

UPRAVLJANJE ODNOSIMA S PACIJENTIMA KAO KOMPONENTA NASTAJANJA INTELIGENTNIH ZDRAVSTVENIH USTANOVA

Filip Barić, mag.oec., email: filip.baric1019@gmail.com

Opća županijska bolnica Vinkovci, Republika Hrvatska;

Sažetak: Tranzicijska društva već danas imaju i imat će u budućnosti sve manje financijskih sredstava s kojima mogu pratiti rastuće zdravstvene potrebe stanovništva. Zdravstvene ustanove u sadašnjosti i vrlo skoroj budućnosti bit će izložene snažnom natjecanju (konkurenciji) na tržištu zdravstvenih usluga. Samo kroz implementaciju najviših standarda zdravstvene skrbi i najbolje medicinske prakse moći će se održati. S punim se pravom daje ustvrditi da je upravljanje odnosima s pacijentima primarni cilj i smisao menadžmenta zdravstvenih ustanova. U radu su prikazani aspekti i sadržaji osnovnih i bitnih elemenata koji čine model upravljanja odnosima s pacijentima. To su: kreiranje vrijednosti za pacijente, pa time i zadovoljstva pacijenata; upravljanje kroničnim i hitnim pacijentima; upravljanje terapijama; upravljanje povjerenjem između liječnika i pacijenata; upravljanje žalbama pacijenata; osiguranje sigurnosti pacijenata; upravljanje prijemom i otpustom pacijenata u hospitalizaciji; upravljanje znanjem pacijenata; upravljanje partnerstvom s pacijentima. Ponuđeni model ima za cilj da ukaže zdravstvenim ustanovama kako da grade učinkovitije odnose s pacijentima, te da kroz stalan rast zadovoljstva istih kreiraju svoju veću i bolju prepoznatljivost i konkurentnost. Samim tim stječu preduvjete za svoj održivi rast i razvoj, te otvaraju put za trasiranje modela inteligentnih zdravstvenih ustanova.

Ključne riječi: zdravstvene ustanove, odnosi s pacijentima.

PATIENT RELATIONS MANAGEMENT AS A COMPONENT OF THE ESTABLISHMENT OF INTELLIGENT HEALTH INSTITUTIONS

Abstract: Transition societies already have, and will have, fewer and fewer financial resources in the future to keep up with the growing health needs of the population. Healthcare facilities in the present and in the very near future will be exposed to strong competition in the healthcare market. Only through implementation of the highest standards of health care and best medical practice will it be possible to sustain. It is right to state that patient relationship management is the primary goal and meaning of healthcare facility management. The aspects and contents of the basic and essential elements that make up the patient relationship management model are presented in the paper. These are: creating value for patients and therefore patient satisfaction; managing chronic and emergency patients; therapy management; managing trust between doctors and patients; managing patient complaints; ensuring patient safety; managing the admission and discharge of patients in hospitalization; patient knowledge management; managing partnerships with patients. The model offered aims to show healthcare institutions how to build more effective relationships with patients, and through their continued growth in patient satisfaction, create greater and better recognition and competitiveness. As a result, they are gaining preconditions for their sustainable growth and development and paving the way for the model of intelligent healthcare facilities.

Keywords: healthcare facilities, patient relationships

1. UVOD

Upravljanje odnosima s pacijentima (Patients Relationship Management –PRM) evolucijski je koncept menadžmenta nastao na temeljima upravljanja odnosima s kupcima (Consumer Relationship Management) u poslovnom sektoru, te kasnije upravljanja odnosima s klijentima (Clients Relationship Management) u sferi sektora usluga. Iako je PRM koncept već ušao par desetljeća unatrag u skoro sve veće i poznatije zdravstvene ustanove diljem svijeta, u tranzicijskim društvima još je uglavnom nepoznat ili se nalazi tek u fazi početnih promišljanja. Budući da je i implementacija upravljanja zdravstvenim ustanovama na načelima menadžmenta u tranzicijskim društvima, također ili nepoznata ili još u samom začetku, logičan je slijed i PRM koncepta. Zasigurno se može tvrditi: zdravstvena ustanova koja nema ustrojen učinkovit model upravljanja odnosima sa svojim pacijentima, praktično nema niti implementiran menadžment u zdravstvu. S punim se pravom daje ustvrditi da je upravljanje odnosima s pacijentima primarni cilj i smisao menadžmenta u zdravstvu. Sve drugi upravljački sadržaji trebaju biti podređeni izgradnji dugovječnih i konstruktivnih odnosa sa pacijentima. Ovaj rad nastoji približiti smisao, značenje i sadržaje koje podrazumijeva PRM koncept, te ukazati na njegovu vrijednost. Pogrešnim je tvrditi da se ovaj koncept može primijeniti samo u privatnim zdravstvenim ustanovama, te da je u javnim on iz niza razloga upitan. Stoga su u radu na više mjesta istaknuti primjeri koji to demantiraju.

2. ELEMENTI IZGRADNJE ODNOSA S PACIJENTIMA

Najmanje je devet elemenata s pomoću kojih je moguće graditi odnose s pacijentima. To su.

1. Kreiranje vrijednosti za pacijente kao polazište u kreiranju njihovog zadovoljstva,
2. Upravljanje kroničnim i hitnim pacijentima,
3. Upravljanje terapijama,
4. Upravljanje povjerenjem između liječnika i pacijenata,
5. Upravljanje žalbama pacijenata,
6. Kreiranje sigurnosti pacijenata,
7. Upravljanje prijemom, boravkom i otpustom pacijenata u hospitalizaciji,
8. Upravljanje znanjem pacijenata,
9. Upravljanje partnerstvom s pacijentima.

U najkraćim mogućim naznakama pokušat će se izložiti ove elemente.

2.1. KREIRANJE VRIJEDNOSTI ZA PACIJENTE I ZADOVOLJSTVA PACIJENATA

Vrijednost koju pacijenti očekuju od zdravstvene ustanove nije sadržana samo u užem pojmu zdravlja i ozdravljenja. To su mnogo širi aspekti za koje Chi-Yun (1994) tvrdi da su:

- dimenzije kvalitete zdravstvene usluge,
- opremljenost zdravstvene ustanove medicinskim sadržajima i opremom,
- različitost medicinskih postupaka u zdravstvenoj skrbi pacijenata,
- informacije pacijentima prije liječenja, tijekom liječenja i nakon liječenja,
- fizičko okruženje (interno i eksterno) zdravstvene ustanove,
- razina i struktura medicinskog znanja zdravstvenog tima i transfer tog znanja na proces pružanja zdravstvene skrbi pacijentima,
- uspjesi zdravstvene ustanove koji su poznati široj javnosti,

- uslužnost zdravstvenog osoblja.

Zadovoljstvo pacijenata je širok, nedovoljno definiran pojam, gdje još uvijek postoji šire razilaženje u shvaćanju tog pojma. Zadovoljstvo pacijenata se ne smije generalizirati. Ono ovisi o nizu situacijskih čimbenika i uglavnom je specifično za svaku zdravstvenu ustanovu. Tako, na primjer, Pelzang (2010) smatra da na zadovoljstvo pacijenata utječu sljedeći čimbenici:

1. poštivanje pacijenata, njihovih vrijednosti, sklonosti, potreba
 - a) prihvaćanje pacijenta kao osobe,
 - b) uključivanje pacijenta u odlučivanje o njegovoj zdravstvenoj skrbi,
 - c) sposobnost strpljivog saslušanja pacijenta,
 - d) držanje u tajnosti podataka o pacijentu
2. koordinacija i integracija zdravstvene skrbi
 - a) multidisciplinarni pristup,
 - b) koordinacija i integracija kliničkih skrbi, pomoćnih i pratećih zdravstvenih usluga,
 - c) uključivanje bolesnika i njegove obitelji u planiranje i odlučivanje o zdravstvenoj skrbi
3. informacije, komunikacije, obrazovanje
 - a) pružanje pacijentu točne, potpune, razumljive, pravovremene informacije o liječenju, skrbi, intervencijama,
 - b) aktivno saslušanje pacijenta i članove njegove obitelji,
 - c) na vrijeme osigurana terapija
4. fizička udobnost pacijenta
 - a) udoban smještaj i boravak kod hospitalizacije,
 - b) uz zdravstvenu skrb, osigurati pacijentu održavanje njegovih normalnih tjelesnih funkcija
5. emocionalna podrška, ublažavanje straha i tjeskobe
 - a) strpljivo i pažljivo saslušanje pacijenta,
 - b) davanje jasne, pravovremene, razumljive informacije pacijentu o njegovoj bolesti,
 - c) briga za empatiju
6. uključenost obitelji i prijatelja
 - a) pružanje dovoljno informacija o pacijentu i bolesti,
 - b) poštovanje i uvažavanje podrške obitelji i prijatelja u njezi bolesnika,
 - c) pružanje poticajnog okruženje
7. tranzicija i kontinuitet skrbi
 - a) uključivanje bolesnika i obitelji pri otpustu bolesnika iz bolnice,
 - b) davanje jasnih informacija i edukacija o daljnjem liječenju, simptomima, hitnoj pomoći
 - c) jasne upute za kontrolu pacijenta pri otpustu iz bolnice

2.2. UPRAVLJANJE KRONIČNIM I HITNIM PACIJENTIMA

Kronični pacijenti su svojevrsni izazov za upravljanje u zdravstvu, posebno zdravstvenom potrošnjom, ali i zbrinjavanjem ovih pacijenata. Prema brojnim, objavljenim procjenama iz više izvora od kojih se ovdje navodi tvrdnja Brundinija i sur. (2013) u narednih deset godina se očekuje da će se broj smrtnih slučajeva u razvijenim zemljama u svijetu uzrokovanih kroničnim bolestima povećati za čak 15%. Porast broja kroničnih bolesnika se smatra vrlo ozbiljnim uzročnikom održivosti i opstanka sadašnjeg zdravstvenog sustava kakav je u razvijenim zemljama. Najveći dio u strukturi kroničnih bolesti danas čine srčane bolesti i

bolesti krvožilnog sustava, potom moždani udari, te dijabetes i komplikacije koje izlaze iz dijabetesa.

Posebna pozornost u zbrinjavanju i upravljanju zbrinjavanjem kroničnih pacijenata stavlja se na kvalitetu i unapređenje kvalitete i uopće organizacijske strukture i funkcioniranja primarne zdravstvene zaštite. Danas su evidentna postojanja vrlo širokih varijacija primarne zdravstvene zaštite u zemljama. Posebno su značajne varijacije u upravljanju kroničnim bolesnicima unutar primarne zdravstvene zaštite. Različite i brojne studije ukazuju da su mogućnosti unapređenja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i boljoj skrbi kroničnih bolesnika vrlo velike i da se kreću uglavnom u sferi: financijskih stimulacija i poticaja; strukturi odnosno restrukturiranju sustava plaćanja usluga i skrbi kroničnih pacijenata; poboljšanju interneta i telemedicine, intenzivnijeg uključivanja pacijenata i članova njihovih obitelji i društvene zajednice u timove zdravstvenih radnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Bol je primarni razlog zbog kojeg ljudi traže hitnu medicinsku pomoć. Liječenje boli u hitnoj medicinskoj pomoći (HMP) je dosta stresno i za medicinsko osoblje i pacijente i njihovu obitelj. Liječnici ponekad ne pružaju adekvatnu analgeziju pacijentima koji im se obrate u HPM, pa tako ne ispunjavaju očekivanja hitnih pacijenata što čini upravljanje hitnim pacijentima dosta složenim i specifičnim u odnosu na ostale pacijente.

Postoji dosta usuglašeno stajalište koje iznose Motov i Khan, (2009) da su četiri ključne točke koje objedinjuju glavne razloge zašto liječnici u HMP nisu tako učinkoviti u uklanjanju bolova:

1. Neuspjeh liječnika da prepoznaju bol
2. Neuspjeh liječnika da procijene početnu bol
3. Neprovođenje smjernica i protokola za upravljanje boli u HMP
4. Neispunjenje očekivanja pacijenata

Jedna vrlo opsežna studija koju iznose Wright i North (2009), rađena na reprezentativnom uzorku pacijenata donosi porazne rezultate: od 198 bolesnika primljenih u HMP, 69% njih je čekalo duže od sat vremena po dolasku i prijemu dok nisu primili analgeziju, a 42% njih su čekali više od dva sata na ublažavanje bolova. Od onih koji su dobili analgetike, 32% ih je primilo manju dozu analgetika od one koja je bila optimalno predviđena. Druga studija, rađena na uzorku 401 pacijenta s akutnim prijelomom kostiju u osam ambulantni HMP je pokazala da je samo 30% bolesnika primilo analgeziju i da liječnici nisu uspjeli niti prepoznati, a potom niti upravljati bolovima pacijenata. Na uzorku 208 djece s opeklinama, prosječne dobi pet godina, čak je 87% te djece ostalo bez ikakve analgezije.

Mnoge zemlje su donijele smjernice i protokole u upravljanju bolovima hitnih pacijenata, ali se, nažalost, te smjernice provode dosta sporo. Primjenom tih smjernica i protokola smanjuje se postotak bolesnika s nezadovoljavajućom analgezijom od 91% do 69%. Pritom se povećava upotreba intravenozne analgezije sa 9% na 37%. Davanje analgezije se smanjuje kod primjene smjernica i protokola sa 53,61 minutu čekanja pacijenata na 27,94 minute prosječno. Postotak bolesnika koji su primili analgeziju u prvih 30 minuta po prijemu u HMP se povećava sa 44,4% na 74,6%.

Pacijenti kod dolaska u HMP skoro uvijek imaju vrlo visoka očekivanja da im se ublaži bol. Smatra se da su to očekivanja jača po intenzitetu od očekivanja pacijenata kad dolaze na kirurški zahvat (operaciju). Pacijenti očekuju da im se bol ukloni ili ublaži u najkraćem mogućem roku od dolaska u HMP. Prosječna očekivanja po ovim istraživanjima su 23 minute,

a pritom je registrirano da je stvarno djelovanje analgetika bilo 78 minuta. Dakle, jaz između očekivanja pacijenata, te stvarno ublažene ili otklonjene boli, bio je veliki.

U upravljanju hitnim pacijentima, zadovoljstvo tih pacijenata ovisi o tome koliko će HMP uspjeti učinkovito riješiti četiri osnovna jaza (nesklada) između očekivanja pacijenata i stvarno pružene pomoći. Ti neskladi su:

1. Nesklad između dojave i poziva za pružanje hitne pomoći i dolaska vozila s timom HMP po pacijenta,
2. Nesklad između dolaska pacijenta u HMP i prijema za njegovu obradu,
3. Nesklad između pregleda pacijenta i izvršenih potrebnih pretraga da bi se mogla postaviti dijagnoza,
4. Nesklad između određene terapije pacijentu i njegovog upućivanja na dalje liječenje u bolnicu ili otpust na kućnu njegu.

Sva tri moguća nesklada zahtijevaju dobru iznad svega izvrsnu organizaciju timova u HMP, a posebno treninge svih djelatnika u HMP kako bi se znanja i vještine potrebne za skrb hitnih pacijenata stekli i učinkovito pružili.

2.3. UPRAVLJANJE TERAPIJAMA

Terapija za ne kronične pacijente podrazumijeva terapijske metode i postupke u liječenju pacijenata gdje se zdravstvene teškoće i problemi često javljaju unutar populacije, ali još ne predstavljaju neki značajniji, pogotovo veliki problem kako s aspekta medicinskih sadržaja liječenja, tako i u izdacima u zdravstvenoj potrošnji.

Dugotrajne boli se danas sve više pokušavaju terapijski rješavati na različite načine. Elkins, Jensen i Patterson (2007) navode primjer korištenja hipnoze koja, kao pomoćna terapijska metoda uz klasičnu medikamentima, daje izvrsne rezultate. Kronične bolesti se sve češće u suvremenoj terapiji nastoje sanirati kroz komplementarne i alternativne terapije. Uporište u liječenju kronične boli hipnozom nalazi se u potvrđenim istraživanjima gdje hipnoza povezana s drugim medicinskim postupcima i tretmanima smanjuje bol i troškove dugotrajnih liječenja pacijenata. Fokus hipnoze često uključuju podučavanje i edukaciju pacijenata da mogu sami izvoditi autohipnozu i postupke koji mogu smanjiti pritisak pacijenata da traže medicinsku pomoć

Dobar primjer terapija kod dugotrajnih bolova je i upotreba električne energije. Njena upotreba datira još iz 2750.g. prije Krista kada su korištene električne jegulje, koje mogu proizvesti elektrošokove. Slično električnoj energiji, koriste se i snaga magnetskih polja za liječenje nekih bolesti naročito kod oporavka koštanog tkiva nakon ozljeda, te mekog tkiva. Korištenje infracrvenih zraka (IR terapija) danas je dosta razvijena i prihvaćena posebno kod zacjeljivanja rana na što ukazuju Gale i Rothbart (2006), kod olakšanja bolova kod artritisa, kod bolova u koljenu, zatim kod povećanja razine endorfina i aktivacije od neuromodulatora.). Rezultati su pokazali progresivno smanjenje razine boli oko 50% tijekom sedam tjedana praćenja bolesnika tretiranih IR terapijom u odnosu na placebo grupu.

Prevalencija i incidencija dijabetesa tipa 2 danas je u intenzivnom rastu u cijelom svijetu, a posebno podaci SZO govore da je taj rast veliki u zemljama u razvoju. Ovu bolest prate brojni poremećaji, pretilnost i vesternizacija načina života. To povećava značajno teret zdravstvenim sustavima zbog rasta troškova liječenja i komplikacijama koje dijabetes tipa 2 donosi. Pred zdravstvom su ozbiljni izazovi i zahtjevi za pronalaženjem učinkovitih strategija upravljanja terapijom od iznimne važnosti, kako za same pacijente, tako i za liječnike i cijelu društvenu

zajednicu. Od iznimne je važnosti u upravljanju terapijom pacijenata njeno planiranje. Souza (2001) ukazuje na vrijednost planiranja terapije koja se kroz učinkovitost planiranja odražava između ostalog i na dužinu listi čekanja na terapiju. Souza je istraživao kako duge liste čekanja djeluju na pacijente kod terapije zračenjem, te na implikacije tih dugih čekanja, odgovornost za čekanje. Rezultati tih istraživanja su vršeni na odjelu za radijacijsku onkologiju Regionalnog centra za karcinome bolnice Princeza Margareta, Sveučilišta McMaster u Ontariju, Kanada. Utvrđeni su brojni čimbenici koji utječu na duljinu liste čekanja pacijenata s karcinomom i na planiranje radijacijske terapije ovih pacijenata što već predstavlja značajan iskorak u upravljanju terapijama. Neslaganje pacijenta s uputama njegovog liječnika, odnosno nepoštivanje terapije ima velike zdravstvene i ekonomske posljedice. Martin i sur. (2005) iznose podatak da troškovi hospitalizacije pacijenata u SAD-u zbog loše suradnje pacijenata s njihovim liječnicima i neučinkovitog liječenja iznose godišnje oko 13.350 milijuna dolara i da zbog toga dolazi do 125.000 smrtnih slučajeva godišnje. Kontrola uzimanja lijekova u propisanom režimu odvija se različito, a najčešće putem izvješća samih pacijenata, izvješća članova obitelji pacijenata, elektroničkim putem kao na primjer kod inhalatora ili elektronske snimke ukapanja kapi u oči, zatim putem laboratorijskih nalaza krvi i urina, biološkim markerima, evidencijama iz ljekarni itd.

2.4. UPRAVLJANJE POVJERENJEM IZMEĐU LIJEČNIKA I PACIJENATA

U zdravstvenoj skrbi su danas nastale velike promjene u odnosima povjerenja na relaciji pacijent-liječnik. Tradicionalni odnos pacijent-liječnik je prošlost u kojoj su pacijenti često imali visoku razinu bezgraničnog povjerenja u svoje liječnike. Takvi odnosi bili su slijepa poslušnost i povjerenje pacijenta u liječnika, a nastali su i razvili se kao rezultat mistifikacije zdravstva i medicine uopće, ali i nedovoljno informiranih i zdravstveno prosvijećenih pacijenata. Umjesto tog tradicionalnog odnosa, jača osobno oslanjanje pacijenata na vlastitu prosudbu i percepciju zdravstvenih ustanova, liječnika, zdravstvene skrbi, ali i vlastita prosudba rizika. Više je modela po kojem se može upravljati povjerenjem između liječnika i pacijenata. Tako Dougdale, Epstein i Pantilat (1999) navode sljedeće elemente koje će liječnici trebati posjedovati kod izgradnje tog povjerenja: izvrsna klinička znanja i vještine, liječnik kao pedagog, moderator, informator, izvrsne komunikacijske i pregovaračke vještine, imati vremena i empatiju za pacijente, biti sposoban raditi timski, biti partner u zdravstvenoj skrbi s pacijentom; raditi prekovremeno u timovima, biti dio složenih zdravstvenih sustava, biti u kontaktu s više kliničkih izvora i saznanja, stalno stjecati nova znanja i vještine, imati veća očekivanja od posla i privatnog života, stalno revidirati svoja znanja i vještine.

Povjerenje pacijenata i danas je izuzetno važno za pacijente, jer potiče na korištenje zdravstvenih usluga, prevenciju bolesti, otkriva važne medicinske informacije i ima utjecaj na zadovoljstvo pacijenata, poštovanje i kontinuitet zdravstvene skrbi. Sada kad pacijenti mogu odlučivati gdje, kada i kako će koristiti zdravstvene usluge, to predstavlja izazov za zdravstvene ustanove. Napori da se ograniči izbor pacijenata koje su činili pojedini zdravstveni sustavi, pokazali su svoj potpuni neuspjeh i promašaj.

2.5. UPRAVLJANJE ŽALBAMA PACIJENATA

Sedam je kategorija pritužbi pacijenata koje analiziraju Wofford, M.M., Wofford, J.L., Bothra, Kendrick, Smith i Lichstein (2004):

1. Percepcija dostupnosti. Pritužbe se odnose više na fizičko odsustvo zdravstvenih radnika, nego na kvalitetu zdravstvene skrbi. Posebno su uočljivi telefonski pozivi na

koje se zdravstveni radnici ne javljaju. Također, česti su prigovori na dostupnost supervizije liječnika.

2. Nepoštivanje. Podrazumijeva i uključuje pritužbe pacijenata na grubost, zlostavljanje i neljubaznost zdravstvenih radnika.
3. Neadekvatne informacije. Pritužbe na nepravodobno pružanje informacija, primjerenih znanjima pacijenata, o njihovom zdravlju.
4. Neslaganje oko očekivanja zdravstvene skrbi. Neprimjerena, ali i neispunjena očekivanja pacijenata na koje zdravstveni radnici nisu utjecali adekvatno od početka pružanja skrbi.
5. Nepovjerenje. Često su uzrok pritužbi pacijenata i povezuju se s pitanjima staža i iskustva zdravstvenih radnika.
6. Loša komunikacija. Neadekvatne informacije i komunikacije između zdravstvenih radnika (na primjer liječnika u hitnoj medicinskoj pomoći, odjelnog liječnika, laboranata, ljekarne).
7. Dezinformacije. Zavedenost pacijenata krivim informacijama.

Pritužbama pacijenata u rješavanju se ne smije prilaziti stihijski već se moraju sustavno pratiti, analizirati i otklanjati na vrijeme.

2.6. SIGURNOST PACIJENATA

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira sigurnost pacijenata kao smanjenje rizika od nepotrebnih šteta povezanih u zdravstvu na prihvatljivi minimum. Prihvatljivi minimum se odnosi na kolektivne pojmove obzirom na trenutna znanja, resurse na raspolaganju i kontekst u kojem se zdravstvena skrb pruža uz odvuđeni rizik od loše obrade pacijenta ili drugog postupanja. Programi sigurnosti pacijenata specifični su za svaku zdravstvenu ustanovu. Tako, na primjer, Mitchell (2014) prikazuje jedan takav plan po njegovim osnovnim točkama za kirurgiju. On sadrži:

1. odgovarajuću prevenciju kako bi se spriječilo venske tromboembolije u rizičnih bolesnika,
2. korištenje perioperacijskih beta-blokatora kako bi se spriječilo perioperativni morbiditet i mortalitet,
3. maksimalno korištenje sterilnih barijera kod stavljanja središnjih intravenoznih katetera za sprečavanje infekcije,
4. odgovarajuća primjena antibiotika u profilaksi kirurških bolesnika da se spriječe postoperativne infekcije,
5. kontinuirana aspiracija sekreta da se spriječi ventilacija povezana za upalu pluća,
6. briga oko postelje bolesnika da se smanje dekubitusi,
7. korištenje ultrazvuka da se smanje postoperativne komplikacije,
8. regulacija prehrane kod kritično bolesnih kirurški obrađenih bolesnika da se izbjegnu postoperativne komplikacije.

Parand, Dopson, Renz i Vincent (2014) zagovaraju model mjerenja sigurnosti pacijenata, koji počiva na četiri kategorije pitanja:

- a. Koliko često je nanesena šteta pacijentima (učestalost šteta)?
- b. Kako često liječnici pružaju intervencije na temelju dolaznih poziva pacijenata?
- c. Što su liječnici naučili iz pogrešaka?
- d. Koliko uspješno liječnici i zdravstvene ustanove poboljšavaju i održavaju kulturu sigurnosti pacijenata?

Zasigurno pri projektiranju modela sigurnosti pacijenata treba uključiti niz različitih varijabli koje prvenstveno imaju obilježje niza situacijskih čimbenika konkretne zdravstvene ustanove.

2.7. UPRAVLJANJE PRIJEMOM I OTPUSTOM PACIJENATA U HOSPITALIZACIJI

Proces hospitalizacije pacijenata spada u važan segment upravljanja odnosima s pacijentima. Sastoji se od tri faze:

1. Primanje pacijenata u bolnicu,
2. Boravak pacijenata u bolnici,
3. Otpust pacijenata iz bolnice.

Neučinkovito upravljanje u bilo kojoj od ove tri faze hospitalizacije najčešće dovodi do nesklada između potražnje za zdravstvenom skrbi i kapaciteta bolnice. O'Leary, K.J. i sur., (2010) su dokazali da kada je potražnja za hospitalizacijom veća od kapaciteta bolnice, tada se kirurški zahvati ili otkazuju ili odgađaju. Potražnju za hospitalizacijom najviše određuju hitni prijemi pacijenata. Budući da su hitni prijemi uglavnom teško predvidivi, dolazi do oscilacija u popunjavanju kapaciteta bolnica. Nadalje, na proces prijema pacijenata u bolnice značajno utječe i proces otpuštanja pacijenata iz bolnice.

I proces otpuštanja pacijenata iz bolnice često zna odudarati od planiranog zbog različitih, također, nepredvidivih situacija u tijeku bolničkog liječenja pacijenata. Otpust bolesnika iz bolnice, u pravilu, treba najaviti barem 24 sata ranije kako bi se moglo planirati primanje novih pacijenata i popunjavanje kapaciteta bolnice.

Protok pacijenata kroz bolnicu je strateški cilj svake bolnice. Bolnice mogu kombinirati proces protoka pacijenata s informacijskom tehnologijom, kako bi postigli maksimalnu učinkovitost.

Sadržaji upravljanja boravkom pacijenata tijekom njihove hospitalizacije spadaju u izuzetno važno područje koje se vrlo često odražava na tijek liječenja i oporavka pacijenata, a time i na njihovo zadovoljstvo. Ovdje je potrebno obratiti pozornost na nekoliko segmenata:

1. Razumijevanje pacijenata o planu skrbi tijekom njihove hospitalizacije
2. Mjere koje treba poduzeti da bi se hospitalizirani pacijenti uspješnije liječili
3. Posjete pacijentima
4. Model „bolnica u kući“

Otpust pacijenata iz bolnice je složen proces, pun različitih izazova. Prema podacima u 2006.g. u SAD-u koje iznosi Alper i sur. (2014) je otpušteno iz svih bolnica 39 milijuna pacijenata, a gotovo 20% njih se ponovo vratilo u bolnicu u roku 30 dana od otpusta. To je iznosilo dodatnih 17,4 milijarde dolara ili 17% od ukupnih bolničkih plaćanja.

2.8. UPRAVLJANJE ZNANJEM PACIJENATA

Obrazovanje i obrazovni nivo pacijenata s medicinskim znanjima se danas općenito smatra jednim od osnovnih preduvjeta opstanka i razvoja zdravstvene skrbi u budućnosti. Posebno se to naglašava kod kroničnih bolesnika. Znanje pacijenata o njihovim bolestima ima izuzetno veliko značenje i vrijednost u suvremenom pristupu zdravstvenoj skrbi. Posebno se naglašava potreba educiranja pacijenata u području:

- a) kroničnih bolesti koje nastaju kao odraz suvremenog načina života ljudi,
- b) infektivnih bolesti
- c) spolno prenosivih bolesti

Brojna istraživanja potvrđuju da se kroz znanja ljudi o ovim bolestima može učinkovito djelovati na sprečavanje njihovog širenja, te kod zdravstvene skrbi oboljelih.

Kod infektivnih bolesti pokazalo se po rezultatima koje iznose Ugarte, Zamudio, Canaza i Samalvides (2013) da su, na primjer, bolesnici od tuberkuloze (TB) vrlo ranjiva skupina na različite infekcije, kao na primjer infekciju HIV-om (virusom humane imunodeficijencije) i da takvi bolesnici trebaju imati potrebna znanja kako bi se osigurali od infekcije HIV-om. U 2011.g. je registrirano 8,7 milijuna bolesnika TB, od kojih je oko 13% ujedno bilo zaraženo i virusom HIV-a. Ovo je alarmantan podatak, ako se zna da je samo (prema globalnim procjenama) 40% TB bolesnika testirano na virus HIV-a.

2.9. UPRAVLJANJE PARTNERSTVOM S PACIJENTIMA

Koncept partnerstva s pacijentima koje g iznosi McQuillen, K. i sur. (2013) treba sadržavati:

- 1) Uključivanja pacijenata kao partnera u zdravstvenim ustanovama za podržavanje i razvoj sustava samoliječenja, odnosno samopomoći pacijenata, liječenju pod nadzorom zdravstvenih radnika.
- 2) Uključivanja bolesnika kao partnera u redizajniranju i reinženjeringu primarne zdravstvene zaštite kao ključnog čimbenika, prvenstveno u skrbi o kroničnim bolesnicima.
- 3) Uključivanja cijele društvene zajednice u redizajniranje zdravstvenog sustava kroz rad sa stanovništvom i nevladinim organizacijama.

Postavke na kojima se temelji opravdanost i realnost uključivanja pacijenata u partnerstva sa zdravstvenom ustanovom su:

- a) Uključivanje pacijenata da postanu aktivni učesnici u vlastitoj zdravstvenoj skrbi prema istraživanjima Bodenheimera, Loriga, Holmana i Grumbacha (2002) dalo je bolje ishode njihovog liječenja.
- b) Glasgow (2002) je utvrdio uštede koje se postižu uključivanjem pacijenata u partnerstva sa zdravstvenim ustanovama koje su mjerljive.
- c) Trening bolesnika s kroničnim bolestima da sami učestvuju u upravljanju svojim bolestima koji opisuje Lorig sa sur. (1999) je učinkovit i u vrlo kratkom roku smanjuje bolove ovih pacijenata, a posebno troškove zdravstvene skrbi.
- d) Pozitivan je ishod na kojeg ukazuju Wasson i sur. (1999) između vlastite učinkovitosti, preventive i zdravstvenih ishoda.
- e) Suradnja pacijenata u zajedničkom, timskom kliničkom odlučivanju, do koje su došli Kaplan, Greenfield i Warw (1989) daje dobre zdravstvene rezultate.

Potrebni preduvjeti po mišljenju Marshalla i sur. (2000) da se pacijente može uključiti u partnerstva u zdravstvenim ustanovama su:

- a) Da su pacijenti sposobni samostalno sudjelovati u prepoznavanju simptoma bolesti i u rješavanju zdravstvenih problema.
- b) Da su pacijenti sposobni sudjelovati u aktivnostima koje su usmjerene na funkcioniranje zdravstvene skrbi i tako smanjiti troškove zdravstvenog sustava.
- c) Da su pacijenti sposobni uključiti se u liječenje i dijagnostičke izbore.
- d) Da su pacijenti sposobni surađivati s nositeljima zdravstvene skrbi.
- e) Da pri izboru zdravstvenih usluga i zdravstvene ustanove pacijenti donose odluke na temelju performansi zdravstvene ustanove i kvaliteta zdravstvene skrbi koju ta ustanova pruža.

- f) Da su pacijenti sposobni raditi permanentno i kontinuirano na unapređenju zdravstvenog sustava s ciljem unapređenja zdravlja na svom području.

3. ZAKLJUČAK

Cilj ovog rada bio je ukazati na neizostavnu potrebu i neodgodivu aktivnost svih zdravstvenih ustanova u tranzicijskim društvima da učine potpuni zaokret kako u implementaciji menadžmenta u zdravstvu, tako i upravljanju odnosima s pacijentima. Prikazani su samo neki aspekti i sadržaji tog upravljanja za koje je ocijenjeno da su primarnog značenja, jer bi za opsežniji prikaz istih trebalo znatno više prostora i vremena. Vjeruje se da je cilj rada ispunjen, te da će prezentirani sadržaj potaknuti zainteresirane za upravljanje zdravstvenim ustanovama i sustavom zdravstva na temeljito preispitivanje postojećeg stanja i u traženju rješenja koja zagovara i ovaj rad. Rješenja koja se nude imaju svoja uporišta u kreiranju većeg zadovoljstva pacijenata s jedne, te kroz racionalizaciju izdataka za sve izraženije rastuće zdravstvene potrebe s druge strane.

LITERATURA

- [1] Alper, E. i sur. (2014), „Hospital Discharge and Readmission“, www.uptodate.com. Preuzeto 10.10.2019.
- [2] Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. (2002), „Patient Self-Management of Chronic Disease in Primary Care“, Journal of the American Medical Association, No 288(19), pp. 118-134
- [3] Brundisini, F. i sur. (2013), „Chronic Disease Patients Experiences With Accessing Health Care in Rural and Remote Areas“, Health Technology Assessment Series, No 13 (5), pp 71-96
- [4] Chi-Yun, C. (1994), Patient Relationship Management Models for Hospitals, Ming Chuan University, Peking, China
- [5] Dougdale, D.C., Epstein, R. & Pantilat, S.Z. (1999), „Time and the Patient-Physician Relationship“, Journal of General Internal Medicine No 14 (1), pp 273-296
- [6] Elkins, G., Jensen, M.P. & Patterson, D.R. (2007), „Hypnotherapy for the Management of Chronic Pain“, National Institutes of Health US, No 55(3), pp. 678-691
- [7] Gale, G.D., Rothbart, P.J. & Li, Y. (2006), „Infrared Therapy for Chronic Low Back Pain: A Randomized, Controlled Trial“, Pain Research&Management, No 11(3), pp 26-44
- [8] Kaplan, S., Greenfield, S. & Warw, J.E. (1989), „Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease“, Medical Care, No 27(3), pp 87-103
- [9] Lorig, K.R. i sur. (1999), „Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Programm Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization: A Randomized Trial“, Medical Care No 37(1), pp 62-79
- [10] Marshall, M.N. i sur. (2000), „Use of Performance Data to Change Physician Behavior“, Medical Association, No 284(9), pp 307-326
- [11] McQuillen, K. i sur. (2013), „Challenges in Measuring Patient Participation: Case Studies From British Columbia's Patients as Partners Initiative“, Journal of Participatory Medicine, Vol.5, pp 844-861

- [12] Mitchell, P. (2014), „Defining Patient Safety and Quality Care“, NCBI Resources. No 43, pp 82-97
- [13] Motov, S.M. & Khan, A.N. (2009), „Problems and Barriers of Pain Management in the Emergency Department: Are Ever Going to Get Better“?, Journal of Pain Research, No 2. pp 568-585
- [14] O'Leary, K.J. i sur. (2010), „Hospitalized Patient's Understanding of Their Plan of Care“, Mayo Clinic Proceedings, No 85(1), pp 1149-1158
- [15] Parand, A., Dopson, S., Renz, A. & Vincent, C. (2014), „The Role of Hospital Managers in Quality and Patient Safety: A Systematic Review“ BMJ Open No 4(9), pp. 127-142
- [16] Pelzang, R. (2010), „Time to Learn: Understanding Patient-Centered Care“, British Journal of Nursing, No 19(4), pp. 73-86
- [17] Souza, D.P. (2001) „Waiting Lists for Radiation Therapy: A Case Study“, www.biomedcentral.com. Preuzeto 18.9.2019.
- [18] Ugarte-Gil, C., Zamudio, P.M., Canaza, L. & Samalvides, F. (2013), „Knowledge About HIV Prevention and Transmission Among Recently Diagnosed Tuberculosis Patients: A Cross Sectional Study“, BMC Public Health, December, 28, pp. 19-36
- [19] Wasson, J.H. i sur. (1999), „A Randomized Trial of the Use of Patient Self-Assessment Dana to Improve Community Practices“, Effective Clinical Practice, No 2(1), pp. 62-77
- [20] Wofford, M.M., Wofford, J.L., Bothra, J., Kendrick, B., Smith, A. & Lichstein, P.R. (2004), „Patient Complaints About Physician Behaviors: A Qualitative Study“, Academic Medicine, No 79 (2), pp 411-424
- [21] Wright, E.F. & North, S.L (2009), „Management and Treatment of Temporomandibular Disorders: A Clinical Perspective“, The Journal of Mannual & Manipulative Therapy“, No 17(4), pp 114-126