

Πιλοτική Μελέτη Ερωτηματολογίου για τη Διερεύνηση της Σκοπιμότητας Εφαρμογής του Συντονιστή Χειρουργείου στα Ελληνικά Νοσοκομεία

Κωνσταντινιά Καραθανάση,¹ Παναγιώτης Μπαλτόπουλος,²
Στυλιανή Τζιαφέρη,³ Παναγιώτης Πρεζεράκος⁴

Role of Operating Room Manager in Greek Hospitals

Abstract at the end of the article

¹PhD(c), Ταγματάρχης (ΥΝ), Προϊσταμένη
Χειρουργείου, 404 Γενικό Στρατιωτικό
Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα

²Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα ΤΕΕΦΑ,
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο
Αθηνών, Αθήνα

³Λέκτορας, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης
και Ποιότητας Ζωής, Πανεπιστήμιο
Πελοποννήσου, Σπάρτη

⁴Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών
Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Υποβλήθηκε: 14.10.2013
Επανυποβλήθηκε: 19.12.2013
Εγκρίθηκε: 23.12.2013

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:
Κωνσταντινιά Καραθανάση
Ιωαννίνων 170
412 22 Λάρισα
Τηλ.: 6942 470 814
e-mail: k.karathanasi@gmail.com

Εισαγωγή: Ενώ στο διεθνή χώρο η θέση του συντονιστή χειρουργείου (ΣΧ) θεωρείται απαραίτητη, στην Ελλάδα δεν έχει γίνει ακόμη κατανοητή η ανάγκη της ενσωμάτωσης του θεσμού στο σύστημα και επομένως δεν υπάρχουν αντίστοιχα εργαλεία μέτρησης που να αφορούν στην εφαρμογή του θεσμού. **Σκοπός:** Η διερεύνηση της σκοπιμότητας εφαρμογής του ΣΧ στα ελληνικά νοσοκομεία. **Υλικό και Μέθοδος:** Δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο που απευθυνόταν στους εργαζόμενους σε χειρουργεία, τα οποία στην ελληνική πραγματικότητα δε διαθέτουν εργαζόμενο με καθήκοντα ανάλογα του ΣΧ. Η μελέτη διεξήχθη σε δείγμα 53 νοσηλευτών και ιατρών χειρουργείου και αναισθησιολογικού τμήματος. Αρχικά, η μελέτη είχε εγκριθεί από το Διοικητικό Συμβούλιο και την Επιστημονική Επιτροπή των δύο νοσοκομείων. **Αποτελέσματα:** Η αξιολογία ελέγχθηκε με το συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha, ο οποίος βρέθηκε ίσος με 0,7 και στις δύο ομάδες ερωτήσεων. Ποσοστό 43,4% (n=23) απάντησαν ότι ΣΧ θα έπρεπε να είναι ο προϊστάμενος νοσηλευτής. Οι μισοί ερωτηθέντες ήταν ευχαριστημένοι, ενώ δήλωσαν ότι η εφαρμογή του ΣΧ θα συνέδραμε κατά 60,4% στην καλύτερη οργάνωση των χειρουργείων, κατά 50,9% στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, κατά 54,7% στην αρτιότερη λειτουργία των χειρουργείων και κατά 43,4% στην καλύτερη διεπιστημονική συνεργασία. **Συμπεράσματα:** Τελικά, αναπτύχθηκε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο διερευνά τη σκοπιμότητα εφαρμογής του ΣΧ, δείχνοντας την ανάγκη εφαρμογής του θεσμού λόγω των έντονων οικονομικών πιέσεων για απόδοση του χώρου αλλά και γιατί φάνηκε ότι η επικρατούσα άποψη μεταξύ της διεπιστημονικής ομάδας είναι θετικά προσκείμενη στο ενδεχόμενο της ύπαρξης ενός ατόμου με αποκλειστικά καθήκοντα την καλύτερη οργάνωση του χώρου, τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της λειτουργίας και κυρίως την καλύτερη διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ της διεγχειρητικής ομάδας.

Λέξεις ευρετηρίου: Διαχείριση χειρουργείου, διοικητική λειτουργία χειρουργείου, παραγωγικότητα χειρουργείου

Εισαγωγή

Η ανάγκη παροχής οικονομικής και ταυτόχρονα ποιότητας διεγχειρητικής φροντίδας υγείας στον πλέον δαπανηρό χώρο των νοσοκομείων -σε συνδυασμό με την πολυπλοκότητα του χώρου- καθιστά την οργανωτική και κυρίως τη διοικητική του δομή ιδιαίτερα δύσκολη. Αυτό συμβαίνει γιατί τα βασικά στοιχεία των καθημερινών δραστηριοτήτων, ορισμένα από τα οποία είναι ο συντονισμός της ροής των ασθενών, των πόρων και των διαδικασιών προγραμματισμού, καθώς και η παρακολούθηση της απόδοσης του χώρου, είναι ιδιαίτερα ποικίλα και πολύπλοκα.^{1,2} Επιπλέον, διεθνώς, η τάση κινείται από την παραδοσιακά προσανατολισμένη διαχείριση της λειτουργίας στη διαχείριση του ελέγχου -μέσω της μέτρησης δεικτών των διαδικασιών διαχείρισης- η οποία από κοινού με τη διεπιστημονική συνεργασία μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη απόδοση, βελτιωμένη αποτελεσματικότητα και κυρίως ευχαριστημένους χρήστες.

Στη σημερινή ελληνική -και όχι μόνο- πραγματικότητα, οι νοσηλευτές χειρουργείου είναι κυρίως υπεύθυνοι για την προετοιμασία των ασθενών και το χειρισμό του εξοπλισμού, οι αναισθησιολόγοι εργάζονται κυρίως ατομικά ή ως τμήμα μιας ομάδας ειδικών και ως «ανεπίσημη» αρχή είναι ειδικότερα υπεύθυνοι για τον προγραμματισμό των χειρουργικών επεμβάσεων, οι χειρουργοί παρέχουν τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς τους και μόνο, οι τεχνικοί και οι άλλοι βοηθητικοί προσφέρουν επίσης τις υπηρεσίες στο χώρο ενώ, τέλος, εμπλέκονται και διοικητικοί και οικονομικοί σύμβουλοι του νοσοκομείου οι οποίοι όμως είναι εκτός του χώρου των χειρουργείων. Η εν λόγω πολυπλοκότητα, όπως είναι φυσικό, προκαλεί έλλειψη στη συνέχεια των καθημερινών εργασιών ενώ κυρίως αποτρέπει τον οποιονδήποτε μακροπρόθεσμο σχεδιασμό. Τελικά, κανένας δεν είναι υπεύθυνος για τη συνολική απόδοση των χειρουργείων και φυσικά η σύγχρονη τάση της ικανοποίησης του ασθενούς δεν μπορεί να περιλαμβάνεται σε μια τέτοια δομή.

Η απουσία ενός συντονιστή αποτελεί όχι μόνο εμπόδιο στο γενικότερο σχεδιασμό και την επίτευξη των οικονομικών στόχων των νοσοκομείων αλλά κυρίως στην αξιολόγηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των χειρουργείων μέσω οικονομικών και ποιοτικών μετρήσεων.

Μελέτες σχετικές με το management χειρουργείου που έχουν εκπονηθεί διεθνώς, προτείνουν την εισαγωγή ενός ειδικού διαχειριστή-συντονιστή ως στοιχείο για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των χειρουργείων, και δεν είναι λίγες οι χώρες

που έχουν καθιερώσει τη θέση του ως απαραίτητη.³⁻⁶ Ο συντονιστής χειρουργείου (ΣΧ) έχει την ευθύνη για τη συνολική λειτουργία και την αρμονική συνύπαρξη και συνεργασία διαφορετικών επαγγελματιών υγείας, με απώτερο σκοπό την αποδοτική λειτουργία του χώρου.⁷

Στις ΗΠΑ, ο θεσμός είναι ενεργός >20 χρόνια, με μεγάλη δράση τόσο σε ερευνητικό και επιστημονικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο.^{8,9} Περιοδικά εκδίδονται και συνέδρια διοργανώνονται κάθε χρόνο στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ενημέρωσης των ΣΧ (operating room managers). Σε μελέτη του περιοδικού "OR Manager", περισσότερο από τα μισά (52%) χειρουργεία των μεγάλων νοσοκομείων των ΗΠΑ με 10 χειρουργικές αίθουσες και πάνω διαθέτουν στο προσωπικό τους ΣΧ.⁸ Επιπλέον, το 26% των ΣΧ διαθέτει μεταπτυχιακές σπουδές και εργάζεται κυρίως σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, ο μισθός του έχει αυξηθεί κατά 10.000 \$ τα τελευταία 2 χρόνια ανάλογα με τον τύπο του νοσοκομείου και τις χειρουργικές αίθουσες που διαθέτει και οι περισσότεροι (71%) δεν αναφέρουν πλέον στο διευθυντή του χειρουργείου, όπως ίσχυε σύμφωνα με παλαιότερη μελέτη,⁹ αλλά στον υποδιευθυντή του νοσοκομείου.

Στην ίδια μελέτη φαίνεται ότι ενώ τα νοσοκομεία στηρίζονται στην παροχή ενδοχειρουργικής φροντίδας για την παροχή εσόδων, δε διαθέτουν όλα ΣΧ μειονεκτώντας σε τομείς, όπως η χρηματοοικονομική ανάλυση, η λογιστική, η στρατηγική πρόβλεψη και η διαχείριση εσόδων, αφού, τελικά, η χρήση έμπειρων στελεχών βοηθά στην αύξηση της αποδοτικότητας διατηρώντας ή ενισχύοντας την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.¹⁰ Γεγονός είναι πάντως ότι οι κύριες αρμοδιότητες των ΣΧ τα τελευταία χρόνια μετακινήθηκαν από τις καθαρά οικονομικές αναλύσεις κυρίως στην ανάλυση ποιότητας υλικών και διαδικασιών και στην αγορά των κατάλληλων υλικών/μηχανημάτων.¹¹

Έτσι, η χρήση στατιστικών στοιχείων και αντίστοιχα πινάκων από τους ΣΧ, π.χ. για το χρόνο χρήσης των χειρουργικών αιθουσών από κάθε χειρουργό ξεχωριστά, φαίνεται να βοηθά όχι μόνο στον έλεγχο της επιβράδυνσης της έναρξης και λήξης των χειρουργικών επεμβάσεων και των επανεισαγωγών λόγω καθυστερήσεων και αναβολών, αλλά και στον έλεγχο των μολύνσεων.¹¹

Τελικά, η απουσία των ΣΧ αντιπροσωπεύεται από σπατάλη πόρων και χαμηλά έσοδα σε αντίθεση με την ύπαρξή τους που συνεπάγεται ένα αποτελεσματικό χρονοδιάγραμμα χρήσης των χειρουργικών αιθουσών από τους χειρουργούς, οι οποίοι απαιτούν ανά πάσα στιγμή κενή αίθουσα με απροσδιόριστο χρόνο χρήσης.¹² Σχετικές μελέτες καταδεικνύουν ότι και οι χειρουργοί αποδέχονται την ύπαρξη ενός συντονιστή με ανάλογα καθήκοντα, γιατί

η αύξηση της απόδοσης των χειρουργείων έχει αντίκτυπο και στη δική τους υπόληψη διορθώνοντας συμπεριφορές συναδέλφων τους, που μετακινούν τα περιστατικά τους σε άλλα νοσοκομεία-χειρουργεία, αχρηστεύοντας ουσιαστικά τη δυνατότητα χρήσης των αιθουσών από άλλους χειρουργούς και μην επιτρέποντας τη χρήση του αναλογούμενου χρόνου τους στις χειρουργικές αίθουσες.¹²

Επιπλέον, η ύπαρξη του ΣΧ απελευθερώνει τον εκάστοτε προϊστάμενο νοσηλευτή από τη συλλογή στατιστικών δεδομένων και τυχόν άλλες διοικητικές αρμοδιότητες, ώστε να μπορεί να επικεντρωθεί στην παροχή ποιοτικής διεγχειρητικής φροντίδας αναπτύσσοντας έτσι το χειρουργείο ως έναν οργανισμό απ' όπου το νοσοκομείο εξασφαλίζει καλύτερες οικονομικές αποδόσεις, οι ασθενείς εμφανίζονται σαφώς πιο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και οι εργαζόμενοι διαπιστώνουν ότι ο χρόνος εργασίας τους είναι πλέον αποδοτικότερος, γεγονός που τους γεμίζει ευχαρίστηση, θετική διάθεση και συνεπώς τους κινητοποιεί θετικά. Εξίσου οι managers έχουν ως καθήκον τους την προσεκτική παρακολούθηση ενεργειών για τον εντοπισμό των ελλειμμάτων απόδοσης και ευκαιριών βελτίωσης, αναπτύσσοντας εργαλεία λήψης αποφάσεων, που επιτρέπουν την αποτελεσματική διαχείριση του χειρουργείου. Επιπλέον, η προμήθεια υλικών αναλώσιμων και μη, πραγματοποιείται βάσει ποιοτικών ελέγχων, που τυπικά ένας διευθυντής χειρουργείου ή ένας προϊστάμενος δεν έχει ούτε τον απαιτούμενο χρόνο να προβεί σε ανάλογες ενέργειες ούτε την απαιτούμενη εκπαίδευση για να το πράξει. Αντίθετα, οι ΣΧ διαθέτουν και τη γνώση και τα εργαλεία για την ανάλυση εξόδων και την ανάπτυξη μεθόδων μείωσης του κόστους των προϊόντων, ενώ ταυτόχρονα έχουν τη δυνατότητα να ελέγχουν και να διακανονίζουν το ρυθμό των ακυρώσεων, το χρόνο έναρξης των χειρουργείων και την καθυστέρηση εναλλαγής των χειρουργικών επεμβάσεων, στοιχεία που φαίνεται ότι καθορίζουν τη συνολική απόδοση των χειρουργείων αφού επιτρέπουν τον προσδιορισμό των προβλημάτων στη διεγχειρητική διαδικασία, τα νοσηλευτικά πρωτόκολλα, το σχεδιασμό, ακόμη και την εν γένει απόδοση των χειρουργών.

Επίσης, επειδή προαπαιτούμενο προσόν των ΣΧ είναι και η προύπηρεσία σε χώρο χειρουργείου, οι ΣΧ διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο να συνδράμουν το προσωπικό των χειρουργείων να αντιμετωπίσει και να βελτιώσει τη συνολική απόδοσή του σε αντίθεση με τους διοικητές των νοσοκομείων, οι οποίοι ενδέχεται να μην έχουν γνώση των ειδικών συνθηκών, που επικρατούν στο χειρουργείο, καθώς και των συγκεκριμένων καταστάσεων της κάθε χειρουργικής επέμβασης, π.χ. πόσο κοστίζει μια επέμβαση

ολικής αρθροπλαστικής ισχίου, πόσο χρόνο μπορεί να διαρκέσει και τι υλικά, εξοπλισμό και προσωπικό απαιτεί. Κατ' αυτόν τον τρόπο, ο ΣΧ λειτουργεί ως σύνδεσμος μεταξύ του χειρουργείου και της διοικητικής υπηρεσίας του νοσοκομείου, αποδεσμεύοντας από κάθε διοικητική αρμοδιότητα τους προϊστάμενους του χειρουργείου, ενώ ταυτόχρονα τους βοηθά να επιτύχουν τους στρατηγικούς στόχους που έχουν καθορίσει.^{11,12}

Στις ευρωπαϊκές χώρες, οι πρώτες μελέτες σχετικά με το management χειρουργείων έκαναν την εμφάνισή τους τα τελευταία 10 χρόνια, με πρωτοπόρες τη Φινλανδία, την Ελβετία και τη Γερμανία. Ιδιαίτερα στη Γερμανία μάλιστα, από το 2010, σχεδόν το 1/3 των νοσοκομείων διαθέτει θέση ΣΧ, αναλογία που αυξάνεται τελευταία όλο και περισσότερο, με σκοπό την αποδοτικότερη και πιο αποτελεσματική διαχείριση των χειρουργείων.⁵ Αυτό φαίνεται και από το γεγονός ότι στις νέες προσλήψεις των ΣΧ ενισχύονται οι αρμοδιότητές τους (βάσει των συμβάσεων εργασίας τους), με σκοπό την εφαρμογή νέων κανόνων στα χειρουργεία. Στις εν λόγω αρμοδιότητες περιλαμβάνονται ο στρατηγικός προγραμματισμός, ο ετήσιος ισολογισμός, οι οικονομικές αναλύσεις/αναφορές, οι αναλύσεις ποιότητας υλικών και διαδικασιών, η επιλογή των προϊόντων, η διαχείριση των υλικών και ο προγραμματισμός των χειρουργικών επεμβάσεων κυρίως με τη χρήση πληροφοριακών συστημάτων και, τελικά, η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης διεγχειρητικής φροντίδας. Επομένως, ο ΣΧ είναι υπεύθυνος για τη διατήρηση του προϋπολογισμού, το χρονοδιάγραμμα, τον έλεγχο της ποιότητας, την ασφάλεια των ασθενών, καθώς και την ικανοποίηση προσωπικού και ασθενών. Επιπλέον, ως μέλος επιτροπών αξιολόγησης παραγωγής είναι υπεύθυνος και για τη συνολική απόδοση διατηρώντας τα χειρουργεία σε πλήρη λειτουργία και εξοπλισμένα με συσκευές και μηχανήματα νέας τεχνολογίας.⁷

Σε μια επίσης αξιολογη μελέτη των Ernst et al¹³ παρατηρήθηκε ότι η ύπαρξη ΣΧ αποτελεί μακροπρόθεσμη επένδυση για τη βελτίωση οικονομικών και ποιοτικών δεικτών του χειρουργείου, όπως είναι η μείωση του χρόνου καθυστέρησης έναρξης των χειρουργικών επεμβάσεων, ενώ παρουσιάστηκε και βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας των χειρουργείων, που είχαν προβεί στην πρόσληψη ενός αποκλειστικά υπεύθυνου για τον προγραμματισμό και την παρακολούθηση των ενδοχειρουργικών διαδικασιών. Σε άλλη μελέτη,¹⁴ στην οποία δε φάνηκε η ύπαρξη ΣΧ να επηρεάζει την παραγωγικότητα του χειρουργείου, οι ερευνητές επεξήγησαν το απροσδόκητο αυτό αποτέλεσμα, γιατί οι συμμετέχοντες ΣΧ δεν είχαν συμπληρώσει ένα χρόνο στη θέση εργασίας

τους, οπότε δεν μπορούσαν να εξαχθούν και ανάλογα αποτελέσματα πλήρως αποδεκτά.

Σε μία από τις πρώτες μελέτες σε ευρωπαϊκό έδαφος, και συγκεκριμένα στη Γερμανία, οι Geldner et al¹⁵ διαπίστωσαν ότι υπήρξε εμφάνιση των ΣΧ επειδή σε στενότερα οικονομικά πλαίσια, υπάρχει μικρότερη ανοχή των νοσοκομείων στην αντιεπαγγελματική διαχείριση.

Βέβαια, ο συγκεκριμένος συντονιστικός ρόλος δεν πρέπει να συγχέεται με τη χειρουργική αντιμετώπιση. Η χειρουργική αντιμετώπιση της ροής εργασίας έχει καταστεί πολύ πιο διαφανής και αποτελεσματικότερη. Καταστάσεις όμως έκτακτης ανάγκης μπορεί να ενσωματωθούν νωρίτερα στο πρόγραμμα, ώστε να μειωθούν οι πιέσεις για τον εργαζόμενο κατά τη διάρκεια της εφημερίας, με συνέπεια τη μικρότερη πιθανότητα λάθους και τη μεγαλύτερη ικανοποίηση ασθενούς και προσωπικού. Για το λόγο αυτόν όμως είναι σκόπιμο να δημιουργηθεί μια κεντρική οργανωτική δομή στο πρόσωπο του ΣΧ, ο οποίος θα ηγηθεί αυτής της διεπιστημονικής και διεπαγγελματικής ενδοχειρουργικής συνεργασίας και θα έχει τη δυνατότητα να δίνει εντολές στα μέλη της ενδοχειρουργικής ομάδας, ενώ ο ίδιος θα αναφέρεται απευθείας στη διοίκηση του νοσοκομείου.

Με αυτόν τον τρόπο, τα χειρουργεία θα έχουν τη δυνατότητα να τακτοποιήσουν ορθολογικά το κόστος, διατηρώντας παράλληλα υψηλής ποιότητας υπηρεσίες.

Σκοπός

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σκοπιμότητας εφαρμογής του ΣΧ στα ελληνικά νοσοκομεία.

Υλικό και Μέθοδος

Μετά από έρευνα της βιβλιογραφίας για το θεσμό του ΣΧ, όπως εφαρμόζεται ήδη διεθνώς, τις αρμοδιότητές του, τις απαιτούμενες γνώσεις, τις δεξιότητες και τα χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτει και κατόπιν επικοινωνίας με συλλόγους περιεγχειρητικής νοσηλευτικής σε χώρες, στις οποίες εφαρμόζεται ο θεσμός, αλλά και με νοσοκομεία που ήδη αναζητούσαν ΣΧ και περιέγραφαν τη θέση εργασίας, δομήθηκε ερωτηματολόγιο για τη διερεύνηση εφαρμογής του θεσμού στα ελληνικά χειρουργεία.

Αρχικά, δομήθηκαν δύο ερωτηματολόγια. Το Α ερωτηματολόγιο με 11 ερωτήσεις απευθυνόταν στους εργαζόμενους σε χειρουργεία στα οποία υπάρχει ΣΧ ή κάποιος άλλος με τα καθήκοντα του ΣΧ, ενώ το Β ερωτηματολόγιο με 9 ερωτήσεις απευθυνόταν στους εργαζόμενους σε

χειρουργεία, τα οποία δε διαθέτουν εργαζόμενο με ανάλογα καθήκοντα.

Τέσσερις από τις 9 ερωτήσεις αφορούν στη γνώμη των εργαζομένων σχετικά με το ποιος θα μπορούσε ή θα έπρεπε να είναι ο ΣΧ, τι προσόντα θα έπρεπε να έχει, σε ποιον θα έπρεπε να δίνει αναφορά και ποιες θα έπρεπε να είναι οι αρμοδιότητές του. Τρεις ερωτήσεις αφορούν στην απεικόνιση της παρούσας κατάστασης, όπως ποια άτομα εμπλέκονται στο βραχυπρόθεσμο και το μακροπρόθεσμο προγραμματισμό των χειρουργικών επεμβάσεων και ποιοι στον προγραμματισμό των έκτακτων χειρουργείων, στις οποίες ερωτήσεις υπήρχε δυνατότητα επιλογής απαντήσεων μεταξύ του προϊστάμενου νοσηλευτή, του διευθυντή χειρουργού και του διευθυντή αναισθησιολόγου, καθώς και του υπεύθυνου λίστας αναμονής. Η τελευταία ερώτηση, στην οποία υπήρχε δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων αναφέρεται στα στοιχεία που ο συντονιστής θα έπρεπε να χρησιμοποιεί ως δείκτες απόδοσης. Τα δύο ερωτηματολόγια ήταν όμοια, με τη διαφορά δύο επιπλέον ερωτήσεων του Α ερωτηματολογίου που αφορούσαν στο εάν υπάρχει κάποιος άλλος εργαζόμενος με τα καθήκοντα του ΣΧ και αν ναι, ποιος ήταν αυτός.

Και στα δύο ερωτηματολόγια, κατόπιν πρότασης από ομάδα ειδικών, προστέθηκαν επιπλέον:

- Πέντε ερωτήσεις που βαθμολογούνταν με πενταβάθμια κλίμακα Likert, από το πολύ έως το καθόλου και αναφέρονταν στην παρούσα κατανομή ευθυνών και κατά πόσο η ύπαρξη ή μη του συντονιστή με σαφείς και ξεκάθαρες αρμοδιότητες θα βελτίωνε ή ήδη βελτίωνε αυτή την κατανομή
- Δέκα κλειστές ερωτήσεις που αφορούσαν στην αποτύπωση της καθημερινής λειτουργίας των χειρουργείων, με απαντήσεις «ναι», «όχι», «δε γνωρίζω»
- Οκτώ ερωτήσεις με τετραβάθμια κλίμακα Likert από το ποτέ έως το πάντα
- Μία ανοικτού τύπου ερώτηση, που διερευνούσε τον τρόπο, με τον οποίο μετράται η ικανοποίηση του εργαζομένου
- Τρεις ερωτήσεις με δυνατότητα επιλογής ανάμεσα μίας ή περισσότερων απαντήσεων.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, ο συνολικός αριθμός ερωτήσεων για το Α ερωτηματολόγιο ήταν 38 και 36 ο αντίστοιχος για το Β ερωτηματολόγιο, με χρόνο συμπλήρωσης περίπου τα 20 λεπτά.

Τελικά, επειδή η ελληνική πραγματικότητα δε διαθέτει χειρουργεία που να απασχολούν κάποιον εργαζόμενο με τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα του ΣΧ, όπως αυτά περιγράφονται στην ανάλυση των καθηκόντων για τη συγκεκριμένη θέση εργασίας, κατά την εκπόνηση της

πιλοτικής μελέτης διανεμήθηκε μόνο το Β ερωτηματολόγιο, για το οποίο και έγινε ο έλεγχος και στο οποίο αναφέρονται τα παραγόμενα αποτελέσματα.

Στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου υπήρχε παράγραφος που ανέφερε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και ότι οι απαντήσεις στα ερωτήματα είναι απολύτως εμπιστευτικές, ότι πρόκειται να αξιοποιηθούν για τη διενέργεια μελέτης, καθώς και η παράκληση να απαντηθούν οι ερωτήσεις με ειλικρίνεια για να είναι επιτυχής και ακριβής η μελέτη. Επίσης υπήρχε παράγραφος, όπου αναλυόταν ο θεσμός του ΣΧ (ελληνική μετάφραση του όρου "OR Manager") με τις αρμοδιότητές του και πώς αυτός είναι διακριτός τόσο από τον ιατρό διευθυντή χειρουργείου, το διευθυντή αναισθησιολόγο όσο και από τον προϊστάμενο νοσηλεύτη. Η τελευταία σελίδα του ερωτηματολογίου περιελάμβανε τα απαραίτητα δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία.

Μετά από έγκριση χρήσης του ερωτηματολογίου από την Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και κατόπιν έγκρισης διανομής του από τις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών και τις Επιστημονικές Επιτροπές των Νοσοκομείων που συμμετείχαν στον πιλοτικό έλεγχο, διανεμήθηκαν συνολικά 60 ερωτηματολόγια (B) σε νοσηλεύτες, προϊσταμένους νοσηλευτές, χειρουργούς κάθε ειδικότητας και αναισθησιολόγους σε δύο νοσοκομεία της χώρας (1 πανεπιστημιακό και 1 στρατιωτικό). Από τα 60 ερωτηματολόγια, συμπληρώθηκαν τα 54 ενώ μετά τον έλεγχο των ερωτηματολογίων δε συμπεριλήφθηκε ένα στο οποίο δεν είχαν απαντηθεί οι ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα. Έτσι, το τελικό δείγμα του πιλοτικού ελέγχου για τη διακρίβωση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από 53 ερωτηματολόγια (βαθμός ανταπόκρισης: 88,33%). Το υψηλό ποσοστό απαντητικότητας οφειλόταν κυρίως στο ενδιαφέρον που είχαν οι εργαζόμενοι για το νέο θεσμό, ο οποίος κατά κύριο λόγο ήταν άγνωστος αλλά μαγνητίζε έντονα, ιδιαίτερα εξαιτίας των αρμοδιοτήτων του.

Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μετά από προσωπική επαφή με τους προϊσταμένους των χειρουργείων κατά το χρονικό διάστημα Μαΐου-Ιουνίου 2013. Αρχικά, δόθηκε ένα πακέτο ερωτηματολογίων με την καταγραφή «1η συλλογή» (test) και μετά τη συμπλήρωσή του και την πάροδο δύο εβδομάδων διανεμήθηκε στους ίδιους εργαζόμενους και δεύτερο πακέτο ερωτηματολογίων (retest) με την καταγραφή «2η συλλογή». Με τη συμπλήρωση και του δεύτερου πακέτου ερωτηματολογίων συλλέχθηκαν και πάλι προσωπικά και τα δύο πακέτα ερωτηματολογίων για κάθε εργαζόμενο.

Στατιστική ανάλυση

Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν, κωδικοποιήθηκαν και εισήχθησαν σε βάση δεδομένων προκειμένου να πραγματοποιηθεί η στατιστική ανάλυση.

Για την επεξεργασία και τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 19 for Windows. Η στατιστική ανάλυση περιελάμβανε τον έλεγχο αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου, καθώς και τον υπολογισμό του συντελεστή αξιοπιστίας α (alpha coefficient reliability) γνωστού και ως συντελεστή Cronbach's alpha.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, για τη διασφάλιση της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου (περιεχομένου, κριτηρίου, δομής) η συγγραφή του βασίστηκε στη βιβλιογραφία, ενώ ζητήθηκαν και πληροφορίες από συλλόγους περιεγχειρητικής νοσηλευτικής και νοσοκομεία σε χώρες, στις οποίες ήδη εφαρμόζεται ο θεσμός. Επισημαίνεται ότι, κατόπιν πρότασης ομάδας ειδικών, που εξέτασε κατά πόσο το σύνολο και το περιεχόμενο των προτάσεων σχετιζόταν άμεσα με τις έννοιες, που ήταν υπό διερεύνηση, πρότεινε την προσθήκη επιπλέον ερωτήσεων για την αποτύπωση της καθημερινής λειτουργίας των χειρουργείων και την παρούσα κατανομή ευθυνών.

Για τη διερεύνηση της αξιοπιστίας ελέγχου-επανελέγχου (test-retest reliability) στις ερωτήσεις 1-9, 15-21 και 30-36 χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης κάππα (Cohen's kappa coefficient), ενώ στις ερωτήσεις 10-14 και 22-29 χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ κατηγοριών (intra-class correlation coefficient). Σε όλες τις ερωτήσεις βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ($p < 0,001$), γεγονός που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου. Ο δείκτης κάππα έλαβε τιμές 0,7-1, στοιχείο που δηλώνει εξαιρετική συμφωνία μεταξύ των απαντήσεων στις δύο χρονικές στιγμές. Ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ κατηγοριών έλαβε τιμές 0,77-95, εύρημα που δηλώνει εξαιρετικά ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των δύο χρονικών στιγμών.

Για την εκτίμηση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας στις ερωτήσεις 10-14 και στις ερωτήσεις 22-29 υπολογίστηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha, ο οποίος ήταν ίσος με 0,7 και στις δύο ομάδες ερωτήσεων, εύρημα που δηλώνει ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια.

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα κατανομής συχνότητας των δημο-

γραφικών στοιχείων φαίνονται στον πίνακα 1.

Αν και το 75,5% του συνόλου των ερωτηθέντων ήταν νοσηλευτές, μόνο το 43,4% (23 άτομα) απάντησαν ότι ΣΧ θα έπρεπε να είναι ο προϊστάμενος νοσηλευτής. Η δεύτε-

ρη δημοφιλέστερη απάντηση αφορούσε στο διευθυντή ιατρό αναισθησιολόγο, με ποσοστό 24,5%. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο ΣΧ θα έπρεπε να διαθέτει ως κύριο προσόν μεταπτυχιακό στη διοίκηση και την οργάνωση (54,7%) και να δίνει αναφορά στο διευθυντή ιατρό του χειρουργείου (37,7%), ενώ οι κύριες αρμοδιότητές του θα έπρεπε να είναι αρχικά ο προγραμματισμός χειρουργείων (75,5%) και η βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (66%). Επίσης, οι κύριοι δείκτες απόδοσης, τους οποίους θα πρέπει να υπολογίζει ο ΣΧ ήταν ο αριθμός των επεμβάσεων ανά μήνα και ο χρόνος χρήσης της χειρουργικής αίθουσας (64,5%), αποδεικνύοντας το μεγάλο πρόβλημα που προκαλείται κυρίως από τους ιατρούς που επιθυμούν αίθουσα συνεχώς διαθέσιμη. Το 72% των ερωτηθέντων πίστευε επίσης ότι ο ΣΧ θα έπρεπε να έχει το δικαίωμα εντολής επί των άλλων επαγγελματιών υγείας.

Από τις ερωτήσεις που αποτύπωσαν την τρέχουσα εικόνα των ελληνικών χειρουργείων, οι απαντήσεις έδειξαν ότι ο διευθυντής αναισθησιολόγος είναι κυρίως υπεύθυνος τόσο για τον προγραμματισμό των εκτάκτων χειρουργικών επεμβάσεων (75,5%) -αφού κατά βάση εμπλέκεται στο βραχυπρόθεσμο προγραμματισμό τους (83%)- ενώ για το μακροπρόθεσμο προγραμματισμό των χειρουργικών επεμβάσεων φάνηκε να διαδραματίζει κυρίως ρόλο ο προϊστάμενος ιατρός χειρουργός.

Επίσης, ενώ η πλειοψηφία των νοσοκομείων διαθέτει κανονισμό λειτουργίας χειρουργείων, με σχέδια έκτακτης ανάγκης και αναρτημένους αλγόριθμους, η λίστα Ασφαλούς Χειρουργικής δε συμπεριλαμβάνεται στα διεγχειρητικά έντυπα και δεν υπάρχει ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής των διεγχειρητικών εντύπων και προγραμματισμού των χειρουργικών επεμβάσεων. Από την άλλη πλευρά, είναι ενθαρρυντικό ότι τηρείται συχνά η ώρα έναρξης και λήξης των χειρουργικών επεμβάσεων (47,2%), χωρίς όμως να καταγράφεται ο χρόνος αναμονής του ασθενούς πριν από την είσοδό του στη χειρουργική αίθουσα (84,9%).

Από την καταγραφή της παρούσας κατάστασης είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι το 32,1% των ερωτηθέντων δεν κατέγραψε ποτέ οποιαδήποτε είδους επιπλοκή, ενώ, όταν αυτό έγινε, αφορούσε κυρίως στις επιπλοκές από την αναισθησία (79,2%).

Σημαντικό ήταν επίσης ότι το 94,3% των ερωτηθέντων θεώρησε ότι δεν μετράται η ικανοποίησή του, ενώ για την ικανοποίηση του ασθενούς το δείγμα παρουσιάστηκε διχασμένο με το 45,3% να θεωρεί ότι μετράται μέσω του αποτελεσματικού ελέγχου του πόνου. Τέλος, το 54,5% θεώρησε ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού επιτυγχάνεται μόνο μέσω της προσφοράς παρακολούθησης συνεδρίων.

Πίνακας 1. Κατανομή συχνότητας (απόλυτη και σχετική) δημογραφικών στοιχείων

Δημογραφικά στοιχεία	n (%)
<i>Φύλο</i>	
Γυναίκα	30 (56,6)
Άνδρας	23 (43,4)
<i>Νοσοκομείο</i>	
404 ΓΣΝ	11 (79,2)
ΠΠΓΝΛ	42 (20,8)
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	
Άγαμος(η)	8 (15,1)
Έγγαμος(η)	44 (83)
Διαζευγμένος(η)/χήρος(α)	1 (1,9)
<i>Εκπαίδευση</i>	
ΠΕ	19 (35,8)
ΤΕ	25 (47,2)
ΔΕ	9 (17,0)
<i>Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών</i>	
Ναι	6 (11,3)
Όχι	47 (88,7)
<i>Διδακτορικό δίπλωμα</i>	
Ναι	3 (5,7)
Όχι	50 (94,3)
<i>Ειδικότητα/εξειδίκευση</i>	
Ναι	13 (24,5)
Όχι	40 (75,5)
<i>Θέση εργασίας</i>	
Προϊστάμενος νοσηλευτής	2 (2,38)
Αναπληρωτής προϊστάμενος νοσηλευτής	2 (2,38)
Νοσηλευτής ΠΕ/ΤΕ	28 (52,8)
Λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό	8 (15,1)
Ιατρός διευθυντής χειρουργείου	1 (1,9)
Ιατρός διευθυντής αναισθησιολογικού	4 (7,5)
Ιατρός διευθυντής κλινικής	2 (3,8)
Ιατρός	2 (3,8)
<i>Ηλικία (έτη)</i>	40,3 (6,5)*
<i>Προϋπηρεσία (έτη)</i>	13,6 (6,2)*
<i>Προϋπηρεσία σε χειρουργείο (έτη)</i>	11,4 (7,1)*

404 ΓΣΝ: 404 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Λάρισας, ΠΠΓΝΛ: Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, ΠΕ: Πανεπιστημιακή εκπαίδευση, ΤΕ: Τεχνολογική εκπαίδευση, ΔΕ: Δευτεροβάθμια εκπαίδευση

* Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Από την τρέχουσα κατανομή των ευθυνών φάνηκε να είναι ευχαριστημένοι οι μισοί ερωτηθέντες, ενώ θεωρήθηκε ότι η εφαρμογή του ΣΧ θα βοηθούσε στην καλύτερη οργάνωση των χειρουργείων κατά 60,4%, στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας κατά 50,9%, στην καλύτερη λειτουργία των χειρουργείων κατά 54,7% και στην καλύτερη διεπιστημονική συνεργασία κατά 43,4%.

Συζήτηση

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν κυρίως μελέτες για το management χειρουργείου, επειδή είναι ιδιαίτερη η ανάγκη οργάνωσης του χώρου λόγω του γεγονότος ότι προφανώς ο στρατηγικός προγραμματισμός, η χρηματοοικονομική διαχείριση, η διαχείριση ανθρωπίνων πόρων, η διαχείριση των υλικών και η συνεχής βελτίωση της ποιότητας απαιτεί χρηστή οργανωτική δομή, καλή ηγεσία και κυρίως διεπιστημονική συνεργασία.

Όσον αφορά στο ποιος θα ήταν ο καταλληλότερος υπάλληλος για τη σχετική θέση και τι προσόντα θα έπρεπε να διαθέτει, διάφορες μελέτες που εκπονήθηκαν, ιδιαίτερα κατά την τελευταία δεκαετία, ασχολήθηκαν με το θέμα χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια που περιελάμβαναν ερωτήσεις, οι οποίες αφορούσαν στη διοικητική δομή των χειρουργείων τη χρονική στιγμή της μελέτης και κατά πόσο το προσωπικό ήταν ή όχι ευχαριστημένο από αυτή τη δομή. Κάποιες άλλες μελέτες, επίσης, προσπάθησαν να συνδυάσουν συγκεκριμένες τεχνικές διοίκησης με τη βελτίωση δεικτών ποιότητας στα χειρουργεία μετά την εφαρμογή τους. Συγκεκριμένα, στη μελέτη των Sieber και Leibundguc⁴ δόθηκε ερωτηματολόγιο σε διευθυντές αναισθησιολογικών τμημάτων όλων των δημόσιων νοσοκομείων της Ελβετίας σε μια προσπάθεια να διερευνηθεί κατά πόσο τα χειρουργεία της Ελβετίας είχαν manager, τι προγράμματα management εφαρμόζονταν, ποιες ήταν οι απόψεις των αναισθησιολόγων στη διοίκηση και το συντονισμό των χειρουργείων, ποια ήταν η παρούσα κατάσταση διοίκησης και κατά πόσο ήταν ευχαριστημένοι από αυτή. Από τα σημαντικότερα αποτελέσματα, το πλέον αξιοπρόσεκτο ήταν ότι οι περισσότεροι αναισθησιολόγοι φάνηκαν να μην είναι ευχαριστημένοι από την τρέχουσα διαχείριση των χειρουργείων, το 40% των νοσοκομείων δε διέθεταν ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής διεγχειρητικών εντύπων ούτε ηλεκτρονικό σύστημα προγραμματισμού των χειρουργικών επεμβάσεων. Όσον αφορά συγκεκριμένα στο management χειρουργείου, το 23% ήταν έντονα δυσαρεστημένο από την παρούσα οργάνωση του χειρουργείου, το 30% διαφωνούσε

με το πληροφοριακό σύστημα του χειρουργείου, ενώ το 60% ήταν δυσαρεστημένο (με το 29% έντονα δυσαρεστημένο) από τον τρόπο προγραμματισμού των χειρουργικών επεμβάσεων και, τέλος, το 73% θεώρησε ότι η καταμέτρηση των χειρουργικών χρόνων αποτελεί σημαντικό στοιχείο ενός αποτελεσματικού συστήματος πληροφόρησης.

Επίσης, στη μελέτη των Marjamaa και Kirvela³ σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για το συντονισμό των χειρουργείων και πόσο καλά μετράται αυτό, το κύριο τμήμα του ερωτηματολογίου περιελάμβανε 7 ερωτήματα σχετικά με το πρόσωπο που εμπλέκεται καθημερινά στο συνολικό συντονισμό της λειτουργίας των χειρουργείων, στον προγραμματισμό των χειρουργικών επεμβάσεων και κατά πόσο το προσωπικό ήταν ικανοποιημένο από τη δεδομένη κατάσταση. Από τα σημαντικότερα αποτελέσματα ήταν η διαφορά στην απάντηση που έδωσαν οι νοσηλευτές και οι αναισθησιολόγοι σχετικά με τον υπεύθυνο για την καθημερινή λειτουργική διαχείριση του χειρουργείου. Σύμφωνα με τους αναισθησιολόγους, αυτοί θα έπρεπε να είναι υπεύθυνοι είτε μόνοι τους είτε σε συνδυασμό με άλλους σε αντίθεση με τη γνώμη των νοσηλευτών (66% έναντι 35%, $p < 0,001$). Οι προϊστάμενοι νοσηλευτές θεώρησαν ότι ήταν οι μόνοι υπεύθυνοι για το management του χειρουργείου στο 44% των περιπτώσεων σε αντίθεση με τους αναισθησιολόγους, που θεώρησαν ότι αποτελούσαν τμήμα μιας ομάδας υπεύθυνης για το management του χειρουργείου. Επιπλέον, φάνηκε ότι η συμμετοχή των αναισθησιολόγων ήταν μεγαλύτερη όσο αυξανόταν το μέγεθος και άλλαζε ο τύπος του νοσοκομείου, με πιο συχνά τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Για την απόδοση των χειρουργείων, οι κύριοι δείκτες που χρησιμοποιούνταν ήταν ο συνολικός αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων, ο χρόνος χρήσης της χειρουργικής αίθουσας, καθώς και ο χρόνος εναλλαγής των χειρουργικών επεμβάσεων σε μια χειρουργική αίθουσα. Ο συνδυασμός δύο ή περισσότερων ατόμων (αναισθησιολόγου και νοσηλευτή) ήταν η συνηθέστερη μορφή ομάδας management, κυρίως στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Στην ερώτηση, αν ο manager ή η ομάδα management είχε δικαίωμα επί άλλων εργαζομένων ή επαγγελματιών υγείας, η απάντηση ήταν αρνητική τόσο από την πλειοψηφία των ιατρών όσο και των νοσηλευτών. Όσον αφορά στη χρήση πληροφοριακών συστημάτων για τον προγραμματισμό των χειρουργικών επεμβάσεων, το 73% απάντησε θετικά, ενώ το 33% των αναισθησιολόγων και το 25% των νοσηλευτών ανέφεραν ότι σπάνια ήταν δυνατό να έχουν πρόσβαση σε δείκτες απόδοσης χωρίς τη βοήθεια ενός τεχνικού πληροφοριών.

Τέλος, στη μελέτη των Ernst et al,¹³ σε μια προσπάθεια να διερευνηθεί η συσχέτιση ή μη της ύπαρξης εργαλείων management και της απόδοσης των χειρουργείων, διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση της ύπαρξης συντονιστή χειρουργείου με τη μείωση της καθυστερημένης έναρξης της πρώτης επέμβασης σε κάθε χειρουργική αίθουσα, στοιχείο που αναφέρεται ότι αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό δείκτη ποιότητας.

Στον ελληνικό χώρο, δεν υπάρχει θεσμοθετημένη θέση ΣΧ και επομένως δεν υφίστανται αντίστοιχα εργαλεία μέτρησης, που να αφορούν στην εφαρμογή του θεσμού. Επιπλέον, οι όποιες μελέτες για το management χειρουργείου σχετίζονται αποκλειστικά με την κτηριακή υποδομή και τους κανονισμούς λειτουργίας, χωρίς να αναφέρονται στη δυνατότητα εφαρμογής ή στα αποτελέσματα εφαρμογής του θεσμού του συντονιστή με αποκλειστικά καθήκοντα και αρμοδιότητες, όπως ο ετήσιος ισολογισμός μέσω οικονομικών αναλύσεων/αναφορών, η διαχείριση προϊόντων μέσω αναλύσεων ποιότητας, ο προγραμματισμός των χειρουργικών επεμβάσεων μέσω χρήσης πληροφοριακών συστημάτων και γενικότερα ο στρατηγικός προγραμματισμός των χειρουργείων και η βελτίωση ποιότητας της διεγχειρητικής φροντίδας. Με βάση την έλλειψη των εν λόγω δεδομένων αναπτύχθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο αξιολογήθηκε σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές.

Από τη στατιστική ανάλυση του δομημένου εργαλείου διαπιστώθηκε εξαιρετική αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου, με ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των δύο χρονικών στιγμών. Ωστόσο, κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω διερεύνηση του ερωτηματολογίου.

Περιορισμοί μελέτης

Στην πιλοτική εφαρμογή του εργαλείου δε χρησιμοποιήθηκε αντιπροσωπευτικό δείγμα αλλά δείγμα ευκολίας, το οποίο προέρχεται από νοσοκομεία, στα οποία δεν υπάρχει κάποιος εργαζόμενος επιφορτισμένος με καθήκοντα ανάλογα του ΣΧ.

Οι παραδοχές που έγιναν στην παρούσα μελέτη ήταν ότι:

- Όλοι οι ερωτηθέντες ήταν ειλικρινείς στις απαντήσεις τους
- Οι ερωτηθέντες δεν αποδέχθηκαν κάποιου είδους πίεση στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, με αποτέλεσμα οι απαντήσεις τους να εκφράζουν την προσωπική τους και μόνο άποψη
- Οι ερωτηθέντες κατανόησαν το ρόλο και τις αρμοδιότητες του ΣΧ και απάντησαν ελεύθεροι από προσωπικές και επαγγελματικές προτιμήσεις στις ερωτήσεις που αφορούσαν στο ποιος εργαζόμενος πιστεύεται ότι είναι κατάλληλος να αντεπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του συντονιστή.

Σχετικά με το μέγεθος του δείγματος το οποίο ήταν μικρό για ανάπτυξη ερωτηματολογίου, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι για κάθε πρόταση, που θα αναπτυχθεί, χρειάζεται τουλάχιστον δεκαπλάσιος αριθμός συμμετεχόντων.¹⁶

Συμπεράσματα και προτάσεις για εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην κλινική πράξη

Αναπτύχθηκε ένα σχετικά έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο που εκτιμά τη σκοπιμότητα εφαρμογής του ΣΧ στα ελληνικά νοσοκομεία, δίνοντας ώθηση στη διενέργεια αξιόπιστων μελετών που θα συνδράμουν στην καλύτερη εκτίμηση της παρεχόμενης διεγχειρητικής φροντίδας με ταυτόχρονη αποδοτική και αποτελεσματική διαχείριση των χειρουργείων. Ωστόσο, η επικύρωση της εγκυρότητάς του χρειάζεται αλληπάλληλη επαλήθευση από ερευνητές διαφορετικών μελετών. Άλλωστε, ο σκοπός δεν είναι η εφαρμογή μίας νέας θέσης εργασίας επιβαρύνοντας τον ήδη εξαιρετικά περίπλοκο χώρο των χειρουργείων, όπου εργάζεται εξειδικευμένο προσωπικό διαφορετικών ειδικοτήτων, με πολλαπλά ακόμη και αντικρουόμενα πολλές φορές καθήκοντα και συμφέροντα, αλλά η ύπαρξη ενός συντονιστή υπεύθυνου για τη συνολική απόδοση του χώρου, με απώτερο στόχο την αποτελεσματικότερη λειτουργία του χώρου και επομένως την άμεση και ποιοτική παροχή διεγχειρητικής φροντίδας στον ασθενή από τη στιγμή της εισόδου του στο χώρο των χειρουργείων έως και την έξοδό του.

ABSTRACT

Pilot Study on the Feasibility of Implementation of the Role of Operating Room Manager in Greek Hospitals

Konstantinia Karathanasi,¹ Panagiotis Baltopoulos,² Styliani Tziaferi,³ Panagiotis Prezerakos⁴

¹PhD(c), Major, Chief Surgical Nurse, 404 General Army Hospital, Larisa, ²Associate Professor, National and Kapodistrian University of Athens, ³Lecturer, Nursing Section, School of Human Movement Sciences and Quality of Life, University of the Peloponnese, Sparta, ⁴Assistant Professor, Nursing Section, School of Human Movement Sciences and Quality of Life, University of the Peloponnese, Sparta, Greece

Introduction: While in many countries the position of operating room manager (OR manager) is considered necessary, the need for integration of this position into the organizational system of Greek operating rooms is not yet well understood and therefore no measurement tool has been developed related to this role. **Aim:** To investigate the feasibility of implementation of the role of OR manager into Greek hospitals. **Method:** A questionnaire was created that was addressed to the staff of Greek ORs without an OR manager. The study was conducted with a sample of 53 OR nurses, surgeons and anaesthetists. The study was approved by the Board and the Scientific Committees of the two participating hospitals. **Results:** The internal consistency of the questionnaire estimated with Cronbach's α coefficient was 0.7 in both groups of questions. Of the 53 respondents, 23 (43.4%) replied that the OR manager should be the head nurse. Half of the respondents were unhappy with the current management policies, but many believed that the implementation of an OR manager would help: better management (60.4%), efficiency (50.9%), functioning (54.7%) and interdisciplinary collaboration (43.4%). **Conclusions:** The questionnaire appears to explore well the feasibility of implementing the role of OR manager in Greek hospitals. The attitude of the perioperative team towards the possibility of having one person with the exclusive task of OR management was positive, with a view to achieving better collaboration, efficiency and quality of perioperative care. Further exploration is necessary to confirm the findings of this pilot study.

Key-words: operating room management, OR manager, OR productivity

✉ **Corresponding Author:** Konstantinia Karathanasi, 170 Ioanninon street, GR-412 22 Larisa, Greece, tel.: +30 6942 470 814, e-mail: k.karathanasi@gmail.com

Βιβλιογραφία

1. Marjamaa R, Vakkuri A, Kirvelä OA. Operating room management: Why, how and by whom? *Acta Anaesthesiol Scand* 2008, 52:596–600.
2. Fernsebner B. *Competencies for management of the operating room*. Boulder, Colorado: OR Manager Inc, 1996.
3. Marjamaa RA, Kirvelä OA. Who is responsible for operating room management and how do we measure how well we do it? *Acta Anaesthesiol Scand* 2007, 51:809–814.
4. Sieber TJ, Leibundgut DL. Operating room management and strategies in Switzerland: Results of a survey. *Eur J Anaesthesiol* 2002, 19:415–423.
5. Baumgart A, Schüpfer G, Welker A, Bender HJ, Schleppers A. Status quo and current trends of operating room management in Germany. *Curr Opin Anaesthesiol* 2010, 23:193–200.
6. Schüpfer G, Bauer M. Who is suited as operation room manager? Evaluation process for hospitals and candidates. *Anaesthesist* 2011, 60:251–256.
7. Akridge J. OR management role call. *Healthcare Purchasing News* 2013, 37:30–32.
8. Anonymous. Over half of larger ORs have business managers. *OR Manager* 2011, 27:11–12, 14.
9. Saver C. OR managers' salaries increase, but so do their responsibilities. *OR Manager* 2008, 24:1, 9–14.
10. Fernsebner B. Growing role of OR business managers. *OR Manager* 2006, 22:10–11.
11. Saver C. OR business managers steadily gaining clout, financial rewards. *OR Manager* 2013, 29:16–17.
12. Anonymous. Business managers' skill sets strengthen return on investments. *OR Manager* 2013, 29:19–21.
13. Ernst C, Szczesny A, Soderstrom N, Siegmund F, Schleppers A. Success of commonly used operating room management tools in reducing tardiness of first case of the day starts: Evidence from German hospitals. *Anesth Analg* 2012, 115:671–677.
14. Berry M, Berry-Stölzle T, Schleppers A. Operating room management and operating room productivity: The case of Germany. *Health Care Manag Sci* 2008, 11:228–239.
15. Geldner G, Eberhart LH, Trunk S, Dahmen KG, Reissmann T, Weiler T et al. Efficient OP management. Suggestions for optimization of organization and administration as a basis for establishing statutes for operating theatres. *Anaesthesist* 2002, 51:760–767.
16. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization*. 4th ed. Philadelphia, IL: WB Saunders Co, 2001:226–238, 395–406, 443–445, 532–538.