

Κανονισμοί λειτουργίας χειρουργείων στην Ελλάδα – Μέρος I

Ευάγγελος Δούσης

Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Παιδων Αθηνών «Η Αγία
Σοφία», Αθήνα

Αθηνά Καλοκαιρινού

Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Οι κανονισμοί λειτουργίας των χειρουργείων αποτελούν τη βάση για την καλή οργάνωση και διοίκηση των χειρουργείων. Η παρούσα μελέτη εξετάζει την ύπαρξή τους και το πλαίσιο μέσα στο οποίο διαμορφώθηκαν και λειτουργούν.

ΣΚΟΠΟΣ (α) Η διερεύνηση της ύπαρξης των κανονισμών λειτουργίας των ελληνικών χειρουργείων και τα προβλήματα στην εφαρμογή τους. (β) Η διερεύνηση των απόψεων της νοσηλευτικής διοίκησης σχετικά με τον κανονισμό. (γ) Η διερεύνηση και καταγραφή των απόψεων της νοσηλευτικής διοίκησης σχετικά με το περιεχόμενο που έχουν οι κανονισμοί λειτουργίας χειρουργείων στην Ελλάδα. Στην παρούσα δημοσίευση (μέρος I) περιγράφονται ο σκοπός, το υλικό-μέθοδος, καθώς και τα αποτελέσματα και συμπεράσματα-συζήτηση που αφορούν στον πρώτο και δεύτερο σκοπό. Το μέρος II της μελέτης, που θα δημοσιευθεί σε επόμενο τεύχος του περιοδικού, θα αναφερθεί στα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα-συζήτηση που αφορούν στον τρίτο σκοπό.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Πραγματοποιήθηκε περιγραφική μελέτη. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω ερωτημα-

Regulations of operation of operating rooms in Greece – Part I

Evangelos Dousis

RN, MSc, Athens, Children's Hospital "Ag. Sophia",
Athens, Greece

Athina Kalokairinou

Assistant Professor, Nursing Department, University of Athens, Athens,
Greece

Nursing Department, University of Athens

Regulations of operation of operating rooms constitute the base for the good organisation and management of operating rooms. The present study examines the existence and the frame in which these regulations were modulated and put into practice.

AIM (a) The investigation regarding existence of regulations of operation of the Greek operating rooms and the problems in their application. (b) The investigation of nursing administration's opinions with regard to the regulation. (c) The investigation and recording of opinions of nursing administration with regard to the content these regulations have in operating rooms in Greece. In the present paper (part I), there are described the aim, the material-method as well as the results and conclusions-discussion concerning the first and second aim. In the part II of the study, which will be published in the next issue of the same journal, the results and the conclusions-discussion that concerning the third aim will be reported.

MATERIAL-METHOD This was a descriptive realised study. The data collection became via questionnaires

τολογίων που ταχυδρομήθηκαν σε 197 νοσοκομεία, από τα οποία απαντήθηκαν τα 53 (26,9%).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Η ύπαρξη κανονισμού λειτουργίας αναφέρεται από 49 (53,1%) νοσοκομεία. Προβληματίζει το γεγονός ότι μόνο στο 30,6% των περιπτώσεων ο κανονισμός είναι γραπτός. Στο 51% των περιπτώσεων ο κανονισμός εφαρμόζεται ικανοποιητικά, αλλά θα μπορούσε να εφαρμόζεται και καλύτερα. Αυτοί που αντιμετωπίζουν προβλήματα με την εφαρμογή του (34,6%) αναφέρουν ως κύρια αιτία την κακή οργάνωση (26,5%), ενώ για την επίλυσή τους πιστεύουν ότι χρειάζεται κυρίως στήριξη από τη διοίκηση του νοσοκομείου (46,9%), ενημέρωση και πληροφόρηση (42,9%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Δεν θεωρείται ικανοποιητικός ο αριθμός των ελληνικών νοσοκομείων που διαθέτουν κανονισμό λειτουργίας χειρουργείων.

Λέξεις-κλειδιά:

- Διοίκηση χειρουργείου • Κανονισμός χειρουργείου
- Συντονιστική επιτροπή χειρουργείου • Τυποποίηση
- Πρότυπα • Πρωτόκολλα • Διοίκηση • Οργάνωση

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Ευάγγελος Δούσης
Κουμουνδούρου 130, 185 44 Πειραιάς
Τηλ: 210-46 27 904, 210-74 67 146, 210-74 67 814,
6974-568 844
E-mail: edousis@hotmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κανονισμοί λειτουργίας των χειρουργείων αποτελούν τη βάση για την καλή οργάνωση και διοίκηση των χειρουργείων, αφού περιέχουν τεχνικές, διαδικασίες, πολιτικές και τακτικές που ακολουθούνται στα χειρουργεία.

Η παρούσα μελέτη εξετάζει την ύπαρξη αυτών των κανονισμών και το πλαίσιο μέσα στο οποίο διαμορφώθηκαν και λειτουργούν.

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της μελέτης είναι τριπλός και αφορά (α) στη διερεύνηση της ύπαρξης των κανονισμών λειτουργίας στα ελληνικά χειρουργεία και των προβλημάτων στην εφαρμογή τους, (β) στη διερεύνηση των απόψεων της νοσηλευτικής διοίκησης σχετικά με τον κανονισμό και (γ) στη διερεύνηση και καταγραφή των απόψεων

that were posted in 197 hospitals and 53 were collected (26.9%).

RESULTS The existence of regulation of operation is reported from 49 (53.1%) hospitals. It puzzles that only in the 30.6% of the cases it is written. In the 51% of the cases the regulation is applied satisfactorily but could be applied much better. Those who face problems with the application (34.6%) report as main cause bad organisation (26.5%) and they believe that problems will be solved mainly with the support from the hospital administration (46.9%), briefing and information (42.9%).

CONCLUSIONS The number of Greek hospitals which allocate regulation of operation of operating rooms is not considered satisfactory.

Key words:

- Operating room management • Regulation of operating room
- Coordinative committee of operating room • Standardisation
- Models • Protocols • Management • organisation

Corresponding author

Evangelos Dousis
130 Koumoundourou street, GR-185 44 Pireas, Greece
Tel: +30 210-46 27 904, +30 210-74 67 146, +30 210-74 67 814,
6974-568 844
E-mail: edousis@hotmail.com

της νοσηλευτικής διοίκησης αναφορικά με το περιεχόμενο των κανονισμών λειτουργίας των χειρουργείων στην Ελλάδα. Στην παρούσα δημοσίευση (μέρος Ι) περιγράφονται ο σκοπός, το υλικό-μέθοδος, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα-συζήτηση που αφορούν στον πρώτο και δεύτερο σκοπό. Το μέρος ΙΙ της μελέτης, που θα ακολουθήσει σε επόμενο τεύχος του ίδιου περιοδικού, θα αναφερθεί στα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα-συζήτηση που αφορούν στον τρίτο σκοπό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα είναι μια περιγραφική μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως εκατοστιαία αναλογία των ατόμων που προτιμούν κάθε δυνατή απάντηση σε κάποια ερώτηση.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ειδικού ερωτηματολογίου, το οποίο κατασκευάστηκε με τη βοήθεια της διεθνούς βιβλιογραφίας. Στη συνέχεια, δόθηκε σε τρεις ανεξάρτητους αξιολογητές και έγιναν οι απαραίτητες αλλαγές. Με την πραγματοποίηση της πιλοτικής μελέτης (15 ερωτηματολόγια) έγιναν και οι τελικές τροποποιήσεις. Η πιλοτική μελέτη διενεργήθηκε με την ίδια μέθοδο (αποστολή ερωτηματολογίων ταχυδρομικά, συνοδευτική επιστολή με τις ίδιες σχετικές πληροφορίες). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από κλειστές ερωτήσεις, περιείχε ερωτήσεις σε μορφή ναι-όχι και δύο ερωτήσεις αξιολόγησης με χρήση πεντάβαθμης κλίμακας αξιολόγησης.

Ταχυδρομήθηκαν 197 ερωτηματολόγια και από αυτά συλλέχθηκαν 49 (απαντήσεις).

Τα ερωτηματολόγια εστάλησαν σε όλα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ της Ελλάδας, σε όλα τα στρατιωτικά νοσοκομεία, καθώς και στις ιδιωτικές κλινικές και τα μαιευτήρια του νομού Αττικής που ήταν καταχωρημένα στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (www.ypyp.gr). Συνημμένη σε κάθε ερωτηματολόγιο υπήρχε επιστολή όπου αναφερόταν ο τίτλος της έρευνας και στην οποία καλούνταν να απαντήσουν διευθυντές νοσηλευτικής υπηρεσίας, προϊστάμενοι χειρουργείου και Α' υπεύθυνοι χειρουργείου.

Επίσης, από τα νοσοκομεία που διέθεταν κανονισμό λειτουργίας εξητείτο να στείλουν συνημμένο με το ερωτηματολόγιο ένα αντίγραφο του κανονισμού.

Στην επιστολή αναφερόταν ο περιορισμός του ενός απαντημένου ερωτηματολογίου ανά νοσοκομείο και επίσης καθορίζονταν οι τρόποι με τους οποίους μπορούσε να σταλεί η απάντηση (ταχυδρομικά με επιστολή, με τηλεομοιοτυπία, με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο).

Κριτήρια επιλογής νοσοκομείων του δείγματος. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από 01/12/2003–12/03/2004 και το δείγμα αποτέλεσαν τα γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ (εκτός των στρατιωτικών, που συμπεριελήφθησαν στα στρατιωτικά νοσοκομεία), ειδικά νοσοκομεία, στρατιωτικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές και μαιευτήρια που ήταν καταχωρημένα στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (www.ypyp.gr). Δεν περιελήφθησαν στο δείγμα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, διότι δεν διαθέτουν χειρουργεία, καθώς και τα κέντρα υγείας, γιατί πολύ λίγα από αυτά διαθέτουν χειρουργεία. Στο δείγμα δεν περιελήφθησαν επίσης και οι ιδιωτικές κλινικές και τα μαιευτήρια της υπόλοιπης

Ελλάδας, εκτός της Αττικής (δείγμα ευκολίας). Επιλέχθηκαν οι ιδιωτικές κλινικές και τα μαιευτήρια του νομού Αττικής, διότι μερικά από αυτά αποτελούν μεγάλα νοσοκομεία που διαθέτουν χειρουργεία και επομένως η πιθανότητα να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο ήταν μεγαλύτερη.¹⁻³

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα 49 απαντημένα ερωτηματολόγια (100,0%), τα 23 εστάλησαν με ταχυδρομική επιστολή (11,6%), τα 25 με τηλεομοιοτυπία (12,6%) και μόνο 1 με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (0,5%). Τα είδη των νοσοκομείων που αποτελούσαν το δείγμα (N=197) της μελέτης φαίνονται στον πίνακα 1.

Από τα 197 νοσοκομεία του δείγματος απάντησαν στο ερωτηματολόγιο συνολικά 53 (26,9%), από τα οποία 4 (2,03%) δεν διέθεταν χειρουργεία και οι απαντήσεις τους δεν ελήφθησαν υπόψη στο ερωτηματολόγιο. Από τα υπόλοιπα 49 (24,8%) νοσοκομεία του δείγματος, τα 46 (93,9%) ήταν γενικά και τα 3 (6,1%) ειδικά και, συγκεκριμένα, 41 (36,6%) ήταν γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ, 4 (30,7%) στρατιωτικά νοσοκομεία και 4 (5,5%) ιδιωτικές κλινικές και μαιευτήρια του νομού Αττικής.

Το μικρό ποσοστό απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο αποτελεί σημαντικό περιορισμό στη μελέτη, αλλά επειδή το ερευνητικό πεδίο θεωρείται σημαντικό και ανεξερεύνητο κρίθηκε αναγκαία η παρουσίασή τους.

Εντύπωση προκαλεί το μικρό ποσοστό απαντήσεων, κυρίως από τις ιδιωτικές κλινικές και τα μαιευτήρια (απάντησαν 4 από τα 72 στα οποία εστάλη ερωτηματολόγιο, 5,5%), αν και πρέπει να συνεκτιμηθεί το γεγονός

Πίνακας 1. Νοσοκομεία που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο.

Είδος νοσοκομείου	N	% επί συνόλου δείγματος
Νοσοκομεία ΕΣΥ (εκτός των στρατιωτικών)	112	56,8
Ιδιωτικές κλινικές-μαιευτήρια (νομού Αττικής)	72	36,5
Στρατιωτικά νοσοκομεία	13	6,5
Σύνολο	197	100,0

ότι τα νοσηλευτικά αυτά ιδρύματα δεν επιλέχθηκαν με το κριτήριο της ύπαρξης χειρουργείου. Εστάλησαν όμως ερωτηματολόγια σε όλες τις ιδιωτικές κλινικές και τα μαιευτήρια του νομού Αττικής.

Επίσης, δεν επιλέχθηκαν με το κριτήριο της ύπαρξης χειρουργείου και τα στρατιωτικά νοσοκομεία. Εστάλησαν ερωτηματολόγια σε όλα τα στρατιωτικά νοσοκομεία της Ελλάδας που βρίσκονταν καταχωρημένα στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας (www.ypyp.gr) και στην ιστοσελίδα του υπουργείου Εθνικής Άμυνας (www.mod.mil.gr). Από τα 13 στρατιωτικά νοσοκομεία απάντησαν τα 4 (30,7%), τα οποία ανέφεραν ότι διαθέτουν κανονισμό λειτουργίας χειρουργείων. Μάλιστα, το 1 από αυτά ανέφερε ότι ο κανονισμός λειτουργίας των χειρουργείων του καθορίζεται στο πλαίσιο του «Κανονισμού Εσωτερικής Λειτουργίας Στρατιωτικών Νοσοκομείων» (ΣΚ 410-1, τμήμα 2, έκδοση ΔΕΣ/3ο ΕΓ, Αύγουστος 1981. Ανατύπωση 1987). Θεωρείται και εδώ πιθανό το ενδεχόμενο κάποια στρατιωτικά νοσοκομεία να μην απάντησαν στο ερωτηματολόγιο γιατί δεν διέθεταν χειρουργεία.

Αντίθετα, τα γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ, στα οποία εστάλησαν και τα περισσότερα ερωτηματολόγια (112, 56,8%), διέθεταν χειρουργεία, αλλά παρόλα αυτά το ποσοστό απαντήσεων δεν ήταν το αναμενόμενο, αφού δεν απάντησαν στο ερωτηματολόγιο αρκετά νοσοκομεία, μερικά από τα οποία είναι μεγάλα νοσοκομεία του νομού Αττικής.

Από τα 18 νοσοκομεία που διέθεταν γραπτό κανονισμό λειτουργίας χειρουργείου (36,7%), μόνο τα 7 (38,8%) έστειλαν αντίγραφο του κανονισμού, όπως τους είχε ζητηθεί. Από τους κανονισμούς λειτουργίας χειρουργείων μεγάλων νοσοκομείων της Αθήνας αποκαλύφθηκε ότι τα νοσοκομεία αυτά προσπαθούν μέσα από το ολιγοσέλιδο περιεχόμενο των κανονισμών λειτουργίας των χειρουργείων, που δεν έχει αλλάξει για

μερικές δεκαετίες, να καλύψουν τις ανάγκες της οργάνωσης και διοίκησης των χειρουργείων. Τα άτομα που απάντησαν στα επιστραφέντα ερωτηματολόγια φαίνονται στον πίνακα 2.

Από τις απαντήσεις στην ερώτηση προκύπτει ότι ο κανονισμός λειτουργίας στα χειρουργεία θεωρείται αναγκαίος από το σύνολο των ερωτώμενων. Υπάρχουν πιθανές ενδείξεις ότι οι νοσηλευτές που απαντούν στο ερωτηματολόγιο αναζητούν τη βελτίωση της οργάνωσης των χειρουργείων καθώς και της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν, θεωρώντας ότι μέσα από την εφαρμογή του κανονισμού λειτουργίας των χειρουργείων θα αλλάξει η παρούσα κατάσταση. Πολύ λιγότερο πιθανό θεωρείται να είναι ενημερωμένοι και πληροφορημένοι για την αναγκαιότητα του κανονισμού και να γνωρίζουν την ύπαρξη κανονισμού λειτουργίας σε άλλα χειρουργεία, καθώς αυτό διαφαίνεται μέσα από τις απαντήσεις σε άλλες ερωτήσεις.

Χαρακτηριστικό είναι ότι κανείς δεν ήταν αρνητικός όσον αφορά στην αναγκαιότητα ύπαρξης κανονισμού λειτουργίας του χειρουργείου, με τα 33 νοσοκομεία (67,3%) να υποστηρίζουν ότι ο κανονισμός λειτουργίας στα χειρουργεία χρειάζεται πάρα πολύ, ενώ τα 9 (18,4%) αρκετά έως πολύ.

Από τα 49 νοσοκομεία του δείγματος που διαθέτουν χειρουργείο, μόνο τα 26 (53%) ανέφεραν την ύπαρξη κανονισμού λειτουργίας [2 από αυτά (4,1%) ανέφεραν ότι ο κανονισμός λειτουργίας διαμορφωνόταν την περίοδο της έρευνας]. Το ποσοστό ύπαρξης κανονισμού λειτουργίας στα χειρουργεία θεωρείται πολύ μικρό, αν συγκριθεί με το συνολικό αριθμό των χειρουργείων που υπάρχουν στην Ελλάδα.

Αυτό που θέτει σοβαρές αμφιβολίες για την ποιότητα και την εφαρμογή του κανονισμού λειτουργίας των χειρουργείων, αλλά και για την ίδια την ύπαρξή του, είναι

Πίνακας 2. Ιδιότητα/θέση αυτών που απάντησαν.

Ιδιότητα απαντητή	N	(%) επί συνόλου απαντημένων	(%) επί απαντήσεων
Προϊσταμένη χειρουργείου	25	51,1	52,1
Διευθύντρια νοσηλευτικής υπηρεσίας	16	32,7	33,3
Υπεύθυνος νοσηλευτής χειρουργείου	7	14,3	14,6
Αναπάντητες ερωτήσεις	1	2,0	
Σύνολο απαντήσεων	48		
Σύνολο ερωτηματολογίων	49	98,0	100,0

ότι στο 30,6% περίπου των περιπτώσεων ο κανονισμός είναι άγραφος, ενώ το 10% αυτών που απάντησαν ότι έχουν άγραφο κανονισμό λειτουργίας δεν δήλωσαν την ύπαρξή του. Αυτό μπορεί να σημαίνει:

- Ότι δεν θεωρούν σημαντική την ύπαρξη του άγραφου κανονισμού και έτσι το δήλωσαν μόνον όταν η ερώτηση έγινε πιο συγκεκριμένη, όπως παρακάτω.
- Ότι το ποσοστό του άγραφου κανονισμού που δηλώνεται ότι υπάρχει (30,6%) θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μειωμένης αξιοπιστίας.

Ο άγραφος κανονισμός λειτουργίας των χειρουργείων δεν αποτελεί το ιδανικό θεσμικό πλαίσιο μέσα από το οποίο καθορίζονται οι διατάξεις που διαμορφώνουν την οργάνωση του χειρουργείου.

Στην ερώτηση αν είναι γραπτός ή άγραφος ο κανονισμός, μερικά νοσοκομεία (6,1%) απάντησαν ότι διαθέτουν και γραπτό και άγραφο κανονισμό λειτουργίας των χειρουργείων, γεγονός όμως που δημιουργεί αμφιβολίες για την επιτυχή εφαρμογή του, αλλά και για την ποιότητα και πληρότητα του περιεχομένου του. Από τα υπόλοιπα νοσοκομεία, τα 15 (30,6%) διέθεταν γραπτό και τα 15 (30,6%) άγραφο κανονισμό λειτουργίας χειρουργείων.

Το 40,8% των νοσοκομείων που διαθέτουν κανονισμό λειτουργίας χειρουργείων (σε αυτά περιλαμβάνονται όλα όσα διαθέτουν γραπτό κανονισμό, καθώς και 2 νοσοκομεία που διαθέτουν άγραφο κανονισμό) ανέφεραν ότι αυτός τέθηκε σε ισχύ από το 1981 έως και σήμερα και το 85% από αυτά αναφέρουν ότι οι κανονισμοί λειτουργίας τους ίσχυσαν για πρώτη φορά μετά το 1983.

Είκοσι από τα 33 νοσοκομεία που διαθέτουν γραπτό ή άγραφο κανονισμό λειτουργίας δεν απάντησαν στην ερώτηση (60,6%), γεγονός που υποδεικνύει ότι δεν

γνωρίζουν πότε ίσχυσε για πρώτη φορά ο κανονισμός. Αυτό μπορεί να σημαίνει (α) ότι υπάρχει κανονισμός λειτουργίας χειρουργείου αλλά δεν εφαρμόζεται, (β) ότι υπάρχει και εφαρμόζεται ο κανονισμός λειτουργίας των χειρουργείων, αλλά η νοσηλευτική διεύθυνση δεν είναι επαρκώς πληροφορημένη γι' αυτόν ή (γ) ότι η νοσηλευτική διεύθυνση δεν συμμετέχει ουσιαστικά στις διαδικασίες που αφορούν στη δημιουργία του κανονισμού λειτουργίας των χειρουργείων.

Θα άξιζε να διερευνηθεί το κατά πόσο η εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) επηρέασε την εμφάνιση κανονισμών λειτουργίας στα χειρουργεία, καθώς το μεγαλύτερο μέρος των χειρουργείων που αναφέρουν ότι διαθέτουν κανονισμό λειτουργίας τον δημιούργησαν σχεδόν όλα μετά την έναρξη λειτουργίας του ΕΣΥ. Η σχετική νομοθεσία επιβεβαιώνει το παραπάνω γεγονός, αφού οι μοναδικοί νόμοι και αποφάσεις που θέτουν –έστω χαλαρά και ασαφώς– τις βάσεις για τη δημιουργία των κανονισμών λειτουργίας του χειρουργείου εμφανίζονται μετά την εφαρμογή του ΕΣΥ (Ν. 1397/83, Ν. 2519/97, άρθρο 18, παράγραφος 7, ΦΕΚ 165/Α'/21-8-97, Αριθμός απόφασης Ι, της 20ής Ολομέλειας 13-12-84 του ΚΕΣΥ).

Είκοσι πέντε νοσοκομεία (51%) θεωρούν ότι ο κανονισμός βοήθησε στη βελτίωση της λειτουργίας των χειρουργείων τους. Από αυτά, τα 10 (20,4%) ανέφεραν ότι ο κανονισμός λειτουργίας των χειρουργείων συνέβαλλε στη βελτίωσή τους, ενώ τα 15 (30,6%) διατηρούσαν κάποιες επιφυλάξεις (πίνακας 3).

Χαρακτηριστικό είναι ότι στην ερώτηση απάντησαν και ορισμένα νοσοκομεία που δεν διαθέτουν γραπτό κανονισμό λειτουργίας χειρουργείων (7 νοσοκομεία, 14,2%), ενώ 8 νοσοκομεία που διαθέτουν άγραφο κανονισμό λειτουργίας δεν απάντησαν στην ερώτηση,

Πίνακας 3. Συμβολή του κανονισμού λειτουργίας χειρουργείου στη βελτίωση της λειτουργίας του χειρουργείου.

Πόσο βοήθησε ο κανονισμός λειτουργίας των χειρουργείων στη βελτίωσή τους;	N	% επί συνόλου απαντημένων	% επί απαντήσεων
Λίγο	2	4,1	8,0
Αρκετά	13	26,5	52,0
Πολύ	1	2,0	4,0
Πάρα πολύ	9	18,4	36,0
Αναπάντητες	24	49,	
Σύνολο απαντήσεων στην ερώτηση	25	51,0	100,0
Σύνολο ερωτηματολογίων	49	100	

γεγονός που μπορεί να σημαίνει ότι πιθανόν αντιμετωπίζουν προβλήματα με την εφαρμογή του και ίσως δεν έχουν άποψη για το αν βοήθησε και κατά πόσο στη βελτίωση της λειτουργίας των χειρουργείων.

Τα νοσοκομεία που διατηρούν επιφυλάξεις θεωρούν, σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, ότι οι κύριοι λόγοι για τους οποίους ο κανονισμός λειτουργίας δεν βοήθησε στη βελτίωση της λειτουργίας των χειρουργείων είναι η κακή διοίκηση (2%) και η κακή οργάνωση (4,1%) των χειρουργείων τους.

Οι απαντήσεις αυτές όμως αντιπροσωπεύουν το 6,1% των νοσοκομείων που απάντησαν και το 9% των νοσοκομείων που διαθέτουν γραπτό ή άγραφο κανονισμό λειτουργίας χειρουργείων. Τα υπόλοιπα νοσοκομεία που διαθέτουν γραπτό ή άγραφο κανονισμό λειτουργίας και δεν απάντησαν στην προηγούμενη ερώτηση (24, 72,7%) θεωρείται ότι δεν έχουν άποψη για το πόσο βοήθησε ο κανονισμός λειτουργίας των χειρουργείων. Αυτό μπορεί να σημαίνει αδυναμία αποτελεσματικής εφαρμογής του κανονισμού, ύπαρξη νέου κανονισμού ο οποίος τώρα εφαρμόζεται, έλλειψη ελέγχου ή, τέλος, παντελή έλλειψη βελτίωσης της λειτουργίας των χειρουργείων με την εφαρμογή του κανονισμού λειτουργίας τους.

Μόνο στις 15 περιπτώσεις (30,6%) ο κανονισμός λειτουργίας ήταν εγκεκριμένος από το συμβούλιο διοίκησης του νοσοκομείου, όπως φαίνεται στον πίνακα 4. Στη μοναδική ίσως σχετική βιβλιογραφική αναφορά τονίζεται ότι η έγκριση του κανονισμού λειτουργίας του χειρουργείου γίνεται από τη συντονιστική επιτροπή χειρουργείου και τη διοίκηση του νοσοκομείου (συμβούλιο διοίκησης).⁴

Στην ερώτηση αυτή, μερικά νοσοκομεία απάντησαν ότι ο κανονισμός λειτουργίας των χειρουργείων τους είναι εγκεκριμένος από παραπάνω από ένα διοικητικά όργανα του νοσοκομείου.

Εντύπωση προκαλεί η αναφορά από 9 μόνο νοσοκομεία (18,4%) ότι εφαρμόζεται απ' όλους ο κανονισμός λειτουργίας των χειρουργείων, ενώ 17 (34,6%) νοσοκομεία αντιμετωπίζουν προβλήματα στην εφαρμογή του (πίνακας 5).

Στην ερώτηση δεν απάντησαν 7 νοσοκομεία (21,2%) από αυτά που διαθέτουν γραπτό ή άγραφο κανονισμό λειτουργίας των χειρουργείων. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να υποδηλώνει αδυναμία αποτελεσματικής εφαρμογής του κανονισμού, ύπαρξη νέου κανονισμού που μόλις τώρα εφαρμόζεται, έλλειψη ελέγχου ή, τέλος, ότι ο κανονισμός λειτουργίας των χειρουργείων δεν εφαρ-

Πίνακας 4. Έγκριση κανονισμού λειτουργίας χειρουργείου.

Ο κανονισμός είναι εγκεκριμένος από:	N	(%) επί συνόλου απαντημένων	(%) επί απαντήσεων
Συμβούλιο διοίκησης	15	30,6	55,6
Επιστημονικό συμβούλιο	13	26,5	48,1
Διευθνή	5	10,2	18,5
Επιτροπή χειρουργείου	10	20,4	37,0
Άλλο	7	14,3	25,9
Σύνολο απαντημένων ερωτηματολογίων	49	100,0	

Πίνακας 5. Συχνότητα εφαρμογής του κανονισμού λειτουργίας χειρουργείου.

Πόσο συχνά εφαρμόζεται ο κανονισμός;	N	(%) επί συνόλου απαντημένων	(%) επί απαντήσεων
Λίγο	1	2,0	3,8
Αρκετά	10	20,4	38,5
Πολύ	6	12,2	23,1
Παρά πολύ	9	18,4	34,6
Σύνολο απαντήσεων στην ερώτηση	26	53,1	100,0
Αναπάντητες ερωτήσεις	23	46,9	
Σύνολο απαντημένων ερωτηματολογίων	49	100,0	

μόζεται καθόλου, γι' αυτό και δεν απαντήθηκε η σχετική ερώτηση.

Όσοι αντιμετωπίζουν προβλήματα με την εφαρμογή του κανονισμού (17 νοσοκομεία, 34,6%) αναφέρουν ως κύριες αιτίες αυτών των προβλημάτων την κακή οργάνωση (26,5%), την ελλιπή εκπαίδευση (8,2%), την κακή συνεργασία, κυρίως με τους γιατρούς (8,2%), και το φόρτο εργασίας (4,1%).

Στην ερώτηση αυτή, 17 νοσοκομεία (34,6%) έδωσαν παραπάνω από μία απαντήσεις. Τα 7 νοσοκομεία (21,2%), από αυτά που διαθέτουν γραπτό ή άγραφο κανονισμό λειτουργίας των χειρουργείων, δεν απάντησαν ούτε σε αυτή την ερώτηση, γεγονός που ενισχύει τις διατυπωθείσες παραπάνω υποθέσεις του ερευνητή.

Τα νοσοκομεία που ανέφεραν ότι η αιτία της μη συχνής εφαρμογής του κανονισμού λειτουργίας του χειρουργείου είναι η κακή οργάνωση (13, 26,5%), θεωρούν ως κακή οργάνωση τις παροδικές και άσκοπες επισκέψεις εκτός χειρουργείου, την επιπολαιότητα στην τήρηση των μέτρων ασηψίας, την απουσία ικανού προϊσταμένου χειρουργείου, την ανευθυνότητα κάποιων εργαζομένων, την κατάχρηση ωραρίου (εργασία πέραν του κανονικού ωραρίου), την εισαγωγή για επέμβαση περιστατικών που χαρακτηρίζονται ως επείγοντα ενώ δεν είναι, την ατιμωρησία αυτών που δεν συμμορφώνονται με τον κανονισμό και τη σύγκρουση του κανονισμού με προσωπικά συμφέροντα.

Τριάντα τρία νοσοκομεία, από τα 49 που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο (67,3%), ανέφεραν ότι για να λυθούν τα παραπάνω προβλήματα χρειάζεται στήριξη του κανονισμού από τη διοίκηση του νοσοκομείου (23, 46,9%), ενημέρωση και πληροφόρηση (21, 42,9%), πειθαρχία (18, 36,7%), έλεγχος (17, 34,7%), ποινές (16, 32,7%), εκπαίδευση (16, 32,7%), έπαινοι (15, 30,6%), παρέμβαση της συντονιστικής επιτροπής χειρουργείου (15, 30,6%) ή κάτι άλλο (4, 8,2%).

Τα νοσοκομεία που απάντησαν σε αυτή την ερώτηση είναι εκείνα που διαθέτουν γραπτό ή γραπτό και άγραφο κανονισμό λειτουργίας, ενώ τα υπόλοιπα, που δεν διαθέτουν, δεν απάντησαν.

Συνεπώς, δεν θεωρείται μειωμένης αξιοπιστίας το αναφερόμενο ποσοστό 32,7% των 16 νοσοκομείων που δεν διαθέτουν ούτε γραπτό ούτε άγραφο κανονισμό λειτουργίας χειρουργείων.

Το 8,2% των απαντήσεων αναφέρουν άλλους τρόπους για την επίλυση των παραπάνω προβλημάτων. Σύμφωνα

να με την άποψή τους, αυτοί οι άλλοι τρόποι είναι η βελτίωση της συνεργασίας, κυρίως με τους γιατρούς, και η ικανή ηγεσία του χειρουργείου.

Περιορισμοί μελέτης. Το μικρό ποσοστό απαντήσεων αποτελεί σημαντικό περιορισμό της μελέτης. Ωστόσο, η μελέτη αυτή θεωρείται σημαντική, γιατί το συγκεκριμένο ερευνητικό πεδίο δεν έχει διερευνηθεί και κάθε σχετική πληροφορία είναι χρήσιμη.

Παράλληλα, η μικρή ανταπόκριση από τα νοσοκομεία αποτελεί ένα επιπλέον εύρημα της μελέτης, καθώς μπορεί να μεταφραστεί κυρίως ως έλλειμμα γνώσεων σχετικά με το υπό μελέτη θέμα και συνεπώς μπορεί να υποδηλώνει την έλλειψη κανονισμού λειτουργίας στην πλειονότητα των ελληνικών νοσοκομείων.

Στην επιστολή υπήρχε χρονικό όριο από 10-11-2003 έως 12-12-2003 για την επιστροφή των απαντημένων ερωτηματολογίων. Περίπου το 60% των απαντήσεων ήταν εμπρόθεσμο, ενώ οι υπόλοιπες απαντήσεις εστάλησαν εκπρόθεσμα και μέχρι 12-03-2004.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι ιδιότητες των προσώπων που επέστρεψαν συμπληρωμένο το ερωτηματολόγιο επιβεβαιώνουν την άποψη ότι απηχούνται οι απόψεις της νοσηλευτικής διοίκησης, αφού απάντησαν σε αυτό διευθύντριες νοσηλευτικών υπηρεσιών, προϊστάμενες χειρουργείου και υπεύθυνοι νοσηλευτές χειρουργείου.

Από τα 49 νοσοκομεία του δείγματος που διαθέτουν χειρουργείο, μόνο τα 26 (53,1%) ανέφεραν την ύπαρξη κανονισμού λειτουργίας στο χειρουργείο τους, ποσοστό που θεωρείται μικρό. Προβληματίζει επίσης το γεγονός ότι μόνο στο 30,6% των περιπτώσεων ο κανονισμός είναι γραπτός. Πάντως, είναι αισιόδοξο το ότι 33 νοσοκομεία (67,3%) πιστεύουν πως είναι απαραίτητος ο κανονισμός λειτουργίας των χειρουργείων και η τυποποίηση της εργασίας που αυτός εισάγει.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, πέντε βασικοί λόγοι καθορίζουν γιατί ο κανονισμός λειτουργίας και η τυποποίηση που εισάγει αποτελούν μια πολύ σημαντική παράμετρο στη νοσηλευτική πρακτική και στη διοίκηση του χειρουργείου:

1. *Επικοινωνίες.* Ο κανονισμός λειτουργίας παρέχει κοινή γλώσσα επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών του χώρου του χειρουργείου.
2. *Έρευνα.* Ο κανονισμός λειτουργίας παρέχει ένα πλαίσιο για περαιτέρω εξερεύνηση. Έτσι, οι τρέχουσες

πρακτικές δεν βασίζονται πλέον στην έμπνευση αλλά στη θεωρία που έχει αναπτυχθεί από επαγγελματικούς οργανισμούς [π.χ. AORN (Association of Perioperative Registered Nurses), ΕΣΝΕ (Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος) κ.λπ.].

3. *Νομικές επιπτώσεις.* Το νοσηλευτικό επάγγελμα πρέπει να αυτορρυθμίζει την αξιοπιστία του. Τα δικαστήρια χρησιμοποιούν την τυποποίηση που εισάγουν οι κανονισμοί ως μέτρο σύγκρισης, για να καθορίσουν το κατά πόσο τα νοσοκομεία και οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας παρείχαν ποιοτική φροντίδα υγείας σύμφωνα με τα εθνικώς αποδεκτά πρότυπα.
4. *Βελτίωση της ποιότητας.* Η τυποποίηση που εισάγουν οι κανονισμοί λειτουργίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κριτήριο για μελέτες βελτίωσης της ποιότητας, για τον υπολογισμό των επιπέδων της προσφερόμενης φροντίδας υγείας από τη χειρουργική ομάδα και το νοσοκομείο.
5. *Επαγγελματική ευθύνη.* Οι κανονισμοί λειτουργίας χειρουργείων, με τα πρότυπα που περιέχουν για τη νοσηλευτική πρακτική και διοίκηση, παρέχουν μια ενιαία βάση για συλλογή και ανασκόπηση της ατομικής και τμηματικής απόδοσης σε σύγκριση με ένα καθιερωμένο πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας ή ένα σύστημα αξιολόγησης επιδόσεων.⁵

Η ύπαρξη κανονισμού λειτουργίας στα χειρουργεία αναφέρεται από το 53,1% των νοσοκομείων, συμπεριλαμβανομένου και του άγραφου κανονισμού, ποσοστό που θεωρείται μικρό. Στις αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης, στις ΗΠΑ και σε άλλες χώρες, τα περισσότερα νοσοκομεία διαθέτουν τυποποίηση της οργάνωσης και διοίκησής τους, η οποία παραπέμπει σε αυτό που ονομάζουμε στην Ελλάδα «κανονισμό λειτουργίας».

Όσον αφορά στον άγραφο κανονισμό που αναφέρουν ότι έχουν κάποια νοσοκομεία (36,7%) στα χειρουργεία τους, εγείρονται πολλά ερωτηματικά για την επιστημονικότητα, την αξιοπιστία, την ποιότητα, τον έλεγχο της εφαρμογής του, την εγκυρότητα και τη λειτουργικότητά του. Κρίνεται απαραίτητο τα νοσοκομεία αυτά να μετατρέψουν/τροποποιήσουν τον κανονισμό λειτουργίας των χειρουργείων τους σε γραπτό, ακολουθώντας τις διεθνώς αναγνωρισμένες τάσεις και πρότυπα, έτσι ώστε να διασφαλίσουν και να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών τους.

Τα νοσοκομεία ανέφεραν σε ποσοστό 51% ότι ο κανονισμός λειτουργίας βοήθησε στη βελτίωση της λει-

τουργίας των χειρουργείων τους. Συγκεκριμένα, το 46,7% ανέφερε βελτίωση σε ικανοποιητικό βαθμό, ενώ το υπόλοιπο 4,1% μικρή μόνο βελτίωση, για την οποία θεωρούσε ως υπεύθυνη την κακή οργάνωση και διοίκηση (8,1%).

Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι η τυποποίηση θεωρείται αναγκαία για την επιτυχή εφαρμογή των αρχών της διοίκησης (management), της διαχείρισης ολικής ποιότητας, του benchmarking (συγκριτική αξιολόγηση επιδόσεων) και της Νοσηλευτικής χειρουργείου βασισμένης στην τεκμηρίωση (Evidence Based Operating Room Nursing), στην οργάνωση του χειρουργείου. Επομένως, και ο κανονισμός λειτουργίας των χειρουργείων, που αποτελεί το πλαίσιο αυτής της τυποποίησης, είναι αναγκαίος.⁶⁻²⁹

Άλλωστε, ακόμη και σε νοσοκομεία όπου χρησιμοποιείται για χρόνια κανονισμός λειτουργίας στα χειρουργεία υπάρχουν προβλήματα με τη βελτίωση της λειτουργίας των χειρουργείων. Τα προβλήματα αυτά, που εστιάστηκαν στην κακή οργάνωση και διοίκηση, αποτέλεσαν την αιτία που ώθησε τα συγκεκριμένα νοσοκομεία να προχωρήσουν στην αναθεώρησή του, σύμφωνα με τις αρχές της διοίκησης ολικής ποιότητας.^{8,30,31}

Σύμφωνα με τις απαντήσεις, ο κανονισμός είναι εγκεκριμένος από το συμβούλιο διοίκησης (30,6%), από το επιστημονικό συμβούλιο (26,5%), από την επιτροπή χειρουργείου (20,4%) και από τον ιατρικό διευθυντή του χειρουργικού τομέα (10,2%).

Σε άλλες χώρες (Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής), η τυποποίηση της οργάνωσης των χειρουργείων διέπεται από ένα πιο κεντρικό θεσμικό πλαίσιο, αφού διαμορφώνεται, καθορίζεται και εγκρίνεται μέσα από μεγάλες και αδιαμφισβήτητου κύρους επαγγελματικές ή επιστημονικές οργανώσεις.

Στην Ελλάδα είναι αισθητή η απουσία αυτού του οργάνου, το οποίο θα μπορούσε να παρέχει το θεωρητικό υπόβαθρο, τη μεθοδολογία, την τεχνογνωσία και τα πρακτικά εργαλεία στα νοσοκομεία προκειμένου να κατασκευάσουν κανονισμούς λειτουργίας. Όσο δεν υπάρχει αυτό το υπόβαθρο, η διαμόρφωση και εφαρμογή των κανονισμών λειτουργίας θα αποτελεί αποσπασματική, τυχαία και αμφίβολης ποιότητας διαδικασία.

Οι απαντήσεις που δόθηκαν σχετικά με το πόσο συχνά εφαρμόζεται ο κανονισμός λειτουργίας δείχνουν ότι στο 51% (25 νοσοκομεία) των περιπτώσεων εφαρ-

μόζεται ικανοποιητικά αλλά θα μπορούσε να εφαρμόζεται καλύτερα, ενώ στο 2% των περιπτώσεων (1 νοσοκομείο) δεν αναφέρεται ως ικανοποιητική η εφαρμογή του.

Το πρόβλημα αυτό εντοπίζεται και στη βιβλιογραφία και ως κύρια αιτία αναφέρεται η κακή συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών. Μάλιστα, προτείνεται η τροποποίηση των κανονισμών ώστε να τυποποιηθούν οι σχέσεις συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών, γεγονός που θα εξασφαλίζει την αποτελεσματική συνεργασία και επικοινωνία και κατ' επέκταση την καλύτερη και συχνότερη εφαρμογή του κανονισμού λειτουργίας.³²⁻³⁵

Επομένως, το μικρό ποσοστό (8,2%) των απαντήσεων που αναφέρουν ότι ο κανονισμός δεν εφαρμόζεται συχνά λόγω της κακής συνεργασίας με τους γιατρούς θεωρείται αναμενόμενο. Πιθανές αιτίες μπορεί να είναι το πατερναλιστικό μοντέλο θεώρησης των σχέσεων γιατρών και νοσηλευτών, η έλλειψη προσωπικού ή η σύγκρουση των προσωπικών συμφερόντων των γιατρών με το συλλογικό συμφέρον του χειρουργείου.

Οι αναφορές ότι ο κανονισμός λειτουργίας δεν εφαρμόζεται συχνά λόγω κακής οργάνωσης (26,5%) έρχονται σε συμφωνία με την άποψη που αναφέρθηκε προηγουμένως, σύμφωνα με την οποία ο κανονισμός λειτουργίας πρέπει να στηρίζεται στο σταθερό υπόβαθρο των βασικών αρχών μεγάλων επαγγελματικών οργάνωσεων, για να εξασφαλιστεί η σωστή εφαρμογή του.

Η ελλιπής εκπαίδευση, που αναφέρεται ως αιτία από το 8,2% περίπου των ερωτηθέντων, αποτελεί μεν σημαντικό παράγοντα για τη μη συχνή εφαρμογή του κανονισμού, δεν θα πρέπει όμως να λησμονείται ότι πρόκειται για ένα δυναμικό παράγοντα. Εκτός από τη βασική (εισαγωγική) εκπαίδευση στον κανονισμό, που δεν απαιτεί πολλές ώρες, χρειάζεται και η εκπαίδευση στην πλήρη ανάπτυξη και εφαρμογή του, η οποία αναφέρεται ότι απαιτεί περίπου ένα έτος. Όμως, η εκπαίδευση στον κανονισμό είναι μια συνεχής διαδικασία που αποτελεί καθήκον και υποχρέωση των νοσηλευτών, για να μπόρουν να εξοικειωθούν με τη χρήση του.

Είναι σημαντικό ότι ο φόρτος εργασίας αναφέρεται από το 4,1% των νοσοκομείων ως αιτία της μη συχνής εφαρμογής του κανονισμού. Όμως, αυτός ο ίδιος ο κανονισμός έχει σκοπό να μειώσει –μέσα από την εφαρμογή του– το φόρτο εργασίας, αφού ρυθμίζει/διαπραγματεύεται θέματα στελέχωσης και οργάνωσης του προ-

σωπικού. Έτσι, θεωρείται ότι μάλλον αυτοί που έδωσαν τη συγκεκριμένη απάντηση δεν ήταν καλά εκπαιδευμένοι-ενημερωμένοι για τον κανονισμό, γεγονός που έρχεται σε συμφωνία με το 42,9% των απαντήσεων που αναφέρουν ως λύση στο πρόβλημα της εφαρμογής του κανονισμού την ενημέρωση-πληροφόρηση και με το 32,7% που αναφέρουν ως λύση την εκπαίδευση.

Εμφανής είναι και εδώ η σημασία του αδιαμφισβήτητου κύρους και επιστημονικότητας οργάνου που πρέπει να στηρίζει θεσμικά τον κανονισμό λειτουργίας των χειρουργείων, αφού το 46,9% αναφέρει ότι για να εφαρμόζεται συχνά ο κανονισμός χρειάζεται στήριξη από τη διοίκηση και το 30,6% ότι χρειάζεται παρέμβαση της επιτροπής χειρουργείου.

Για τις αναφορές σχετικά με τις ποινές (32,7%), τους επαίνους (30,6%), την πειθαρχία (36,7%) και τον έλεγχο (34,7%), προκειμένου να καταστεί συχνή η εφαρμογή του κανονισμού, πιστεύεται ότι με την κατάλληλη στήριξη, την εκπαίδευση και την καλή συνεργασία δεν θα απαιτούνται ιδιαίτερες παρεμβάσεις τέτοιου είδους.

Κανονισμός λειτουργίας υπάρχει στο 36,7% περίπου των ελληνικών χειρουργείων και τα κυριότερα προβλήματα που σχετίζονται με την εφαρμογή του είναι η κακή οργάνωση (26,5%), η ελλιπής εκπαίδευση (8,2%), η κακή συνεργασία, κυρίως με τους γιατρούς (8,2%), και ο φόρτος εργασίας (4,1%).

Ως κακή οργάνωση θεωρούνται από τη νοσηλευτική διοίκηση οι παροδικές και άσκοπες επισκέψεις εκτός χειρουργείου, η επιπολαιότητα στην τήρηση των μέτρων ασηψίας, η απουσία ικανού προϊσταμένου χειρουργείου, η ανευθυνότητα κάποιων εργαζομένων, η κατάχρηση ωραρίου (εργασία πέραν του κανονικού ωραρίου), η εισαγωγή για επέμβαση περιστατικών που χαρακτηρίζονται ως επείγοντα ενώ δεν είναι, η ατιμωρησία αυτών που δεν συμμορφώνονται με τον κανονισμό και η σύγκρουση του κανονισμού με προσωπικά συμφέροντα.

Ιδιαίτερο προβληματισμό δημιουργεί το γεγονός ότι ενώ η ίδια η νοσηλευτική διοίκηση εντοπίζει τα παραπάνω προβλήματα, δεν προχωρά στις κατάλληλες ενέργειες για την επίλυσή τους. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι η νοσηλευτική διοίκηση δεν μπορεί ή δεν θέλει να αλλάξει αυτή την κατάσταση.

Ως αιτίες για την κατάσταση αυτή μπορούν να θεωρηθούν η αναποτελεσματική ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα των

νοσηλευτών. Η αναποτελεσματική αυτή ανάπτυξη έχει ως αποτέλεσμα το 50% περίπου των προϊσταμένων νοσηλευτών κλινικών να έχουν πάνω από 20 χρόνια προϋπηρεσίας, ενώ μόνο μια μικρή μειοψηφία καταλαμβάνει θέση διευθυντή ή τομεάρχη με χρόνο προϋπηρεσίας <16 χρόνια. Όσον αφορά στα προσόντα των προϊσταμένων κλινικών και τμημάτων νοσηλευτικής υπηρεσίας, το 98% είναι τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ), το 1% πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ) και το 1% μέσης εκπαίδευσης (ΜΕ). Αντίθετα, οι διευθύντριες και οι τομεάρχες της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι σε ποσοστό 12% πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, 25% απόφοιτες ΤΕΙ και οι υπόλοιπες ΤΕ, διετούς και τριετούς εκπαίδευσης. Σε σύνολο 27.000 νοσηλευτών/τριών, που καταγράφηκαν, το 65,2% είναι μέσης εκπαίδευσης νοσοκόμοι, διετούς εκπαίδευσης και πρακτικές αδελφές, το 43,2% τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ) και μόλις το 0,6% πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ).

Όσον αφορά στη μεταπτυχιακή εκπαίδευση, σε σύνολο 1000 περίπου πτυχιούχων πανεπιστημίου (διοικητικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας), σύμφωνα με τα στοιχεία που δόθηκαν, οι 165 (περίπου 16%) είχαν κάποιας μορφής μεταπτυχιακό τίτλο. Η συντριπτική πλειοψηφία (125, ή 3 στους 4) αφορούσε σε διοικητικούς, κυρίως αποφοίτους της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), ενώ 23 είχαν μεταπτυχιακό τίτλο και 19 (8 νοσηλεύτριες) διδακτορικό τίτλο. Μόλις 10 είχαν μεταπτυχιακό τίτλο στη διοίκηση και τα οικονομικά της υγείας.³⁶ Με αυτές τις συνθήκες, όμως, δεν μπορεί να υπάρξει παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας.³⁷

Σε σύνολο απασχολούμενου νοσηλευτικού προσωπικού περίπου 40.000, οι κενές οργανικές θέσεις στα νοσοκομεία του ΕΣΥ το 1995 ήταν περίπου 20.000 και η αναλογία πτυχιούχων νοσηλευτών 1:950 κατοίκους. Αν σ' αυτούς προστεθούν οι νοσηλευτές διετούς εκπαίδευσης, η αναλογία γίνεται 1:460 κατοίκους. Ο δείκτης αυτός είναι ο χειρότερος στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με μεγάλη απόκλιση από τις άλλες χώρες. Το 80% περίπου του νοσηλευτικού προσωπικού απασχολείται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, το 10% στα ιδιωτικά νοσοκομεία και οι υπόλοιποι στα κέντρα υγείας, στο ΙΚΑ κ.ά. Πριν ή μετά την αποφοίτηση, το 50% περίπου των νοσηλευτών εγκαταλείπει το επάγγελμα, λόγω των χαμηλών αποδοχών, της κακής ποιότητας της εκπαίδευσης και των δυσμενών συνθηκών εργασίας.³⁸

Ο μακροχρόνιος σχεδιασμός κάλυψης των αναγκών, η αναβάθμιση του επαγγέλματος ηθικά και υλικά, καθώς και η δημιουργία νοσηλευτικών ειδικοτήτων, θεωρούνται αναγκαία για την ανάπτυξη του επαγγέλματος.³⁹⁻⁴¹

Όπως φαίνεται από την παραπάνω ανάλυση, τα προβλήματα του ανθρώπινου δυναμικού και ειδικά του στελεχιακού είναι κοινά σε όλη τη χώρα (κυρίως έλλειψη ειδικευμένων νοσηλευτών και ορισμένων άλλων επαγγελματικών κατηγοριών, που θα εκσυγχρονίσουν τα νοσοκομεία). Η αναλογία κάλυψης των νοσηλευτικών θέσεων είναι περίπου η μισή σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη) (1 αντί 1,9 νοσηλευτής ανά κλίνη). Άρα, συζητούμε για μέχρι 20.000 προσλήψεις (50-60 δις δρχ. το χρόνο), με αντίστοιχη μακροπρόθεσμη σταθεροποίηση και μείωση του μη εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού (π.χ. συνταξιοδοτήσεις κ.λπ.).³⁶

Σε όλο τον κόσμο, τα προβλήματα ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία είναι ποσοτικά και ποιοτικά και μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

- *Προβλήματα στο σχεδιασμό.* Οι αποφάσεις συχνά βασίζονται σε πρόχειρες εκτιμήσεις, ενώ η συνεργασία «σχεδιαστών» (υγεία) και «παραγωγών» (παιδεία) είναι αδύνατη.⁴² Οι ποιοτικές διευθετήσεις κατανομής και εξειδίκευσης απουσιάζουν.^{43,44}
- *Προβλήματα στην παραγωγή.* Οι αποκλίσεις μεταξύ των ακαδημαϊκών στόχων και των απαιτήσεων των υπηρεσιών, των χρηστών και της γενικότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης είναι σημαντικές. Το μοντέλο είναι ιατροκεντρικό, με έμφαση στην επεμβατική Ιατρική. Η πρόληψη, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η αποκατάσταση έρχονται σε δεύτερη μοίρα. Τα πανεπιστήμια περιορίζουν τις θέσεις τους, ενώ οι ακαδημαϊκοί δάσκαλοι αντιμετωπίζουν προβλήματα επάρκειας και σύγχρονης εκπαίδευσης.^{43,44}
- *Προβλήματα στη διαχείριση.* Η απογοήτευση και η πτώση των ηθικών αξιών είναι σύνθητες φαινόμενο, ιδιαίτερα στους νέους επαγγελματίες υγείας.⁴⁵

Η έλλειψη κινήτρων, ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές, προκαλούν τη μη αποδοτική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Η σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων, σε συνδυασμό με την έλλειψη συνεχιζόμενης κατάρτισης, μειώνουν την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού.^{43,46}

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας για τους κανονισμούς λειτουργίας των χειρουργείων είναι απόλυτα αναμενόμενα, αφού για να εφαρμοστεί η τυποποίηση που εισάγει ο κανονισμός λειτουργίας του χειρουργείου απαιτούνται ιδιαίτερες επαγγελματικές γνώσεις καθώς και γνώσεις οργάνωσης και διοίκησης για τη βέλτιστη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, το οποίο με τη σειρά του θα εφαρμόσει αποτελεσματικά τον κανονισμό λειτουργίας του χειρουργείου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Pagano M, Gauvreau K. *Αρχές Βιοστατιστικής*. Μετάφραση Δαφνή Ο. Αθήνα, Εκδόσεις «Έλλην», 2000:7–36
- Σαχίνη-Καρδάση Α. *Μεθοδολογία της έρευνας*. Αθήνα, 1997:110–112, 115–123, 125–138
- Τριχόπουλος Δ. *Ιατρική Στατιστική*. Αθήνα, Εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάνος, 1975:12–16
- Papadantonaki A. Basic structure and function of the operating room committee. *Nurseleutike* 1990, 29:91–97
- Fairchild SS. *Perioperative nursing. Principles and practice*. 2nd ed. Little, Brown & Co, USA, 1996:12–32, 33–39
- Cox K, Whitener L, Geden EA. Effects of policy manual. Reorganization on user proficiency. *JONA* 1992, 22:28–30
- Patterson P. Determining policy on sales reps in the OR. *OR Manager* 1992, 8:1, 12–13
- Jordahl KA. Designing an OR procedure book for small health care facilities. *AORN J* 1997, 66:694–697
- Mauro C. Product and equipment strategies for surgical services. *J Healthc Resour Manag* 1995, 13:10, 13–17
- Williams M. Controlling the processes: Legislation governing decontamination and sterilisation. *Br J Perioper Nurs* 2000, 10:436–439
- Ferdinand M. The state of the art in OR product standardization. *J Healthc Mater Manage* 1994, 12:19–20, 22
- Hammarsten R. Medical-technical safety in an operating department. *Br J Theatre Nurs* 1997, 7:5–11
- Proposed recommended practices: care of instruments, scopes, and powered surgical instruments. *AORN J* 1986, 44:1002–1012
- Haugh R. Material's coordinator brings value to ORs. *OR Manager* 1998, 14:20–21
- Madrid EM. Perioperative system design and evaluation. *Semin Perioper Nurs* 1997, 6:94–101
- Geldner G, Eberhart LH, Trunk S, Dahmen KG, Reissmann T, Weiler T et al. Efficient OP management. Suggestions for optimisation of organisation and administration as a basis for establishing statutes for operating theatres. *Anaesthetist* 2002, 51:760–767
- How to write OR process standards: Using the marker model. *OR Manager* 1987, 3:8–10
- Maguire CM. Management by objectives: Applications for OR nursing. *AORN J* 1987, 45:752–753, 756–760
- Fernsebner B. Building a staffing plan based on OR's needs. *OR Manager* 1996, 12:1, 7–9
- Καβίρη Δ. Νοσηλευτική βασισμένη στην τεκμηριωμένη πληροφορία. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, 2004:11–12, 75
- Greenhalgh T. Is my practice evidence based? In: Greenhalgh T, Donald A (eds) *Evidence based health care workbook. For individual and group learning*. BMJ Publishing Group, 2000:26–29
- Reynolds S. The anatomy of evidence-based practice: Principles and methods. In: Trinder L, Reynolds S (eds) *Evidence-based practice. A critical appraisal*. Blackwell Science, 2000:22–30
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence based medicine. How to practice and teach EBM*. Μετάφραση: Ανευλαβής Ε. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδη, 2002:43–52
- Lipman T. Evidence-based practice in general practice and primary care. In: Trinder L, Reynolds S (eds) *Evidence-based practice. A critical appraisal*. Blackwell Science, 2000:46
- Ledbetter CA, Stevens KR. Basis of evidence-based practice. Part 2: Unscrambling the terms and processes. *Semin Perioper Nurs* 2000, 9:98–104
- Koontz H, O'Donnell C. *Οργάνωση και διοίκηση*. Μετάφραση: Βαρδάκος Χ. 2η έκδοση. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 1984:191–220
- Lee MG. Decentralization of OR management. *Nurs Manage* 1987, 18:72B
- Brooks RR. Management tips: Managing people, time, paperwork. *AORN J* 1988, 48:1139–1143
- Watkins W. Principles of operating room organization. *Acta Anaesthesiol Scand Suppl* 1997, 111:113–115
- Mangum SS, Cutler K. Increased efficiency through OR redesign and process simplification. *AORN J* 2002, 76:1041–1046
- Horstman P, Helmick L, Sions JA. Perioperative nursing model redesign. *Nurs Manage* 1994, 25:80A, 80D–80E, 80H
- Krueger NE, Mazuzan JE. A collaborative approach to standards practices. *AORN J* 1993, 57:467–480
- Cox K. Effects of policy manual reorganization on user proficiency. *JONA* 1992, 22:28–30
- Faetanini C. Information systems support for OR product standardization. *J Healthc Mater Manage* 1994, 12:24, 26
- Wertz M. More of a good thing: Surgical information system upgrades help Pennsylvania hospital eliminate

- paper records and improve revenue management. *Health Manag Technol* 2003, 24:32-33
36. Πολύζος Ν, Υφαντόπουλος Ι. Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2000, 17:627-639
37. White DK. No health for all without better trained management. *World Hosp Health Serv* 1997, 33:24-27
38. Ανδριώτη Δ. *Οι ανθρώπινοι πόροι στον υγειονομικό τομέα*. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1994
39. Takase M, Kershaw E, Burt L. Does public image of nurses matter? *J Profess Nurs* 2002, 18:196-205
40. De Young S, Bliss J, Tracy JP. The nursing faculty shortage: Is there hope? *J Profess Nurs* 2002, 18:313-319
41. Disch J. The nursing shortage is a symptom. *J Profess Nurs* 2002, 18:62
42. Fullop T. New approaches to a permanent problem "the inte" grated development of health services and health manpower. *WHO Chronicle* 1976, 30:433-441
43. Fullop T. Health personnel for "health for all": progress or stagnation? *WHO Chronicle* 1986, 40, part 1:194-199, part 2:222-225
44. Mejia A. *Health manpower out of balance: conflicts and prospects*. Council for International Organization of Medical Sciences, Geneva, 1987
45. Brealy S. The medical manpower crisis: who can solve it? *Health Services Manpower Review* 1984, 10:8-10
46. Karalliede LD. Young doctor's preferences in the third world. *World Health Forum* 1987, 8:504-507

Υποβλήθηκε: 15/6/2005
Επανυποβλήθηκε: 22/11/2006
Εγκρίθηκε: 29/1/2007