

Die Notwendigkeit der Einrichtung eines OP-Koordinators

Ergebnisse einer Befragung an 26 Kliniken Bayerns mit mindestens sieben Fachabteilungen und Krankenhäusern der Versorgungsstufe III

■ Hans Jürgen Stopora

Zusammenfassung

Die Vorteile, die sich durch Einrichtung eines OP-Koordinators für größere OP-Einheiten ergeben, liegen deutlich auf der Hand: Es soll ein bestmöglicher Einsatz der personellen Ressourcen sowie der OP-Raumkapazitäten erreicht werden. Allerdings machen die Ergebnisse der Untersuchung auch deutlich, dass einige Voraussetzungen gegeben sein müssen. Zuständig sollte eine Berufsgruppe im OP sein, die über den Gesamtüberblick verfügt. Durch eine Dienstanweisung sowie klare Unterstellungsverhältnisse wird dem OP-Koordinator eine gewisse Rückendeckung in Konfliktfällen zugeteilt. Der OP-Koordinator sollte für seine Aufgabe freigestellt sein und nicht nur über eine natürliche Autorität und die notwendige Berufserfahrung, sondern auch über menschliche Qualitäten und Kommunikationsfähigkeit verfügen, um im OP-Team anerkannt zu werden. Die Einbeziehung von personellen Ge-

benheiten und Flexibilität in der Saalnutzung trägt zu einem reibungslosen Ablauf wesentlich bei. Und nicht zuletzt: Für die Patienten besteht ein geringeres Risiko, unverhofft vom OP-Tagesprogramm abgesetzt zu werden und somit eine Verbesserung der Ergebnisqualität.

Die Ergebnisse einer Umfrage unter 26 bayerischen Krankenhäusern der Versorgungsstufe III zeigen, dass sich die Befragten überwiegend für den Einsatz eines verantwortlichen Koordinationsarztes für das OP-Management aussprechen. Befragt wurden Pflegedirektorinnen. Von 26 ausgegebenen Fragebögen erhielten wir 16 Bögen zurück; das entspricht einer Rücklaufquote von 61,5%.

Obwohl 68% der Kliniken angeben, bereits über einen OP-Koordinator zu verfügen, sehen über die Hälfte der Befragten ihre OP-Koordination als verbesserungsfähig an.

Zuständigkeit für die Koordination

Überwiegend die Berufsgruppen Anästhesie bzw. Chirurgie regeln die Koordination des OP-Programmes, aber auch die OP-Pflege (Leitung) ist zu 68% daran beteiligt. Nach Meinung der Befragten sollte an erster Stelle die Anästhesie, gefolgt von der OP-Pflegeleitung die Reihenfolge und Einteilung der OP-Programmpunkte für die einzelnen OP-Säle festlegen.

Unterstellungsverhältnis/ Dienstanweisung

Die Frage nach der dienstlichen Unterstellung des OP-Koordinators wurde unterschiedlich beantwortet. Häufig war der ärztliche Direktor der Dienstvorgesetzte; aber auch die Pflegedienstleitung sowie die Krankenhausleitung wurden genannt. Die Befragten wünschten sich am häufigsten eine direkte Unterstellung des OP-Koordinators durch die Krankenhausleitung – wahrscheinlich, um im Konfliktfall die notwendige Rückendeckung zu gewährleisten.

Eine von der Klinikleitung erlassene Dienstanweisung für den OP-Koordinator, welche Kompetenzen, Aufgaben und Befugnisse festlegt, ist bei 50% der Befragten vorhanden; 93% aller Befragten geben an, dass die Weisungsbefugnis in Form einer Dienstanweisung vorliegen sollte.

Aufgaben und Weisungsbefugnis des OP-Koordinators sollten in einer Dienstanweisung geregelt sein.

Personalressourcen

Wie notwendig sehen die Befragten die Einbeziehung von Personalressourcen und die Einhaltung einer Anmeldefrist? Mit der OP- bzw. Anästhesieleitung wurde das OP-Programm des nächsten Tages bzw. die Saalnutzung in 43% regelmäßig besprochen; in 37% der Fälle überwiegend und gelegentlich in 18%.

Die Bekanntgabe der Vorplanung erfolgte meist zwischen 14 und 15 Uhr; die endgültige Planung erfolgte zwischen 14 und 16 Uhr mit Schwerpunkt auf 15 Uhr. Eine Berücksichtigung von äußeren Einflussfaktoren wie Krankenstand des Personals sowie Kapazität der Intensivbetten fand nur in 19% regelmäßig und überwiegend statt; bei 38% der Befragten fand eine gelegentliche Berücksichtigung besonderer Situationen statt.

Eine direkte Unterstellung des OP-Koordinators durch die Krankenhausleitung gewährleistet die notwendige Rückendeckung.

Nutzung der OP-Säle

Fast die Hälfte der Befragten gab an, ihre OP-Säle flexibel zu nutzen; aber auch die ausschließlich fachgebundene Nutzung der OP-Säle wurde angegeben. Die mehrheitliche Meinung jedoch (81%) war, dass eine flexible Nutzung der OP-Säle wünschenswert wäre.



Abb. 1 Gibt es in Ihrem Haus die Funktion „OP-Koordinator“?

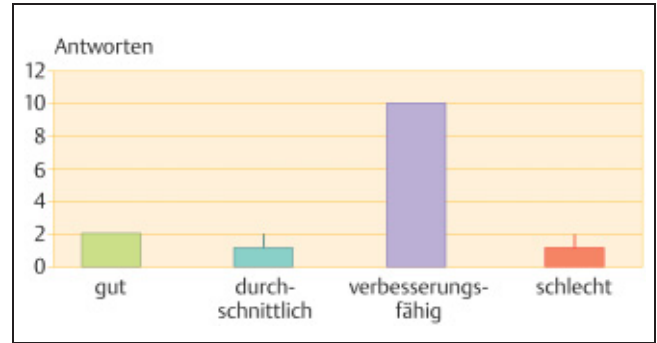


Abb. 2 Wie schätzen Sie die OP-Koordination in Ihrem Haus ein?

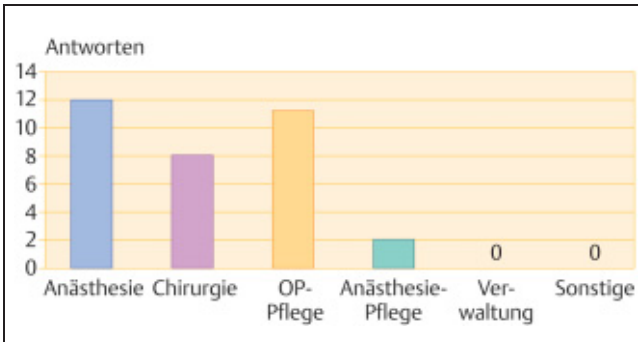


Abb. 3 Wer regelt in Ihrem Haus die Koordination von OP-Programm und OP-Sälen?

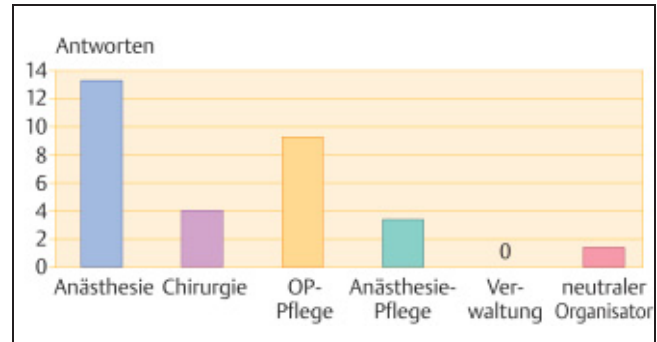


Abb. 4 Wer sollte Ihrer Meinung nach die Koordination von OP-Programm/Sälen durchführen?

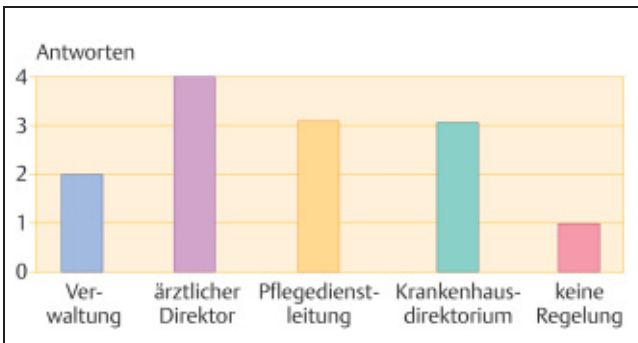


Abb. 5 Wem ist der OP-Koordinator direkt unterstellt?

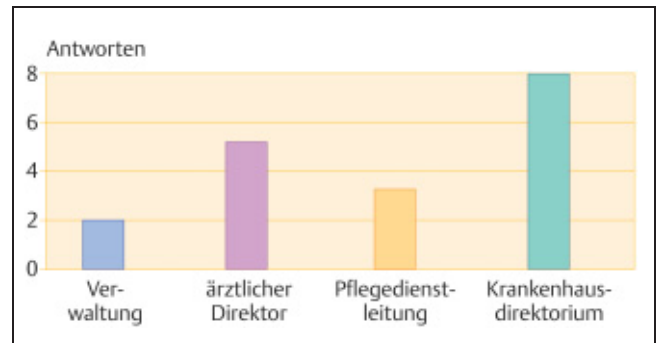


Abb. 6 Wann sollte Ihrer Meinung nach der OP-Koordinator direkt unterstellt werden?

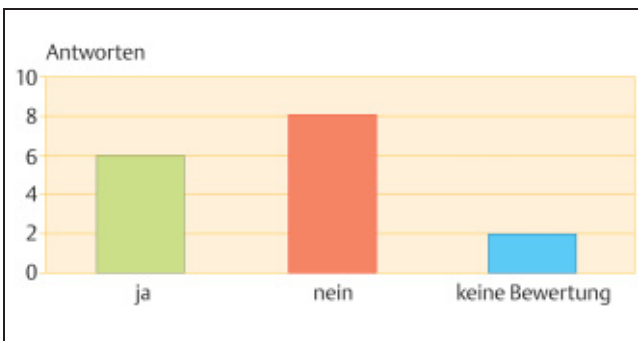


Abb. 7 Ist die Weisungsbefugnis des OP-Koordinators in einer Dienst-anweisung fixiert?

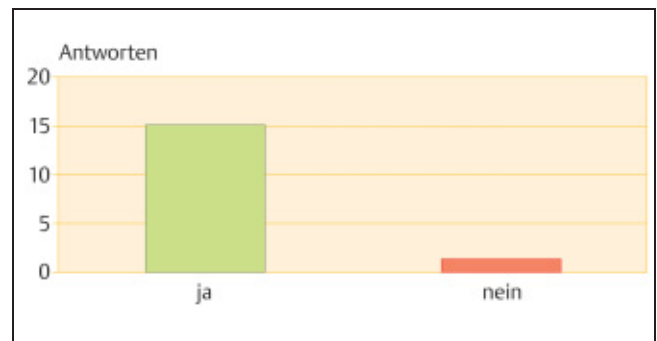


Abb. 8 Sollte die Weisungsbefugnis des OP-Koordinators in einer Dienst-anweisung fixiert sein?

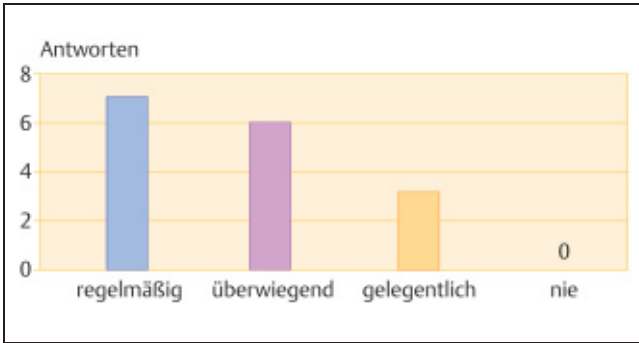


Abb. 9 Wird das Programm bzw. die Saalnutzung mit dem lfd. Pflegepersonal OP/AN besprochen?

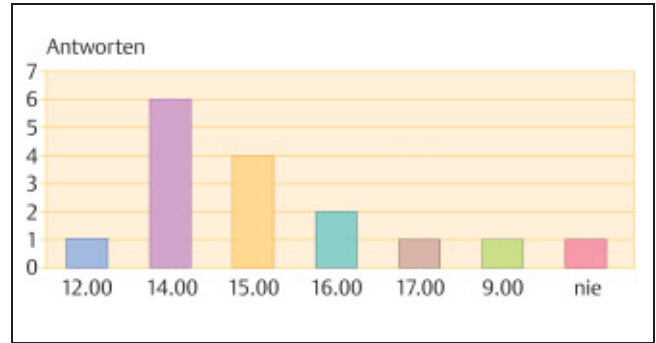


Abb. 10 Wann wird die Vorplanung des OP-Programmes spätestens bekanntgegeben?

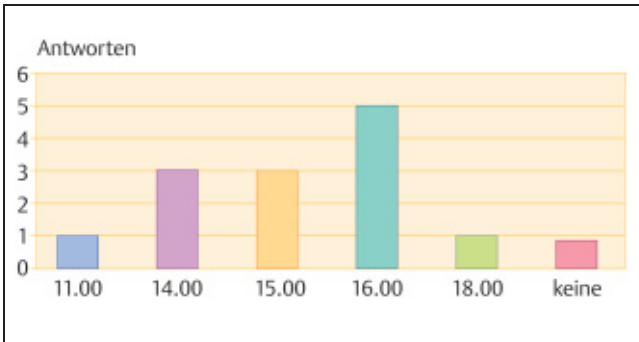


Abb. 11 Wann wird die endgültige Planung des OP-Programmes spätestens bekanntgegeben?

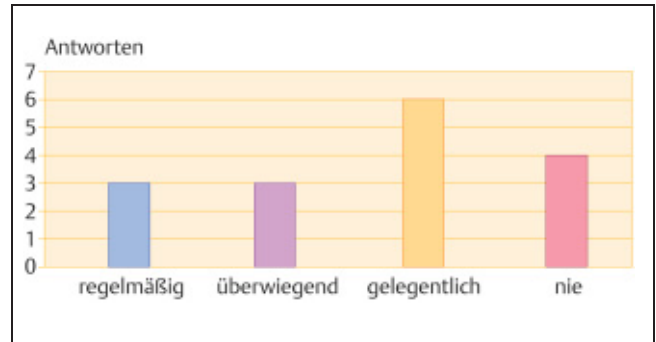


Abb. 12 Werden besondere Situationen (z. B. erhöhter Krankenstand/belegte Intensivbetten etc. ...) bei der OP-Planung berücksichtigt?

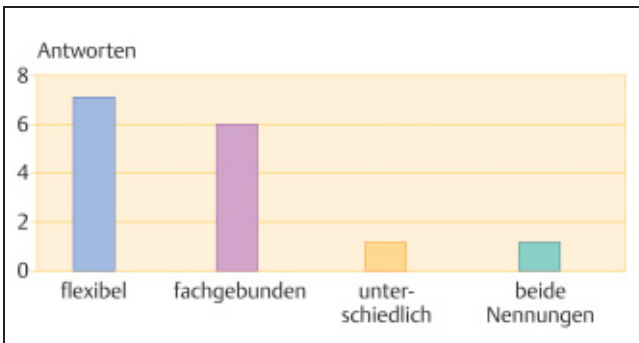


Abb. 13 Wie erfolgt die Nutzung Ihrer OP-Säle?

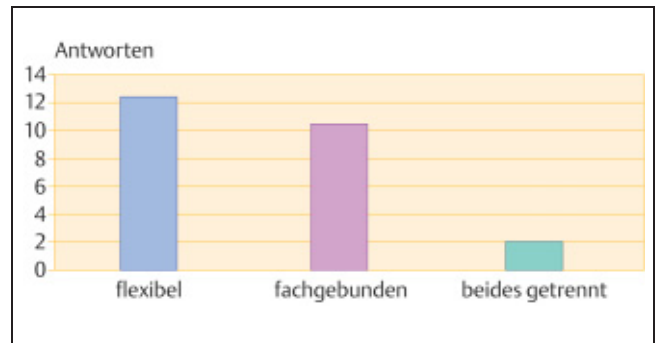


Abb. 14 Wie sollte Ihrer Meinung nach die Nutzung der OP-Säle erfolgen?

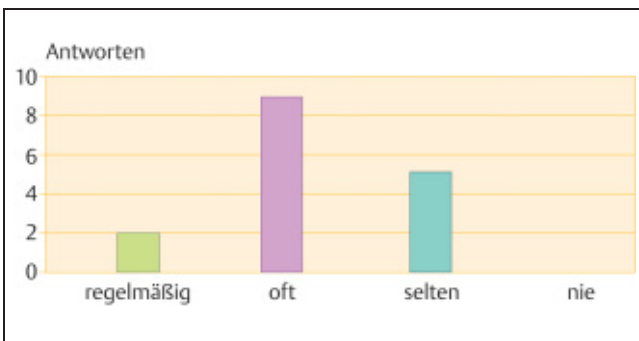


Abb. 15 Werden in Ihrem Haus Elektiveingriffe außerhalb der Regelarbeitszeit durchgeführt?

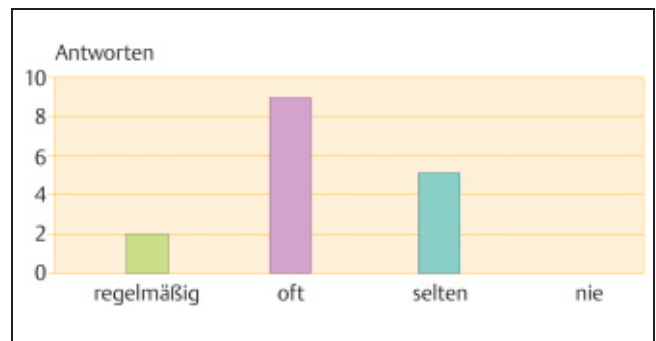


Abb. 16 Wären Elektiveingriffe außerhalb der Regelarbeitszeiten durch adäquate Koordination vermeidbar?

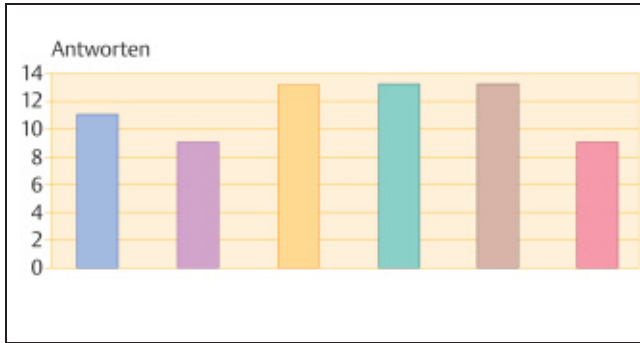


Abb. 17 Welche Folgen hätte Ihrer Meinung nach eine Verbesserung der OP-Koordination (Mehrfachnennung möglich)?

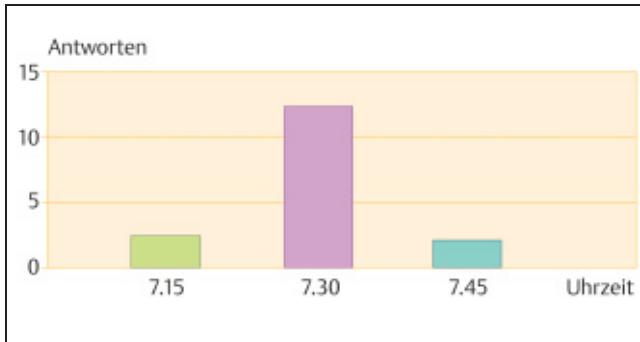


Abb. 18 Wann erfolgt in Ihrem Haus der Arbeitsbeginn von OP- und AN-Pflegepersonal?

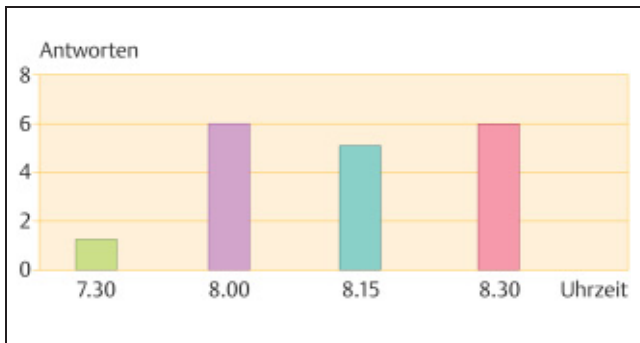


Abb. 19 Wann erfolgt in der Regel der Hautschnitt des ersten Programmpunktes/Saal?

Tagesprogramm und Bereitschaftsdienst

Die Tendenz, Elektiveingriffe außerhalb der Regelarbeitszeit durchzuführen, ist eindeutig zu erkennen. So gaben 56% der Befragten an, dass dies oft vorkomme. 31% gaben eine seltene Überschreitung der Regelarbeitszeit an, 13% die regelmäßige Überschreitung.

Auf die Frage, ob durch adäquate Koordination und Einteilung eine Überschreitung der Regelarbeitszeiten zu vermeiden gewesen wäre, gaben 56% der Befragten an, dass dies oft zu vermeiden wäre.

Ein erfolgreicher OP-Koordinator besitzt langjährige Berufserfahrung, einen umfassenden Überblick und seine Persönlichkeit wird von allen Operateuren akzeptiert.

Arbeitszeitbeginn und Hautschnitt

Der Arbeitszeitbeginn von OP- und Anästhesiepflegepersonal konzentriert sich bei 75% der Befragten auf die Zeit um 7.30 Uhr; dieser Zeitpunkt wird bei den anderen Befragten nur unwesentlich unter bzw. überschritten. Schnittbeginn ist in der Regel zwischen 8 Uhr und 8.30 Uhr.

Effekte einer verbesserten OP-Koordination

Die Befragten sehen in einer Verbesserung der OP-Koordination folgende positive Effekte:

- Optimierung des Personaleinsatzes durch Wegfall von Mehrarbeits-/Überstunden
- Optimierung der Regelarbeitszeit durch Vermeidung von Wartezeiten
- Steigerung der Motivation im Arzt/Pflegebereich
- Verbesserung der ärztlichen Stationsversorgung
- Geringere Kosten durch Wegfall von Überstundenzuschlägen
- Verbesserung des Image der Klinik

Hans-Jürgen Stopora Pflegedienstleiter

Klinikum Memmingen
Bismarckstraße 23
D-87700 Memmingen