

Kadrovska struktura in predvidena organizacija dela v centralnem operacijskem bloku novega KC v Ljubljani

Kratek opis centralnega operacijskega bloka (COB)

V kliničnem centru v Ljubljani je bil 5. aprila 1975 odprt novi operacijski trakt, t. i. »Centralni operacijski blok« (COB) za opravljanje programskih operacij. Za nujne, urgentne operacije pa bo kasneje dograjen »Center za urgentno medicino (CUM), ki bo poleg velikega števila ordinacij imel 4 operacijske sobe. Organizacija dela v CUM bo drugačna in jo bo treba posebej obravnavati glede na njegov namen, potrebe in potek dela (urgenca, neprekinjeno delo 24 ur ipd.). »Centralni operacijski blok« obsega vse operacijske stroke kliničnega centra (razen otroške operacijske sobe in operacijske sobe za opeklino, okulistiko ter ORL). Namen centralizacije operacijskih sob v centralnem operacijskem bloku je v tem, da se zagotovi nemoten in nepretrgan obrat v vseh operacijskih sobah pri maksimalni izhodiščnosti. Le tako bo centralni operacijski blok opravičil svoj namen in drago gradnjo, saj je najsodobneje opremljen, tako v primerjavi z operacijskimi sobami pri nas kakor v svetu.

Poleg operacijskih dvoran v centralnem operacijskem bloku so še anestezijski prostori oziroma bloki za indukcijo, kjer se pacienti pripravijo za operacijo in recovery.* Semkaj zapeljejo pacienta po operaciji in tod počaka pod kontrolo toliko časa, da ga lahko odpeljejo na oddelek ali po potrebi v centralno intenzivno terapijo, ki je po internem hodniku neposredno povezana z operacijskim blokom.

Centralnemu operacijskemu bloku pripadajo še naslednji prostori: Soba za vodilno (glavno) medicinsko sestro operacijskega bloka, prostori za aparate, shrambe za rezervni material, čistila, perilo, substerilizacija, seminarski prostor, rekreacijska soba za osebje, sanitarije in garderoba za osebje po sistemu »filtra«. Tod se osebje drugič preobleče in oprha, le tako lahko stopi v čisti del centralnega operacijskega bloka. Garderobe, kjer osebje odloži civilno obleko, so urejene centralno za ves personal v prvi kleti kliničnega centra. Pot pacienta in osebja v centralni operacijski blok je ločena. Osebje prihaja skozi garderobni »filter«, pacienti pa prek prostora, kjer jih preložijo (sistem Maquet). Tako je zagotovljena stroga asepsa v operacijskem bloku in je križanje poti onemogočeno. Operacijski

* Prostor za kontrolo bolnikovega stanja neposredno po operaciji in prebujenju.

blok je z dvigali v neposredni zvezi s centralno sterilizacijo, zato je v operacijskem bloku predvidena samo substerilizacija za specialne instrumente. Čisti material, perilo ipd. dovažata transportna služba, odvažata pa nečisti material.

Struktura organizacije dela v COB

Organizacija dela je vse bolj pomembna, kot si morda mislimo, saj je osnova vsega dela in so od nje odvisni uspeh dela, hitrost izvršenih nalog in ne nazadnje tudi zadovoljstvo ljudi, ki opravljajo to delo. Organizacija dela nikakor ne gre v izgubo, saj pridobimo z njo nič koliko ur dragocenega časa. Torej je pomembna tudi z ekonomske plati. Če delavec na svojem delovnem mestu ve, kaj je njegovo delo, kdaj in kako mora opraviti določeno stvar, se ne bo izgubljal v nepotrebem spraševanju in tekanju. Če ga bo pri delu vodil sposoben in odločen organizator, uspeh ne bo izostal.

Pomembna upravljalno vodstvena naloga je organiziranje oziroma strukturiranje odnosov med nosilci posameznih poslovnih funkcij. Ti odnosi opredeljujejo organizacijsko strukturo delovne organizacije. Organizacijska struktura je ustroj razporeditve organizacijskih zmogljivosti: kadrovske in materialni rezultati pri uresničevanju ciljev. Samoupravnim odnosom bi najbolj ustrezala nehierarhična organizacijska struktura. Takšne strukture pa naša organizacijska teorija še ni razvila. Organizacijske strukture so različne: linijske, štabne in kombinirane. Strukturo organizacije dela v COB bi lahko primerjali z linijsko organizacijsko strukturo. Zasnovo zanjo je dal francoski znanstvenik Fayol in je najstarejša organizacijska struktura. Primerjava ni najboljša, vendar po mojem mnenju zaradi specifičnosti dela edino možna.

Osnovne dolžnosti vodij oziroma načela, ki jih morajo ti upoštevati, so: enotnost direkcije, enotnost odločanja, kontinuiteta v odločanju, hierarhija, iniciativnost in odgovornost, disciplina, enotnost osebja, red in sistematično delo, natančnost, ekonomičnost, pravičnost in priznanje. Pravičnost je osnova morale, priznanje pa pogoj za vzpostavljanje pravičnih odnosov. Osebne interese je podrežati v korist skupnosti in imeti na skrbi hitrost realizacije. Delati je treba dobro in hitro. Osnovna značilnost za linijsko organizacijsko strukturo je, da potujejo navdila oziroma ukazi od vrha navzdol prek vseh stopenj hierarhije. Tisti, ki ne opravljajo vodilnih nalog, so podrejeni vodilnim osebam na najnižji hierarhični stopnici. To pomeni, da so v tem smislu podrejeni drug drugemu vsi razen najvišje vodilne osebe. Poudarjam pa, da je ta podrejenost le v zvezi z opravljanjem dela v operacijskem bloku.

Zakaj je linijska organizacijska struktura za organizacijo dela v COB najprimernejša:

1. Odločati se je treba hitro, kar narekuje tudi narava dela.
2. Narava dela je več ali manj rutinska, tu ni kreativnega dela. Vsi se morajo podrežati enemu samemu cilju: da se operacija izvrši čim boljše in čim hitreje.
3. Vodje morajo sami nadzorovati delo in odločati o zadevah, ki zagotavljajo uresničitev tega cilja.

Organizacija dela v COB je specifična glede na potrebe in pogoje dela. Osnova naj bi bil dobro sestavljen pravilnik dela in sistematizacija delovnih mest z natančno opisanimi področji osebja.

Pravilnik mora poleg drugega vsebovati:

— Kdo strokovno in organizacijsko vodi COB (odbor, ki voli predsednika; v odboru so zdravniki specialisti operativnih oddelkov, zdravnik anesteziolog in vodilna medicinska sestra-instrumentarka);

— določitev univerzalnih in specifično opremljenih operacijskih sob;

— določitev operativnih dni in operacijskega programa v specialnih in univerzalnih operacijskih sobah;

— določitev delovnega režima v COB, ukrepov glede zaščitnih oblek, obuv, nadalje vzdrževanje asepse, čiščenje operativnega polja, umivanje rok, čiščenje operacijskih prostorov, transport in naročanje sterilnega materiala, perila, instrumentov ipd.;

— pravilnik določa obvezno administrativno dokumentacijo COB (enoten operacijski protokol za vpisovanje operacij, anestezijski listi, listi za evidentiranje operacij, listi za evidentiranje odvzetega materiala pri operacijah in njegovo odpošiljanje na preiskave, listi za konziliarne preglede, naročilnice, zahtevki ipd.);

— program dela, ki določa delovni čas najmanj od 7.—14. ure;

— kdaj in komu se predložijo zahteve za programske operacije;

— da se morajo posegi, ki so statistično dokazani kot dolgi, pričeti prvi;

— razpored nujnih in vitalnih operacij in kdo odloča, v kateri operacijski sobi se bodo opravile;

— kdaj morajo biti pacienti določeni za prve operacije v COB, kdo jih naroča in kdo pripelje (osebje z oddelka ali transportna služba);

— kakšno dokumentacijo mora imeti s seboj bolnik, ki bo operiran (popis bolezni, izvidi preiskav, identoband na roki, list z opisom, da je pripravljen na operacijo itd.);

— kdo sprejme pacienta v COB;

— kdo odpusti pacienta iz COB.

Vse osebje COB (razen zdravnikov) je podrejeno vodilni medicinski sestri-instrumentarki. Poleg naštetih delajo v COB še zdravniki — anesteziologi in anestezijske medicinske sestre, ki spadajo v centralno anestezijsko reanimacijsko službo (CARS), ki ima svojo organizacijsko strukturo in z operaterji vred skrbi za paciente po operaciji v recoveryju ali v oddelku za intenzivno terapijo. S COB jih veže delo ob pacientu, ki mora biti usklajeno. V sistemizaciji morajo biti opisane naloge in dolžnosti osebja v operacijskem bloku, zahteve po izobrazbi, potrebnih izkušnjah in odgovornosti.

Problematika in predlogi za izboljšanje obstoječega stanja

Pereče vprašanje, ki sili v ospredje, ko premišljujemo o problematiki dela v operacijskem bloku, je kot na drugih zdravstvenih področjih, pomanjkanje osebja. Vzrokov za to je več. Zaposleno osebje so pretežno ženske, ki težko usklajujejo potrebe družine s pogostnimi dežurnimi službami in nadurnim delom. Vsaka medicinska sestra-instrumentarka je poleg rednega dela po 7 do 8 in tudi večkrat na mesec dežurna, od tega pa vsaj eno nedeljo v mesecu. Dežurstvo traja

po končanem rednem delu od 14. ure popoldne do 7. ure zjutraj, ko prične zopet z rednim delom. To neprekinjeno delo je nemalokrat zlasti na nezgodnem oddelku. Ker je osebja premalo, je le-to toliko bolj obremenjeno in dostikrat ena instrumentarka opravlja delo dveh, posebno v času dopustov. Dosedanje operacijske sobe delujejo več ali manj neorganizirano. Programi so premalo usklajeni. Programi se pričenjajo neredno in se zato po nepotrebnem zavlečejo čez redni delovni čas. Izogibati se je tako imenovanih »avtoritet«, ki vsaka po svoje krojijo urnik dela in delovni program, vse seveda na račun operacijskega osebja. Vse to vodi v nepotrebno preobremenjenost in nezadovoljstvo pri delu. Kljub temu je navezanost ljudi na delo zelo velika in v tem je tudi vzrok, da fluktuacija osebja ni še večja in njegovo pomanjkanje še bolj pereče. Do sedaj še ni bil izdelan pravilnik za delo v operacijskih sobah. Tudi osebni dohodek operacijskega osebja, če ga primerjamo z isto stopnjo izobrazbe v drugih nezdravstvenih področjih, je zelo nizek.

Rešitev iz tega kritičnega stanja bi bila le v dobri organizaciji dela (to velja posebno za novi operacijski blok), v temeljito izdelanem pravilniku COB, ki bi se ga morali držati vsi uporabniki brez izjeme, in morda v novi sistemizaciji delovnih mest. Tako bi se razen v izjemnih primerih izognili nepotrebnemu nadurnemu delu in preobremenjenosti.

Operacijsko osebje sestoji sedaj v glavnem iz instrumentark — višjih medicinskih sester in strežnic. Po republiških kadrovskih regulativih se računata na eno delovišče — operacijsko mizo — 2 medicinski sestra instrumentarki. Strežno osebje oziroma čistilke pa se izračunava po kvadraturi prostorov. Za instrumentarke medicinske sestre se zahteva višja šola za zdravstvene delavce — oddelek za medicinske sestre. V operacijski tim pa bi kazalo poleg višjih medicinskih sester, pritegniti tudi srednje medicinske sestre. Delo višjih in srednjih medicinskih sester pa bi bilo potrebno natančno razmejiti po zahtevnosti in odgovornosti. Z nastavitvijo srednjih medicinskih sester bi rešili problem pomanjkanja medicinskih sester instrumentark. Sedaj opravljajo vse delo v operacijskih sobah višje medicinske sestre instrumentarke, in to: instrumentiranje, pripravo, »strežbo«, namestitvev pacienta na operacijski mizi, pošiljanje materiala na preiskave, naročanje materiala itd. Tako bi se višje medicinske sestre instrumentarke razbremenile, strokovno manj zahtevno delo bi opravljale srednje medicinske sestre in se ne bi več dogajalo, da bi ta opravila prepuščali za to neusposobljenemu osebju — strežnicam, kar se dostikrat dogaja ravno zaradi pomanjkanja strokovnega osebja. Tudi čas za uvajanje v delo, ki ga bo opravljala srednja medicinska sestra, je krajši (skrb za pravilen položaj bolnika na operacijski mizi, »strežba«, odpošiljanje in priprava instrumentov in materiala za sterilizacijo ipd.). Da medicinska sestra instrumentarka obvlada svoje delo na različnih vejah kirurgije, potrebuje približno 3 leta prakse. Tu mislim na »kroženje« po operacijskih sobah. Za medicinske sestre instrumentarke bi bilo potrebno tudi natančno izdelati program »kroženja«, praktični del strokovnega izpita pa za sestre instrumentarke prilagoditi. Po končanem kroženju je medicinska sestra instrumentarka sposobna samostojno dežurati. Prav bi bilo, da se to kroženje prizna za podiplomsko izobraževanje. Zelo ugodno bi bilo, ko bi bila tudi predavanja in seminarji za sestre instrumentarke organizirani tako, kot je organizirano podiplomsko izobraževanje iz intenzivne nege.

Nekvalificirano osebje v operacijskih sobah (strežnice) bi moralo imeti možnost za dopolnilno kvalifikacijo z ustreznimi tečaji.

Tudi materialno stimulacijo na leta službe in stalnost na delovnem mestu ni zapostavljati. Za težje delo (transportna služba, prelaganje pacienta) bi bila potrebna moška delovna sila. S tem bi se izognili velikemu procentu invalidnosti strežnic (hrbtenice). Problem dežurne službe bi lahko rešili s turnusnim delom, ki bi bilo idealno za operacijski blok. S tem bi zmanjšali dolgo čakalno dobo pacientov in opravičili drago obratovanje COB. Dokler pa primanjkuje osebja že za dopoldansko delo, na to seveda ne moremo misliti.

Literatura:

Dr. Štefan Ivanko: Analiza in projektiranje organizacije.

DESET DEJSTEV O KOZAH

1. Koze so smrtno nevarna kužna bolezen, ki jo povzroča virus; povzročča mrzlico, izpuščaje na koži, mehurčke in kraste. Žrtvam, ki bolezen prežive, pustijo brazgotino za vse življenje, včasih pa tudi oslepelost.

2. Bolezen se širi z izločki iz bolnikovega nosu ali ust in iz mehurčkov ali krast.

3. Bolnik zboli za kozami sedmi do sedemnajsti dan po sprejemu virusa in lahko prenese bolezen na druge približno še en mesec potem, ko so se na koži pokazali izpuščaji.

4. Za koze ne poznamo zdravljenja, pač pa jih lahko preprečujemo s cepljenjem, ki je enostaven, čisto neboleč medicinski poseg.

5. Leta 1967, ko je Svetovna zdravstvena organizacija sprožila mednarodno kampanjo za izkoreninjenje koz, so bile koze endemično razširjene v 30 državah, v 12 nadaljnjih pa so bili še bolniki.

6. Ko se je pričelo delo SZO za iztrebljenje koz, so ocenili, da je vsako leto nad dva in pol milijona obolenj.

7. Leta 1974 se je število vseh bolnikov zmanjšalo na manj kot eno desetino gornjega števila.

8. Na koncu leta 1974 so koze samo še v treh državah na svetu, kjer jih sedaj uničujejo.

9. Eno izmed najmočnejših orožij v boju proti kozam je cepivo, ki je obstojno in učinkovito tudi v vročih deželah, ker je v zamrzovalnem postopku osušeno in ne več tekoče.

10. Ko smo pred končnim uničenjem koz, se bodo lahko silovite zaloge človeških sposobnosti, energije in denarja sprostile, da jih bomo lahko vse usmerili na druge zdravstvene naloge človeštva.

POVPREČNA DOLGOST ŽIVLJENJA JE VEDNO VEČJA, TISTEGA KAR OD ŽIVLJENJA PRIČAKUJEMO, JE VEDNO MANJ.

HANS HABE