ustrezno motivirano in nagrajeno. Avtoriteta je velikokrat nejasno opredeljena. Pogost problem je neustrezno delegiranje moči na nižje položaje in zato centralizacija avtoritete na višjih ravneh. Pogoste so tudi težave v komuniciranju; zaposleni ne prejmejo informacij glede na položaj in dobijo informacije, ki jih dostikrat ne potrebujejo (informacij je preveč). Pogost problem je neusklajenost omenjenih struktur med seboj, dinamično in v odvisnosti od okolja. Premajhna avtoriteta oteži odgovorno izvedbo zadolžitve. Težave prav tako nastopijo, če zaposleni niso kos zahtevnosti položaja, saj ne bodo mogli učinkovito opraviti dela. Neustrezno motiviranje lahko vpliva na izvajanje zadolžitev. Poleg tega organizacijska struktura pogosto ni primerna in ne ustreza situacijskim spremenljivkam. Korporacijski managerji usklajujejo poslovne funkcije, vsaka managerska raven opravlja delo nižje ravni, najzahtevnejšega dela usklajevanja celote pa ne opravlja nihče (Rozman, Kovač, Filej & Robida, 2019).

Kakovost zdravstvene obravnave je temelj uspešnega zdravljenja. Za spremljanje kakovosti in varnosti se uporabljajo kazalniki kakovosti v zdravstvu po predpisani metodologiji; zbirajo se na Ministrstvu za zdravje in v Zdravniški zbornici Slovenije (Rozman, Kovač, Filej & Robida, 2019). Analize reševanja oziroma obvladovanja množičnih nesreč so vedno

izvedene, po navadi v kombinaciji ustnih in pisnih poročil. Ker je vsaka množična nesreča zelo specifična, planiranje in načrti obvladovanja pa bolj splošni, je primerjava dejanskega s planiranjem redka. Gre predvsem za objektivno statistično analizo o številu preživelih, umrlih, oskrbljenih na kraju množične nesreče, evakuiranih in hospitaliziranih. Poročila vsebujejo časovnico in prisotnost števila oseb enot za zaščito in reševanje. »Zelo redko oziroma skoraj nikoli se ne analizira zadovoljstva zaposlenih, prav tako se poročila po navadi pripravljajo na vrhnji ravni managementa. Pomembno je, da z analizo ugotovimo slabosti in pomanjkljivosti, ki jih bomo v prihodnje poskušali odpraviti. Enako pomembne so tudi ugotovljene prednosti in dobre prakse, ki jih poskušamo vpeljati in uporabljati v prihodnje. Ker so ti dogodki redki, je izrednega pomena, da ugotovljene prednosti in slabosti prenašamo iz generacije v generacijo, govorimo torej o prenosu znanja, ki temelji na podlagi izkušenj iz preteklosti« (A. F.).

Usposabljanje s področja obvladovanja množičnih nesreč je skopo. »V Sloveniji je enkrat letno organiziran tečaj MRMI, ki ni obvezen za vse zdravstvene delavce, ampak se ga udeleži tisti, ki ima željo ali če ga napoti nadrejeni« (A. F.). Tečaj poteka tri dni, udeleženci pa se spoznajo z osnovami obvladovanja množičnih nesreč. Vsaka bolnišnica mora dvakrat letno izvesti vajo s področja obvladovanja množičnih nesreč, vendar kot smo že omenili, imajo vaje zaradi »vaja mora uspeti« bolj negativni kot pozitivni vpliv na pridobivanje znanja in usposobljenosti za obvladovanje množičnih nesreč.

Za vsako množično nesrečo je ključno analiziranje z namenom odkrivanja prednosti in slabosti ter učenja novih pristopov in veščin. Ločimo več vrst kontroliranja (Moore, 2008):

- *vroča analiza* je analiza, ki jo opravimo takoj, ko je obvladovanje množične nesreče pod kontrolo, namen te analize je ugotavljanje dejanj, ki morajo biti nemudoma izvedena; pridobivanje odzivov vseh udeleženih pri obvladovanju množične nesreče, podajanje pomembnih informacij, omogočiti udeležencem izražanje čustev;
- *planirana analiza* je izvedena nekaj dni ali tednov po koncu množične nesreče. Glede na število ljudi, ki so sodelovali pri obvladovanju množične nesreče, lahko naredimo tudi ločene analize na operativni, taktični in strateški ravni. Namen te analize je ugotoviti, kaj je bilo narejeno dobro, kaj ni šlo tako, kot bi moralo, kaj bi lahko naredili drugače v primeru, da se podoben dogodek ponovi v prihodnosti, kaj moramo spremeniti na stopnji planiranja in katera dodatna znanja in sposobnosti moramo še pridobiti;
- *analiza ukrepov* je analiza ukrepov in izboljšanj, ki smo jih naredili, da izboljšamo pomanjkljivosti in slabosti, ki so bile ugotovljene pri planirani analizi.

4.2.5 Analiza kriznega managementa v primeru nesreče z balonom

V poglavjih 4.2.1–4.2.4 smo analizirali krizni management in izzive, s katerimi se zdravstvene organizacije srečujejo pri obvladovanju množičnih nesreč nasploh, v tem poglavju pa podrobneje proučujemo krizni management v primeru balonarske nesreče iz leta 2012. Izbrano množično nesrečo smo analizirali zaradi dostopnosti podatkov in intervjujev.

23. 8. 2012 ob 7:53 se je na Ižanski cesti med Ljubljano in Igom zgodila letalska (balonarska) nesreča. Strmoglavil je toplozračni balon z 32 potniki. Upravljanje balona je bilo onemogočeno, vzrok temu naj bi bil strižni veter pri tleh. Hitro spuščanje balona in prvi udarec košare ob tla, je povzročil poškodbe vsaj pri 5-6 oseb, ki jih je ob udarcu vrglo iz košare. Balon je nato ponovno dvignilo v zrak, zaradi dodatnega vzgona in sunkov vetra in odneslo v bližnje drevo. Prišlo naj bi do poškodbe dovoda plina iz jeklenk do gorilnikov, zaradi česar je prišlo do hitrega iztekanja velikih količin plina, ki se je kmalu vžgal. Sunki vetra so balon in gorečo košaro potiskali nekaj 100 m v smeri proti Igu. Večina potnikov je padla ali poskakala iz goreče košare. V košari so ostale štiri osebe, ki so podlegle poškodbam, še dve osebi pa sta pozneje umrli v bolnišnici. Šestnajst oseb je bilo huje ranjenih in 12 lažje (Fink, 2012).

Prvo informacijo o dogodku, da se je zgodila nesreča z balonom in da naj bi bilo poškodovanih 5 oseb, je sprejel dispečer ReCO. Istočasno je ob 7:54 dispečerski center Reševalne postaje UKC Ljubljana prejel klic priče dogodka. Le ta je poročala, da sta udeležena dva balona, da sta dva poškodovanca nezavestna in da je 32 oseb na gorečem balonu. Na podlagi prejetih informacij je sprejemni dispečer ocenil, da gre po vsej verjetnosti za množično nesrečo, zaradi česar je takoj aktiviral načrt zaščite in reševanja ob masovnih nesrečah. Na kraj nesreče so bili takoj poslani reševalec motorist, vozilo urgentnega zdravnika z dodatnim zdravnikom in dvema medicinskima tehnikoma ter dva nujna reševalna vozila. Hkrati so na kraj nesreče prispela tudi gasilska vozila (Fink, 2012).

Prvo ekipo in motorista reševalca so očitvidci na kraju nesreče usmerili na zahodno stran, na močvirnat travnik, obdan z blatnimi jarki. Vzhodno od Ižanske ceste se je usmerila druga reševalna ekipa, ki pa je naletela na blokado poti, saj je gasilsko vozilo zdrsnilo s kolovoza. Posledično je ekipa vso opremo morala nositi ročno, kakšnih 300 metrov stran. Ugotovili so, da se poškodovanci (število takrat še ni bilo znano) nahajajo na zelo velikem območju, dolgem približno 200 m in širokem 150 m (Fink, 2012).

Veliko število poškodovancev, specifičnost poškodb (opekline), obsežnost prizorišča množične nesreče in otežena dostopnost in sam teren so predstavljali velik izziv za reševanje in obvladovanje množične nesreče. V reševanju je sodelovalo 25 ekip NMP, dva helikopterja, 68 zdravstvenih delavcev, od tega 12 zdravnikov. Iz prehospitalne enote Ljubljana je bilo na kraju 15 vozil, sodelovale pa so tudi ekipe NMP: Kranj (2 vozili), Domžale (2 vozili), Škofja Loka (1 vozilo), Logatec (1 vozilo), Litija (1 vozilo), Kočevje (1 vozilo) in zasebno podjetje Pacient, d. o. o., s 4 vozili (Fink, 2012).

Od 32 poškodovanih so v UKC Ljubljana sprejeli 21 oseb. Dve sta bili po prvi oskrbi premeščeni v UKC Maribor. Pet poškodovancev je bilo s kraja nesreče transportiranih v Splošno bolnišnico Novo Mesto, en poškodovanec v Splošno bolnišnico Celje in en v SB Jesenice (Fink, 2012).

4.2.5.1 Analiza planiranja pri nesreči z balonom

V času nesreče še niso bile izdane Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množični nesreči, so pa bili izdelani načrti za množične nesreče na ravni zavodov. »Težava je, da so takšni načrti na papirju lepo videti, vendar so zelo obsežni in jih tako redko potrebuješ, da se jih ne moreš naučiti in optimalno uporabiti, ko je potrebno. Najbolj pomagajo vaje, kjer te načrte preizkusiš tudi v praksi. Takrat je bila ključna naša iznajdljivost in sposobnost obvladovanja takšnih situacij. Vsak od nas, ki smo v tem poklicu, ima v glavi nekaj scenarijev, kako bi reševali takšne situacije« (M. Ž.). »Vsekakor dober vnaprej pripravljen načrt lahko olajša reševanje v takšnih situacijah in jih tudi je« (D. A.). »Planiranje je pomembno predvsem na področju komunikacije in zvez ter transporta« (M. Ž.). Na bolnišnični ravni je bil problem nepoznavanje načrta za delovanje v primeru množične nesreče s strani zaposlenih, zato je bilo tudi kar nekaj improvizacije, ki pa je bila uspešna. V načrtu opredeljen sestanek vodstva urgence (nadzornega travmatologa, anesteziologa in medicinske sestre) se ni zgodil zaradi časovne stiske. Težave zaradi pomanjkljivosti planiranja so se kazale predvsem pri razpolaganju s kadrovskimi viri, distribuciji pacientov po posameznih bolnišnicah, pri hitrem transportu in pri triaži. Problem triaže so bili neustrezni triažni kartoni (slaba vidljivost, težavno in zamudno lepljenje nalepk). Pomanjkljivi so bili telefonski sezname zaposlenih, vodij in drugih služb (Fink, 2012).

4.2.5.2 Analiza organiziranja pri nesreči z balonom

Organizacija na kraju nesreče in kasneje v bolnišnicah ni potekala povsem na osnovi predpripravljenih protokolov, ampak je bilo kar nekaj uspešne improvizacije. »Velik izziv za organizacijo prizorišča množične nesreče je predstavljalo obsežno območje in nedostopen teren« (A. F.). Pojavljale so se težave s komunikacijo med posameznim ključnim kadrom na mestu nesreče, in tudi s sprejemnimi bolnišnicami. Oskrbljenih in transportiranih je bilo 28 ljudi, v reševanju pa je sodelovalo 25 ekip NMP, dva helikopterja, 68 zdravstvenih delavcev in 12 zdravnikov. Na kraju nesreče je bilo na razpolago 27 reševalnih vozil in dva helikopterja (Fink, 2012). To pomeni, da je vsakega poškodovanca lahko oskrbovala in transportirala lastna NMP-ekipa, zato organizacija kadrovskih in materialnih virov na kraju nesreče ni bila potrebna. »Balonarska nesreča se je zelo hitro preimenovala iz množične v veliko nesrečo, zato se na samem kraju niso razvijala delovišča zdravstvene oskrbe, ampak se je poškodovance takoj transportiralo v bolnišnice« (D. A.). Aktivirana je bila tudi prikolica za množične nesreče, dogodek ni predstavljal logističnega izziva. Na RP UKC Ljubljana so dodatno vpoklicali osem ljudi, nenujni prevozi so se predali zasebnemu podjetju (Fink, 2012).

Zadnji poškodovanec je bil transportiran ob 9:21, kar je eno uro in pol po dogodku, kar je odličen čas, je pa dejstvo, da je bilo na voljo zadostno število reševalnih vozil in kadra. Oskrba poškodovancev je bila hitra in učinkovita. Prav tako so hitro prispele tudi druge intervencijske službe (gasilci, policija itd.), sodelovanje z njimi je bilo odlično.

Komunikacija je bila v tej situaciji zagotovo ozko grlo, predvsem pri obveščanju sprejemnih bolnišnic. Večje težave so bile pri organizaciji sprejemnih bolnišnic, saj je bila večina poškodovanih politravmatiziranih v kombinaciji z opeklinami, kapacitet za oskrbo poškodovancev z opeklinami pa ni bilo dovolj (Fink, 2012). »Pozitivna stran je, da se je nesreča zgodila v zgodnjih jutranjih urah, pred začetkom rednega programa, kar je pomenilo, da je bilo na voljo dovolj anesteziologov in operacijskih dvoran. Če bi do nesreče prišlo malo kasneje, bi bilo bistveno več težav tako z osebjem kot z opremo (monitorji, ventilatorji, anestezijski aparati)« (S. H.) V bolnišnici so izziv predstavljali pogoji za izvajanje triaže poškodovancev. Dokumentiranje oskrbe je bilo oteženo zaradi pomanjkljivega informacijskega sistema. Kljub temu so bili vsi sprejeti poškodovanci pravilno in pravočasno oskrbljeni. Poskrbljeno je bilo za svojce ponesrečenih. Težava je bila pri zagotavljanju parkirišč in prehrane za dodatno vpoklicani kader (Fink, 2012).

4.2.5.3 Analiza vodenja pri nesreči z balonom

Vodenja celotne nesreče na sami lokaciji na tej intervenciji ni bilo; vodenje in koordinacijo se je poskušalo izvajati iz dispečerskega centra RP UKC Ljubljana, vendar pa je bilo to zaradi neučinkovite komunikacije in pomanjkanja informacij s terena oteženo. Zaradi obsežnosti prostora množične nesreče in načina, kjer so ležali poškodovanci, so na mestu nesreče razvili dve delovišči, ki sta imeli vsaka svojo vodjo zdravstvene oskrbe (Fink, 2012). »Situacija na terenu je bila takšna, kot bi imeli dve nesreči, eno blizu druge. Na kraju, kjer je bilo večje število poškodovanih, je bila vodja zdravstvene intervencije zdravnica, ki je bila prva na kraju nesreče. Šlo je za skupno vodenje s strani NMP, gasilcev in policije. K sreči je reševanje potekalo tako hitro, da je bilo končano, še preden so se vzpostavile vse predvidene strukture na terenu« (M. Ž.). Zaradi velikosti prizorišča, razdrobljenosti in nepreglednosti je bilo vodenje logistično težavno. Prav tako je bila velik izziv pri vodenju otežena komunikacija zaradi pomanjkanja radijskih postaj, uporabe običajnih delovnih frekvenc in na koncu komunikacije prek telefonov, ki pa je počasna in težavna (Fink, 2012). »Mislim, da je bilo vodenje v danih okoliščinah korektno izvedeno, edini problem je bila spet komunikacija /.../ tudi s sprejemnimi bolnišnicami« (M. Ž.).

4.2.5.4 Analiza kontroliranja pri nesreči z balonom

V tednih po nesreči so bila pripravljena poročila in opravljene analize, iz katerih so bile razvidne prednosti in pomanjkljivosti. Odkrite pomanjkljivosti so bile temelj za prihodnje načrte in vaje. Leto kasneje so bile izdane tudi Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množični nesreči. Zaradi specifičnosti nesreče in pomanjkljivega predhodnega planiranja primerjava dejanskega s planiranim ni bila izvedena. Prav tako nikoli ni bila izvedena analiza o zadovoljstvu, občutkih in samozavesti zaposlenih, vključenih v obvladovanje nesreče z balonom. »Ko smo zaključili z intervencijo na balonarski nesreči, smo morali delati naprej, ker je bila nesreča ob 8. uri zjutraj, zaključena je bila v približno dveh urah, tako nam je ostalo še 8 ur rednega dela. Sam sem tistega dne

opravljaj nalogu voznika v nujnem reševalnem vozilu in sva s kolegico oskrbovala pilota nesrečnega balona. Intervencija za nas ni predstavljala velikega psihičnega bremena, ker je bilo na samem kraju hitro zadostno število NMP-ekip in smo oskrbovali vsak svojega poškodovanca. Tako da če odmisliš, da je bilo veliko število poškodovanih in da je bila dokaj nevsakdanja nesreča, je bilo kot na vsaki drugi nesreči» (D. A.). Kakovost zdravstvene obravnave je temelj uspešnega zdravljenja in v tem primeru je bila kakovost zdravstvene obravnave na visokem nivoju. Od 32 potnikov, udeleženih v nesreči, so štiri osebe podlegle poškodbam že v goreči košari, vseh ostalih 28 je bilo ustrezno oskrbljenih in transportiranih s kraja nesreče, v bolnišnici sta kasneje umrli še dve osebi. Kar je, statistično gledano, pokazatelj kakovostne zdravstvene obravnave poškodovancev (Fink, 2012). »Ne na kraju in ne med transportom ni bilo nepotrebne smrti, izvajali smo tudi določene postopke, ki se jih načeloma med množično nesrečo ne izvaja, ker vzamejo preveč časa, ampak se je glede na število poškodovancev to izkazalo za pravilno odločitev« (M. Ž.).

4.2.6 Priporočila za izboljšanje kriznega managementa v primeru množičnih nesreč

Pri obvladovanju množičnih nesreč, kamor štejemo tudi epidemijo Covid-19, so zaradi omejenih kadrovskih in materialnih zmogljivosti ustrezno načrtovanje, organizacija in delo ob množičnih nesrečah ključnega pomena za obvladovanje, ukrepanje in oskrbo večjega števila poškodovanih. Organizacija dela, prerazporeditev osebja, prostorov in opreme postanejo enako pomembni elementi kot strokovno ukrepanje. Pomembna vloga pri tem gre zanesljivo načrtovanju delovanja in odzivanja zavodov, sprejemanju ustreznih ukrepov s strani države in odzivu prebivalcev. Smernice za delovanje NMP ob množičnih nesrečah zagotavljajo na nacionalni ravni enotno in usklajeno načrtovanje ter delovanje sistema NMP.

Ugotovljene so bile naslednje prednosti sistema za obvladovanje množičnih nesreč v Sloveniji:

- v Sloveniji je zakonsko določeno, da mora vsaka organizacija, ki je vključena v sistem obvladovanja množičnih nesreč, imeti izdelan načrt ukrepanja ob množični nesreči,
- leta 2013 so bile izdane Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči, ki z navodili, postopkovniki in opomniki dajejo odlično podlago za nadaljnje obvladovanje takšnih situacij, tako na bolnišnični kot predbolnišnični ravni,
- načrti so dostopni vsem zaposlenim,
- vsako leto se zaposleni lahko usposablajo na tečaju MRMI, tečaju kemijskih nesreč in vajah,
- na organizacijo v primeru množične nesreče na bolnišnični ravni pozitivno vplivajo vnaprej pripravljene opomniki za posamezne funkcije,
- smernice dobro opredeljujejo organizacijo NMP na kraju množične nesreče,
- sistem primarne triaže, vzpostavitve sektorjev zdravstvene oskrbe po nujnosti oskrbe in razdelitev vlog na prehospitalni ravni omogoča optimalno reševanje,

- v načrtih organizacij je opredeljeno, kdo prevzame vodenje na hospitalni ravni (po funkciji),
- po vsaki množični nesreči so izvedene analize.

Ugotovljene so bile naslednje pomanjkljivosti sistema za obvladovanje množičnih nesreč v Sloveniji:

- načrti so večkrat izdelani preveč posplošeno in so pomanjkljivi predvsem na področju razpolaganja z materialnimi in drugimi sredstvi v primeru množične nesreče,
- poznavanje in razumevanje načrta za zaposlene ni obvezno,
- usposabljanja za primer ukrepanja ob množičnih nesrečah niso obvezna za vse zaposlene,
- vaje množičnih nesreč so vnaprej pripravljeni scenariji, zato zaposleni ne pridobijo dovolj znanja in usposobljenosti,
- načrti se premalokrat dopolnjujejo in obnavljajo,
- komunikacija predstavlja velik problem pri organizaciji, predvsem na predbolnišnični, pa tudi bolnišnični ravni,
- ob pomanjkanju materialnih in drugih virov to lahko predstavlja težavo, saj je sistem pridobivanja dodatnih virov iz zalog zapleten oziroma ni dodelan,
- primarna triaža je zaradi neustreznih triažnih kartonov otežena,
- na bolnišnični ravni informacijski sistem predstavlja ozko grlo,
- vodje niso določene glede na svoje sposobnosti vodenja in odločanja, ampak glede na naravo dogodkov in trenutno situacijo,
- na prehospitalski ravni ni določeno, kdo prevzame funkcijo vodenja celotne intervencije (NMP, gasilci, policija),
- izvedene analize po množičnih nesrečah so zelo objektivne in statistične (število oskrbovanih, umrlih, časovnica itd.) in ne vsebujejo podrobne analize procesov in posameznih funkcij,
- ne izvajajo se kontrole zadovoljstva zaposlenih, ki so bili vključeni v obvladovanje množične nesreče.

Priporočila za izboljšanje sistema za obvladovanje množičnih nesreč v Sloveniji so naslednja:

- načrti organizacij, ki so vključene v sistem obvladovanja množičnih nesreč, morajo biti podrobno izdelani, vključevati morajo prostorske načrte, načrt pridobivanja dodatnih materialnih, kadrovskih in drugih virov,
- poznavanje in razumevanje načrta organizacije bi morala biti obvezna za vse zaposlene v tej organizaciji in letno preverjena,
- vsi, ki so del sistema za obvladovanje množičnih nesreč (od NMP, bolnišnic, policisti, gasilci itd.), bi morali imeti opravljen tečaj MRMI in ga obnavljati,
- cilj vaj za obvladovanje množičnih nesreč ne bi smela biti težnja k uspešni vaji in medijska prepoznavnost, ampak realno usposabljanje, iz katerega se nekaj naučimo in usposobimo,

- vse načrte bi bilo treba letno obnavljati in dopolnjevati glede na sodobne smernice, pretekle izkušnje in trenutno situacijo,
- vzpostaviti bi bilo treba enoten komunikacijski sistem (enotne radijske postaje in frekvence za vse enote, ki so vključene v obvladovanje množične nesreče),
- centralizirana koordinacija,
- dokončna vzpostavitev enotnega in centraliziranega dispečerskega centra,
- učinkovito evidentiranje je nujno in ključnega pomena tako na predbolnišnični kot bolnišnični ravni,
- vzpostaviti sistem pridobivanja dodatnih zalog materialnih in drugih virov,
- vzpostaviti sodobnejši sistem označevanja poškodovancev po triažni kategoriji,
- posodobiti informacijske sisteme v bolnišnicah,
- vsi, ki so na funkcijah, na katerih obstaja možnost, da bodo prevzeli mesto vodje obvladovanja množične nesreče, bi morali imeti znanje s področja kriznega managementa in sposobnosti vodenja,
- analize po končani množični nesreči bi morale vključevati tudi analizo managementa in zadovoljstva zaposlenih.

SKLEP

Značilnosti vsake krize, značilnosti vsake množične nesreče so nenadnost, negotovost in časovni pritisk, ki zahteva hitro sprejemanje odločitev in obvladovanje stresa vseh udeležencev v krizi. Verjetnost množičnih nesreč se z razvojem družbe povečuje in predstavlja grožnjo za javno zdravje. Krizni management so ukrepi, s katerimi rešujemo probleme, ki jih povzroči krizna situacija, in pomen kriznega managementa na obvladovanje množičnih nesreč smo v magistrskem delu analizirali na podlagi temeljnih funkcij managementa: planiranja, organiziranja, vodenja in kontroliranja.

Planiranje kot funkcija managementa ima v procesu obvladovanja množičnih nesreč veliko vlogo. Le z zamišljanjem celotnega procesa reševanja, načrtovanjem in razmišljanjem o ciljih lahko najbolj optimalno obvladujemo množično nesrečo s čim manj smrtnimi žrtvami in v času krize sprejemamo najbolj optimalne in pravilne odločitve. Na stopnji planiranja je treba poiskati vse možne poti reševanja in izbrati tisto, s katero bomo najbolj optimalno obvladovali nastalo situacijo s čim manj smrtnimi žrtvami in imeli dovolj sredstev za obvladovanje, tako materialnih kot tudi kadrovskih in finančnih. Govorimo predvsem o zamišljanju celotnega procesa reševanja na primarni in sekundarni ravni. V Sloveniji imamo zakonsko določeno izdelavo načrtov zaščite in reševanja za vse organizacije, ki so del tega sistema. Ne glede na to, da mora vsaka organizacija imeti izdelan načrt, pa to še ne pomeni, da so ti načrti ustrezno izdelani in da bodo v praksi usklajeno delovali na regijski in državni ravni. Načrti večinoma ne opredeljujejo razpolaganja z materialnimi, finančnimi in drugimi sredstvi, prav tako ne predvidevajo, kdo prevzame funkcijo skupnega vodenja intervencije. Načrti so dostopni vsem zaposlenim, vključenim v sistem zaščite in reševanja, ni pa obvezno njihovo poznavanje in razumevanje. Na stopnji planiranja obvladovanja množičnih nesreč

priporočamo predvsem podrobno in natančno izdelavo načrtov, ki vključujejo vse od posameznikovih funkcij, nalog, zadolžitev in odgovornosti do prostorskega načrtovanja, načrtovanja pridobivanja dodatnih kadrovskih, materialnih in drugih virov, načrt komuniciranja, organiziranja in vodenja. Pomembno je, da so z načrtom seznanjeni vsi zaposleni, da načrt razumejo, da se načrt obnavlja in dopolnjuje ter, najpomembnejše, da je možna implementacija načrta.

Učinkovito planiranje je temelj uspešnega organiziranja. Množična nesreča je namreč stanje, v katerem se dnevno utečeno delo izurjenih ekip s področja zdravstva, policije, gasilcev in drugih udeležencev prilagodi povečanemu številu poškodovanih ali obolelih. To zahteva ustrezne organizacijske rešitve, pravilna, vnaprej določena organizacija pa v takšnih trenutkih rešuje življenja. Management sistema varstva pred nesrečami v Sloveniji deluje na različnih ravneh, prevladujeta hierarhična in funkcijska organizacijska struktura, v okviru katere vse glavne odločitve sprejema Vlada Republike Slovenije. Ob množičnih nesrečah je na kraju dogodka več enot in služb za zaščito in reševanje, prevladuje predvsem divizijska organizacijska struktura, ki ima svoje prednosti in slabosti. Med prednosti štejemo učinkovito opravljanje dela na svojem področju in odgovornost za opravljeno delo, med slabosti pa težjo koordinacijo posameznih služb za zaščito in reševanje, ki se kaže v podvajanju in neusklajenem izvajanju aktivnosti. V praksi največji problem pri organizaciji predstavljajo komunikacija, pomanjkljiv sistem pridobivanja materialnih, kadrovskih in drugih virov, neustrezno označevanje triažnih kategorij in neustrezen informacijski sistem na bolnišnični ravni. Za izboljšanje organiziranja obvladovanja množičnih nesreč bi bila potrebna enoten komunikacijski sistem in centralizirana koordinacija. Natančno, hitro in dosledno evidentiranje poškodovancev in oskrbe je ključnega pomena za učinkovito organiziranje tako na predbolnišnični kot na bolnišnični ravni. Vzpostavitev hitrejšega in enostavnejšega označevanja poškodovanih po triažnih kategorijah na predbolnišnični ravni in sodobnejši informacijski sistem na bolnišnični ravni bi prav tako izboljšala organiziranje pri obvladovanju množičnih nesreč.

Eden izmed ključnih dejavnikov za uspešno in učinkovito organiziranje je vodenje. Vodenje zaposlenih je pomemben dejavnik uspešne organizacije, še posebej v kriznih časih. Vodenje je odvisno od sposobnosti, osebnostnih lastnosti in znanja vodilne osebe. Ker so za obvladovanje množične nesreče pomembni popoln nadzor nad situacijo, kontrola, disciplina, usmerjenost k delu, delovnim rezultatom in sprejemanje hitrih odločitev, je avtorski pristop vodenja primeren slog vodenja v takšnih trenutkih. Krizni manager mora imeti znanje o organizaciji, njenih zaposlenih, imeti mora veščine zaznavanja groženj in priložnosti, komunikacijske veščine, veščine strateškega managementa, projektnega managementa, managementa sprememb, časa, konfliktov, vodenja, načrtovanja in odločanja. Sistem obvladovanja množičnih nesreč na mesto vodij postavlja posameznike glede na funkcijo, ki jo opravljajo, in na podlagi danih okoliščin, ne pa na podlagi vodstvenih sposobnosti in znanj. Vodenje visoko usposobljenih strokovnjakov je zahtevno, znanja in sposobnosti kriznega managerja pa so ključne za uspešno vodenje takšnih dogodkov. Cilj sistema za

obvladovanje množičnih nesreč v Sloveniji je enoten sistem vodenja, vodje oziroma krizni managerji pa bi morali imeti znanja s področja kriznega managementa. Smiselno bi bilo izvajanje usposabljanja s področja kriznega managementa za vse, ki zasedajo vodstvene funkcije v tem sistemu.

Pri obvladovanju množične nesreče proces managementa zaključimo s kontrolo, ki zagotavlja uresničevanje planiranega, korekcije in predvsem zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe. Kakovost zdravstvene obravnave je temelj uspešnega zdravljenja, ne pa vedno reševanja v primeru množične nesreče, saj je značilno, da je za uspešno obvladovanje množičnih nesreč treba zagotoviti najbolj nujno zdravstveno oskrbo. Analiza funkcije kontroliranja na področju obvladovanja množičnih nesreč v Sloveniji je pokazala, da se pri nas po koncu množične nesreče izvedejo analize in ugotovijo prednosti ter pomanjkljivosti, ki se jih v prihodnje poskuša odpraviti. Problem teh analiz je poudarek na statistični analizi ter na drugi strani pomanjkljivo analiziranje ukrepanja in zadovoljstva zaposlenih, vključenih v sistem. Usposabljanje s področja obvladovanja množičnih nesreč je skopo in ni obvezujoče za vse zaposlene v sistemu. Vsi zaposleni, ki so del sistema za obvladovanje množičnih nesreč, bi morali imeti opravljen tečaj MRMI in ga obnavljati ter se stalno izobraževati in seznanjati z novimi svetovnimi smernicami na tem področju. Vodenje in kontrola sta najbolj pomanjkljivi funkciji v sistemu obvladovanja množičnih nesreč v Sloveniji.

Z magistrskim delom smo raziskovali pomen in vlogo kriznega managementa na primeru obvladovanja množičnih nesreč in ugotovili, da je za uspešno in učinkovito obvladovanje množične nesreče ključen dober krizni management. Omejitve raziskovanja se kažejo predvsem v analiziranju samo ene organizacije, vključene v sistem obvladovanja množičnih nesreč – UKC Ljubljana. Za nadaljnje raziskovanje bi bila smiselna analiza ukrepov različnih organizacij v Sloveniji po temeljnih funkcijah managementa pri obvladovanju aktualne tematike obvladovanja množičnih nesreč ter analiza znanj in veščin posameznikov na vodilnih funkcijah v sistemu zaščite in reševanja s področja kriznega managementa.

LITERATURA IN VIRI

1. Ackoff, R. (1970). A concept of corporate planning. *Long Range Planning*, 3(1), 2–8.
2. Bavec, C. (2002). Na poti k teoriji virtualnih organizacij. *Organizacija*, 35, 221–227.
3. Bavec, C. (2007). *Urejenost organizacije*. Koper: Fakulteta za management.
4. Bazyar, J., Farrokhi, M. & Khankeh, H. (2019). Triage systems in mass casualty incidents and disasters: a review study with a worldwide approach. *Macedonian journal of medical sciences*, 7(3), 482.
5. Benčina Crnić, S. (2002). Strateški management človeških virov je rezultat razvoja organizacije in njenih potreb po doseganju dolgoročne uspešnosti. *Management človeških virov kot dejavnik strateškega managementa. 4 MBA posvetovanje*. Maribor: Inštitut za razvoj managementa, Izobraževalno društvo MBA.

6. Ben-Ishay, O., Mitaritonno, M., Catena, F., Sartelli, M., Ansaloni, L. & Kluger, Y. (2016). Mass casualty incidents-time to engage. *World journal of emergency surgery*, 11(1), 8.
7. Bizjak, F., Petrin, T., Hudovernik, J., Papež, M. & Brumec, D. (1996). *Uspešno vodenje podjetja*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
8. Blatnik Ošlak Š. (brez datuma). *5 idej za izboljšanje komunikacije v podjetju*. Pridobljeno 3. maja 2021 iz <https://www.hrm-revija.si/5-idej-za-izboljsanje-komunikacije-v-podjetju>
9. Blouin, A. S., McDonagh, K. J., Neistadt, A. M. & Helfand, B. (2006). Leading tomorrow's healthcare organizations: strategies and tactics for effective succession planning. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 36(6), 325–330.
10. Boin, A. & Lagadec, P. (2000). Preparing for the future: critical challenges in crisis management. *Journal of contingencies and crisis management*, 8(4), 185–191.
11. Brajša, P., Gradišnik, D. & Brumec, D. (1994). *Managerska komunikologija: komuniciranje, problemi in konflikti v podjetju*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
12. Brilly, M. (2012). Ogroženost zaradi poplav v Republiki Sloveniji. V *Zbornik prispevkov 1. kongres o vodah Slovenije* (str. 139–150). Ljubljana: Fakulteta za gradbeništvo in geodezijo.
13. Bugar, K. (2010). Kompleksnost odločanja v organizaciji in posebnosti v zdravstveni in babiški negi. V T. Andrejašič (ur.), *Zbornik 7. festivala raziskovanja ekonomije in managementa* (str. 329–335). Koper: Fakulteta za management.
14. Burns, J. M. (1979). *Leadership*. New York: Harper & Row.
15. Canton, L. G. (2019). *Emergency management: Concepts and strategies for effective programs*. Hoboken: John Wiley & Sons.
16. Coccolini, F., Sartelli, M., Kluger, Y., Pikoulis, E., Karamagioli, E., Moore, E. E. & Damaskos, D. (2020). COVID-19 the showdown for mass casualty preparedness and management: *The Cassandra Syndrome*. *World Journal of Emergency Surgery*, 15, 1–6.
17. Čeč, F. (2020). Učinkovito vodenje zdravstvene organizacije v času koronavirusa. *HR&M: strokovna revija za področje razvoja organizacij in vodenja pri delu*, 6(28), 47–48.
18. Černe, M. & Penger, S. (2010). Razvoj konceptualnega modela avtentičnega vodenja. *Teorija in praksa*, 47(4).
19. Černetič, M. (2007). *Management in sociologija organizacij*. Maribor: Moderna organizacija.
20. Česen, M., Keber, D. & Mayer, J. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: CTU, Center za tehnološko usposabljanje.
21. Daft, R. L. (1986). *Organization theory and design*. St. Paul: West Publishing Company.
22. Daft, R. L. & Marcic, D. (2016). *Understanding management* (8 izd.) (e-knjiga). South Western: Cengage learning.
23. Devlin, E. S. (2006). *Crisis management planning and execution*. New York: Auerbach Publications.
24. Dimovski, V. & Penger, S. (2008). *Temelji managementa*. Ljubljana: Pearson Education.

25. Dimovski, V. Penger, S. & Žnidaršič, J. (2003). *Sodobni management*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
26. Dimovski, V. Penger, S., Škerlavaj, M., Rozman, R. & Zupan, N. (2007). *Organiziranje in odločanje: (izbrana poglavja za podiplomski študij)*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
27. Dimovski, V., Penger, S., & Peterlin, J. (2009). *Avtentično vodenje v učeči se organizaciji*. Ljubljana: Planet GV, poslovno izobraževanje.
28. Daft, R. L., & Marcic, D. (2016). *Understanding management*. Boston: Cengage Learning.
29. Drimel, G. (2016). *Vloga vodje kakovosti v modelu E-Qalin* (magistrsko delo). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
30. Drucker, P.F. (1974). *Management: Tasks, Responsibilities, Practices*. London: Heinemann
31. Drucker, P. F. & Trajkovski, S. (2001). *Managerski izzivi v 21. stoletju*. Ljubljana: GV založba.
32. DuBrin, A. J. (2000). *The active manager: How to plan, organize, lead and control your way to success*. London: Thomson Learning.
33. Dubrovski, D. (2011). *Razsežnosti kriznega managementa*. Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije.
34. Dubrovski, D. & Ježovnik, A. (2004). *Krizni management in prenova podjetja*. Koper: Fakulteta za management.
35. Dujčić, D. & Simčič, B. (2013). *Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje: Sektor za kakovost in varnost sistema zdravstvenega varstva.
36. Fink, A. (2012). *Poročilo o delovanju UKC Ljubljana ob množični nesreči »Balonarska nesreča Ig 23.8.2012«*. Ljubljana: Štab civilne zaščite UKC LJ.
37. Flajs, N. (2005). *Učinkovito komuniciranje in reševanje konfliktov* (seminar s področja komunikacije in kontaktne kulture). Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
38. Frykberg, E. R. (2003). Disaster and mass casualty management: a commentary on the American College of Surgeons position statement. *Journal of the American College of Surgeons*, 197(5), 857–859.
39. Gabrovec, B. (2014). *Organizacijski model zagotavljanja varnosti in kakovosti pri obravnavi psihiatričnega bolnika z vidika različnih deležnikov*. (doktorska disertacija). Maribor: Fakulteta za organizacijske vede.
40. Gantar Žura, L. (2009). Množične nesreče. *Gorenjski bilten javnega zdravja*, 3(21), 4–7.
41. Gašperlin, I. (2015). *Večkriterijsko odločanje v managementu: zaključna projektna naloga* (diplomsko delo). Koper: Fakulteta za management.
42. Gobec, Š. (2016). *Vloga Slovenske vojske in Civilne zaščite v sistemu varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami* (magistrsko delo). Maribor: Fakulteta za logistiko.
43. Goleman, D. (2000). Leadership that gets results. *Harvard Business Review*, 78(2), 4–17.

44. Grochla, E. (1982). *Grundlagen der organisatorischen Gestaltung*. Stuttgart: Pöschel Verlag.
45. Hanić, H. (1986). Dr Momčilo Milisavljević - dr Jovan Todorović: "Planiranje i razvojna politika samoupravnog preduzeća". *Nova Trgovina*, 39, 225-226.
46. Hansen, J. A. & Pihl-Thingvad, S. (2019). Managing employee innovative behaviour through transformational and transactional leadership styles. *Public Management Review*, 21(6), 918–944.
47. Hayes, P. (2017). *Human factors in emergency management. Human factors challenges in emergency management: Enhancing individual and team performance in fire and emergency services* (e-knjiga). London: CRC Press.
48. Heath, R. L. (1998). *Crisis management for managers and executives: business crises: the definitive handbook to reduction, readiness, response and recovery*. London: Pearson education.
49. Hossfeld, B., Wurmb, T., Josse, F. & Helm, M. (2017). Mass casualty incident-special features of "threatening situations". *Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie: AINS*, 52(9), 618–629.
50. Hozjan, K. (2015). Vpliv podnebnih sprememb na naravne nesreče na območju Slovenije. *Revija za geografijo*, 10(1), 69–90.
51. Hrvatin, K. (2009). *Obvladovanje konfliktov v organizaciji* (diplomsko delo). Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
52. Ingrassia, P. L., Prato, F., Geddo, A., Colombo, D., Tengattini, M., Calligaro, S. & Della Corte, F. (2010). Evaluation of medical management during a mass casualty incident exercise: an objective assessment tool to enhance direct observation. *The Journal of emergency medicine*, 39(5), 629–636.
53. International Group of Controlling (2000). *Kontrolorjev slovar: 100 izrazov pomembnih za delo kontrolorja, z izčrpnimi pojasnili*. Ljubljana: Orgos.
54. Iršič, M. (2018). *Umetnost obvladovanja konfliktov* (e-knjiga). Ljubljana: Zavod Rakmo.
55. Ivanko, Š. (1992). *Raziskovanje in projektiranje organizacije*. Kranj: Moderna organizacija.
56. Ivanko, Š., Stare, J., Možina, S. & Brejc, M. (2007). *Organizacijsko vedenje*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
57. Janžekovič, K. (2012). *Vpliv stilov vodenja na zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi* (magistrsko delo). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
58. Javna agencija Republike Slovenije za varnost prometa (2021). *Analiza in pregled stanja varnosti v cestnem prometu za leto 2020*. Pridobljeno 30. aprila 2021 iz <https://www.avp-rs.si/wp-content/uploads/2021/03/analiza-in-pregled-stanja-varnosti-cestnega-prometa-v-letu-2020.pdf>
59. Jeraj, J. (2002). Evropska akademija za krizni menedžment. *Ujma*, 16, 434–437.
60. Ježovnik, S. (2011). *Model organizacijske strukture bolnišnice* (magistrsko delo). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
61. Juračić, S. (2017). *Ukrepanje sil za zaščito, reševanje in pomoč ob požaru* (diplomsko delo). Maribor: Fakulteta za varnostne vede.

62. Jurjevec, M. & Gobec M.(2016). *Ocena tveganja za nevarnosti biološkega, kemijskega, okoljskega in neznane izvora na zdravje ljudi*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
63. Kalister, A. (2008). *Kontroling-primer podjetja TIB Transport, d. o. o.* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
64. Kalkman, J. P. & de Waard, E. J. (2017). Inter-organizational disaster management projects: Finding the middle way between trust and control. *International Journal of Project Management*, 35(5), 889–899.
65. Kast, F. & Rosenzweig, J. (1985). *Organization and management*. Singapore: Mc Graw-Hill.
66. Kavčič, B. (1991). *Sodobna teorija organizacije*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
67. Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A. & Simčič, B. (2010). *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
68. Kluger, Y., Coccolini, F., Catena, F. & Ansaloni, L. (2019). *WSES Handbook of Mass Casualties Incidents Management* (e-knjiga). Springer International Publishing.
69. Kluger, Y., Coccolini, F., Catena, F., & Ansaloni, L. (2020). *WSES Handbook of Mass Casualties Incidents Management*. Springer International Publishing.
70. Kohont, A. (2005). *Kompetenčni profili slovenskih strokovnjakov za upravljanje človeških virov* (magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
71. Kohont, A. (2011). *Vloge in kompetence menedžerjev človeških virov v kontekstu internacionalizacije* (doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
72. Kolarič, L. (2009). *Vodenje podjetja z vidika managerja* (diplomsko delo). Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
73. Koletnik, F. (1996). Ali razumemo kontroling? *Revizor*, 7(1), 7–16.
74. Kovač, J. (2004). *Reddinov model 3D. Stili in značilnosti uspešnega vodenja*. Kranj: Založba Moderna organizacija v okviru Fakultete za organizacijske vede.
75. Kovač, J., Mühlbacher, J., Kodydek, G., Ferjan, M. & Hauc, A. (2012). *Uvod v management sprememb*. Kranj: Založba Moderna organizacija v okviru Fakultete za organizacijske vede.
76. Kovačič, V., Bulc, V. & Battelino, U. (2013). Intuitivno odločanje – nepogrešljiv del celostnega odločanja. *Revija HR&M*, 11(51).
77. Lah, N. (2016). *Stili vodenja, organizacijska energija in zavzetost zaposlenih v povezanih družbah premogovništva* (magistrsko delo). Koper: Fakulteta za management.
78. Lakner, M. (2011). *Model celovitega managerskega pristopa obvladovanja sistema vodenja kakovosti v upravnih enotah* (magistrsko delo). Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
79. Leow, J. J., Brundage, S. I., Kushner, A. L., Kamara, T. B., Hanciles, E., Muana, A. & Kingham, T. P. (2012). Mass casualty incident training in a resource-limited environment. *British journal of surgery*, 99(3), 356–361.
80. Lerbinger, O. (2012). *The crisis manager: Facing disasters, conflicts, and failures* (2 izd.). New York: Routledge.

81. Liepina, R., Lapina, I. & Mazais, J. (2014). Contemporary issues of quality management: relationship between conformity assessment and quality management. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 110, 627–637.
82. Lipičnik, B. (1996). *Človeški viri in ravnanje z njimi*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
83. Lipičnik, B. (2001). *Organizacija podjetja*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
84. Lipovec, F. (1983). *Analiza in planiranje poslovanja*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
85. Lombardi, D. N. (2002). *Handbook for the new health care manager* (e-knjiga). San Francisco: John Wiley & Sons.
86. Lowe, K. B. & Gardner, W. L. (2000). Ten years of the leadership quarterly: Contributions and challenges for the future. *The leadership quarterly*, 11(4), 459–514.
87. Lowes, A. J. & Cosgrove, J. F. (2016). Prehospital organization and management of a mass casualty incident. *Bja Education*, 16(10), 323–328.
88. Ložar, B. (2002). *Značilnosti slovenskega managerja kot voditelja ljudi*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
89. Lynn, M., Lieberman, H., Lynn, L., Pust, G. D., Stahl, K., Yeh, D. D. & Zakrison, T. (Eds.). (2018). *Disasters and mass casualty incidents: The nuts and bolts of preparedness and response to protracted and sudden onset emergencies* (e-knjiga). Miami: Springer International Publishing.
90. Mahdinezhad, M. & Suandi, B. (2013). Transformational, Transactional Leadership Styles and Job Performance of Academic Leaders. *International Education Studies*, 6(11), 29–34.
91. Marič, M. (2014). *Avtentično vodenje in moč: teoretično in empirično raziskovanje* (doktorska disertacija). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
92. Martinčič, R. & Biloslavo, R. (2017). *Vodenje sprememb v zdravstvenih organizacijah*. Koper: Fakulteta za management.
93. Mažič, M. & Zabukovšek, D. (2015). Triaža na kraju dogodka V R. Vajd & M. Gričar (ur.), 22. *mednarodni simpozij o urgentni medicini* (str. 321-325). Ljubljana: Univerzitetni klinični center.
94. McCann, D. G. (2009). Preparing for the worst: A disaster medicine primer for health care. *The Journal of legal medicine*, 30(3), 329–348.
95. Mehta, S. (2006). Disaster and mass casualty management in a hospital: How well are we prepared? *Journal of postgraduate medicine*, 52(2), 89.
96. Metul, D. & Malešič, M. (2005). *Vloga in naloge Slovenske vojske v sistemu varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami* (diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
97. Ministrstvo za zdravje (2017). *Opis in navodila za uporabo triažnega kartona*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
98. Moore, T. (2008). *Disaster and emergency management system*. London: British Standards Institution.
99. Možina, S., Rozman, R., Tavčar, M. I., Pučko, D., Glas, M., Kralj, J., Ivanko, Š., Lipičnik, B., Gričar, J., Tekavčič, M., Kovač, B. & Dimovski, V. (2002). *Management: nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.

100. Univerzitetni klinični center Ljubljana (2015). *Načrt za delovanje UKC Ljubljana ob množični nesreči ali nenadnem prihodu večjega števila poškodovancev*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.
101. Nanjundeswaraswamy, T. S. & Swamy, D. R. (2014). Leadership styles. *Advances in management*, 7(2), 57.
102. Natek, K. (2003). Fizična geografija in preučevanje ogroženosti zaradi naravnih in drugih nesreč. *Dela*, (20), 133–146.
103. Nesbitt, I. (2015). Mass casualties and major incidents. *Surgery (Oxford)*, 33(9), 410–412.
104. Owen, C. (Ed.). (2014). *Human factors challenges in emergency management: Enhancing individual and team performance in fire and emergency services* (e-knjiga). London: CRC Press.
105. Peleg, K., Michaelson, M., Shapira, S. C. & Aharonson-Daniel, L. (2003). Principles of emergency management in disasters. *Advances in renal replacement therapy*, 10(2), 117–121.
106. Penger, S. & Dimovski, V. (2006). Trendi učeče se organizacije: Razvoj avtentičnega vodenja in oblikovanje pozitivne organizacijske identitete. *Teorija in praksa*, 3(43), 427–445.
107. Petrič, R. (2004). *Pomen vodenja v državni upravi: (primer: Ministrstvo za okolje, prostor in energijo)* (magistrsko delo). Maribor: Fakulteta za organizacijske vede.
108. Prestor, J. (2017). *Ko javna prireditev postane izredni dogodek*. Portorož: Urgentna medicina.
109. Pustoslemsek, P. & Dolgan, K. (2009). *Management in kadrovski management*. Koper: Fakulteta za management.
110. Rajapakse, R. (2011). *Sekundarna triaža in organizacija mest za oskrbo pacientov na terenu*. Portorož: Urgentna medicina.
111. Rajapakse, R. (2015). Triaža v urgentnih ambulantah. *Slovenian Medical Journal*, 84(4), 259–266.
112. Repoussis, P. P., Paraskevopoulos, D. C., Vazacopoulos, A. & Hupert, N. (2016). Optimizing emergency preparedness and resource utilization in mass-casualty incidents. *European Journal of Operational Research*, 255(2), 531–544.
113. Ritchie, H. & Roser, M. (2019, november). *Natural Disasters*. Pridobljeno iz <https://ourworldindata.org/natural-disasters>
114. Robbins, S. P., DeCenzo, D. A. & Coulter, M. (2017). *Fundamentals of management* (10 izd.) (e-knjiga). New York: Pearson.
115. Roblek, V. (2009). Primer izpeljave analize besedila v kvalitativni raziskavi (An Example of Performing a Text Analysis in a Qualitative Research). *Management*, 4(1), 53–69.
116. Rován, L. (2018). *Posredovanje gasilcev v primeru prometne nesreče* (diplomsko delo). Maribor: Fakulteta za varnostne vede.
117. Rozman, R., Kovač, J. & Koletnik F. (1993). *Management*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.

118. Rozman, R., Kovač, J., Filej, B. & Robida, A. (2019). *Management v zdravstvenih organizacijah*. Ljubljana: Lexpera, GV založba.
119. SAZU, Z. (2000). *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Pridobljeno 12. septembra 2020 iz <https://fran.si/iskanje?View=1&Query=odlo%c4%8dati>.
120. Shah, A. A., Rehman, A., Sayyed, R. H., Haider, A. H., Bawa, A., Zafar, S. N. & Zafar, H. (2015). Impact of a predefined hospital mass casualty response plan in a limited resource setting with no pre-hospital care system. *Injury*, 46(1), 156–161.
121. Shirm, S., Liggin, R., Dick, R. & Graham, J. (2007). Prehospital preparedness for pediatric mass-casualty events. *Pediatrics*, 120(4), e756–e761.
122. Simčič, B. (2010). *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu–akreditacija zdravstvenih ustanov*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
123. Singer, S. J., Gaba, D. M., Geppert, J. J., Sinaiko, A. D., Howard, S. K. S. & Park, K. C. (2003). The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *BMJ Quality & Safety*, 12(2), 112–118.
124. Smith, W. (2012). Triage in mass casualty situations. *Continuing Medical Education*, 30(11), 413–415.
125. Smolej, B. (2016). *Sodelovanje intervencijskih služb na kraju množične prometne nesreče v Senožečah januarja 2016* (diplomsko delo). Maribor: Fakulteta za varnostne vede.
126. Snoj, B. & Tavčar, M. I. (1998). *Management storitev*. Koper: Visoka šola za management.
127. Speiser, M. (2009). *Analiza procesa managementa po temeljnih funkcijah v Termoelektrarni Trbovlje, d. o. o.* (diplomsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
128. Steiner, G. A. (2010). *Strategic planning*. (e-knjiga) Simon and Schuster.
129. Svensson, A., Almerud Österberg, S., Fridlund, B., Stening, K. & Elmqvist, C. (2018). Firefighters as first incident persons: Breaking the chain of events and becoming a new link in the chain of survival. *International Journal of Emergency Services*, 7(2), 120–133.
130. Škerbinc, S. (2006). *Kognitivni stili in komunikacijska kompetenca* (magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
131. Šprajc, P., Dimić, M., Podbregar, I. & Županič, I. F. Ž. (2018). Kompetenčni model kriznega managerja. V O. Arsenijević, I. Podbregar, P. Šprajc, D. Trivan & Y. Ziegler (ur.), *Organizacija in negotovosti v digitalni dobi* (str. 1063–71). Maribor: Fakulteta za organizacijske vede.
132. Timbie, J. W., Ringel, J. S., Fox, D. S., Pillemer, F., Waxman, D. A., Moore, M. & Kellermann, A. L. (2013). Systematic review of strategies to manage and allocate scarce resources during mass casualty events. *Annals of Emergency Medicine*, 61(6), 677–689.
133. Trapečar, M. (2017). Delovna skupina za identifikacijo žrtev množičnih nesreč. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo Ljubljana*, 68(1), 53–61.
134. Ule, M. & Ule, A. (2005). *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

135. Uprava RS za zaščito in reševanje – Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje. (2018). *Ocena ogroženosti Republike Slovenije zaradi potresov (Verzija 3.0)*. Ljubljana: Ministrstvo za obrambo.
136. Uprava RS za zaščito in reševanje – Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje. (brez datuma). *Civilna zaščita (dolžnostne sile)*. Pridobljeno 22. avgusta 2019 iz <http://www.sos112.si/slo/page.php?src=szr13.htm>
137. Uprava RS za zaščito in reševanje – Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje. (brez datuma). *Gasilstvo*. Pridobljeno 22. avgusta 2019 iz <http://www.sos112.si/slo/page.php?src=szr2.htm>
138. Uprava RS za zaščito in reševanje – Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje. (brez datuma). *Poklicne sile*. Pridobljeno 22. avgusta 2019 iz <http://www.sos112.si/slo/page.php?src=szr12.htm>
139. Uprava RS za zaščito in reševanje – Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje. (brez datuma). *Raziskovanje in razvoj*. Pridobljeno 27. novembra 2019 iz <http://www.sos112.si/slo/page.php?src=sv5.htm>
140. Uprava RS za zaščito in reševanje – Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje. (brez datuma). *Sile za zaščito reševanje in pomoč*. Pridobljeno 11. junija 2019 iz <http://www.sos112.si/slo/page.php?src=szr1.htm&r=1>
141. Uprava RS za zaščito in reševanje – Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje. (brez datuma). *Vodenje in poveljevanje*. Pridobljeno 22. avgusta 2019 iz <http://www.sos112.si/slo/page.php?src=szr15.htm>
142. Ušeničnik, B. (2002). *Nesreče in varstvo pred njimi*. Ljubljana: Uprava RS za zaščito in reševanje: Ministrstvo za obrambo.
143. Ušeničnik, B. (brez datuma). *Sistem varstva pred naravnimi nesrečami*. Pridobljeno 3. avgusta 2020 iz <http://www.sos112.si/slo/tdocs/varstvo.pdf>
144. Verle, K. & Markič, M. (2012). *Kompetence vršnih managerjev in organiziranost kot osnova uspešnosti organizacije*. Koper: Fakulteta za management.
145. Vodopivec, M. (2011). *Poslovno sporazumevanje in vodenje* (učbenik). Ljubljana: Zavod IRC.
146. Vogrinc, J. (2008). *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
147. Wankhade, P. & Patnaik, S. (2020). *Collaboration and Governance in the Emergency Services* (e-knjiga). Cham: Springer International Publishing.
148. WHO Commission on Social Determinants of Health & World Health Organization (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
149. World Health Organization. (2007). *International travel and health: situation as on 1 january 2007*. Geneva: World Health Organization.
150. Zajc, M., Juriševič Ž. & Penger S. (2018). Zakaj je zaupanje v jedru vsakega odličnega vodenja? *HR&M: strokovna revija za področje razvoja organizacij in vodenja pri delu*, 4(18), 27-31.

151. Zavrtanik, P., Juriševič, Ž. & Penger, S. (2019). Sodobni pristopi motiviranja v visoko tehnoloških podjetjih in pomen tehnike aktivnega poslušanja. *HR&M: strokovna revija za področje razvoja organizacij in vodenja pri delu*, 4(19), 14-17.
152. Zlatoper, B. (2012). *Vodenje kot funkcija managementa v organizaciji Johnson Controls* (diplomsko delo). Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
153. Žagar, B. (2010). *Reševanje ob prometnih nesrečah osebnih vozil* (priročnik). Ljubljana: Gasilska zveza Slovenije.
154. Željko, B. J. (2014, april). *Delo in vloga policije ob naravnih in drugih nesrečah*. Pridobljeno 13. september 2019 iz <http://www.gasilec.net/uploads/datoteke/Matjaz/Posvet%20GESP/ZELJKO%20Delo%20policije%20ob%20naravnih%20nesre%C4%8Dah.pdf>
155. Županič, F. Ž. (2011). *Varnostni vidiki prehoda iz intervencije v sanacijo v primeru letalske nesreče* (doktorska disertacija). Maribor: Fakulteta za varnostne vede.

PRILOGE

Priloga 1: Intervju z A. F.

PLANIRANJE

V: Ali imajo vse organizacije, ki so vključene v sistem obvladovanja množičnih nesreč v Sloveniji, izdelan načrt ukrepanja ob množični nesreči?

O: Po zakonodaji obstaja namreč uredba o izdelavi načrtov in uredba o izdelavi ocene ogroženosti, naj bi načrte imeli vsi. Je pa vsak načrt napisan malo po svoje, veliko jih je napisanih zelo pomanjkljivo.

V: Ali načrti opredeljujejo razpolaganje z materialnimi, finančnimi in drugimi sredstvi v primeru množične nesreče?

O: Načrt bi moral vsebovati vire financiranja in sezname rezervnih virov, ki so za to na razpolago, vendar je to s poslovnega vidika kar problem. To je težko narediti, stroškovna bremenitev. Manjša kot je bolnišnica, težje je te stvari urediti, v okviru bolnišnice se lahko zagotovijo finančna sredstva, namenjena za to, ampak to je stvar poslovne odločitve, vsaka bolnišnica se odloča po svoje, ni pa zagotovljenega sistemskega vira.

V: Ali morajo načrti opredeljevati, kdo prevzame funkcijo vodenja v primeru množične nesreče?

O: Vedno glede na funkcijo ne sme biti poimensko, če te osebe ni v službi. Hospitalno vodi nadzorni travmatolog, če je zastupitev, vodi nekdo iz centra za zastupitev ...

V: Kako se določi te osebe?

O: Odvisno, kdo je v službi, kdo se čuti kompetentnega, narava dogodkov.

V: Ali so vsi zaposleni seznanjeni z načrtom?

O: Tega podatka nimam, načrt je dostopen, branje je samoiniciativa, vprašanje, koliko odneseš, tudi če ga prebereš, in kako si ga razlagaš. Bolj je pomembno, da so narejeni opomniki in v teh primerih se ravna po opomnikih.

V: Kako pogosto se zaposleni usposabljaajo za primer ukrepanja ob množičnih nesrečah?

O: Premalokrat. Enostavno so zdravstveni delavci že tako ali tako preobremenjeni, kadra primanjkuje ...

V: Kako pogosto ažurirate/spreminjate/dopolnjujete načrt?

O: Spet premalokrat, trenutno je prvič v fazi posodobitve ...

V: Ali so ukrepi reševalnih in drugih intervencijskih služb ob množičnih nesrečah, ki so se v Sloveniji zgodile v zadnjih 10 letih, sledili izdelanemu Načrtu ukrepanja ob množičnih nesrečah?

O: Pri balonarski 2012 načrtov še ni bilo, tudi smernic ne, se pa vedno bolj sledi načrtom. V času epidemije Covid-19 smo sledili načrtom 100 %.

ORGANIZIRANJE

V: Kako poteka reorganizacija bolnišnic v primeru množične nesreče?

O: Vsaka bolnišnica se reorganizira po svoje glede na prostorske in kadrovske zmožnosti. Reorganizacija poteka glede na stopnjo alarma, odločitev za stopnjo alarma pa sprejme bolnišnična poveljniška skupina (nadzorni travmatolog, anesteziolog in nadzorna medicinska sestra). BPS se vzpostavi v par minutah.

V: Kakšen je distribucijski ključ v Sloveniji, torej, koliko poškodovancev in v katere bolnišnice lahko pošljete brez predhodnega klica?

O: Primarni distribucijski ključ je 4 UKC LJ, 2 MB, 2 CE in ostale bolnišnice po 1. Skupaj 17. To pošljemo brez klica.

V: Kako pa določite, katera bo glavna sprejemna bolnišnica?

O: Katera bo glavna sprejemna bolnišnica, se odločamo na podlagi lokacije množične nesreče in narave dogodka. UKC LJ in UKC MB ter Splošna bolnišnica Celje so edine možne glavne sprejemne bolnišnice, ostalo nemogoče zaradi prostorov in kadra.

V: Kaj sledi potem?

O: Nato se naredi obveščanje v bolnišnici, kakšne so zmogljivosti in krep. Vzpostavi se razširjeni BPS, podporni skupina, predstavnik službe za odnose v javnosti, komercialne, varnostne službe itd.

V: Kakšen je sistem obveščanja?

O: BPS kliče kader, to govorim za UKC LJ, sistem tihega alarmiranja, vključuje 1.000 oseb. SMS z vprašanjem, ali lahko pridem, ali lahko pridem z zamudo, ali ne morem priti. 10 min traja to in vidimo, kdo se je javil, kako hitro lahko pride in koliko nam pomaga glede na usposobljenost, potem s seznamom izberemo kader, ki ga rabimo, in pošljemo nazaj SMS pridi, počakaj doma, hvala, te ne rabimo.

V: Pa so zaposleni, ki so na tem seznamu, seznanjeni s tem, kakšen je odziv?

O: Seznam je že v računalniku, to so ljudje, ki so seznanjeni s tem in soglašajo s tem. Vsakega 10. v mesecu imamo poskusno alarmiranje. Odziv je zadovoljiv. Obveščanje zaposlenih, ki niso v službi, je ozko grlo.

V: Kako in kje zagotovite dovolj materialnih sredstev – zaloga?

O: UKC LJ ima srečo, da ima v skladiščih locirane državne zaloge, ki jih v skrajnih primerih lahko uporabi v takšnih situacijah. Je pa to velika težava za ostale bolnišnice.

V: Katera je najbolj kritična aktivnost, ozko grlo glede na pretekle izkušnje?

O: CT, RTG ... lahko ozko grlo, če je veliko takih pacientov, ventilator rabi nekdo dalj časa. Uporaba RTG, CT v primeru množične nesreče mora biti zelo premišljena in pa komunikacija na terenu.

VODENJE

V: Kako poteka razdelitev vlog v primeru množične nesreče?

O: Glede na funkcijo po načrtu, bolnišnično poveljniška skupina.

V: Kdo prevzame funkcijo vodenja?

O: Ni fiksno, izbere se nekoga, ki ima največ izkušenj in se čuti najbolj usposobljenega. Ni pa enega leaderja. Želimo uvesti enoten sistem vodenja teh intervencijskih služb. Vodja intervencije plus pomočniki, pooblaščenec za odnose z javnostmi, za varstvo pri delu, za komunikacijo z drugimi intervencijskimi službami. Štabne funkcije po 4 sektorjih, sektor operative, logistike, načrtovanja, financ in evidentiranja. Imeti moraš rezervne vire v primeru, da se kdo od pripadnikov intervencijske službe poškoduje, kako je močen ta segment, je odvisno od narave dogodka.

V: Je v primeru množične nesreče vodij več ali je vodja ena oseba?

O: V bolnišničnem okolju je zagotovo vodij več, na samem kraju množične nesreče oziroma intervencije pa sta dva pristopa: 1 vodja intervencije (požar = gasilec, kriminalno dejanje = policist itd.) ali pa gre za združeno vodenje (gasilec, policist in zdravnik), se pa to določi na samem kraju nesreče, kot se zmenijo.

V: Glede na to, da se vodjo določi na kraju množične nesreče v že tako ali tako stresnih razmerah, sklepam, da to lahko predstavlja težavo? Kaj če nihče noče prevzeti te funkcije in posledično odgovornosti?

O: Res je, velikokrat to predstavlja težavo, še posebej, če je na kraju več neizkušenih oseb. V takšnih primerih je po navadi vodenje združeno (policist, gasilec, zdravnik). Vodjo se določi v skladu z razvojem dogodkov, lahko je tudi nevodeno – negativen vpliv.

V: Katere so tiste lastnosti, ki jih mora imeti dober vodja v primeru množične nesreče?

O: Absolutno mora imeti razvite voditeljske sposobnosti, delo pod stresom, izkušnje in dodatno znanje, izobrazba ni tako pomembna. Izkušnje dobivaš na vajah. Problem vaj je, da so škodljive, ker je scenarij tako pripravljen, da vaja mora uspeti. Ne najdeš kritičnih točk na ta način. Sprejemanje odločitev je najtežji del, tega se na vaji ne naučiš, ker si že vnaprej seznanjen s scenarijem.

KONTROLIRANJE

V: Ali v primeru množične nesreče izvedete na koncu kakšno analizo reševanja/obvladovanja množične nesreče?

O: Da, vedno se izvede analiza in se spišejo poročila.

V: Kaj pa ta analiza vse vključuje?

O: Predvsem sam potek reševanja in obvladovanja, statistiko smrti, oskrbovanih itd. Pomembna je tudi časovnica. Na ta način ugotavljamo predvsem kakovost zdravstvene oskrbe. In pa prednosti ter pomanjkljivosti. Tako kot so pri analizi pomembne šibkosti, ki jih je potrebno odpraviti, so pomembne tudi ugotovljene prednosti, in to z vidika, ker so dogodki zelo redki, zamenjava generacij itd., vmes prenos znanja in izkušenj z generacije na generacijo. Prednosti je potrebno negovati, da se jih ne izgubi. Poglej, kje nisi najboljši, in poskušaj to popraviti.

V: Ali izvajate tudi kakšno kontrolo zadovoljstva zaposlenih, ki so vključeni v obvladovanje množičnih nesreč?

O: Ne, te analize se ne izvajajo, bi bilo pa verjetno smiselno, da bi se.

V: Učenje in rast, vem, da izvajate tečaje MRMI, so še kakšne druge aktivnosti, ki jih izvajate kot pripravo na obvladovanje množičnih nesreč?

O: Od usposabljanj samo MRMI in redne vaje, certificirane bolnišnice kot UKC morajo imeti 2 vaji na leto, če se vmes ne naredi množična nesreča.

Priloga 2: Intervju s S. H.

PLANIRANJE

V: Ali ima UKC LJ izdelan Načrt ukrepanja ob množični nesreči?

O: Imamo izdelan načrt, gre za interni načrt organizacije.

V: Najlepša hvala. Kdaj ste prvič pripravili Načrt za ukrepe ob množični nesreči in kaj je bil povod za to?

O: Načrt smo v UKC LJ prvič pripravili leta 2013, povod za to pa je bilo naše vztrajanje (operativci v prvi bojni liniji), da je to nujno potrebno!

V: Kako ste se lotili izdelave načrta?

O: Gre za strateški dokument, tako imenovani Načrt za delovanje zavoda UKC LJ v izrednih razmerah – ob množični nesreči ali nenadnem prihodu večjega števila poškodovancev. Načrt je pripravila delovna skupina, ki je vključevala 28 visoko usposobljenih strokovnjakov s področja medicine, farmacije, zdravstvene nege, ekonomije itd. Načrt je bil pregledan s strani poveljnika štaba civilne zaščite UKC LJ in odobren s strani generalnega in strokovnega direktorja UKC LJ.

V: Kaj natanko vsebuje načrt?

O: Načrt vsebuje opredelitev pojmov, oceno ogroženosti, območje uporabe načrta, osnovna načela tu so opredeljena povezava s primarnim nivojem zdravstvenega varstva, pravočasno obveščanje, enakomerna porazdelitev bolnikov/poškodovancev, celovit pristop k obravnavi množične nesreče, zagotavljanje redne urgentne dejavnosti, dinamično krizno vodenje in upravljanje UKC LJ. Ta del je precej splošen in kratek. Potem pa sledi bolj obsežen del, ki opredeljuje delovanje UKC LJ ob množični nesreči ali nenadnem prihodu večjega števila poškodovancev, ki vsebuje opomnike obveščanja in ukrepov po posameznih funkcijah.

V: Ali načrt opredeljuje razpolaganje z materialnimi, finančnimi in drugimi sredstvi v primeru množične nesreče?

O: Ne, je pa npr. v opomniku nadzorne medicinske sestre Urgentnega kirurškega bloka v primeru rumenega ali rdečega alarma pod točko 19 opredeljeno, da mora organizirati razporeditev medicinskega in nemedicinskega potrošnega materiala, zdravil, tekočin, medicinske opreme, po potrebi organizira izredno dostavo manjkajočih stvari. Enako velja za nadzorno anestezijsko medicinsko sestro in reanimacijsko anestezijsko medicinsko sestro.

V: Ali načrt opredeljuje, kdo prevzame funkcijo vodenja v primeru množične nesreče?

O: Da, vsekakor, to je ena od osnov (CCC – command, communication, coordination).

V: Je pa to opredeljeno po funkcijah, ne osebah oziroma sposobnostih vodenja?

O: *Da, po funkcijah.*

V: Ali so vsi zaposleni v UKC LJ seznanjeni z načrtom?

O: *Žal je to preveč povezano s samoiniciativo in ni obvezno.*

V: Kako pogosto se zaposleni usposabljaajo za primer ukrepanja ob množičnih nesrečah?

O: *Enkrat letno, pa še to z velikim angažmajem ekipe.*

V: Kako pogosto ažurirate, spreminjate, dopolnjujete načrt?

O: *Do sedaj smo se tega lotili enkrat in ob vsem drugem rutinskem delu še nismo končali.*

V: Ali so ukrepi reševalnih in drugih intervencijskih služb ob množičnih nesrečah, ki so se v Sloveniji zgodile v zadnjih 10 letih, sledili izdelanemu načrtu?

O: *Vedno bolj.*

ORGANIZIRANJE

V: Kako poteka reorganizacija UKC LJ v primeru množične nesreče?

O: *Najprej se obvesti vse prisotne zdravstvene ekipe, odpovejo se programske operacije v operacijskem bloku, potem pa se glede na stopnjo alarma formira zdravstvene in triažne time, odredi se premeščanje bolnikov iz intenzivnih enot na oddelke, spremeni se režim dela in namembnost prostorov v centralnem urgentnem bloku, po potrebi se vpokliče dodatno osebje in v izrednih primerih, torej pri rdeči stopnji alarma, se odredi odprtje Poliklinike in odpust hospitaliziranih bolnikov UKC LJ.*

V: Kakšna pa je sploh zmogljivost UKC LJ, kadrovske in materialni viri? Če gledava maksimalno zmogljivost v primeru, da aktiviramo vsa dodatna sredstva – rdeči alarm?

O: *Zmogljivosti so naslednje:*

- *št. operacijskih sob, anesteziologov, kirurgov, operacijskih medicinskih sester – govorimo o ekipah, timih, je 15 operacijskih timov in do 30 reanimacijskih ekip. Seveda lahko takšen nivo vzdržujemo samo 24 ur;*
- *število postelj v intenzivni negi in kadrovska zmogljivost intenzive: vedno premalo – bolnike že rutinsko (npr. ta teden) selijo v druge bolnišnice, ker ni prostora. Sicer je v CIT-u 20 postelj;*
- *zmogljivosti: 10 RTG, 8 UZ, 4 MR, 3 CT; ampak samo, če so na voljo tudi ekipe, ki s tem delajo;*
- *zmogljivosti zdravljenja pacientov z opeklinami: 5 intenzivnih postelj.*

V: Kako in kje zagotovite dovolj materialnih sredstev – zaloga?

O: *To je naloga managementa in BPS – bolnišnično poveljniške skupine*

V: Katera je najbolj kritična aktivnost – ozko grlo glede na pretekle izkušnje?

O: *Vpis v informacijski sistem. Brez vnosa se ne zgodi nič.*

V: Še eno neteoretično vprašanje za konec tega sklopa. Se spomnite nesreče z balonom leta 2012?

O: *Seveda.*

V: Kakšna je bila takrat organizacija oziroma reorganizacija UKC LJ?

O: *Enostavna. Delovni dan se je ravno pričel, ustavil se je program in ekipe so bile pripravljene.*

V: Kaj je v tisti situaciji predstavljalo največji izziv?

O: *CCC (command, control and communication).*

VODENJE

V: Kako poteka razdelitev vlog v primeru množične nesreče? Kdo prevzame funkcijo vodenja?

O: *Vodenje v bolnišnici prevzame bolnišnično poveljniška skupina v sestavi: nadzorni anesteziolog, nadzorni travmatolog, dežurni internist konzultant, nadzorna medicinska sestra urgentnega kirurškega bloka. Vsak od njih izpolnjuje obveznosti in izpolnjuje naloge po postopkovniku v opomniku, ki je priložen načrtu.*

V: So te osebe določene že vnaprej ali se jih določi, ko pride do množične nesreče?

O: *Vnaprej so določene funkcije, ki prevzamejo vodenje, katera oseba pa je tisti trenutek na tej funkciji, pa se ne ve.*

V: Torej, če prav razumem, v takšni situaciji ni samo en vodja, ampak je vodij več?

O: *Tako je.*

V: Katere so tiste lastnosti, ki jih mora imeti dober vodja v primeru množične nesreče?

O: *Predvsem mora ostati hladnokrven in biti sposoben improvizirati. A v resnici je v dani situaciji to stvar naključja: kdor pač v danem trenutku zaseda določeno funkcijo, ta prevzame tudi svoje mesto v BPS.*

V: Katere so ključne naloge vodij v primeru množične nesreče?

O: Določi stopnjo alarma, komunicira z dispečerskim centrom, formira reanimacijske in ambulantne ekipe, odpove vse programske operacije, se pozanima glede razpoložljivih ekip za OP, začne z obveščanjem dodatnega osebja in po potrebi vpoklicem dodatnega osebja, po potrebi formira enoto za odpuste iz bolnišnice, določi prostor in osebje za umirajoče in vodjo mrtvašnice, določi prostor za svojce in psihološko pomoč, določa prioritete za diagnostične preiskave in za operativne posege, se odloči za uporabo dodatnih kapacitet z uporabo transportnih ventilatorjev in monitorjev, odloča o premestitvi poškodovanca v drugo bolnišnico itd.

KONTROLIRANJE

V: Ali v primeru množične nesreče izvedete na koncu kakšno analizo reševanja/obvladovanja?

O: Vedno!

V: Kaj vse ta analiza vključuje?

O: Celoten potek, kaj je šlo dobro, kaj slabo, kaj je potrebno pri načrtu popraviti ali dopolniti itn.

V: Ali izvajate tudi kakšno kontrolo zadovoljstva zaposlenih, ki so vključeni v obvladovanje množične nesreče?

O: Ne. Imamo pa t. i. debriefing.

V: Kaj pa kontroliranje finančnih sredstev?

O: To pa lahko samo višješolani naše ustanove.

V: Učenje in rast. Vem, da izvajate tečaje MRMI. So še kakšne druge aktivnosti, ki jih izvajate kot pripravo na obvladovanje množičnih nesreč?

O: Tečaj kemijskih nesreč, nadzori zdravstvenih ustanov prek MZ, priprava nacionalnih smernic.

V: Za konec. Menite, da je Slovenija dobro pripravljena na ukrepanje ob množičnih nesrečah?

O: Menim, da bi bilo potrebo pogostejše vaditi (idealno bi bilo dvakrat letno) in se morajo na teh tečajih usposobiti vsi, ki delajo na urgencah. Neznanje in neusposobljenost obvladovanja množične nesreče sta v takšnih situacijah lahko naša največja pomanjkljivost.

Priloga 3: Intervju z D. A.

PLANIRANJE

V: Kako in v kakšnem obsegu vnaprej planirate reševanje v primeru množične nesreče?

O: *Vnaprej ne razmišljamo, kakšen obseg masovne nesreče nas čaka, smo pa pripravljeni in seznanjeni z načrti delovanja zdravstva ob masovni nesreči.*

V: Ali imate vnaprej planirano razpolaganje z materialnimi, finančnimi in drugimi sredstvi?

O: *Nekaj, ja. Imamo prikolice za množične nesreče. Trenutno jih imamo 7 (CE, MS, KP, NM, LJ, KR, NG, ROJE). Obstaja pa tudi cela vrsta lokalnih prikolic.*

V: Kakšna je pa razlika med lokalnimi in regijskimi?

O: *Razlikujejo se v načinu aktivacije in kapaciteti. Regijska naj bi omogočala oskrbo do 50 poškodovanih, lokalne prikolice pa so dveh različnih tipov, ene omogočajo oskrbo do 15 poškodovanih in druge do 30 poškodovanih. Regijsko se aktivira prek regijskega centra za obveščanje, vsaka prikolica ima svojega skrbnika, najbližja enota NMP. Locirane so pri gasilcih, ki jih tudi pripeljejo in vzdržujejo (s tehničnega vidika).*

V: Ali imate vnaprej planirano oziroma določeno, kdo bo vodja intervencije?

O: *Vnaprej so določene vloge. Vodenje intervencije lahko prevzame zdravnik ali izkušeni dipl. zdravstvenik, v kolikor se to dogovorijo na mestu dogodka. Načeloma pa bi moral intervencijo voditi zdravnik.*

V: Ali so vsi zaposleni seznanjeni z načrtom oziroma smernicami?

O: *Načeloma je, obstaja tudi tečaj, ki spada pod obvezne vsebine, ki jih predpisuje pravilnik o NMP.*

V: Kako pogosto se zaposleni usposabljaajo za primer ukrepanja ob množičnih nesrečah?

O: *Vsak od zaposlenih naj bi se udeležil MRMI-tečaja znotraj sedmih let veljavnosti licence za delo v NMP.*

V: Kako pogosto se posodabljaajo smernice, po katerih delujete?

O: *Zadnja sprememba smernic in dopolnjena izdaja je iz leta 2013.*

V: Ali so ukrepi reševalnih in drugih intervencijskih služb ob množičnih nesrečah, ki so se v Sloveniji zgodile v zadnjih 10 letih, sledili načrtom in smernicam?

O: *Nekatere intervencije so bile izpeljane po načrtih, večina pa je bila na določenih točkah (odločitvah) vodena intuitivno, kar pa se na velikih dogodkih izkaže kot manj učinkovito.*

V: Ali menite, da dober vnaprej pripravljen načrt lahko pomeni uspešnejše obvladovanje množične nesreče?

O: Vsekakor.

ORGANIZIRANJE

V: Kako se organizirate na kraju množične nesreče?

O: Najbolj pomembno je, da najprej ocenimo prizorišče in preverimo, če je varno. Po oceni narave in obsega nesreče prvopripela ekipa poda poročilo METHANE dispečerju ReCO, nato se določijo delovišča zdravstvene oskrbe s sektorji: zbirno mesto za paciente (primarna triaža), za nepoškodovane in za transport, dostop do prizorišča, izstop, kje bo pristal helikopter itd. To zadnje delamo v sodelovanju z gasilci in policijo. Razdelimo si vnaprej določene vloge.

V: Kaj pomeni, da se določijo delovišča zdravstvene oskrbe s sektorji?

O: To pomeni, da določimo prostor, ki je dovolj stran od množične nesreče, da je varno za oskrbo pacientov (če gre za kakšno eksplozijo, kemijsko nesrečo itd.), ta prostor razdelimo v tri sektorje, zeleni, rumeni in rdeči. V posameznih sektorjih oskrbujemo poškodovance glede na njihovo stopnjo ogroženosti (rdeči – življenjsko ogrožen, rumen – nujen, zelen – lahko počaka).

V: V posamezne sektorje pa daste poškodovance po primarni triazi?

O: Tako je, triažiramo po algoritmu SIEVE, se pa mora triaža izvajati ves čas, ker se stanje pri poškodovancih lahko hitro spreminja. Oskrbo pa izvajamo po protokolih ITLS, ATLS oziroma ACLS. Pri množičnih nesrečah imamo poleg triažiranja v rdeče, rumene, zelene, črne tudi modro kategorijo. Kadar ne moremo oskrbeti vseh, v modro kategorijo padejo tisti poškodovanci, ki imajo tako hude poškodbe, da imajo malo možnosti za preživetje.

V: Verjetno je v takšnih situacijah zelo stresno, sprejemanje odločitev pa še težje. Verjetno s težkim srcem daste nekoga v modro kategorijo ali se sčasoma tega navadiš?

O: Tega se ne moreš navaditi, kot se ne moreš navaditi, da enostavno vseh ne moreš rešiti. Za takšno delo SI ali pa NISI. Večina nas, ki delamo v NMP, ve, da smo poslani pomagati po svojih najboljših močeh in v skladu s smernicami, kompetencami in zmožnostmi v danem momentu, zato si ne moremo in ne smemo nalagati krivde morebitnega neuspeha.

V: Koliko poškodovancev lahko oskrbi ena ekipa NMP?

O: Ena ekipa lahko kvalitetno oskrbuje enega težko poškodovanega. V kolikor je na terenu več težko poškodovanih, kot je v tistem trenutku ekip – govorimo o množični nesreči. Ko pa

se številke izenačijo in vsaka ekipa oskrbuje svojega poškodovanca, se dogodek preimenuje v veliko nesrečo. Tako kot je bilo v primeru balonarske nesreče 2012.

V: Katera je najbolj kritična aktivnost – ozko grlo pri reševanju na terenu?

O: Ozko grlo predstavlja oskrbovanje do postavitve sektorjev. Ko so sektorji postavljeni, se vzpostavi sistem in potem se ozko grlo prestavi v bolnišnice. Nujno je potrebno čimprej obveščanje vseh bolnišnic o dogodku, da odgovorijo z distribucijskim ključem, na terenu pa ga je nujno potrebno upoštevati.

VODENJE

V: Kako poteka razdelitev vlog na prizorišču množične nesreče?

O: Prvo prispela ekipa določi vodjo intervencije NMP, vodjo primarne triaže in koordinatorja prevozov. Če sta v ekipi samo dva, se koordinatorja prevozov določi kasneje. Se pa te funkcije kasneje lahko zamenjajo, še posebej vodja intervencije NMP, če pride na kraj kakšen bolj izkušen in bolj usposobljen član. Če gre za večjo množično nesrečo, potem se določi še vodje posameznih sektorjev, transportne triaže, nekoga, ki ima čez logistiko, se pravi oskrbo z materialom, zveze in komunikacijo. Vloge so vnaprej določene, razdeli jih vodja intervencije.

V: Kdo prevzame funkcijo vodenja?

O: Načeloma je to zdravnik v prvi ekipi na kraju nesreče. Če se ne čuti dovolj suverenega, ga lahko zamenja kakšen bolj izkušen (zdravnik, diplomirani zdravstvenik).

V: Na kraju množične nesreče imamo torej en kup vodij, od vodij posameznih sektorjev do vodje intervencije NMP. Potem pa je tam še vodja celotnega obvladovanja množične nesreče (lahko policist, gasilec ali združeno vodenje). Kako toliko vodij vpliva na proces reševanja in obvladovanja?

O: Vodenje se vrši po horizontali in vertikali. Torej krovni vodje: zdravstva, policije, gasilcev ... (odvisno, za kakšen tip nesreče gre) delujejo v štabu vodenja in so v fizičnem kontaktu. Povelja pa potem vertikalno izdajajo po svojih linijah do vodij sektorjev ...

V: Katere so tiste lastnosti, ki jih mora imeti dober vodja v primeru množične nesreče?

O: Sledenje in upoštevanje veljavnih smernic, prilagajanje situacijam, vedno imeti v rokavu plan B, C, dober organizator mora znati poslušati mnenje drugih.

V: Katere so ključne naloge vodje v primeru množične nesreče?

O: Usklajuje delovanje zdravstva na kraju nesreče, ima pregled nad NMP-ekipami, povezuje se z drugimi reševalnimi službami, skrbi za varnost ekip, komunicira z dispečerskim centrom

in sprejemno bolnišnico, skrbi, da je dovolj reševalnih vozil za transport vseh poškodovanih itd.

KONTROLIRANJE

V: Ali v primeru množične nesreče izvedete po koncu reševanja oziroma intervencije kakšno analizo?

O: Da, po vsakem večjem dogodku se izvede analiza. Večinoma se te analize izvajajo na višjih ravneh, sodeluje vodja intervencije NMP, ostali vključeni v reševanje pa se moramo hitro vrniti nazaj v normalno delo, urediti in popolniti svoja reševalna vozila in nadaljevati z rednim delom.

V: Vas kdo vpraša, kako ste se počutili med reševanjem, kaj se vam je zdelo okej in kaj ne, ste se počutili dovolj suverene itd.?

O: Ko smo zaključili z intervencijo na balonarski nesreči, smo morali delati naprej, ker je bila nesreča ob 8. uri zjutraj, zaključena je bila v približno dveh urah, tako nam je ostalo še 8 ur rednega dela. Sam sem tistega dne opravljal nalogo voznika v nujnem reševalnem vozilu in sva s kolegico oskrbovala pilota nesrečnega balona. Intervencija za nas ni predstavljala velikega psihičnega bremena, ker je bilo na samem kraju hitro zadostno število NMP-ekip in smo oskrbovali vsak svojega poškodovanca. Tako da če odmisliš, da je bilo veliko število poškodovanih in da je bila dokaj nevsakdanja nesreča, je bilo kot na vsaki drugi nesreči.

V: Kako pogosto se usposablja in izobražujete na področju obvladovanja množičnih nesreč?

O: Vsakih 7 let MRMI-tečaj in interna ponavljanja, ki pa se razlikujejo od enote do enote.

Priloga 4: Intervju z M. Ž.

PLANIRANJE

V: Vi ste bili eden izmed prvih na kraju nesreče z balonom leta 2012. Ste imeli takrat pripravljen kakšen načrt, kako postopati v takšnih situacijah, kako se organizirati? Je bilo kaj planirano?

O: *Imeli smo načrte. Težava pa je, da so taki načrti na papirju lepo videti, vendar so zelo obsežni in jih tako redko potrebuješ, da se jih ne moreš naučiti in optimalno uporabiti, ko je potrebno. Najbolj pomagajo vaje, kjer te načrte preizkusiš tudi v praksi. Takrat pa je bila ključna naša iznajdljivost in sposobnost obvladovanja takšnih situacij. Sicer se mi zdi, da ima vsak od nas, ki smo v tem poklicu, v glavi nekaj scenarijev, vsi razmišljamo, kako bi reševali takšne situacije.*

V: Menite, da bi vnaprej pripravljen načrt lahko olajšal reševanje v takšni situaciji?

O: *Da, zagotovo, predvsem na področju komunikacije in zvez, pa tudi transporta. Redne vaje so koristne tudi zato, da odkriješ pomanjkljivosti v takem načrtu. Je pa res, da je bila balonarska nesreča res specifična, česa takega ni predvideval nihče.*

ORGANIZIRANJE

V: Kakšna je bila organizacija služb NMP na kraju nesreče?

O: *Imeli smo težave z dostopom do poškodovancev, teren je bil blaten, vso opremo smo ročno nosili več kot 300 m. Druga težava pa je bila, da so bili poškodovanci razkropljeni vzdolž enega kilometra. Tako da smo se potem razdelili, nekaj nas je šlo na vzhodno stran, nekaj na zahodno.*

V: Potem je verjetno sledila triaža?

O: *Tako je, izvedli smo primarno triažo, tu smo imeli težave z označevanjem, ker smo imeli premalo triažnih kartonov, pa tudi niso najbolj primerni.*

V: Ste vzpostavili sektorje za zdravstveno oskrbo?

O: *Glede na ugodno razmerje med številom poškodovanih in številom reševalnih ekip to ni bilo potrebno. Imeli pa smo šotor, kjer so lažje poškodovani čakali na transport.*

V: Ste imeli kaj težav s pomanjkanjem kadra, materialnih sredstev?

O: *Pravzaprav ne. Takrat smo imeli srečo, ker je dispečer sprejel najprej informacijo, da sta v nesreči udeležena dva toplozračna balona, zato je bilo takoj na kraj nesreče poslanih veliko reševalnih vozil z ekipami. Dejansko je na koncu vsak poškodovanec imel svojo ekipo, toliko nas je bilo tam.*

V: Katera je bila najbolj kritična aktivnost – ozko grlo?

O: Definitivno komunikacija. Zaradi slabe komunikacije smo izgubili nekaj časa, prišlo je do nesporazumov o transportu poškodovancev itd.

VODENJE

V: Kdo je prevzel funkcijo vodenja?

O: Skupnega vodenja pravzaprav ni bilo, saj je bila situacija na terenu takšna, kot bi imeli dve nesreči eno blizu druge. Na kraju, kjer je bilo večje število poškodovanih, je bila vodja zdravstvene intervencije zdravnica, ki je bila prva na kraju nesreče. Komunikacija med sektorjema je potekala prek dispečerske službe.

V: Kdo pa je bil nasploh vodja celotne intervencije?

O: Šlo je za skupno vodenje s strani NMP, gasilcev in policije. K sreči je reševanje potekalo tako hitro, da je bilo končano, še preden so se vzpostavile vse predvidene strukture na terenu.

V: Ste opazili kakšne težave pri vodenju?

O: Mislim, da je bilo v danih okoliščinah korektno izvedeno, edini problem je bila spet komunikacija /.../, tudi s sprejemnimi bolnišnicami itd.

KONTROLIRANJE

V: Ste po koncu intervencije izvedli kakšno analizo?

O: Seveda, ustno in pisno. Izdelana so bila poročila.

V: Kako bi ocenili kakovost zdravstvene oskrbe?

O: Zelo dobro, ne na kraju in ne med transportom ni bilo nepotrebne smrti, izvajali smo tudi določene postopke, ki se jih načeloma med množično nesrečo ne izvaja, ker vzamejo preveč časa, ampak se je glede na število poškodovancev to izkazalo za pravilno odločitev.

V: Ste koga triažirali v modro kategorijo?

O: Ne, takrat ne. So pa to zelo odgovorne odločitve.

V: Ste imeli kakšno analizo vsi zaposleni, vključeni v reševanje? V smislu, kako ste se počutili, kako samozavestni ste bili, katere so bile prednosti in katere pomanjkljivosti?

O: Ne, takšne analize nismo imeli.