

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ
ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ Γ.Π.Ν.
ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»***



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΛΙΑΚΕΑ ΓΕΩΡΓΙΑ**

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2002

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	<i>i-iv</i>
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	1
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
1. ΓΕΝΙΚΑ	3
2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ, Μ.Ε.Θ.	4
3. ΣΚΟΠΟΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, Μ.Ε.Θ.	5
4. ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	6

ΜΕΡΟΣ I

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	8
1.1. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΥΠΑΡΞΗΣ Μ.Ε.Θ.	8
1.2. ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΕΣΑΝ ΣΤΗΝ ΙΔΡΥΣΗ Μ.Ε.Θ.	9
1.3. ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΜΕΝΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	10
1.4. ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΟΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	11
1.5. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΙΑΣ Μ.Ε.Θ.	15
1.6. ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ.	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ Μ.Ε.Θ.	17
2.1. ΜΕΡΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	17
2.2. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	17
2.3. ΕΙΔΗ Μ.Ε.Θ.	18
2.4. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ – ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ Μ.Ε.Θ.	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ	21
3.1. ΜΕΓΕΘΟΣ Μ.Ε.Θ.	21
3.2. ΘΕΣΗ Μ.Ε.Θ.	22
3.3. ΧΩΡΟΙ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ.	23
3.4. ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ Μ.Ε.Θ.	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ Μ.Ε.Θ.	26
4.1. ΓΕΝΙΚΑ	26

4.2. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	26
4.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	27
4.4. ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.	30
5.1. ΓΕΝΙΚΑ	30
5.2. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	30
5.3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	32
5.4. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	32
5.5. ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ	33
5.6. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΞΟΔΟΥ	34
5.7. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ	35
6.1. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ Μ.Ε.Θ.	35
6.2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Μ.Ε.Θ.	36
6.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	38
6.4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	39

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

Η Μ.Ε.Θ. ΤΟΥ Γ.Π.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	40
1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	40
1.2. ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	41
1.3. ΣΥΣΤΕΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΟΡΕΙΣ	44
1.4. ΧΩΡΟΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ	47
1.4.1. Τα κτίρια του Νοσοκομειακού συγκροτήματος	47
1.4.2. Δείκτης επάρκειας χώρων	49
1.5. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΟΜΗ	50
1.6. ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	50
1.6.1. Ιατρική Υπηρεσία	51
1.6.2. Νοσηλευτική Υπηρεσία	55
1.6.3. Διοικητική Υπηρεσία	56
1.7. ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Η ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ Γ.Π.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ	59

2.1. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ Μ.Ε.Θ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	59
2.2. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΜΕΝΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	61
2.3. ΚΑΛΥΨΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	63
2.4. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ Μ.Ε.Θ.	65
2.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ	67
3.1. ΜΕΓΕΘΟΣ Μ.Ε.Θ.	67
3.2. ΘΕΣΗ Μ.Ε.Θ.	68
3.3. ΧΩΡΟΙ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ.	69
3.4. ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ Μ.Ε.Θ.	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ Μ.Ε.Θ.	72
4.1. ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Μ.Ε.Θ.	72
4.2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Μ.Ε.Θ.	73
4.3. ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ Μ.Ε.Θ.	75
5.1. ΚΙΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ Μ.Ε.Θ.	75
5.1.1. Εισαγωγές, συνολικές και στη Μ.Ε.Θ.	75
5.1.2. Διαχωρισμός εισαγωγών Μ.Ε.Θ.	76
5.1.3. Μήνας εισαγωγής	77
5.2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ Μ.Ε.Θ.	78
5.2.1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενών	79
5.2.2. Ασφαλιστικός φορέας	82
5.2.3. Μέση διάρκεια νοσηλείας	84
5.2.4. Διακομιδές ασθενών	85
5.2.5. Θάνατοι	87
5.3. ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ Μ.Ε.Θ.	88
5.4. ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	91
5.5. ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ	95
5.6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ	95
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	99
6.1. ΓΕΝΙΚΑ	99
6.2. ΔΕΙΚΤΕΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ – ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ	100
6.3. ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΙΣΡΟΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ	102
6.4. ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΧΩΡΩΝ	104

6.5. ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΡΟΩΝ	104
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ	109
7.1. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Μ.Ε.Θ. ΤΟΥ Γ.Π.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ	109
7.2. ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	110
7.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	113
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ	115
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΚΛΙΜΑΚΩΝ	115
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΚΥΚΛΙΚΩΝ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	115
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	116
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ	116
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	117
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ	118
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΧΑΡΤΩΝ	118
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	119
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	121

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Α.Α.:	Αίθουσα Ανάνηψης ή Αφύπνισης
Α.Ε.Ε.:	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο
Δ.Ε.:	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
Ε.Κ.Α.Β.:	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
Ε.Σ.Υ.:	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ι.Κ.Α.:	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Ισχ. Μυοκ.:	Ισχαμία Μυοκαρδίου
Κ.Α.Α.:	Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας
Κ.Μ.:	Κινητές Μονάδες
Μ.Α.Φ.:	Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας
Μ.Δ.Ν.:	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
Μ.Ε.Θ.:	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
Γ.Π.Ν.:	Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο
Ν.Π.Δ.Δ.:	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Ο.Α.Α.:	Οξεία Αναπνευστική Ανεπάρκεια
Ο.Γ.Α.:	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Ο.Ε.Μ.:	Οξύ Έμφραγμα Μυοκαρδίου
Π.Ε.:	Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση
Πε.Σ.Υ.:	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
Π.Δ.:	Προεδρικό Διάταγμα
Σ.Α.:	Σχολή Αδελφών
Σ.Γ.Ν.:	Στρατιωτικό Γενικό Νοσοκομείο
Σ.Δ.:	Συμβούλιο Διοίκησης
Τ.Ε.:	Τεχνολογική Εκπαίδευση
Τ.Ε.Π.:	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
Τ.Κ.:	Τραυματιολογικό Κέντρο
τ.μ.:	τετραγωνικά μέτρα
Υ.Ε.:	Υποχρεωτική Εκπαίδευση
Υ.Υ.Π.:	Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας
Φ.Ε.Κ.:	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης
Χ.Α.Α.:	Χρόνια Αναπνευστική Ανεπάρκεια

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή, γίνεται στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του ΤΕΙ Καλαμάτας και συγκεκριμένα και τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας – Πρόνοιας, που ανήκει στη σχολή Διοίκησης και Οικονομίας.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι:

- να μελετήσει την αναγκαιότητα ύπαρξης, τις ιδιαιτερότητες και τις υπηρεσίες που μπορεί να παρέχει μια Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, καθώς και τις προϋποθέσεις που απαιτούνται για την κατασκευή και την αποδοτική λειτουργία αυτών,
- να εξακριβώσει το κατά πόσο η Μ.Ε.Θ. του Γ.Π.Ν. Τρίπολης πληροί τις προϋποθέσεις κατασκευής και αποδοτικής λειτουργίας που απαιτούνται και
- να παρουσιάσει στατιστικά στοιχεία των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη συγκεκριμένη, πολυδύναμη, Μ.Ε.Θ., καθώς και στοιχεία που αφορούν τη νοσηλεία τους ώστε να διαπιστωθεί ποιες κατηγορίες περιστατικών χρήζουν, κατά κανόνα, εντατικής νοσηλείας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κα Λιακέα Γεωργία, καθηγήτρια του τμήματος Δ.Μ.Υ.Π. και εισηγήτρια αυτής της πτυχιακής, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε όσον αφορά την εκπόνηση του θέματος. Επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ στην κα Michelle Guillame – Βασιλάκη, υπεύθυνη της Μ.Ε.Θ. του Γ.Π.Ν. Τρίπολης, για τα πολύτιμα στοιχεία με τα οποία με προμήθευσε, καθώς και στο προσωπικό του Γραφείου Κινήσεως Ασθενών του Νοσοκομείου για τη βοήθεια που μου πρόσφερε και τη φιλική διάθεση με την οποία με αντιμετώπισε. Τέλος, ευχαριστώ όλους όσους με βοήθησαν ηθικά και οικονομικά για την εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. ΓΕΝΙΚΑ

Μέσα στην αλματώδη εξέλιξη της ιατρικής και της τεχνολογίας του 20^{ου} αιώνα η προσπάθεια για τη διατήρηση της ζωής όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο οδήγησε στην επίτευξη παράτασης της αναπνοής και της καρδιακής λειτουργίας με μηχανικά μέσα. Η διαρκώς εξελισσόμενη ιατρική επιστήμη, εκτός από την ανάπτυξη τελειότερων και ακριβέστερων διαγνωστικών μεθόδων και τεχνικών έχει αναπτύξει μεθόδους που αποβλέπουν στην καλύτερη και αποτελεσματικότερη νοσηλεία των πασχόντων και ιδιαίτερα για την αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων που πολλές φορές εμφανίζονται απροσδόκητα και ξαφνικά.

Μια από τις μεθόδους αυτές είναι η εντατική θεραπεία που εφαρμόζεται σε κρίσιμα περιστατικά. Για την αντιμετώπιση όμως των περιπτώσεων που έχουν ανάγκη εντατικής θεραπείας χρειάζεται ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό γιατρών και νοσοκόμων που να μπορεί να αντιμετωπίσει άμεσα και αποτελεσματικά επείγοντα περιστατικά, τα οποία στη σημερινή εποχή είναι πολύ περισσότερα απ' όσο παλαιότερα.

Η δυνατότητα αυτή προσφέρεται μέσα στη λεγόμενη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ο χώρος της Μ.Ε.Θ. είναι ένα πεδίο μέσα στο οποίο «ανακατεύονται» η υψηλή τεχνολογία, η σύγχρονη φαρμακολογία και η έντονη εξειδίκευση. Οι Μ.Ε.Θ. άνοιξαν νέους ορίζοντες και έκαναν δυνατές θεραπευτικές μεθόδους που πριν λίγες δεκαετίες ήταν αδιανόητες και πράγματι σώζουν ζωές.

Το εξειδικευμένο προσωπικό που απασχολείται στις Μ.Ε.Θ. με τη βοήθεια των σύγχρονων μηχανημάτων δύναται να αποτρέψει την κατάληξη της ζωής ενός ανθρώπου. Η κατάληξη αυτή θα μπορούσε να προέλθει είτε από την οξεία επιδείνωση ενός ήδη νοσηλευόμενου ασθενή είτε από κάποιο

έκτακτο γεγονός στη ζωή ενός ανθρώπου (π.χ. ατύχημα). Με δύο λόγια μπορούμε να πούμε ότι οι Μ.Ε.Θ. αποτελούν την πιο αναπτυγμένη τεχνολογική απάντηση του σύγχρονου ανθρώπου για τον βαριά πάσχοντα. Για το λόγο αυτό οι Μ.Ε.Θ. είναι αρκετά ιδιόμορφοι τομείς με εξειδικευμένες ανάγκες και χρίζουν ειδικότερης μεταχείρισης σε σχέση με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου.

2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ, Μ.Ε.Θ.

Εντατική θεραπεία σημαίνει εξάντληση όλων των θεραπευτικών δυνατοτήτων για παροδική υποκατάσταση διαταραγμένων ή ανεσταλμένων ζωτικών λειτουργιών, με σκοπό την επαναφορά των λειτουργιών αυτών, ώστε να είναι αυτόνομα συμβατές με τη ζωή.¹ Με πιο απλά λόγια θα μπορούσαμε να πούμε ότι Εντατική θεραπεία σημαίνει καταβολή κάθε προσπάθειας ούτως ώστε ζωτικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού που έχουν πληγεί να επανέλθουν στο φυσιολογικό τους ρυθμό και έτσι ο άνθρωπος να μπορεί να συνεχίσει τη ζωή του χωρίς προβλήματα.

Ο καλύτερος ορισμός για τη Μονάδα Εντατικής Φροντίδας που δόθηκε από την Αγγλική Ιατρική Εταιρεία είναι: «Η φροντίδα των αρρώστων που κρίνονται ότι μπορεί να αναρρώσουν, αλλά χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση και που χρειάζονται ή είναι πιθανόν να χρειασθούν την κατάλληλη χρήση ειδικών τεχνικών από ειδικευμένο προσωπικό».² Από τον ορισμό και μόνο φαίνεται ότι η εντατική φροντίδα περικλείει εντατική παρακολούθηση και εντατική θεραπεία, η οποία μπορεί να απαιτεί συχνά τη μηχανική βοήθεια των ζωτικών λειτουργιών.

Τέλος, ως Μονάδα Εντατικής Θεραπείας έχει οριστεί ο κατάλληλος λειτουργικά και τεχνολογικά οργανωμένος χώρος, όπου ασκείται η Εντατική

¹ Ελένη Ασκητοπούλου, «Επείγουσα και εντατική ιατρική», Εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 27

² Κ. Παλακώστας – Παπαδημητρίου, «Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Οργάνωση», Περιοδικό Βιοϊατρική τεχνολογία, τόμος 46, τεύχος 4, Οκτ.-Δεκ. 1984, σελ. 514

Ιατρική (εντατική διαγνωστική, εντατική παρακολούθηση και μετεγχειρητική ανάνηψη, εντατική θεραπεία και εντατική νοσηλευτική φροντίδα), οι δε άρρωστοι μπορούν να αναρρώσουν αλλά χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση και την κατάλληλη χρήση ειδικών τεχνικών από ειδικευμένο προσωπικό.¹

3. ΣΚΟΠΟΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, Μ.Ε.Θ.

Ο αντικειμενικός σκοπός της Εντατικής Θεραπείας είναι η παρακολούθηση, ο έλεγχος και η θεραπεία των ανεπαρκουσών ζωτικών λειτουργιών του σώματος. Η διαταραχή ενός βιολογικού συστήματος μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές στα άλλα, γι' αυτό η θεραπεία του ασθενούς απαιτεί λεπτομερή και ολοκληρωμένη γνώση των λειτουργιών του σώματος και σε φυσιολογική και σε παθολογική κατάσταση.²

Ένας από τους πολλούς ορισμούς του σκοπού που έχουν δοθεί για τη Μ.Ε.Θ. είναι ο ακόλουθος: Σκοπός της Μ.Ε.Θ. είναι η παροχή συνεχούς, ολοκληρωμένης και εκτάκτου ανάγκης νοσηλευτικής φροντίδας σε βαριά πάσχοντες αρρώστους, η διατήρηση και η διάσωση της ζωής, καθώς και η διατήρηση της λειτουργικότητας σε επεισόδια κρίσης.³ Πιο απλά σκοπός της Μ.Ε.Θ. είναι να προσφέρει την πιο εξειδικευμένη φροντίδα σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς με τη χρήση σύγχρονου εξοπλισμού από εξειδικευμένο προσωπικό.

¹ Αλεξ. Κ. Νομικός, «Οργάνωση και διοίκηση μονάδων υγείας ΙΙΙ», Διδακτικές σημειώσεις, Αθήνα 1998, σελ. 86

² Α.Κ. Yates, P.J. Moorhead, A.P. Adams, «ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ». Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1990, πρόλογος

³ Βασ. Ανδ. Λανάρα, «Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών». Θεωρ. και οργανωτικό πλαίσιο, Γραφικές τέχνες Γ. Παπανικολάου ΑΒΕΕ, Δ' Έκδοση, Αθήνα 1997, σελ. 203

4. ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ξεκινώντας μια αναδρομή όσον αφορά την πρωτοεμφάνιση της Εντατικής Θεραπείας συναντάμε την κατά ασθενή μέθοδο νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτή η οργάνωση της εργασίας είναι η παλαιότερη όλων των μεθόδων. Πρώτα σημάδια αυτής συναντώνται στη νοσηλεία κατ' οίκον όπου ένας νοσηλευτής αναλάμβανε τη φροντίδα ενός μόνο ή μιας μικρής ομάδας αρρώστων. Με τη μέθοδο αυτή εξασφαλίζεται άμεση παρακολούθηση κάθε αρρώστου και η ικανοποίηση, κατά το δυνατόν, όλων των αναγκών του. Η εφαρμογή της μεθόδου αυτής, με το πέρασμα των χρόνων, περιορίστηκε μόνο στις Μ.Ε.Θ. κυρίως λόγω έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού.¹

Το άμεσο προηγούμενο της Μ.Ε.Θ. είναι ο μετεγχειρητικός θάλαμος ανανήψεως. Πάνε περισσότερο από 100 χρόνια όταν η πρωτοπόρος της νοσηλευτικής Florence Nightingale, στον πόλεμο της Κριμαίας (1853-1856), πρότεινε την ίδρυση θαλάμων μετεγχειρητικής παρακολούθησης. Το πλεονέκτημα αυτών των θαλάμων ήταν ότι πιο εύκολα και πιο οικονομικά συγκεντρώνονταν εκεί οι άρρωστοι που είχαν ανάγκη εντατικής ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας.

Σε μια μικρή ιστορική αναδρομή στην ανάπτυξη των Μ.Ε.Θ. θ' αναφερθούμε στην ίδρυση μιας μικρής μονάδας από 3 κρεβάτια για τη μετεγχειρητική φροντίδα των νευροχειρουργικών αρρώστων στο νοσοκομείο John Hopkins το 1923. Το 1930 ιδρύθηκε σε Πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Γερμανίας από τον Dr Kirschner ένας μικτός θάλαμος ανανήψεως και εντατικής παρακολουθήσεως.

Στην ανάπτυξη υποτυπωδών Μ.Ε.Θ. συνέβαλε και η σοβαρή επιδημία πολυομυελίτιδας που έπληξε τη Σκανδιναβία από τις αρχές της δεκαετίας του '50. Υψηλή θνησιμότητα και χαμηλής ποιότητας παρεχόμενη φροντίδα ήταν τα χαρακτηριστικά της εποχής εκείνης. Η συμβολή όμως των αναισθησιολόγων σε συνεργασία με τους επιδημιολόγους είχε ως αποτέλεσμα

¹ Βασ. Ανδ. Λανάρα, «Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών». Θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο, Γραφικές τέχνες Γ. Παπανικολάου ΑΒΕΕ, Δ' Έκδοση, Αθήνα 1997, σελ. 257

την κατακόρυφη ελάττωση της θνησιμότητας από 80% το 1946 σε 17% το 1949.

Τελειώνοντας την ιστορική αναδρομή σε παγκόσμιο επίπεδο θα σταθούμε στη διάρκεια του 2^{ου} Παγκοσμίου πολέμου (1939-1945) κατά την οποία αναπτύχθηκαν εκσυγχρονισμένες Μ.Ε.Θ. στην Ευρώπη για τους βαριά τραυματισμένους. Το ίδιο διάστημα γεννήθηκε και η ανάγκη για το διαχωρισμό των Μ.Ε.Θ. σε ειδικότητα και συγκεκριμένα στην Αμερική όπου χρειάστηκε να περιθάλψουν άτομα που προέρχονταν από μαζικούς τραυματισμούς, εγκαυματίες, καρδιοπαθείς κ.λπ.¹

Όσον αφορά την Ελλάδα, πρώτη απόπειρα δημιουργίας Μ.Ε.Θ. σημειώθηκε στο «Λαϊκό» νοσοκομείο Αθηνών την περίοδο 1975-77 η οποία όμως κατέληξε σε αποτυχία λόγω μεγάλων προβλημάτων στην οργάνωση. Πρώτη οργανωμένη Μ.Ε.Θ. συστάθηκε στο νοσοκομείο «Σωτηρία» Αθηνών για να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες που προέκυψαν από τη νόσο της πολιομυελίτιδας. Ιδρυτικό στέλεχος ήτο η κα Μαγκριώτη και ενώ στην αρχή λειτούργησε ως Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας (Κ.Α.Α.) μετά το 1980 μπορούμε πλέον να μιλάμε για Μ.Ε.Θ. Συνεχιστής της προσπάθειας ο κος Μπιλάλης, ο οποίος υπήρξε ιδρυτικό στέλεχος Μ.Ε.Θ. στο χώρο της σχολής φυσικοθεραπείας του «Λαϊκού» νοσοκομείου Αθηνών το 1980.² Από τότε έχουν ιδρυθεί Μ.Ε.Θ. σε πολλά νοσοκομεία στην πατρίδα μας, όχι όμως αρκετές για να καλύψουν τις ανάγκες όλης της χώρας.

¹ Κ. Παλακώστα – Παπαδημητρίου, «Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Οργάνωση». Περιοδικό Βιοϊατρική Τεχνολογία, Τόμος 46, τεύχος 4, Οκτ.-Δεκ. 1984, σελ. 513-514

² Β. Κολοκάθη, Θ. Τζέκου, «Διαχειριστική συστηματοποίηση. Μελέτη περίπτωσης Μ.Ε.Θ. Γ.Π.Α.Ν. «ΜΕΤΑΞΑ», Πτυχιακή εργασία. ΤΕΙ Αθήνας, Σ.Δ.Ο., Δ.Μ.Υ.Π., Αθήνα 2002

ΜΕΡΟΣ Ι

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1.1. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΥΠΑΡΞΗΣ Μ.Ε.Θ.

Διαβάζοντας κάποιος απλά και μόνο τον ορισμό της Μ.Ε.Θ. διαπιστώνει αμέσως την ιδιομορφία του τμήματος αυτού, καθώς και το εύρος των νοσηλευτικών υπηρεσιών που μπορεί να προσφέρει. Μιλάμε για ένα τμήμα στο οποίο η κατάσταση της υγείας κάθε ασθενούς εξατομικεύεται και παρακολουθείτε στενά 24 ώρες το 24ωρο από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό με εξειδικευμένες γνώσεις. Εδώ μπορούν να νοσηλευτούν ασθενείς οι οποίοι απαιτούν εντατική παρακολούθηση, συστηματική υποστήριξη, έγκαιρη διάγνωση και φυσικά έγκαιρη θεραπεία. Όλα τα βαριά περιστατικά, όλων των ειδικοτήτων μεταφέρονται και νοσηλεύονται στη Μ.Ε.Θ., η οποία είναι κατάλληλα διαμορφωμένη, εξοπλισμένη και στελεχωμένη. Δεν θα ήταν υπερβολή να ειπωθεί ότι οι Μ.Ε.Θ., με όλες αυτές τις δυνατότητες που προσφέρουν, δίνουν την τελική απάντηση στο ερώτημα της συνέχισης ή μη της ζωής ενός ανθρώπου. Εάν ένας ασθενής καταλήξει μέσα σε αυτή τη μονάδα, αφού προηγουμένως έχει δεχθεί όλες τις ιατρικές επεμβάσεις που θα μπορούσε να αντέξει ο οργανισμός του, σημαίνει ότι δεν υπήρχε πλέον καμία ελπίδα για να διατηρηθεί στη ζωή ο άνθρωπος αυτός. Κλείνοντας την παράγραφο αυτή θα ήθελα να τονίσω για μια ακόμη φορά την τεράστια σημασία της Μ.Ε.Θ. για τον βαριά πάσχοντα ασθενή αφού μπορεί αυτοδύναμα να του προσφέρει 24ωρη παρακολούθηση και μηχανική υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών του.

1.2. ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΕΣΑΝ ΣΤΗΝ ΙΔΡΥΣΗ Μ.Ε.Θ.¹

Έχοντας επισημάνει την αναγκαιότητα ύπαρξης Μονάδων Εντατικής Θεραπείας μπορούμε, προχωρώντας τη μελέτη μας λίγο πιο πέρα, να εντοπίσουμε τους λόγους που συντέλεσαν και επέβαλαν, κατά μία έννοια, την ίδρυση Μ.Ε.Θ. στα σύγχρονα νοσηλευτικά ιδρύματα. Οι λόγοι αυτοί συνοψίζονται παρακάτω:

α) Η πρόοδος της ιατρικής και ειδικότερα η αλματώδης εξέλιξη της χειρουργικής και αναισθησιολογίας.

β) Η τελειοποίηση των μηχανικών μέσων υποστήριξης και παρακολούθησης του ανθρώπινου οργανισμού και

γ) Οι επιπτώσεις του τεχνικού πολιτισμού στην υγεία του ανθρώπου.

Επίσης ώθηση στην ίδρυση Μ.Ε.Θ. έδωσαν και τα ακόλουθα:

α) Οι πολύπλοκες επεμβάσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα. Αυτές απαιτούν συνεχή παρακολούθηση των ασθενών τη μετεγχειρητική περίοδο και τη βοήθεια των μηχανημάτων συνεχούς καταγραφής των λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού.

β) Η τεράστια αύξηση των ατυχημάτων, ιδίως των τροχαίων. Οι κρανιοεγκεφαλικοί τραυματισμοί που προκαλούνται συνήθως, κατέστησαν επιτακτική την ανάγκη οργάνωσης της ανανήψεως και της θεραπείας των τραυματιών.

γ) Η αύξηση του αριθμού των ανθρώπων οι οποίοι λαμβάνουν μεγάλες δόσεις δηλητηριωδών φαρμάκων για λόγους αυτοκτονίας. Η αύξηση αυτών των περιπτώσεων οφείλεται κυρίως στον αγχώδη τρόπο ζωής.

δ) Η ιατρική πείρα, η οποία απέδειξε ότι ασθενείς πάσχοντες από βαριά αναπνευστική ανεπάρκεια δύνανται να βελτιωθούν με τη χρήση ειδικών μηχανημάτων υποστήριξης της αναπνευστικής λειτουργίας.

Κλείνοντας αξίζει να αναφέρουμε ότι σοβαρές μελέτες έδειξαν ότι το ποσοστό θνησιμότητας των βαρέων πασχόντων δύναται να μειωθεί αξιόλογα

¹ Δ. Μπιλάλης, «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», Σημειώσεις, Αθήνα, 1983, σελ. 5

με τη σωστή χρήση των σύγχρονων τεχνικών μέσων που είναι διαθέσιμα στις Μ.Ε.Θ.

1.3. ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΜΕΝΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Οι Μ.Ε.Θ. εξασφαλίζουν την παροχή ιατρικών φροντίδων σε ασθενείς που υποφέρουν από οξείες και ενδεχομένως απειλητικές για τη ζωή τους καταστάσεις. Αυτή η ιατρική ειδικότητα έχει ως αντικείμενο καταστάσεις που:

- αντιπροσωπεύουν αυξημένη και πιθανά άμεση απειλή για τη ζωή του ασθενούς.
- απαιτούν άμεση και ενδεχομένως πολυδύναμη αντιμετώπιση μέσα σε ιεραρχημένα και κωδικοποιημένα πλαίσια, ανεξάρτητα από τα αίτια που προκάλεσαν αυτή την απειλητική για τη ζωή του ασθενούς κατάσταση και που μπορεί να ήταν παθολογικά, χειρουργικά, γυναικολογικά κ.λπ.¹

Η εντατική θεραπεία είναι μια ειδικότητα που απαιτεί γνώση όλων των θεμάτων της κλινικής ιατρικής και των εφαρμογών τους στο βαριά ασθενή. Οι νοσοκόμες, οι γιατροί και οι τεχνικοί που ασχολούνται με αυτή χρειάζονται μεγάλη εξειδίκευση λόγω της συνεχούς προόδου της ιατρικής και της τεχνολογίας. Μέσα στη Μ.Ε.Θ. απαιτείται συνεχής παρουσία ειδικευμένης ομάδας γιατρών και νοσηλευτών, καθώς και η δυνατότητα χρησιμοποίησης σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού.

Αυτό συμβαίνει διότι η μονάδα αυτή είναι τελείως διαφορετική σε σχέση με κάθε άλλο τμήμα του νοσοκομείου. Όλοι οι ασθενείς είναι καθηλωμένοι στα κρεβάτια τους συνδεδεμένοι με διάφορα μηχανικά συστήματα υποστηρίξεως. Η περίπλοκη ιατρική κατάσταση των ασθενών που νοσηλεύονται στη μονάδα επιβάλλει συνεχή επιτήρηση και φροντίδα.²

¹ Ελένη Ασκητοπούλου, «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 23

² Φώτιος Δρούμπλης, «Σύγχρονες μονάδες υγείας», Σημειώσεις, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Σ.Δ.Ο., Δ.Μ.Υ.Π., σελ. 6-26, 6-27

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μ.Ε.Θ. έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

α) Είναι βαριάς γενικής καταστάσεως με πολλές όμως ελπίδες να θεραπευθούν.

β) Για να εξασφαλισθεί ικανοποιητική φυσιολογική λειτουργία είναι αναγκαία συχνά εξωτερική μηχανική βοήθεια,

γ) Χρειάζονται εντατική παρακολούθηση και καταγραφή των ζωτικών λειτουργιών τους και

δ) Χρειάζονται συνεχή ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.¹

Οι Μ.Ε.Θ. διαφέρουν σημαντικά όσον αφορά τον αντικειμενικό τους σκοπό. Μερικές ασχολούνται βασικά με μετεγχειρητικούς ασθενείς (π.χ. μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση), άλλες με ασθενείς που πάσχουν από σοβαρή αναπνευστική νόσο (π.χ. βαρύ βρογχικό άσθμα), άλλες με προβλήματα παρουσιαζόμενα σε θύματα τροχαίων ατυχημάτων με πολλαπλές κακώσεις (π.χ. πολυτραυματίες) ή με αποπειρώμενους να αυτοκτονήσουν.² Οποιαδήποτε και αν είναι η φύση του τραυματισμού ή της νόσου η Μ.Ε.Θ. απαιτεί συλλογική και επιστημονική εργασία υψηλής ποιότητας.

1.4. ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΟΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ³

Η διεθνής βιβλιογραφία υπαγορεύει αρκετές κατευθυντήριες παραμέτρους όσον αφορά τη δημιουργία, την ανάπτυξη και τη διαχείριση μιας Μ.Ε.Θ. Στη συνέχεια ακολουθούν κάποιες γενικές απόψεις σχετικά με τη λειτουργία μιας Μ.Ε.Θ.

Κατ' αρχήν διαπιστώνεται ότι κανένα καινούριο νοσοκομείο δε θα πρέπει να χτίζεται χωρίς Μ.Ε.Θ. Οι σύγχρονες κατασκευές επιτρέπουν να

¹ Κ. Παλακώστα – Παπαδημητρίου, «Μονάδες εντατικής θεραπείας. Οργάνωση», περιοδικό Βιοϊατρική τεχνολογία, Οκτ.-Δεκ. 1984, Τομ. 46, Τεύχ. 4, σελ. 514

² Α.Κ. Yates, Ρ.Ι. Moorhead, Α.Δ. Adams, «ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ», Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1990, Πρόλογος

³ Α.Κ. Yates, Ρ.Ι. Moorhead, Α.Δ. Adams, «ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ», Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1990, σελ. 1-8

αποφεύγονται προηγούμενα λάθη και σαφώς θα πρέπει να απορρίπτονται σχέδια που δεν προβλέπουν την εξασφάλιση φυσικού φωτισμού.

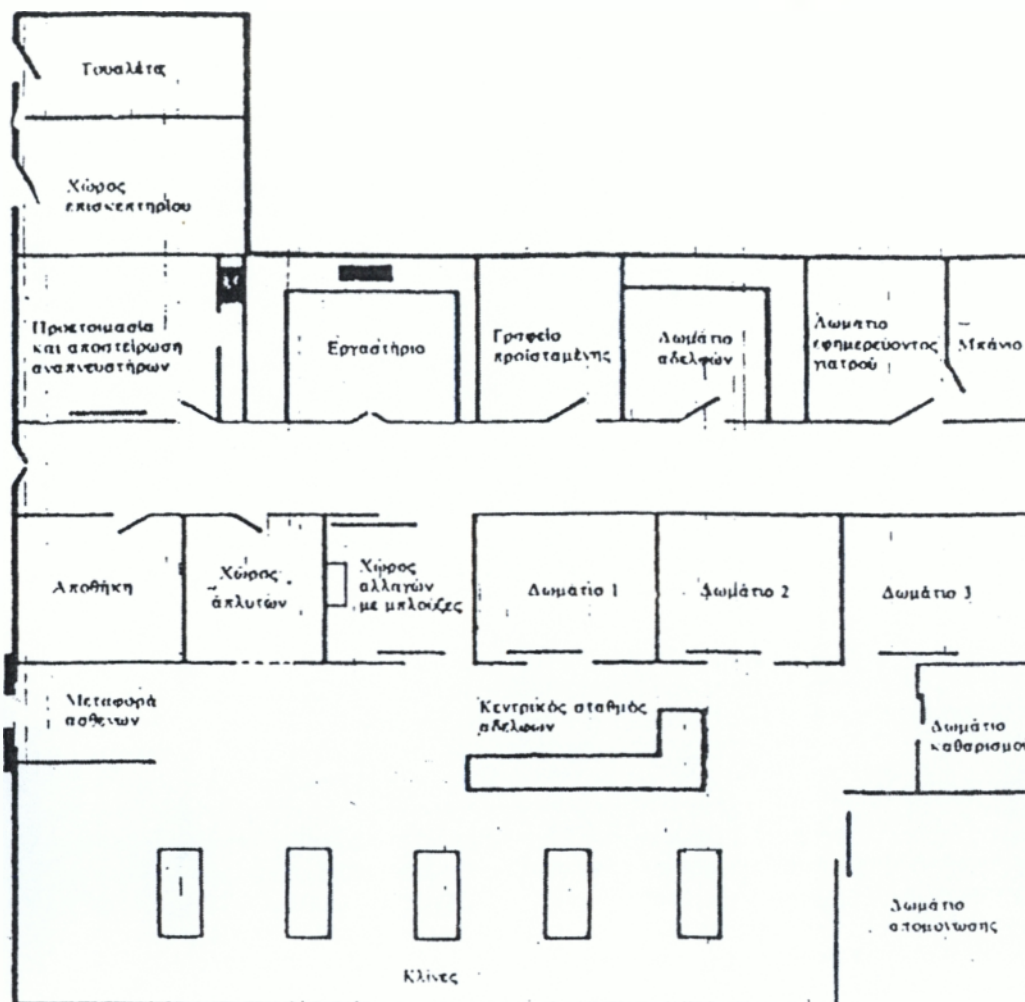
Όσον αφορά στο ανθρώπινο δυναμικό αναφέρεται ότι η ομάδα εντατικής θεραπείας δεν θα πρέπει να είναι πολύ μεγάλη ώστε να υπάρχει συνέχεια στη θεραπεία του ασθενούς. Ως κατάλληλος για να διευθύνει μια Μ.Ε.Θ. ορίζεται ο αναισθησιολόγος ο οποίος είναι εξαιρετικά πολύτιμος για την αναπνευστική υποστήριξη που μπορεί να προσφέρει καθώς και για τις τεχνικές ικανότητές του όπως η διασωλήνωση και ο αερισμός. Ακόμα όμως κι αν δεν έχει την εποπτεία αναισθησιολόγος, αυτός πρέπει να είναι σημαντικό μέλος της μονάδας εντατικής θεραπείας.

Μια Μ.Ε.Θ. με μεγάλη διακίνηση χρειάζεται τουλάχιστον τέσσερις νοσοκόμες για κάθε κρεβάτι. Αυτό επιτρέπει απουσίες λόγω ασθένειας, διαλέξεων εκτός υπηρεσίας και διακοπών. Ακόμη κι όταν οι νοσοκόμες είναι λιγосτές, μια καλή νοσοκόμα εργαζόμενη σ' ένα δωμάτιο κοντά στους ασθενείς είναι καλύτερη από την ίδια νοσοκόμα που κάθεται στον κεντρικό σταθμό και παρακολουθεί από μακριά. Επιπλέον πρέπει να υπάρχουν νοσοκόμες που να έχουν πείρα σε ικανοποιητικό βαθμό για να καλύπτουν νυχτερινή καθώς και ημερήσια απασχόληση.

Δεν υπάρχει ένα διεθνώς παραδεκτό σχέδιο για μια Μ.Ε.Θ. και αυτό μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τις απαιτήσεις της μονάδας και το προσωπικό. Μια γενική μελέτη κατασκευής απεικονίζεται στην Εικόνα 1-1-1.

Το μέγεθος μιας μονάδας εξαρτάται από δύο παράγοντες: Το μέγεθος του νοσοκομείου και τον τύπο των ασθενών που θεραπεύονται στο νοσοκομείο. Πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 4 κλίνες για να δικαιολογείται προσωπικό και οργάνωση μονάδας. Είναι εξίσου σημαντικό η Μ.Ε.Θ. να μην είναι πολύ μεγάλη και άβολη. Δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται για ασθενείς που δε χρειάζονται αυστηρή εντατική θεραπεία.

ΓΕΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΜΙΑΣ Μ.Ε.Θ.



Εικόνα 1-1-1: Μ.Ε.Θ. οκτώ κλινών. Καλό είναι να υπάρχουν περισσότερα του ενός δωμάτια επισκέψεων και δεν θα πρέπει αυτά να βρίσκονται κατά μήκος της κύριας διαδρομής εισόδου / εξόδου στη μονάδα. Πρέπει να υπάρχει όσο το δυνατόν περισσότερος χώρος για αποθήκευση: πολλές μονάδες έχουν γίνει με ανεπαρκή χώρο αποθήκευσης. Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχουν δωμάτια όπου γιατροί, νοσηλευτές και τεχνικό προσωπικό μπορούν να αναπαυθούν, για καφέ κ.λπ. και πρέπει να έχουν παράθυρα και ευχάριστη εμφάνιση.

Η ιδανική θέση για την εγκατάσταση της Μ.Ε.Θ. στο χώρο του νοσοκομείου είναι δίπλα στο χειρουργείο και το θάλαμο ανανήψεως. Θα ήταν επίσης επιθυμητό να είναι κοντά στο ακτινολογικό και τα άλλα εργαστήρια.

Η μονάδα πρέπει να έχει χώρους για αποθήκευση του εξοπλισμού, για αποστείρωση, εργαστήριο, δωμάτιο προετοιμασίας, γραφεία και δωμάτια για

γιατρούς και νοσοκόμες. Ιδεωδώς θα μπορούσε μέσα στη Μ.Ε.Θ. να υπάρχει ένα μικρό χειρουργείο. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε νοσοκομεία όπου γίνονται εγχειρήσεις ανοικτής καρδιάς, όπου μια χρονοβόρα διακομιδή πίσω στο χειρουργείο μπορεί να διακινδυνεύσει τις πιθανότητες επιβίωσης. Το μικρό χειρουργείο μπορεί επίσης να χρησιμοποιείται για άλλες εγχειρήσεις όπως η τραχειοστομία και η βηματοδότηση.

Ένα βιοχημικό εργαστήριο που λειτουργεί σε 24ωρη βάση είναι απαραίτητο. Κάθε στιγμή θα πρέπει να υπάρχει διαθέσιμο εργαστήριο για ανάλυση αερίων αίματος στη μονάδα. Τεχνική βοήθεια πρέπει να είναι διαθέσιμη σε 24ωρη βάση για τη συντήρηση του ηλεκτρονικού εξοπλισμού. Επίσης ο μικροβιολόγος του νοσοκομείου πρέπει να συμμετέχει στις μεθόδους αποστείρωσης και καθαρισμού της μονάδας.

Τα δωμάτια της μονάδας πρέπει να είναι μοναχικά ώστε ο κάθε ασθενής να μην αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει στους άλλους και να μην επηρεάζεται ψυχικώς από τυχόν δυσμενείς εξελίξεις. Καλό είναι η πρόσοψη των δωματίων να είναι κατασκευασμένη με υαλοπίνακες για να είναι θεατός ο ασθενής από το σταθμό των νοσοκόμων, αλλά και οι νοσοκόμες θεατές από τον ασθενή.

Η καλύτερη διάταξη των κλινών είναι η κυκλική γύρω από κεντρικό χώρο προς διευκόλυνση της παρακολούθησης των ασθενών. Ο χώρος γύρω από κάθε κλίνη πρέπει να είναι περίπου 1,5 φορά μεγαλύτερος από το χώρο που καταλαμβάνει μια κλίνη κοινού θαλάμου. Αυτό είναι απαραίτητο αφ' ενός για τη διευκόλυνση της μεταφοράς των ειδικών μηχανημάτων που μπορεί να χρειασθούν και αφ' ετέρου γιατί κάθε κλίνη πρέπει να διαθέτει ικανό χώρο για τον δικό της απαραίτητο εξοπλισμό. Ιδεωδώς κάθε κλίνη πρέπει να έχει οθόνες παρακολούθησης και να είναι ανοικτή και στα δύο άκρα και ακίνητη.

Δεν απαιτείται ειδική ένδυση στους χώρους της Μ.Ε.Θ., εκτός από ασθενείς σε δωμάτια που έχουν οριστεί για απομόνωση. Μια μονάδα πρέπει επίσης να απαιτεί από τους ανθρώπους που εισέρχονται σε αυτή απλά να βγάλουν τα πανωφόρια τους. Οι επισκέπτες πρέπει να περιορίζονται στους πλησιέστερους συγγενείς. Πρέπει τέλος να υπάρχουν διαθέσιμοι τόποι διαμονής, κατά τη νύχτα, των συγγενών των βαριά πασχόντων.

1.5. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΙΑΣ Μ.Ε.Θ.¹

Για να μπορέσει να λειτουργήσει σωστά και αποτελεσματικά μια εντατική μονάδα θα πρέπει να εκπληρώνει τις παρακάτω προϋποθέσεις:

1. Να διαθέτει κλιματισμό και τεχνητό αερισμό ώστε να εξασφαλίζεται ύγρανση, σταθερή θερμοκρασία και ταχύς ρυθμός ανανέωσης του αέρα.
2. Ο φωτισμός πρέπει να είναι ομοιόμορφος και μη εκθαμβωτικός.
3. Να εξασφαλίζεται ηχητική μόνωση.
4. Να διαθέτει οπτικοακουστική εγκατάσταση με οθόνες παρακολούθησης – monitors.
5. Να έχει περιορισμένο χώρο για να είναι δυνατή η καλύτερη οργάνωσή της, η καλύτερη λειτουργικότητά της και η πληρέστερη εποπτεία της.
6. Να περιλαμβάνει μόνο αυτούς τους αρρώστους που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, έτσι ώστε να είναι δυνατή η στενότερη παρακολούθησή τους και πιο επιμελημένη η ιατρονοσηλευτική φροντίδα τους.
7. Να διαθέτει μόνιμο και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Το προσωπικό αυτό θα πρέπει να έχει συνεχή επιμόρφωση σε νέες τεχνολογίες και τεχνικές, επομένως να βρίσκεται σε συνεχή επαφή με τις σύγχρονες επιστημονικές μεθόδους. Έτσι θα είναι ικανό να προσφέρει άμεσο και υψηλής ποιότητας νοσηλευτικό έργο.
8. Να διαθέτει τα καλύτερα και τελειότερα μηχανήματα. Με τέτοια μηχανήματα είναι δυνατή η ακριβέστερη παρακολούθηση της πορείας των ασθενών.
9. Τα μηχανήματα να μην μετακινούνται από τη μονάδα.
10. Να υπάρχει συγκεντρωμένο και άφθονο το απαιτούμενο υλικό στη μονάδα. Έτσι αφενός το προσωπικό κινείται μέσα στη μονάδα

¹ Τζήκα Βαΐα, Χασούρα Νικολίτσα, «Οργάνωση, δομή και λειτουργία των Μ.Ε.Θ. του Π.Γ.Ν.Α. και Γ.Π.Ν.Α. ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟΥ». Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Σ.Δ.Ο., Δ.Μ.Υ.Π., σελ. 87

και αφετέρου καλύπτει άμεσα όλες τις προβλεπόμενες ανάγκες ασθενών.

11. Να γίνεται συχνή απολύμανση του χώρου. Μ' αυτόν τον τρόπο ο άρρωστος βρίσκεται σε πολύ καθαρό περιβάλλον, γεγονός το οποίο συντελεί στον περιορισμό των επιπλοκών που προέρχονται από μολύνσεις.

1.6. ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ.¹

Οι κύριες αρμοδιότητες της Μονάδας είναι οι εξής:

- Να παρέχει άμεση και διαρκή περίθαλψη από ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
- Να παρέχει εξαιρετικές συνθήκες εκπαίδευσης για ιατρούς και νοσηλευτές.
- Να βοηθά στην έγκαιρη διάγνωση, σωστή θεραπεία και αποθεραπεία των καρδιοπαθών, απαλλάσσοντας τον παθολογικό τομέα από την αποδιοργάνωση που προκύπτει με τις επιπλοκές των καρδιοπαθών.
- Να παρέχει εποπτική παρακολούθηση ορισμένων παραμέτρων, όπως αναπνοή, σφίξεις, αρτηριακή πίεση, μέτρηση ούρων κ.λπ.
- Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς, γιατί βρίσκονται σε κλειστό χώρο και
- Να τηρεί βιβλίο κίνησης ασθενών.

¹ Τζήκα Βαΐα, Χασούρα Νικολίτσα, «Οργάνωση, δομή και λειτουργία των Μ.Ε.Θ. του Π.Γ.Ν.Α. και Γ.Π.Ν.Α. ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ», Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Σ.Δ.Ο., Δ.Μ.Υ.Π., σελ. 88

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ Μ.Ε.Θ.

2.1. ΜΕΡΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ¹

Ανάλογα με το είδος των περιπτώσεων και τον τόπο όπου αντιμετωπίζονται, η Επείγουσα και Εντατική ιατρική χωρίζεται στα ακόλουθα μέρη:

- Προνοσοκομειακή Επείγουσα Φροντίδα, που εφαρμόζεται στον τόπο του συμβάντος από οποιονδήποτε μάρτυρα του περιστατικού (πολίτη εκπαιδευμένο στην παροχή πρώτων βοηθειών, νοσηλευτή ή γιατρό).
- Προνοσοκομειακή Επείγουσα Ιατρική, που εφαρμόζεται στον τόπο του συμβάντος από κινητές μονάδες με ειδικευμένο προσωπικό και εξοπλισμό.
- Ενδονοσοκομειακή Επείγουσα Ιατρική, που εφαρμόζεται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών.
- Ενδονοσοκομειακή Εντατική Ιατρική, που εφαρμόζεται στις διάφορες Ειδικές Μονάδες.

2.2. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ²

Οι επιμέρους Μονάδες Επείγουσας και εντατικής ιατρικής ανάλογα με το είδος των ασθενών που περιθάλπουν, είναι οι παρακάτω:

- Κινητές Μονάδες (Κ.Μ.), που παρέχουν προνοσοκομειακή επείγουσα θεραπευτική φροντίδα σε άτομα που κατά κύριο λόγο δεν

¹ Ελένη Ασκητοπούλου, «Επείγουσα και εντατική ιατρική», εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 23-25

² Ελένη Ασκητοπούλου, «Επείγουσα και εντατική ιατρική», εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 23-25

μπορούν να προσφύγουν στο νοσοκομείο, λόγω αντικειμενικής αδυναμίας (π.χ. ατύχημα).

- Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), που παρέχει ενδονοσοκομειακή επείγουσα ιατρική βοήθεια σε άτομα που είτε προσφεύγουν στο νοσοκομείο γιατί υποκειμενικά ή και αντικειμενικά πιστεύουν ότι απειλείται η ζωή τους, είτε μεταφέρονται εκεί από τις κινητές μονάδες.
- Αίθουσα Ανάνηψης ή Αφύπνισης (Α.Α.), όπου παρέχεται ενδονοσοκομειακή εντατική παρακολούθηση και φροντίδα κατά το πρώτο χρονικό διάστημα μετά την αναισθησία και την εγχείρηση.
- Μονάδα Αυξημένης ή Ενδιάμεσης Φροντίδας (Μ.Α.Φ.), όπου παρέχεται ενδονοσοκομειακή εντατική παρακολούθηση και φροντίδα στους ασθενείς που, χωρίς να απειλείται άμεσα η ζωή τους, χρειάζονται αυξημένη επαγρύπνιση.
- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), όπου παρέχεται ενδονοσοκομειακή εντατική ιατρική θεραπεία και νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που αποδεδειγμένα βρίσκονται σε κατάσταση μέγιστου κινδύνου.

2.3. ΕΙΔΗ Μ.Ε.Θ.¹

Οι Μ.Ε.Θ. ανάλογα με το είδος των περιστατικών που νοσηλεύουν διακρίνονται σε πολυδύναμες ή γενικές και σε ειδικές.

Α. Πολυδύναμες ή Γενικές. Είναι οι Μ.Ε.Θ. που έχουν τη δυνατότητα να νοσηλεύουν ασθενείς όλων των ειδικοτήτων. Ο τύπος αυτός αποσκοπεί στη συνολική κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου, ανεξαρτήτως αν υπάρχουν Ειδικές Μονάδες. Ο καταμερισμός σε επιμέρους μονάδες π.χ. χειρουργικές, παθολογικές κ.λπ. επιφέρει μεγαλύτερο κόστος λειτουργίας και απαιτεί

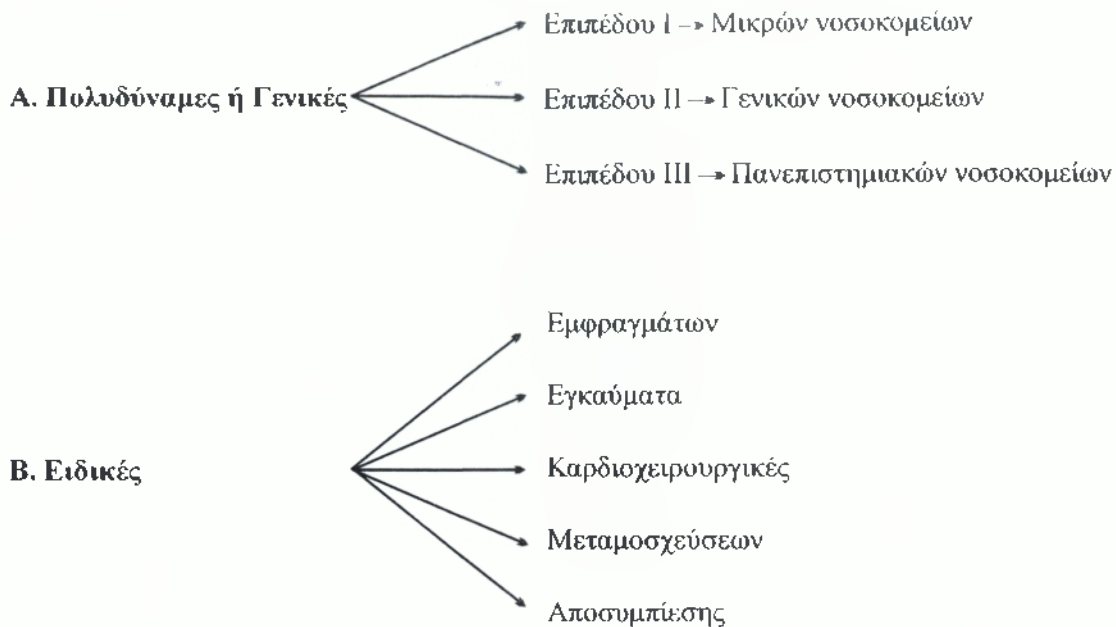
¹ Ε. Μουλούδη, Δ. Γεωργόπουλος, «Ο ρόλος της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας στο σύγχρονο νοσοκομείο», Περιοδικό «Ιατρική του σήμερα», Ιαν.-Απρ. 2001, Τεύχος 30, σελ. 5-6

επιπλέον εξοπλισμό. Η κάλυψη των Γενικών Μ.Ε.Θ. από εντατικολόγους σε 24ωρη βάση έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την έκβαση των ασθενών και ελαττώνει το κόστος νοσηλείας τους. Αυτές οι Μονάδες διακρίνονται σε επιπέδου I, II και III ανάλογα με το είδος του νοσοκομείου που καλύπτουν.

- Μ.Ε.Θ. επιπέδου I: Καλύπτουν μικρά τοπικά νοσοκομεία και λειτουργούν κυρίως ως Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (Μ.Α.Φ.). Έχουν δυνατότητα στενής νοσηλευτικής παρακολούθησης, άμεσης αναζωογόνησης και μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής.
- Μ.Ε.Θ. επιπέδου II: Αφορούν μεγαλύτερα γενικά νοσοκομεία (δευτεροβάθμιας περίθαλψης). Μπορούν να παρέχουν μεγαλύτερης διάρκειας μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. Η παθολογική, η φυσιοθεραπευτική και η ακτινολογική υποστήριξη είναι δυνατή κάθε στιγμή.
- Μ.Ε.Θ. επιπέδου III: Είναι οι Μονάδες των τριτοβάθμιων νοσοκομείων και καλύπτουν όλο το φάσμα της Εντατικής Θεραπείας. Η Μονάδα διαθέτει τον απαραίτητο εξοπλισμό για την αντιμετώπιση των συνήθων περιστατικών του νοσοκομείου και καλύπτεται από εξειδικευμένο ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό και τεχνικό προσωπικό. Μέθοδοι σύνθετης διαγνωστικής και θεραπευτικής υποστήριξης και κάλυψη από όλες τις ειδικότητες είναι εφικτές ανά πάσα στιγμή.

B. Ειδικές Μ.Ε.Θ.: Δέχονται να νοσηλεύουν ειδικού φάσματος περιστατικά (π.χ. Μονάδα Εμφραγμάτων, Εγκυμμάτων, Καρδιοχειρουργική, Μεταμοσχεύσεων, Αποσυμπίεσης κ.λπ.). Η αναγκαιότητα των Μονάδων αυτών υπαγορεύεται από τις ιδιαίτερες τοπικές ανάγκες και εξειδικευμένες υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο.

Στη συνέχεια ακολουθεί το Σχήμα 1-2-1 στο οποίο απεικονίζονται γραφικά τα είδη των Μ.Ε.Θ., που μπορεί κάποιος να συναντήσει, για ευκολότερη κατανόηση.



Σχήμα 1-2-1: Γραφική απεικόνιση των ειδών Μ.Ε.Θ.

Πηγή: Ιδία έρευνα

2.4. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ – ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ Μ.Ε.Θ.¹

Με βάση το Π.Δ. 85/1986 θεσμοθετήθηκε ένα ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων και στη συνέχεια καταρτίστηκαν οι οργανισμοί τους. Όλα τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους, με τον οποίο ορίζονται οι υπηρεσίες τους, η επωνυμία τους, ο σκοπός τους και η κατηγορία στην οποία υπάγονται σύμφωνα με τον οργανισμό.

Η Μ.Ε.Θ. κάθε νοσοκομείου ανήκει στον Παθολογικό Τομέα. Σε κάθε Μ.Ε.Θ. είναι δυνατόν να υπάρχει Εσωτερικός Κανονισμός που διέπει τη λειτουργία και την οργάνωση της Μ.Ε.Θ. Ο κανονισμός αυτός συντάσσεται από τον Διευθυντή της Μονάδας και εγκρίνεται και υπογράφεται από το Σ.Δ. του Νοσοκομείου.

¹ Β. Κολοκάθη, Θ. Τζέκου, «Διαχειριστική συστηματοποίηση. Μελέτη περίπτωσης Μ.Ε.Θ. Γ.Π.Α.Ν. Μεταξά». Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Σ.Δ.Ο., Δ.Μ.Υ.Π., Αθήνα 2002

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

3.1. ΜΕΓΕΘΟΣ Μ.Ε.Θ.

Λόγω των μηχανημάτων (αναπνευστήρες, μηχανήματα καταγραφής κ.λπ.) που είναι αναγκαίο να υπάρχουν σε κάθε κλίνη της Μ.Ε.Θ. έχει υπολογιστεί ότι ο ελάχιστος χώρος που χρειάζεται ο ασθενής για τη νοσηλεία του είναι τουλάχιστον 2-3 φορές μεγαλύτερος από εκείνον που χρειάζεται ο ίδιος ασθενής σ' ένα θάλαμο ρουτίνας.¹ Έτσι σαν ελάχιστος αναγκαίος χώρος μιας Μ.Ε.Θ. θεωρούνται τα 30 τ.μ. μεικτού χώρου ανά κρεβάτι, αριθμός όμως που προσαρμόζεται στις τοπικές ανάγκες του κάθε νοσοκομείου.²

Μια μονάδα για να είναι αποδοτική πρέπει να διαθέτει ορισμένο αριθμό κρεβατιών. Εδώ πρέπει να δοθεί έμφαση στο ότι η αποδοτικότητα της Μ.Ε.Θ. καθορίζεται μεταξύ άλλων όχι μόνο από τον απόλυτο αριθμό των κρεβατιών, αλλά και από τη διαρκή ετοιμότητά της να δεχθεί το βαρύ και μη προγραμματισμένο περιστατικό.³

Ο αριθμός κρεβατιών στη Μ.Ε.Θ. εξαρτάται από το μέγεθος του νοσοκομείου, τη λειτουργικότητα της μονάδας, την ειδικότητα της μονάδας και τις μέλλουσες απαιτήσεις της για το είδος των νοσούντων αρρώστων. Υπολογίζεται ότι ποσοστό 2-12% περίπου των νοσούντων αρρώστων στο νοσοκομείο χρειάζονται εντατική παρακολούθηση (3% για τους καρδιοπαθείς, 5% για τους πνευμονοπαθείς και 4% για τις άλλες περιπτώσεις).⁴ Η σχέση νοσοκομειακών κρεβατιών προς τα κρεβάτια Μ.Ε.Θ. δεν είναι σαφώς

¹ Κ. Παπακώστα – Παπαδημητρίου, «Μονάδες εντατικής θεραπείας. Οργάνωση», περιοδικό «Βιοϊατρική Τεχνολογία», Οκτ.-Δεκ. 1984, Τόμ. 46, Τευχ. 4, σελ. 514

² Ελένη Ασκητοπούλου, «Επείγουσα και εντατική ιατρική», Εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 32

³ Δ. Μπιάλης, «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», Σημειώσεις, Αθήνα 1983, σελ. 12

⁴ Κ. Παπακώστα – Παπαδημητρίου, «Μονάδες εντατικής θεραπείας. Οργάνωση», περιοδικό «Βιοϊατρική τεχνολογία», Οκτ.-Δεκ. 1984, τόμος 46, Τευχ. 4, σελ. 514

καθορισμένη και δεν μπορεί να γενικευθεί. Γενικά για νοσοκομείο μεγαλύτερο των 300 κρεβατιών πιστεύεται ότι ισχύει η σχέση 1 κρεβάτι Μ.Ε.Θ. για κάθε 100 νοσοκομειακά κρεβάτια. Αυτό βεβαίως δεν μπορεί να γενικευθεί και η σχέση αυτή αλλοιώνεται ανάλογα με τις τοπικές συνθήκες.¹

Παρ' όλα αυτά, οικονομοτεχνικές μελέτες έδειξαν ότι Μ.Ε.Θ. κάτω των 6 κρεβατιών, καθώς και εκείνες που έχουν πληρότητα κάτω του 70%, είναι οικονομικά ασύμφορες.² Επίσης θεωρείται σκόπιμο οι Μ.Ε.Θ. να μην υπερβαίνουν τα 15 κρεβάτια, για να μη διογκώνονται τα οργανωτικά και διοικητικά τους προβλήματα. Το ανώτερο αυτό όριο δεν είναι απόλυτο και σε ιδιαίτερες περιπτώσεις μπορεί να κριθεί σκόπιμη μια περιορισμένη αύξηση του αριθμού αυτού.³ Τέλος, υποστηρίζεται ότι σε κάθε ένα κρεβάτι Μ.Ε.Θ. αντιστοιχεί πληθυσμός 3.000 ατόμων.⁴

3.2. ΘΕΣΗ Μ.Ε.Θ.

Το πρώτο στοιχείο που πρέπει κάποιος να λάβει υπόψη του όσον αφορά τη θέση που θα καταλάβει η Μ.Ε.Θ. στο συνολικό νοσοκομειακό συγκρότημα είναι το εξής: ο βαριά άρρωστος της εντατικής κινδυνεύει σε κάθε μετακίνηση και πρέπει αυτό να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στο σχεδιασμό των χώρων και των διαδρόμων από το τμήμα επειγόντων περιστατικών, από και προς το χειρουργείο και τα διάφορα εργαστήρια (κυρίως τον αξονικό τομογράφο).⁵ Επίσης πρέπει να τονιστεί ότι ανεξαρτήτως του είδους της η Μονάδα θα πρέπει να βρίσκεται μακριά από θορύβους και πολυσύχναστες περιοχές του νοσοκομείου.

Είναι απαραίτητο να υπάρχει εύκολη επικοινωνία και πρόσβαση με το χειρουργείο, το τμήμα επειγόντων, τα απεικονιστικά εργαστήρια και ιδίως τον αξονικό τομογράφο. Στις περιπτώσεις που αυτό δεν είναι εφικτό, θα πρέπει να

¹ Κ. Παλακώστα – Παπαδημητρίου, «Μονάδες εντατικής θεραπείας. Οργάνωση», περιοδικό «Βιοϊατρική τεχνολογία», Οκτ.-Δεκ. 1984, τόμος 46, Τευχ. 4, σελ. 514

^{2,3,4} Δ. Μπιάλης, «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», Σημειώσεις, Αθήνα 1983, σελ. 12

⁵ Ε. Μουλούδη, Δ. Γεωργόπουλος, «Ο ρόλος της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας στο σύγχρονο νοσοκομείο», Περιοδικό «Ιατρική του σήμερα», Ιαν.-Απρ. 2001, Τευχ. 30, σελ. 6

λαμβάνονται στοιχειώδη μέτρα της πιο απρόσκοπτης, κατά το δυνατόν, επικοινωνίας με αυτά τα τμήματα. Όπως ήδη ανέφερα, οι μετακινήσεις των ασθενών της Μ.Ε.Θ. είναι κατά κανόνα επικίνδυνες.

Τέλος, εάν προγραμματίζεται να δημιουργηθούν περισσότερες της μιας Μ.Ε.Θ. τότε θα ήταν προτιμότερο η μια να τοποθετηθεί δίπλα στην άλλη για λόγους οικονομίας. Η εργαστηριακή κάλυψη και κυρίως της αναλύσεως αερίων αίματος είναι αναγκαία επί 24ωρου βάσεως.¹

3.3. ΧΩΡΟΙ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ.

Κατά το σχεδιασμό της Μ.Ε.Θ. είναι σημαντικό να προβλέπονται αφ' ενός, οδοί διακίνησης καθαρού και ακάθαρτου υλικού και αφ' ετέρου να περιορίζονται κατά το δυνατόν οι απαραίτητες διαδρομές του προσωπικού στους χώρους εργασίας. Οι λειτουργικά αναγκαίοι χώροι είναι:²

- *Χώροι ασθενών*, που μπορεί να αποτελούν ή έναν ενιαίο χώρο ή δωμάτια με ένα κρεβάτι, τα οποία όμως καταλαμβάνουν περισσότερο χώρο και απαιτούν σημαντικά περισσότερο νοσηλευτικό προσωπικό. Γι' αυτό είναι προτιμότεροι οι ενιαίοι χώροι με περισσότερα κρεβάτια, αλλά με τουλάχιστον 1 απομόνωση ανά 5 κρεβάτια. Ο χώρος της απομόνωσης πρέπει να περιλαμβάνει ξεχωριστό προθάλαμο, με χώρο ακάθαρτου υλικού και να πληροί τις προϋποθέσεις έτσι ώστε να χρησιμοποιείται τόσο για σηπτικά όσο και άσηπτα περιστατικά.
- *Βοηθητικοί χώροι*, οι οποίοι πρέπει να περιλαμβάνουν:
 - ✓ Προθάλαμο εισόδου, με πρόβλεψη για αλλαγή ενδυμασίας και απολύμανση των χεριών προσωπικού και επισκεπτών.

¹ Κ. Παπακώστα – Παπαδημητρίου, «Μονάδες εντατικής θεραπείας. Οργάνωση», περιοδικό Βιοϊατρική τεχνολογία, Οκτ.-Δεκ. 1984, τόμος 46, Τευχ. 4, σελ. 514

² Ελένη Ασκητοπούλου, «Επείγουσα και εντατική ιατρική», Εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 33

- ✓ Χώρο καθαρού υλικού, για την εργασία των αδελφών. για αποθήκευση αναλώσιμου και μη υλικού, αποστειρωμένων προμηθειών, φαρμάκων κ.λπ.
- ✓ Χώρο αποθήκευσης ιματισμού.
- ✓ Χώρο αποθήκευσης – συντήρησης τεχνικού εξοπλισμού.
- ✓ Χώρο ακάθαρτου υλικού.
- ✓ Χώρο ανάπαυσης προσωπικού.
- ✓ Γραφείο γιατρών και προϊσταμένης.
- ✓ Χώρο μικρού εργαστηρίου για αέρια αίματος, αιματοκρίτη κ.λπ.

Υπάρχει ακόμη αρκετή βιβλιογραφία σχετικά με τους χώρους που πρέπει να περιλαμβάνει μια Μ.Ε.Θ. Ένα πλήρες μοντέλο των χώρων που πρέπει να προβλέπονται σε μια Μ.Ε.Θ. περιγράφεται στο Σχήμα 1-3-1.¹

3.4. ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ Μ.Ε.Θ.

Οι μηχανολογικές, ηλεκτρικές και υδραυλικές εγκαταστάσεις των Μ.Ε.Θ. πρέπει να γίνονται με ιδιαίτερα αυστηρές προδιαγραφές ποιότητας και να είναι επισκευάσιμες. Συνεχείς όμως επισκευές στους χώρους εργασίας σημαίνουν την αχρήστευση των ιδιαίτερα δαπανηρών κρεβατιών.²

Το είδος και το σύνολο του εξοπλισμού μιας Μ.Ε.Θ. εξαρτάται από το επίπεδό της. Σε γενικές όμως γραμμές ο εξοπλισμός χωρίζεται σε 2 κατηγορίες: το γενικό και ειδικό εξοπλισμό. Στον γενικό εξοπλισμό περιλαμβάνονται μηχανήματα όπως: καρδιακής ανανήψεως, τεχνητός βηματοδότης, τεχνητής αναπνοής, καρδιογράφος κ.λπ. Στον ειδικό εξοπλισμό περιλαμβάνεται ο εξοπλισμός κάθε κλίνης και δωματίου της Μ.Ε.Θ. και περιλαμβάνει: μηχανήμα σύνδεσης με την κεντρική παροχή οξυγόνου,

¹ Κ. Ξανθόπουλος, Μ. Οικονομίδου – Ρόκα, «Κριτήρια λειτουργίας Μονάδων Εντατικής Παρακολούθησης και Θεραπείας (Μ.Ε.Π.Θ.) και προϋποθέσεις εφαρμογής στα Ελληνικά Νοσηλευτικά Κέντρα», ΑΡΧ. ΙΑΤΡ. ΕΤΑΙΡ. Πρακτικά 3^{οο} Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου, Αθήνα 1997, σελ. 804

² Ρούσσος, «Οργάνωση Μονάδων Εντατικής Θεραπείας», Εντατική Ιατρική, Αθήνα 1998, τόμος 3^{οο}, σελ. 972

εντοιχισμένο μανόμετρο για τη λήψη της αρτηριακής πίεσης, συσκευή για εισπνευστική θεραπεία, κομοδίνο κ.λπ.

Περιοχή αρρώστου

1. Σταθμός ελέγχου Μ.Ε.Θ.
2. Προετοιμασία ορών, φαρμάκων
3. Περιοχή κλινών

Περιοχή εργασίας

Χώροι καθαροί

1. Υποδοχή, γραμματεία
2. Προθάλαμος παραλαβής ασθενών
3. Αποδυτήρια προσωπικού, επισκεπτών
4. Τροφοδότηση Μ.Ε.Θ. (καθαρό, αποστειρωμένο υλικό)
5. Αποτροφοδότηση Μ.Ε.Θ. (μη καθαρό υλικό)

Χώροι μη καθαροί

1. Όργανα, μηχανήματα
2. Φαρμακευτικό υλικό
3. Ιματισμός
4. Θεραπεία, ειδικές διαδικασίες
5. Αποστείρωση
6. Εργαστήριο
7. Καθαρίστρια

Χώροι προσωπικού

1. Γραφείο γιατρού, διανυκτέρευση
2. Χώρος εργασίας αδελφών
3. Συσκευές, μικρή βιβλιοθήκη
4. Καθιστικό προσωπικού
5. Office
6. Εγκαταστάσεις υγιεινής
7. Χώρος μηχανολογικών εγκαταστάσεων

Σχήμα 1-3-1: Γραφική απεικόνιση των χώρων που πρέπει να προβλέπονται σε μια Μ.Ε.Θ.

Πηγή: Βλέπε υποσημείωση 2 σελίδα 24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ Μ.Ε.Θ.

4.1. ΓΕΝΙΚΑ

Οι ανάγκες της Μ.Ε.Θ. σε προσωπικό είναι μεγάλες. Η λειτουργικότητα και η αποδοτικότητα της Μ.Ε.Θ. εξαρτώνται, κατά κύριο λόγο, από τον αριθμό και το βαθμό εκπαίδευση των νοσηλευτών και των γιατρών και, κατά δεύτερο λόγο, απ' τον αριθμό των κρεβατιών. Γενικά όμως, όπως είπαμε και προηγούμενα, η αποδοτικότητα μιας μονάδας δεν καθορίζεται τόσο από το σύνολο των κρεβατιών που διαθέτει, όσο από την ετοιμότητά της να δεχτεί βαριά περιστατικά.

Πρέπει όμως επίσης να τονιστεί και το εξής: το περιβάλλον των μονάδων χαρακτηρίζεται από μια ιδιαιτερότητα. Το προσωπικό των Μ.Ε.Θ. βρίσκεται όλο το διάστημα της ευθύνης του, σ' έναν περιορισμένο χώρο, κάτω από ομοιόμορφες συνθήκες τεχνητού φωτισμού και κλιματισμού. Η κίνηση είναι διαρκής, η ένταση μεγάλη και η προσοχή τεταμένη. Το φαινόμενο του θανάτου που είναι εδώ συχνότερο παρά στα άλλα τμήματα, έχει άμεσες ψυχικές επιπτώσεις¹ γι' αυτό και παρατηρείται μια τάση αποφυγής του προσωπικού να εργάζεται μέσα σε μια Μ.Ε.Θ.

4.2. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Στις Μ.Ε.Θ. παρέχεται εξ' ορισμού 24ωρη ιατρική κάλυψη. Το ιατρικό προσωπικό επομένως θα πρέπει να είναι εξειδικευμένο και επαρκές. Η κάλυψη

¹ Κ. Οικονόμου, Π. Ραπίδης, Σ. Κοτσάνης, Δ. Παπαντωνάτος, «Ψυχολογικές Επιπτώσεις των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) στους Αρρώστους, το Συγγενικό τους Περιβάλλον και το Νοσηλευτικό Προσωπικό», Περιοδικό «Υγεία», Μάρτιος 1982, Τομ. 1, Τευχ. 2, σελ. 91

αυτή εξασφαλίζεται αφ' ενός από μια βασική και εξειδικευμένη ιατρική ομάδα που εργάζεται σε μόνιμη βάση στη Μ.Ε.Θ. και αφ' ετέρου από ιατρικό προσωπικό, που μια ολιγόμηνη μαθητεία στη Μ.Ε.Θ. αποτελεί μέρος της εκπαίδευσής του.

Ο γιατρός της Μ.Ε.Θ. πρέπει να παρουσιάζει ορισμένα χαρακτηριστικά:¹

1. Θα είναι αυτός που θα μείνει δίπλα στο κρεβάτι του αρρώστου για ώρες παρακολουθώντας τον προσεκτικά για να ανακαλύψει τυχόν αλλαγές στην κατάστασή του προτού προλάβουν και προκαλέσουν ανεπανόρθωτες βλάβες.
2. Θα είναι αυτός που θα δει τον άρρωστο σφαιρικά και μπορεί να συντονίσει τους ειδικούς που θα αναλάβουν τα καθέκαστα συστήματα.
3. Θα είναι αυτός που θα κρατήσει την ποιότητα του προσωπικού, μηχανημάτων, μεθόδων και κανόνων τακτικής για την υψηλή απόδοση στη λειτουργικότητα της Μονάδας.

Το βασικό εξειδικευμένο και μόνιμο ιατρικό προσωπικό αποτελείται ανάλογα με το μέγεθος και τις δυνατότητες της Μ.Ε.Θ. από 1 Διευθυντή, 2-3 Επιμελητές Α' και 2-4 Επιμελητές Β'. Οι αριθμοί αυτοί είναι οι ελάχιστοι δυνατοί αλλά και αναγκαίοι για να εξασφαλιστεί η νομική κάλυψη όχι μόνο κατά το κανονικό ωράριο αλλά και κατά τις ώρες της εφημερίας. Το μη μόνιμο ιατρικό προσωπικό αποτελείται, ανάλογα με τις δυνατότητες της Μ.Ε.Θ., από 2-5 εκπαιδευόμενους γιατρούς από όλες τις ειδικότητες.²

4.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Η καλή συνεργασία και η επικοινωνία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι απαραίτητες για ένα καλό αποτέλεσμα. Είναι

¹ Κ. Παπακώστα – Παλαδημητρίου, «Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Οργάνωση», Περιοδικό «Βιοιατρική Τεχνολογία», Οκτ.-Δεκ. 1984, Τομ. 46, Τευχ. 4, σελ. 517

² Δ. Μπυλάλης, «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», Σημειώσεις, Αθήνα 1983, σελ. 16-17

αναμφισβήτητο γεγονός ότι οι μονάδες «κρατιούνται» από τις αδελφές, που αντιμετωπίζουν σκληρές συνθήκες δουλειάς με συνεχή, ενεργητική και υπεύθυνη παρουσία. Αυτό σημαίνει ότι για να εξασφαλιστεί υψηλή νοσηλευτική στάθμη πρέπει να εξασφαλιστεί μια διαρκής εκπαίδευση. Η σύνθεση της νοσηλευτικής ομάδας, καθώς και ο αριθμός των αδελφών εξαρτάται τόσο από τον αριθμό των κρεβατιών όσο και το είδος των περιστατικών που περιθάλπει η Μ.Ε.Θ. Η ιδανική αναλογία αδελφής : αρρώστου είναι 1:1 και αυτή είναι η αναγκαία στην οξεία φάση του βαρέως πάσχοντος. Εάν όμως αυτή δεν είναι εφικτή δεν πρέπει ποτέ να είναι μεγαλύτερη του 1:3, ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις πρέπει να περιορίζεται στην 1:2 για κάθε ωράριο.¹ Στη σύνθεση της νοσηλευτικής ομάδας, εκτός από τις εξειδικευμένες αδελφές και προϊσταμένες, πρέπει να υπάρχει και μια επιβλέπουσα, η οποία έχει και τη διοικητική και τη συντονιστική ευθύνη όλων των μονάδων εντατικής και επείγουσας ιατρικής του νοσοκομείου.²

4.4. ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Η ύπαρξη μόνιμου παραϊατρικού προσωπικού θεωρείται απολύτως αναγκαία για τη σωστή λειτουργία μιας Μ.Ε.Θ. Το προσωπικό αυτό αποτελείται από:

- *Τεχνικό προσωπικό:* Οι Μ.Ε.Θ. είναι τμήματα με υψηλή συγκέντρωση πολύπλοκου, ευαίσθητου και πολύ ακριβού τεχνικού εξοπλισμού. Η συνεχής παρουσία, ειδικευμένου και μη, τεχνικού προσωπικού είναι απαραίτητη για τη σωστή συντήρηση και επιτόπου επισκευή του εξοπλισμού.³
- *Προσωπικό εργαστηρίων:* Είναι αυτονόητο ότι για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά οι μονάδες αυτές πρέπει να έχουν κατά

¹ Κ. Παπακόστα – Παπαδημητρίου, «Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Οργάνωση», Περιοδικό «Βιοϊατρική Τεχνολογία», Οκτ.-Δεκ. 1984, Τομ. 46, Τευχ. 4, σελ. 517

² Δ. Μπιλάλης, «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», Σημειώσεις, Αθήνα 1983, σελ. 16

³ Ε. Ασκητοπούλου, «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», Εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 32

προτεραιότητα την υπεύθυνη και διαρκή κάλυψη των άλλων τμημάτων του νοσοκομείου και ιδιαίτερα των εργαστηρίων.¹

- *Βοηθητικό προσωπικό:* Σε κάθε βάρδια είναι αναγκαίο να εξασφαλιστεί η παρουσία μιας καθαρίστριας και ενός νοσοκόμου. Επίσης θεωρείται απαραίτητη, κατά τις ώρες του κανονικού ωραρίου, μια γραμματέας – γραφέας.
- *Φυσιοθεραπευτές:* Η Μ.Ε.Θ. πρέπει να έχει συνεχή κάλυψη από φυσιοθεραπευτές τόσο στο κανονικό ωράριο όσο και στις απογευματινές ώρες, αργίες και Σαββατοκύριακα. Οι φυσιοθεραπευτές είναι αναγκαίοι για την πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών, κυρίως από το αναπνευστικό και κινητικό σύστημα.²
- *Κοινωνικοί λειτουργοί:* Ο κοινωνικός λειτουργός ειδοποιείται να προσφέρει τις υπηρεσίες του στη Μ.Ε.Θ. και εργάζεται ανάμεσα στον άρρωστο και την οικογένειά του, είτε όταν πρόκειται να υποστεί κάποια επέμβαση και επίκειται η εισαγωγή του στη μονάδα, είτε για να διευθετήσει προβλήματα που δεν υπάγονται στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου.³
- *Γραμματέας:* Είναι απαραίτητος στο τακτικό ωράριο ανά 12 το ανώτερο κρεβάτια.⁴
- *Λοιπό προσωπικό:* Τεχνικοί ακτινολογικού, ηλεκτρολόγοι και υδραυλικοί πρέπει να είναι διαθέσιμοι ανά πάσα στιγμή από τη δύναμη του Νοσοκομείου και διαιτολόγοι στο τακτικό ωράριο.⁵

¹ Ε. Ασκητοπούλου, «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», Εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 32

² Ε. Ασκητοπούλου, «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», Εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 32

³ Κ. Παπακώστα – Παπαδημητρίου, «Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Οργάνωση», Περιοδικό «Βιοϊατρική Τεχνολογία», Οκτ.-Δεκ. 1984, Τομ. 46, Τευχ. 4, σελ. 518

⁴ Ρούσσο, «Οργάνωση Μονάδων Εντατικής Θεραπείας», Εντατική Ιατρική, Αθήνα 1998, τόμος 3^{ος}, σελ. 976

⁵ Ρούσσο, «Οργάνωση Μονάδων Εντατικής Θεραπείας», Εντατική Ιατρική, Αθήνα 1998, τόμος 3^{ος}, σελ. 976

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.

5.1. ΓΕΝΙΚΑ

Μετά την εισαγωγή του ασθενούς στη μονάδα, τα πρώτα λεπτά της ώρας θεωρούνται κρίσιμη περίοδος. Ο ασθενής βρίσκεται σε ένα περιβάλλον ξένο και παράδοξο. Η παρουσία των μηχανημάτων, ο θόρυβος που κάνουν αυτά και οι πολλές κινήσεις του προσωπικού κάνουν την αγωνία του να επιτείνεται. Πιθανόν να έχει ισχυρό πόνο ή δύσπνοια και να νομίζει πως πρόκειται να πεθάνει.

Βεβαίως είναι συχνό και το φαινόμενο ο ασθενής να μην έχει καμία επαφή με το εξωτερικό του περιβάλλον και τότε η θεραπευτική και νοσηλευτική αντιμετώπιση συγκεντρώνονται στις ζωτικά απαραίτητες λειτουργίες (αναπνοή, κυκλοφορία), έτσι ώστε να διασωθεί η ζωή του ασθενούς. Κατά μία έννοια μπορούμε να πούμε ότι αποστολή της Μ.Ε.Θ. είναι να σώσει αυτόν που μπορεί να σωθεί και να βοηθήσει αυτόν που πεθαίνει να έχει έναν αξιοπρεπή θάνατο.¹

5.2. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ²

Η εισαγωγή ενός ασθενή στην εντατική μπορεί να αποβεί σωτήρια από τη μια μεριά ή η αρχή ενός επίπονου μακροχρόνιου θανάτου από την άλλη. Ως κυριότερες ενδείξεις εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ. θεωρούνται τα παρακάτω:

1. Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια.

¹ Ε. Μουλούδη, Δ. Γεωργόπουλος, «Ο ρόλος της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας στο σύγχρονο νοσοκομείο», Περιοδικό «Ιατρική του σήμερα», Ιαν.-Απρ. 2001, Τευχ. 30, σελ. 9

² Δ. Μπιλάλης, «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», Σημειώσεις, Αθήνα 1983, σελ. 11-12

2. Κώματα κάθε είδους.
3. Πολυτραυματίες – Πολυκαταγματίες.
4. Shock κάθε προέλευσης.
5. Μετεγχειρητικές επιπλοκές.
6. Βαριές διαταραχές του πεπτικού.
7. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια.
8. Σήψη.
9. Εγκαύματα.
10. Καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις.
11. Εμφράγματα.
12. Γενικά κάθε παθολογική κατάσταση που αποτελεί απειλή για τη ζωή του ασθενούς.

Από την άλλη μεριά ως αντενδείξεις εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ. δηλαδή περιστατικά που δε διακομίζονται στη μονάδα είναι εκείνα στα οποία η διατήρηση της ζωής με κάθε μέσο τη μετατρέπει σε χώρο βασανισμού στερώντας το δικαίωμα του ασθενούς σε έναν ανώδυνο και αξιοπρεπή θάνατο.

Τέτοια περιστατικά που δεν έχουν προοπτικές για μια ανεκτή ζωή είναι:

1. Τελικά στάδια χρόνιας αναπνευστικής ανεπάρκειας.
2. Εγκεφαλικές βλάβες με βαριές διαταραχές των ανωτέρω λειτουργιών.
3. Καρκινοπαθείς στα τελικά στάδια.
4. Απεγκεφαλισμοί κάθε είδους (εκτός από τις περιπτώσεις που προβλέπονται για δότες σε μεταμοσχεύσεις οργάνων).
5. Περιστατικά που γενικά έχουν κακή πρόγνωση μακροπρόθεσμα.
6. Ηλικία του ασθενούς σε περίπτωση συμφόρησης της Μ.Ε.Θ. οπότε και οι εισαγωγές ιεραρχούνται ανάλογα.

5.3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Υπάρχουν 5 πιθανοί τρόποι¹ εισαγωγής ασθενούς σε μια Μ.Ε.Θ. Οι τρόποι αυτοί θα απεικονιστούν σχηματικά για ευκολότερη κατανόηση.

- I. Επείγοντα, Εξωτερικά ιατρεία → Γραφείο κίνησης → Μ.Ε.Θ.
- II. Κλινική → Μ.Ε.Θ.
- III. Χειρουργείο → Μ.Ε.Θ.
- IV. ΕΚΑΒ (από τον τόπο του περιστατικού) → Μ.Ε.Θ.
- V. ΕΚΑΒ (από άλλο νοσοκομείο) → Μ.Ε.Θ.

5.4. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει:

- Λουτρά καθαριότητας επί κλίνης.
- Αλλαγή θέσεως του ασθενούς ανά 2ωρο όταν έχει απώλεια συνειδήσεως.
- Καθαριότητα στόματος.
- Σίτιση ασθενούς.
- Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή αυτών.
- Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλόμενων υγρών.
- Συνεχής παρακολούθηση των monitors και της γενικότερης κλινικής εικόνας του ασθενούς.
- Χορήγηση φαρμάκων.

Βεβαίως η καθημερινή φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει και άλλες εργασίες ιατρικής φύσεως τις οποίες θα ήταν μάλλον περιττό να αναλύσουμε εδώ.

¹ Β. Κολοκάθη, Ο. Τζέκου, «Διαχειριστική συστηματοποίηση. Μελέτη περίπτωσης Μ.Ε.Θ. Γ.Π.Α.Ν. Μεταξά». Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Σ.Δ.Ο., Δ.Μ.Υ.Π., Αθήνα 2002

5.5. ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ¹

Είναι αναμφισβήτητο ότι κάθε ασθενής θεωρεί ως βασικό στήριγμα στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του, τους θεράποντες ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό, που επιμελείται τη γενικότερη νοσηλεία του. Παράλληλα όμως χρειάζεται και τη συμπαράσταση των αγαπημένων προσώπων του, συγγενικών ή φιλικών. Όταν ο ασθενής όμως νοσηλεύεται σε Μ.Ε.Θ. η κατάσταση περιπλέκεται κάπως, καθώς η επαφή με τα συγγενικά του πρόσωπα είναι περιορισμένη.

Οι απόψεις σχετικά με την αναγκαιότητα του επισκεπτηρίου δίστανται, καθώς γι' άλλους εγκυμονεί κινδύνους για τους ασθενείς ενώ γι' άλλους έχει ευεργετική επίδραση σ' αυτούς. Φυσικά κάθε πλευρά έχει να επιδείξει τα δικά της επιχειρήματα.

Κάποιοι ερευνητές έχουν αποδείξει ότι μπορεί να προκύψουν αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες από το επισκεπτήριο στους ασθενείς της Μ.Ε.Θ. Ακόμη οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι οι επισκέψεις επηρεάζουν αρνητικά διότι αυξάνουν τον κίνδυνο των λοιμώξεων, εμποδίζουν την ξεκούραση των ασθενών και τους δημιουργούν μερικές φορές δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Αντίθετα, οι υποστηρικτές του ανοικτού επισκεπτηρίου πιστεύουν ότι θα μπορούσε να δράσει ευεργετικά τόσο ψυχολογικά όσο και πρακτικά. Πιο συγκεκριμένα το ανοικτό επισκεπτήριο:

1. Ελαττώνει την καταθλιπτική τάση των ασθενών.
2. Δημιουργεί άνεση στο επισκεπτήριο και τους ασθενείς.
3. Ενισχύει το ρόλο της οικογένειας στην υποστήριξη του ασθενούς.
4. Αυξάνει την επικοινωνία νοσηλευτή – οικογένειας.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι θα ήταν καλό να εξετασθεί η πολιτική του επισκεπτηρίου. Ακόμη να δίνεται στους ασθενείς η ευκαιρία να αποφασίζουν για το επισκεπτήριο, αλλά και να λαμβάνεται υπόψη η γνώμη της οικογένειας, των γιατρών και των νοσηλευτών.

¹ Ι. Κασσικού, «Επισκεπτήριο ασθενών στη Μ.Ε.Θ.», Πρακτικά, 2^η Επιστημονική Ημερίδα «Η Νοσηλευτική στις Μ.Ε.Θ. τον 21^ο αιώνα», Αθήνα 1999, σελ. 47-52

5.6. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΞΟΔΟΥ

Υπάρχουν 3 πιθανές εκδοχές εξόδου από τη Μ.Ε.Θ.¹ Οι εκδοχές αυτές θα απεικονιστούν σχηματικά για λόγους ευκολίας στην κατανόηση.

- I. Μ.Ε.Θ. → Κλινική
- II. Μ.Ε.Θ. → Επιστροφή στην οικία
- III. Μ.Ε.Θ. → Ενδεχόμενο θανάτου

5.7. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ Μ.Ε.Θ.²

Οι Μ.Ε.Θ. είναι πολύ ακριβές περιοχές της φροντίδας υγείας. Εξαιτίας της πολλαπλότητας των περιπτώσεων, το να κοστολογήσεις την εντατική θεραπεία είναι δύσκολο. Έχει υπολογιστεί ότι η ημερήσια νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. κοστίζει 3-4 φορές περισσότερο από τη νοσηλεία ασθενή σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου.

Το κόστος νοσηλείας ενός ασθενούς στη Μ.Ε.Θ. αφορά τους κάτωθι τομείς:

1. Αναλώσιμο (φάρμακα, οροί, διατροφή, αίμα και παράγωγά του, υλικά μιας χρήσης).
2. Τεχνικό εξοπλισμό.
3. Κτιριακή υποστήριξη, συντήρηση κτιρίου, διάθεση απορριμμάτων κ.λπ.
4. Υπηρεσίες κλινικής υποστήριξης (φαρμακείο, φυσικοθεραπεία, ακτινολογικό εργαστήριο, διοικητική, εργαστήρια κ.λπ.).
5. Υπηρεσίες υποστήριξης εκτός των κλινικών (διοίκηση, υπηρεσία καθαριότητας).
6. Προσωπικό (μόνιμο ιατρικό, εξειδικευμένοι, ειδικευόμενοι, τεχνικοί, νοσηλευτικό).

¹ Β. Κολοκάθη, Θ. Τζέκου, «Διαχειριστική συστηματοποίηση. Μελέτη περίπτωσης Μ.Ε.Θ. Γ.Π.Α.Ν. Μεταξά», Πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι. Αθήνας, Σ.Δ.Ο., Δ.Μ.Υ.Π., Αθήνα 2002

² Ε. Μουλούδη, Δ. Γεωργόπουλος, «Ο ρόλος της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας στο σύγχρονο νοσοκομείο», Περιοδικό «Ιατρική του σήμερα», Ιαν.-Απρ. 2001, Τεύχος 30, σελ. 8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ

6.1. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ Μ.Ε.Θ.¹

Πλεονεκτήματα: Οι Μ.Ε.Θ. είναι τμήματα τα οποία:

- σώζουν ζωές, που με τη συμβατική θεραπευτική αντιμετώπιση αποδεδειγμένα θα ήταν καταδικασμένες,
- παρέχουν διαρκή περίθαλψη από ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό,
- παρέχουν πολύπλευρη και πολυδύναμη νοσηλεία με σφαιρική αντιμετώπιση του ασθενούς,
- συγκεντρώνουν όλους τους προβληματικούς ασθενείς και διευκολύνουν το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού των άλλων τμημάτων του νοσοκομείου,
- παρέχουν εξαιρετικές συνθήκες εκπαίδευσης για γιατρούς και νοσηλευτές,
- κάνουν καθημερινή πράξη πολύπλοκες νοσηλευτικές και θεραπευτικές μεθόδους,
- προωθούν την εφαρμοσμένη και ελεγχόμενη κλινική έρευνα και εκπαίδευση,
- μεταφράζουν εργαστηριακά και πειραματικά ευρήματα σε άμεση θεραπευτική πράξη,
- συγκεντρώνουν και συγχρόνως μπορούν να αποσβέσουν, λόγω συνεχούς και όχι ευκαιριακής χρήσης, ακριβό τεχνικό εξοπλισμό.

¹ Ελένη Ασκητοπούλου, «Επείγουσα και εντατική ιατρική», εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 25-26

Μειονεκτήματα: Οι περισσότερες από τις μονάδες αυτές παρουσιάζουν τα εξής μειονεκτήματα:

- προβλήματα ιατρικής αρμοδιότητας,
- πτώση της ποιότητας νοσηλείας των άλλων τμημάτων από την απουσία του ερεθίσματος που προσφέρει ο προβληματικός ασθενής,
- βαριές συνθήκες εργασίας του προσωπικού,
- τάση για «υπερθεραπεία» του ασθενούς,
- υποκατάσταση της έννοιας της επιβίωσης του ασθενούς με εκείνη της τεχνικά και φυσικά δυνατής,
- κίνδυνο διασποράς λοιμώξεων,
- υψηλό κόστος ανάπτυξης και λειτουργίας, γιατί οι μονάδες αυτές απαιτούν:
 - ✓ υπεύθυνη, συνεχή και κατ' αποκλειστικότητα ιατρική παρουσία.
 - ✓ ελάχιστη σχέση συνεχούς 24ωρης παρουσίας νοσηλευτών ανά κρεβάτι 1:1 έως 1:3.
 - ✓ εκπαιδευτικό πρόγραμμα για νοσηλευτές και γιατρούς συστηματικό, συνεχές και υψηλού επιπέδου.
 - ✓ συνεχή παρουσία ή κάλυψη από παρασκευαστές και τεχνικούς.
 - ✓ πολλούς βοηθητικούς χώρους.
 - ✓ πολυδάπανο τεχνικό εξοπλισμό για προωθημένη διερεύνηση και αντιμετώπιση του προβληματικού ασθενούς.
 - ✓ εργαστηριακή αυτονομία στις βασικές εξετάσεις.

6.2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Μ.Ε.Θ.¹

- Η έλλειψη κρεβατιών εντατικής ιατρικής είναι τεράστια στον ελληνικό χώρο. Ένας ολόκληρος πληθυσμός ασθενών, όπως και τα παιδιά, δεν καλύπτονται από κανένα είδος εξειδικευμένης εντατικής ιατρικής.

¹ Δ. Μπιλάλης, «Επείγουσα και εντατική ιατρική», Σημειώσεις, Αθήνα 1983, σελ. 5-7

- Η παρουσία των γιατρών στις μονάδες είναι ευκαιριακή και παράλληλη με άλλη δραστηριότητα. Υπεύθυνη, συνεχής και κατ' αποκλειστικότητα ιατρική παρουσία στη μονάδα εξασφαλίζεται μόνο σε 3 νοσοκομεία.
- Η αναγκαία ελάχιστη σχέση συνεχούς παρουσίας μιας αδελφής ανά δύο κρεβάτια δεν είναι εξασφαλισμένη σε καμία μονάδα. Επίσης το εκπαιδευτικό πρόγραμμα των αδελφών είναι ευκαιριακό.
- Παρασκευαστές – τεχνικοί – γραμματείς δεν προβλέπονται.
- Η έλλειψη των βοηθητικών ιδιαίτερα χώρων είναι εντυπωσιακή.
- Μόνο μια μονάδα στη χώρα μας πληροί τις ελάχιστες διεθνείς προδιαγραφές των 30 τ.μ. μεικτού χώρου ανά κρεβάτι.
- Ο τεχνολογικός εξοπλισμός παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών είναι συνήθως επαρκής ιδιαίτερα στις στεφανιαίες μονάδες. Είναι όμως τελείως ανεπαρκείς οι τεχνολογικές δυνατότητες μιας πιο προχωρημένης διερεύνησης και αντιμετώπισης του προβληματικού αρρώστου (αναπνευστική βοήθεια κ.λπ.).
- Σπάνια προβλέπεται η αναγκαία εργαστηριακή αυτονομία των μονάδων στις βασικές εξετάσεις.
- Είναι γεγονός ότι πολλά νοσοκομεία τόσο στο κέντρο όσο και στην επαρχία διαθέτουν τεχνολογικό εξοπλισμό σε πλήρη αδράνεια.
- Η υπευθυνότητα, ο καθορισμός αρμοδιοτήτων και η διεύθυνση των μονάδων είναι μεμονωμένα κατοχυρωμένες μέσα στους οργανισμούς των νοσοκομείων.
- Η νομοθετική κάλυψη των αδελφών, που από τη φύση της δουλειάς τους έχουν πολύ διευρυμένες ευθύνες και δραστηριότητες, είναι ανύπαρκτη.

6.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Οι Μ.Ε.Θ. αποτελούν πολύ σημαντικά τμήματα των νοσοκομείων επειδή μπορούν να προσφέρουν 24ωρη παρακολούθηση και μηχανική υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών ενός ανθρώπου.
- Είναι μονάδες που νοσηλεύουν βαριά περιστατικά όλων των ειδικοτήτων γι' αυτό πρέπει να είναι κατάλληλα διαμορφωμένες, εξοπλισμένες και στελεχωμένες.
- Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του βαριά αρρώστου στην εντατική, που κινδυνεύει σε κάθε μετακίνηση, πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στο σχεδιασμό των χώρων και των διαδρόμων από το τμήμα των επειγόντων, από και προς το χειρουργείο και τα διάφορα εργαστήρια, ιδίως τον αξονικό τομογράφο.
- Η μονάδα πρέπει να βρίσκεται μακριά από θορύβους και πολυσύχναστες περιοχές του νοσοκομείου.
- Ο αριθμός των κρεβατιών μιας Μ.Ε.Θ. εξαρτάται από το μέγεθος του νοσοκομείου και τον τύπο των ασθενών που νοσηλεύει η μονάδα.
- Η αποδοτικότητα μιας μονάδας δεν καθορίζεται τόσο από τον αριθμό των κρεβατιών, όσο από την ετοιμότητά της να δεχθεί το βαρύ και μη προγραμματισμένο περιστατικό.
- Παρατηρείται μια τάση αποφυγής του προσωπικού να στελεχώσει μια Μ.Ε.Θ. λόγω της ιδιαιτερότητας του περιβάλλοντός της.
- Η στελέχωση απαιτεί εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ικανό να αντιμετωπίσει έκτακτα περιστατικά.
- Το προσωπικό των Μ.Ε.Θ. πρέπει να έχει συνεχή επιμόρφωση για να είναι σε συνεχή επαφή με τις σύγχρονες επιστημονικές μεθόδους.
- Οι Μ.Ε.Θ. ουσιαστικά «κρατιούνται» από τις νοσηλεύτριες οι οποίες προσφέρουν συνεχές, ενεργητικό και υπεύθυνο έργο.
- Η ιδανική αναλογία νοσηλεύτριας : ασθενή σε μια μονάδα είναι 1:1.

- Η ύπαρξη μόνιμου παραϊατρικού προσωπικού θεωρείται απολύτως αναγκαία για τη σωστή λειτουργία μιας Μ.Ε.Θ.
- Προκύπτει υψηλό κόστος ανάπτυξης και λειτουργίας μιας Μ.Ε.Θ. λόγω του εξειδικευμένου προσωπικού που απαιτείται και της χρήσης εξοπλισμού τελευταίας τεχνολογίας.
- Το κόστος νοσηλείας ασθενή στη Μ.Ε.Θ. είναι πολύ δύσκολο να υπολογιστεί. Σε γενικές γραμμές προκύπτει ότι κοστίζει 3-4 φορές περισσότερο από τη νοσηλεία ασθενή σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου.

6.4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Αύξηση των κρεβατιών εντατικής ιατρικής ώστε να καλύπτεται όσο το δυνατόν περισσότερος πληθυσμός.
- Εξασφάλιση συνεχούς και κατ' αποκλειστικότητα παρουσίας ιατρικού προσωπικού στις μονάδες.
- Ύπαρξη κινήτρων ώστε οι μονάδες να προσελκύσουν προσωπικό.
- Η παραπάνω πρόταση σε συνδυασμό με την πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού ίσως μπορέσουν να καλύψουν την ελάχιστη σχέση νοσηλεύτριας : ασθενή, που ισχύει διεθνώς.
- Αύξηση, όπου το επιτρέπει η αρχιτεκτονική διαρρύθμιση, των βοηθητικών χώρων των μονάδων.
- Αξιοποίηση του τεχνολογικού εξοπλισμού σε μονάδες που βρίσκεται σε αδράνεια.
- Ύπαρξη καθηκοντολογίου του προσωπικού ώστε οι αρμοδιότητες να είναι σαφώς καθορισμένες.
- Δημιουργία κέντρων κόστους ώστε να γίνει πιο εύκολος ο υπολογισμός του κόστους νοσηλείας μέσα σε μια Μ.Ε.Θ.

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

Η Μ.Ε.Θ. ΤΟΥ Γ.Π.Ν.

ΤΡΙΠΟΛΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ¹

Ο σχεδιασμός του κτιριακού συγκροτήματος του Νοσοκομείου της Τρίπολης ολοκληρώθηκε περίπου το τέλος της δεκαετίας του '40 στις Η.Π.Α. Υπεύθυνοι του έργου ήταν Ελληνοαμερικανοί τεχνικοί οι οποίοι κατάφεραν να ολοκληρώσουν τα σχέδια με τις δαπάνες των Ελληνοαμερικανικών Οργανώσεων Μεταναστών (ΑΗΕΡΑΝΣ) και της Αμερικανικής Κυβέρνησης. Η ανέγερση των κτιρίων του συγκροτήματος ολοκληρώθηκε στην αρχή της δεκαετίας του '50. Τότε ήταν που το νοσοκομείο της Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ» μεταφέρθηκε στο νέο κτιριακό συγκρότημα, αφού μέχρι τότε στεγαζόταν σε ένα μικρό παλαιό κτίριο επί της πλατείας Κολοκοτρώνη, το οποίο σήμερα στεγάζει το Αρχαιολογικό Μουσείο της πόλης. Πρέπει να επισημανθεί ότι τόσο ο σχεδιασμός όσο και η κατασκευή του κτιρίου του Νοσοκομείου χαρακτηρίζονται από υψηλή ποιότητα και πρωτοποριακή τεχνική για τα δεδομένα της εποχής ανέγερσής του. Αυτός είναι και ο λόγος, στον οποίο οφείλεται η μέχρι σήμερα σχετική αντοχή του κτιρίου και η σχετική αρτιότητα της λειτουργικής διάταξης, αν και το Νοσοκομείο δεν έχει μέχρι σήμερα ευεργετηθεί με ουσιαστικές επεμβάσεις οικοδομικής συντήρησης και λειτουργικής ανανέωσης.

Οι σημαντικές παρεμβάσεις στην κτιριακή υποδομή που υλοποιήθηκαν από την εποχή της ανέγερσης του Παναρκαδικού Νοσοκομείου είναι:

¹ ΔΕΠΑΝΟΜ – «Ρυθμιστική – προκαταρκτική μελέτη για το Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ», Ανάλυση υπάρχουσας κατάστασης – Διαγνωστική έκθεση», Μελέτη, Τρίπολη, Απρίλιος 2002, σελ. 1-3

α) Η ανάπτυξη Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος σε πτέρυγα του ισόγειου του κυρίως κτιρίου,

β) Η ανακαίνιση της Σχολής Αδελφών στο Ισόγειο του κτιρίου του Οίκου – Σχολής Αδελφών,

γ) Η αναδιάρθρωση τμήματος της Ορθοπαιδικής Νοσηλευτικής Μονάδας του 2^{ου} ορόφου σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ., Πολυδύναμη, 7 κλινών). Η Μ.Ε.Θ. κατασκευάστηκε χωρίς αρχιτεκτονική και τεχνική μελέτη παρά μόνο με τις υποδείξεις των αρμοδίων του Νοσοκομείου και την τεχνική μελέτη και βοήθεια του αρχιτέκτονα Π. Ταβανιώτη,

δ) Η προσθήκη της ανεξάρτητης πτέρυγας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τραυματιολογικό Κέντρο) και

ε) Η προσθήκη ηλεκτρικού υποσταθμού που εξυπηρετεί ολόκληρο το νοσοκομείο και βρίσκεται στο υπόγειο του Τραυματιολογικού Κέντρου.

Πέραν των πιο πάνω κτιριακών παρεμβάσεων καμία σημαντική παρέμβαση συστηματικής συντήρησης δεν έχει πραγματοποιηθεί στο κτίριο από την εποχή της ανέγερσής του, παρά τους σημαντικούς ρυθμούς ανάπτυξης που έχει παρουσιάσει το Νοσοκομείο κατά το χρονικό διάστημα των δύο τελευταίων δεκαετιών.

1.2. ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ¹

Το συνολικό οικόπεδο του Παναρκαδικού Νοσοκομείου έχει έκταση 180.000 m² περίπου, βρίσκεται σε λοφώδη έξαρση του εδάφους, στις παρυφές της πόλης και περιβάλλεται από τους πιο κάτω δρόμους:

- Την επαρχιακή οδό Τρίπολης – Αλωνίσταινας – Βυτίνας, την οδό δηλαδή που παλαιότερα αποτελούσε την κύρια πρόσβαση της Γορτυνίας και της Δ. Πελοποννήσου (Ν. Ηλείας),
- Τη μελλοντική περιφερειακή οδό της πόλης,

¹ ΔΕΠΑΝΟΜ – «Ρυθμιστική – προκαταρκτική μελέτη για το Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ», Ανάλυση υπάρχουσας κατάστασης – Διαγνωστική έκθεση», Μελέτη, Τρίπολη, Απρίλιος 2002, σελ. 10

- Αδιαμόρφωτο δρόμο.

Το Νοσοκομείο διαθέτει δύο εισόδους:

- ✓ Την κύρια είσοδο που βρίσκεται στην οδό Τρίπολης – Αλωνίσταινας.
- ✓ Την υπηρεσιακή είσοδο που βρίσκεται επί της μελλοντικής περιφερειακής οδού της πόλης.

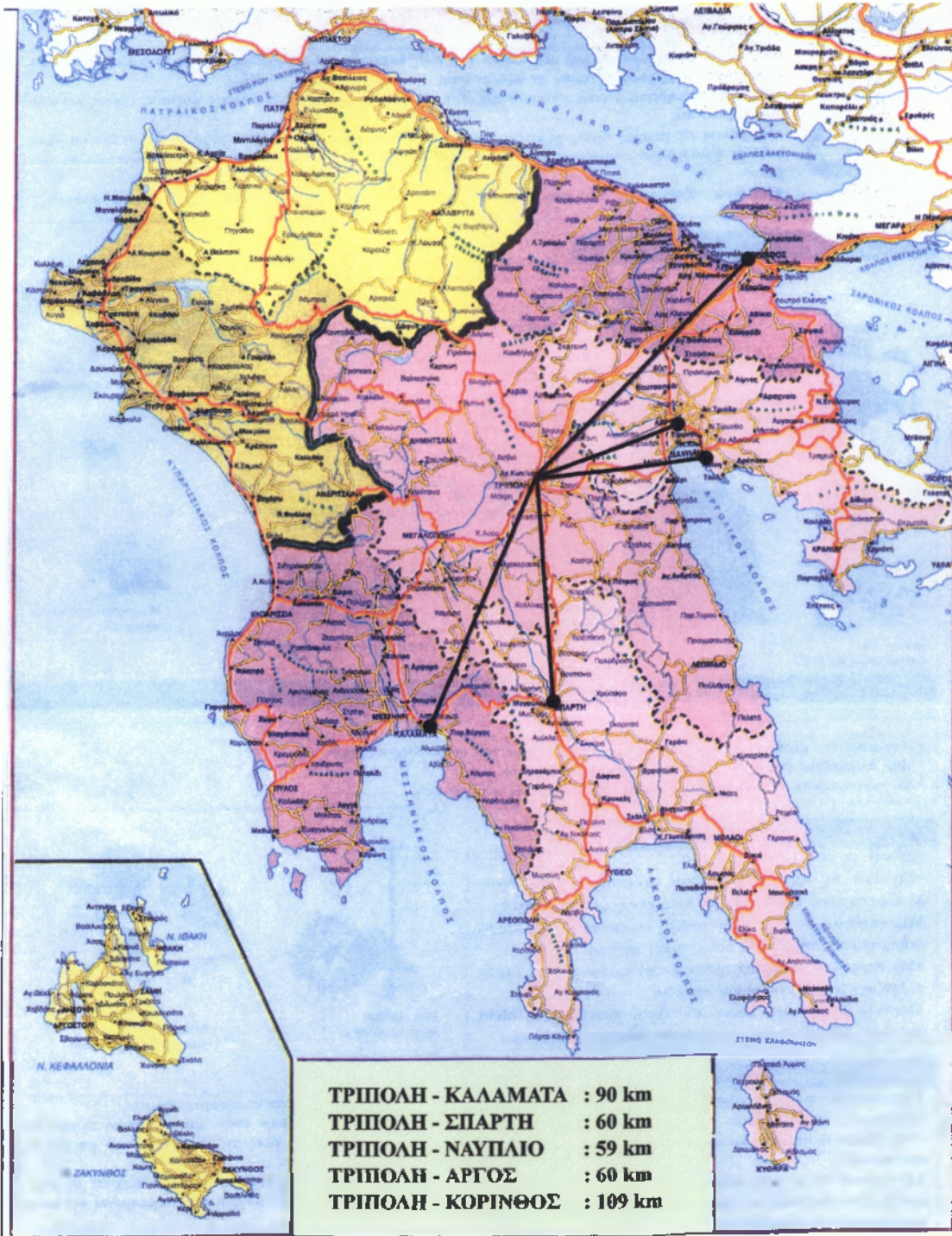
Το οικόπεδο καλύπτεται κατά τη μεγαλύτερη έκτασή του από άλσος κωνοφόρων. Στο ακάλυπτο από πράσινο τμήμα έκτασης 30.000 m² περίπου έχει ανεγερθεί το Νοσηλευτικό συγκρότημα. Το τμήμα αυτό έχει περιφραχθεί με απλή συρμάτινη περίφραξη και αποτελεί ουσιαστικά το χώρο ανάπτυξης του Νοσοκομείου. Επίσης συρματοπλεγμένο τμήμα έκτασης 16.000 m² περίπου, με πρόσωπο επί της περιφερειακής οδού, έχει παραχωρηθεί για φιλοξενία του κτιρίου της Μεραρχίας. Το υπόλοιπο οικόπεδο, που καλύπτεται από το άλσος, είναι περιφραγμένο με χαμηλή λιθόχτιστη μάνδρα, αλλά ελεύθερο για χρήση από το κοινό σαν κοινόχρηστο πράσινο.

Το Παναρκαδικό Νοσοκομείο αν και έχει καθιερωθεί στη συνείδηση των κατοίκων της Πελοποννήσου ως Περιφερειακό Νοσοκομείο του Διαμερίσματος της Πελοποννήσου, ελάχιστα έως καθόλου λειτούργησε έως σήμερα σαν Περιφερειακό Νοσοκομείο. Το αντίθετο μάλιστα, με την πάροδο των ετών μειώνεται ο ρυθμός της διακομιδής των ασθενών από τους νομούς του Διαμερίσματος (Κορινθία, Αργολίδα, Μεσσηνία, Λακωνία) προς το Παναρκαδικό Νοσοκομείο. Η κύρια κατεύθυνση διακομιδής παραμένει το Λεκανοπέδιο των Αθηνών.

Είναι προφανές ότι η πολιτική του Υπουργείου Υγείας επιδιώκει, μέσω της δημιουργίας των Πε.Σ.Υ., την Υγειονομική αυτοδυναμία των Περιφερειών και ως εκ τούτου θα πρέπει να επανακαθοριστεί ο ρόλος του Παναρκαδικού Νοσοκομείου στην Περιφέρεια Πελοποννήσου. Σε κάθε περίπτωση ο ρόλος αυτός θα πρέπει να είναι καίριος για τους 5 νομούς του Διαμερίσματος, για τους εξής λόγους:

α) Η χωροθέτηση του Νοσοκομείου

Η Τρίπολη βρίσκεται στο γεωμετρικό κέντρο βάρους του διαμερίσματος ως απέχουσα ίσες περίπου αποστάσεις από τις πρωτεύουσες και τις κύριες πόλεις των νομών του Διαμερίσματος (Καλαμάτα, Σπάρτη, Ναύπλιο, Άργος, Κόρινθος), (βλ. Χάρτη 2-1-1).



Χάρτης 2-1-1: Γεωγραφική θέση Τρίπολης και απόσταση αυτής από τις άλλες μεγάλες πόλεις της Περιφέρειας

β) Η υφιστάμενη κτιριακή υποδομή

Το Παναρκαδικό Νοσοκομείο εξακολουθεί να διαθέτει αξιόλογο κτιριακό συγκρότημα σημαντικής εκτάσεως και υψηλής ποιοτικής στάθμης, το οποίο δεν παύει να υπερέχει συγκρινόμενο με τα λοιπά Νοσοκομεία του Διαμερίσματος και

γ) Η υφιστάμενη παράδοση και φήμη

Το Παναρκαδικό Νοσοκομείο έχει αποκτήσει πλέον γενική αποδοχή στις συνειδήσεις των κατοίκων του Διαμερίσματος εφόσον για πολλές δεκαετίες αποτέλεσε το μοναδικό σημαντικό Νοσηλευτικό Κέντρο της Πελοποννήσου. Συγχρόνως το Ιατρικό Επιστημονικό δυναμικό έχει καθιερωθεί για τις υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας που προσφέρει.

Η ακριβής θέση του Παναρκαδικού Νοσοκομείου φαίνεται στο Χάρτη 2-1-2.

1.3. ΣΥΣΤΕΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΟΡΕΙΣ¹**• Το 411 Στρατιωτικό Γενικό Νοσοκομείο (411 Σ.Γ.Ν.)**

Το 411 Σ.Γ.Ν. αποτέλεσε τον ουσιαστικό φορέα λειτουργίας του Παναρκαδικού Νοσοκομείου κατά τα πρώτα χρόνια μετά την ανέγερσή του, εφόσον ο στρατός αποτελούσε πιθανώς το μοναδικό οργανωμένο σύστημα της Ελληνικής Πολιτείας τα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια. Συγχρόνως οι στρατιωτικοπολιτικές συνθήκες της εποχής επέβαλαν τη διατήρηση μεγάλου Στρατιωτικού δυναμικού στο κέντρο της Πελοποννήσου. Αυτό σημαίνει ότι το πολιτικό σκέλος του Παναρκαδικού Νοσοκομείου λειτούργησε στην αρχή τη σκιά του 411 Σ.Γ.Ν. Την τελευταία τριακονταετία όμως παρατηρήθηκε συνεχής αύξηση της επιρροής του Παναρκαδικού με την ταυτόχρονη μείωση των Στρατιωτικών δυνάμεων της Τρίπολης. Σήμερα το 411 Σ.Γ.Ν.

¹ ΔΕΠΑΝΟΜ – «Ρυθμιστική – προκαταρκτική μελέτη για το Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ», Ανάλυση υπάρχουσας κατάστασης – Διαγνωστική έκθεση», Μελέτη, Τρίπολη, Απρίλιος 2002, σελ. 3-6

χρησιμοποιεί μικρό τμήμα του κυρίως κτιρίου του Νοσοκομείου, που κι αυτό κρίνεται υπερβολικά μεγάλο σε σχέση με την παρατηρούμενη υπολειτουργία του.



Χάρτης 2-1-2: Γεωγραφική θέση Γ.Π.Ν. Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»

• **Οι Διοικητικές Υπηρεσίες της Γενικής Γραμματείας της Περιφέρειας Πελοποννήσου**

Οι Υπηρεσίες αυτές εγκαταστάθηκαν προσωρινά στο Ισόγειο του κτιρίου της Σχολής Αδελφών περί το μέσον της δεκαετίας του '80, όταν δημιουργήθηκε η Γενική Γραμματεία της Περιφέρειας. Σε επιβεβαίωση όμως της γνωστής ρήσης για τη μονιμότητα των προσωρινών καταστάσεων οι Υπηρεσίες αυτές παραμένουν φιλοξενούμενες στον προσωρινά παραχωρηθέντα σ' αυτές χώρο. Καθ' ότι συστεγάζονται με τις Διοικητικές Υπηρεσίες του Νοσοκομείου, οι δεύτερες ασφυκτιούν πλέον στην απομένουσα στη διάθεσή τους έκταση λόγω της συνεχούς ανάπτυξης του Νοσοκομείου.

• **Το τοπικό ΕΚΑΒ**

Προ διετίας περίπου μικρό τμήμα του υπογείου του κυρίως κτιρίου του Νοσοκομείου μισθώθηκε από τις Υπηρεσίες του Περιφερειακού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας. Πρόκειται για τμήμα του υπογείου που έχει ισόγεια πρόσβαση στην υπηρεσιακή αυλή του Νοσοκομείου. Φυσικά το ΕΚΑΒ δεν είναι άσχετο με τη λειτουργία του Νοσοκομείου και ιδιαίτερα του σχετικά πρόσφατα εγκαινιασθέντος Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τραυματιολογικού Κέντρου).

• **Η Διοίκηση της Μεραρχίας Στρατού**

Τμήμα του συνολικού οικοπέδου του Παναρκαδικού Νοσοκομείου παραχωρήθηκε προ δεκαετιών στην εδρεύουσα στην Τρίπολη, Διοίκηση της Μεραρχίας Στρατού. Στο τμήμα αυτό του οικοπέδου, που έχει ξεχωριστεί από το υπόλοιπο με περίφραξη, η Μεραρχία έχει ανεγείρει κτίριο. Το τμήμα αυτό βρίσκεται σε γειτονική θέση με το συγκρότημα του Νοσοκομείου και είναι πολύ πιθανό να δημιουργήσει στο μέλλον προβλήματα ανάπτυξης – επέκτασης του Νοσοκομείου.

1.4. ΧΩΡΟΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ¹

1.4.1. Τα κτίρια του Νοσοκομειακού συγκροτήματος

Τα κτίρια που περιλαμβάνει το Νοσοκομειακό συγκρότημα είναι τα εξής:

ι. Το κυρίως κτίριο του Νοσοκομείου το οποίο είναι τετραώροφο και έχει συνολική επιφάνεια 13.593 m². Έχει 3 πτέρυγες διαρθρωμένες με σχήμα Υ και στεγάζει σχεδόν όλα τα νοσηλευτικά, διαγνωστικά και θεραπευτικά κέντρα του Νοσοκομείου (εκτός από το Τ.Ε.Π.) καθώς και αρκετά τμήματα υποδομής (Μαγειρείο, Πλυντήριο, Η/Μ εγκαταστάσεις, Νεκροτομείο, Αποθήκες κ.λπ.). Ακόμη στο κτίριο αυτό στεγάζονται το 411 Σ.Γ.Ν. και το Ε.Κ.Α.Β. Οι χώροι που περιλαμβάνει ο κάθε όροφος του νοσοκομείου φαίνονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα:

ΚΥΡΙΩΣ ΚΤΙΡΙΟ: 13.593 m²	
ΥΠΟΓΕΙΟ: 2.980 m²	1^{ος} ΟΡΟΦΟΣ: 2.948 m²
Πλυντήριο	Παθολογική Νοσηλευτική Μονάδα
Κουρείο	411 Σ.Ν.
Αποθήκες	Κεντρική Αποστείρωση
Νεκροτομείο	Εξωτερικά Ιατρεία
ΕΚΑΒ	Κλινική 411 Σ.Ν.
Αποδυτήρια	2^{ος} ΟΡΟΦΟΣ: 2.306 m²
Μαγειρείο	Μ.Ε.Θ.
Τραπεζαρία	Ορθοπαιδική Νοσηλευτική Μονάδα
ΙΣΟΓΕΙΟ: 3.086 m²	Νευροχειρουργικό
Μ.Τ.Ν.	Χειρουργεία
Καρδιολογική Νοσηλευτική Μονάδα	Χειρουργική Νοσηλευτική Μονάδα – ΩΡΛ
Γραφείο Ιατρών	3^{ος} ΟΡΟΦΟΣ: 1.475 m²
Γραφείο Κίνησης	Παιδιατρική Νοσηλευτική Μονάδα
Αρχείο – Φαρμακείο	Τμήμα Πρόωρων
Κυτταρολογικό εργαστήριο	Γυναικολογική Νοσηλευτική Μονάδα
Αιμοδοσία	Συγκρότημα Μαιεύσεων
Μικροβιολογικό εργαστήριο	4^{ος} ΟΡΟΦΟΣ: 798 m²
Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο	Ουρολογική Νοσηλευτική Μονάδα
Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	Οφθαλμολογικό

¹ ΔΕΠΑΝΟΜ – «Ρυθμιστική – προκαταρκτική μελέτη για το Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ», Ανάλυση υπάρχουσας κατάστασης – Διαγνωστική έκθεση». Μελέτη, Τρίπολη, Απρίλιος 2002

ii. Το κτίριο του Οίκου και της Σχολής Αδελφών (Σ.Α.) το οποίο αποτελεί ανεξάρτητο διώροφο κτίριο με υπόγειο και έχει συνολική επιφάνεια 4.617 m^2 . Οι χώροι που περιλαμβάνει το κτίριο αυτό φαίνονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα:

ΚΤΙΡΙΟ ΟΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΧΟΛΗΣ ΑΔΕΛΦΩΝ: 4.617 m^2

ΥΠΟΓΕΙΟ: 1.688 m^2

Χώρος Διδασκαλίας

Τεχνικά Συνεργεία

Η/Μ Εγκαταστάσεις

ΙΣΟΓΕΙΟ: 1.587 m^2

Γραφεία Περιφέρειας

Διοικητικές Υπηρεσίες

Αποθήκες

1^{ος} ΟΡΟΦΟΣ: 671 m^2

Κοιτώνες Ιατρών

2^{ος} ΟΡΟΦΟΣ: 2.306 m^2

Κοιτώνες Αδελφών

iii. Το κτίριο το Τραυματιολογικού Κέντρου (Τ.Κ.) το οποίο αποτελεί ισόγειο κτίσμα με υπόγειο, που συνδέεται μέσω δύο διαδρόμων με το κυρίως κτίριο του Νοσοκομείου και έχει συνολική επιφάνεια 3.576 m^2 . Οι χώροι που περιλαμβάνει το κτίριο αυτό φαίνονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα:

ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ: 3.576 m^2

ΥΠΟΓΕΙΟ: 1.835 m^2

Υποσταθμός

Η/Μ Εγκαταστάσεις

ΙΣΟΓΕΙΟ: 1.741 m^2

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

iv. Τα υπόλοιπα κτίρια του συγκροτήματος του Νοσοκομείου είναι:

- ✓ Ναός, 96 m^2 ο οποίος δεν έχει ολοκληρωθεί ακόμη,
- ✓ Θυρωρείο, το οποίο δεν λειτουργεί πλέον,
- ✓ Κυλικείο, 54 m^2 και
- ✓ Όρχος Οχημάτων μεραρχίας· πρόκειται για παλαιό υπόστεγο στρατιωτικών οχημάτων.

Τέλος, το Νοσοκομειακό συγκρότημα περιλαμβάνει δύο χώρους στάθμευσης:

- ✓ Ένας μικρός χώρος στάθμευσης αριστερά ως προς τον εισερχόμενο από την κεντρική είσοδο, εκτάσεως 700 m² περίπου,
- ✓ Ο νέος μεγάλος χώρος στάθμευσης που κατασκευάστηκε πρόσφατα κατά μήκος του βορινού ορίου του οικοπέδου, συνολικής εκτάσεως 3.000 m² περίπου.

1.4.2. Δείκτης επάρκειας χώρων

Το συνολικό εμβαδόν των κτιριακών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου είναι 21.936 m², συμπεριλαμβανομένων των επιφανειών του Ναού, του Οίκου και της Σχολής Αδελφών καθώς και των κατεχόμενων από το 411 Σ.Γ.Ν. το ΕΚΑΒ από τις Διοικητικές Υπηρεσίες και της Γενικής Γραμματείας της Περιφέρειας Πελοποννήσου χώρων. Αν θεωρηθεί ότι σε ολόκληρη αυτή την επιφάνεια θα ήταν δυνατόν να αναπτυχθεί το Παναρκαδικό Νοσοκομείο τότε για κάθε μια από τις 242 σημερινές υπάρχουσες κλίνες αντιστοιχεί εμβαδόν 90,64 m². Αν όμως από το εμβαδόν αυτό αφαιρεθούν οι εκτάσεις που αντιστοιχούν στις ξένες προς το Παναρκαδικό λειτουργίες (411 Σ.Γ.Ν., Σ.Α., Γενική Γραμματεία Περιφέρειας, ΕΚΑΒ) τότε ο πιο πάνω δείκτης μετατρέπεται σε 80,45 m²/κλίνη (17.781 m² : 221 κλίνες).

Ο δείκτης αυτός που είναι ο πραγματικός, αν και πολύ καλύτερος από τα περισσότερα γνωστά παλαιά Νοσοκομεία της χώρας είναι μικρότερος από το δείκτη που θεωρείται αποδεκτός από τα σημερινά πρότυπα standards. Σύμφωνα με αυτά για Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο θα έπρεπε να διατίθενται τουλάχιστον 100 m² ανά κλίνη ενώ για περιφερειακό περίπου 120 m² ανά κλίνη.

1.5. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΟΜΗ

Κάθε Νοσοκομείο οργανώνεται και λειτουργεί σύμφωνα με τον οργανισμό του ο οποίος τροποποιείται και συμπληρώνεται κατά καιρούς. Ο συντονισμός και ο έλεγχος των Νοσοκομείων ασκείται από το Υπουργείο Υγείας μέσω των προσφάτως εγκαινιασμένων Πε.Σ.Υ.

Το Παναρκαδικό Νοσοκομείο υπάγεται κι αυτό στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/53 και αποτελεί αποκεντρωμένη μονάδα του Πε.Σ.Υ. Πελοποννήσου που διέπεται από τις διατάξεις του Ν.Δ/τος αυτού, όπως τροποποιήθηκαν μεταγενέστερα και από τις διατάξεις του Ν. 1397/83 «Ε.Σ.Υ.». Ορίζεται ως Γενικό Νοσοκομείο και φέρει την επωνυμία ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ». Σύμφωνα με το Άρθρο 5 του Νόμου 2889/01 (ΦΕΚ 37/Α/01) τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. διακρίνονται μόνο σε Γενικά και Ειδικά. Η διάκριση σε Νομαρχιακά και Περιφερειακά καταργείται.

Το Νοσοκομείο διοικείται από τον Διοικητή (manager) και το Συμβούλιο Διοίκησης. Η θητεία του Σ.Δ. είναι 5 έτη. Ο Διοικητής είναι πρόεδρος του και κάθε απόφαση αυτού και του Σ.Δ. θα πρέπει να εναρμονίζεται και να συμφωνεί απόλυτα με τον οργανισμό του Νοσοκομείου. Ο Διοικητής προϊστάται όλων των υπηρεσιών του Νοσοκομείου, των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων που υπάγονται σ' αυτό, συντονίζει και ελέγχει το έργο τους και μεριμνεί για την υλοποίηση των αποφάσεων του Σ.Δ, και εκπροσωπεί όλους τους Τομείς του Νοσοκομείου.

1.6. ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Το Παναρκαδικό Νοσοκομείο απαρτίζεται από τις εξής υπηρεσίες:

- α) Ιατρική
- β) Νοσηλευτική
- γ) Διοικητική

Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι 3 υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες. Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε άλλη Υπηρεσία από αυτή που υπάγεται κατά κλάδο και κατηγορία, σύμφωνα με τις διατάξεις, υπάγεται ιεραρχικά στην Υπηρεσία που υπηρετεί.

Σκοπός της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι η προώθηση και προαγωγή της υγείας, της έρευνας και της εκπαίδευσης, η παροχή υπηρεσιών υγείας καθώς και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία φροντίζει για την παροχή νοσηλείας στους ασθενείς σύμφωνα με τα διδάγματα της νοσηλευτικής και βάσει του πλαισίου κατεύθυνσης των υπεύθυνων σε κάθε περίπτωση ιατρών. Η Διοικητική Υπηρεσία μπορεί να θεωρηθεί ο εγκέφαλος του νοσοκομείου γιατί το έργο της είναι να πραγματοποιεί όλα όσα απαιτούνται για τη σωστή λειτουργία του. Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά οι υπηρεσίες που περιλαμβάνει το Νοσοκομείο.

Ένα συνοπτικό οργανόγραμμα των υπηρεσιών του Παναρκαδικού Νοσοκομείου απεικονίζεται στο Οργανόγραμμα 2-1-1.

1.6.1. Ιατρική Υπηρεσία

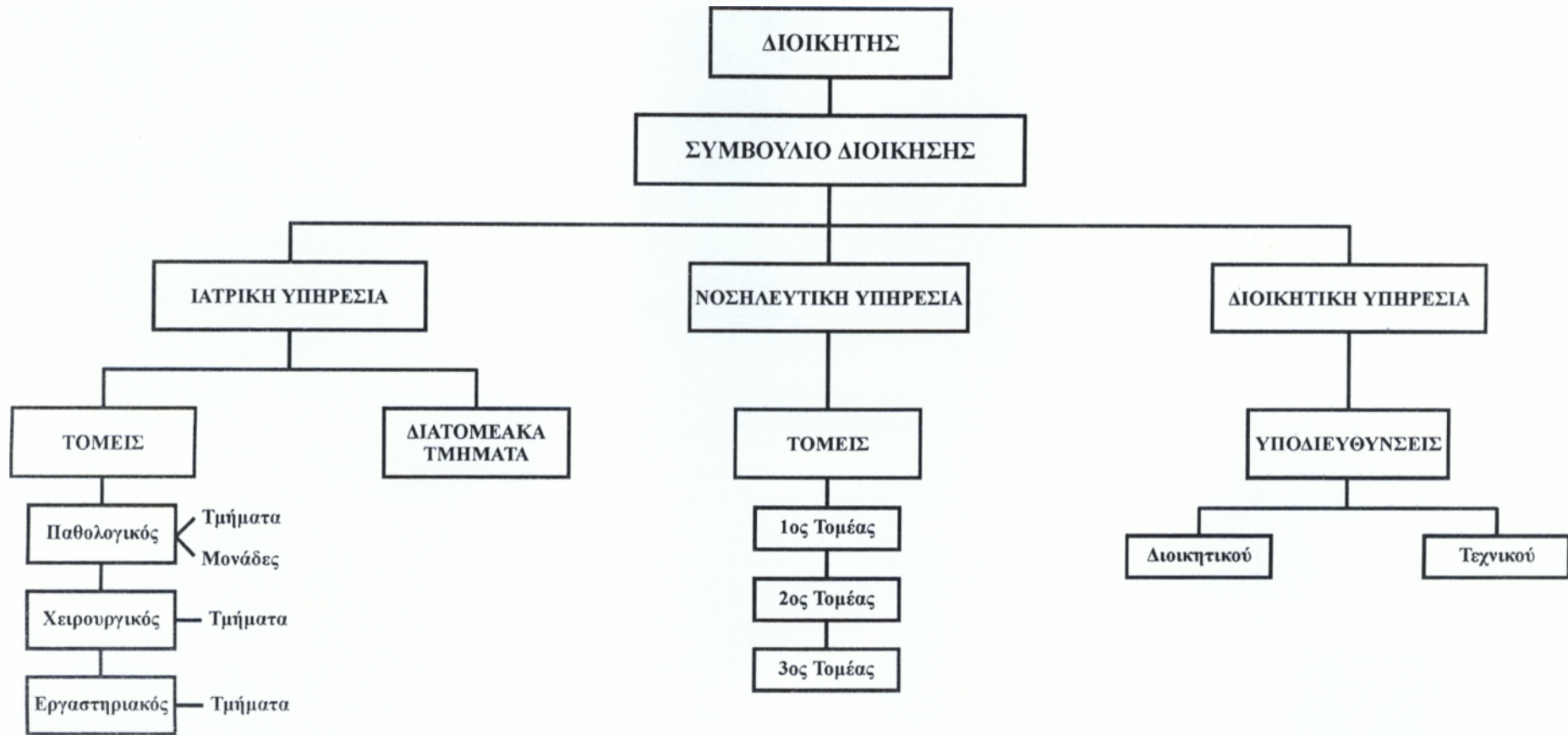
Η Ιατρική Υπηρεσία διαρθρώνεται στους εξής τομείς και διατομεακά τμήματα:

α) Τομείς:

- α1. Παθολογικό με δύναμη 144 κρεβάτια
- α2. Χειρουργικό με δύναμη 156 κρεβάτια
- α3. Εργαστηριακό

β) Διατομεακά τμήματα:

- β1. Επείγοντων περιστατικών
- β2. Ημερήσιας Νοσηλείας



52

Οργανόγραμμα 2-1-1: Διάρθρωση των υπηρεσιών του Γ.Π.Ν. Τρίπολης σύμφωνα με το ΦΕΚ 9/Β/87

Πηγή: Φ.Ε.Κ. 9/Β/87

Ο κάθε ένας από τους παραπάνω τομείς διαρθρώνεται σε τμήματα και μονάδες ως εξής:

A. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

α) Τμήματα:

- α1. Δύο (2) Παθολογικά
- α2. Ένα (1) Καρδιολογικό
- α3. Ένα (1) Παιδιατρικό
- α4. Ένα (1) Νευρολογικό
- α5. Ένα (1) Ογκολογικό

β) Μονάδες:

- β1. Μονάδα πρόωρων
- β2. Τεχνητού Νεφρού
- β3. Εμφραγμάτων
- β4. Εντατικής θεραπείας

B. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

α) Τμήματα:

- α1. Δύο (2) Χειρουργικά
- α2. Δύο (2) Ορθοπαιδικά
- α3. Ένα (1) Ουρολογικό
- α4. Ένα (1) Οφθαλμολογικό
- α5. Ένα (1) Ωτορινολαρυγγολογικό
- α6. Ένα (1) Γυναικολογικό – Μαιευτικό
- α7. Ένα (1) Αναισθησιολογικό
- α8. Ένα (1) Χειρουργικό παιδών

Γ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

α) Τμήματα:

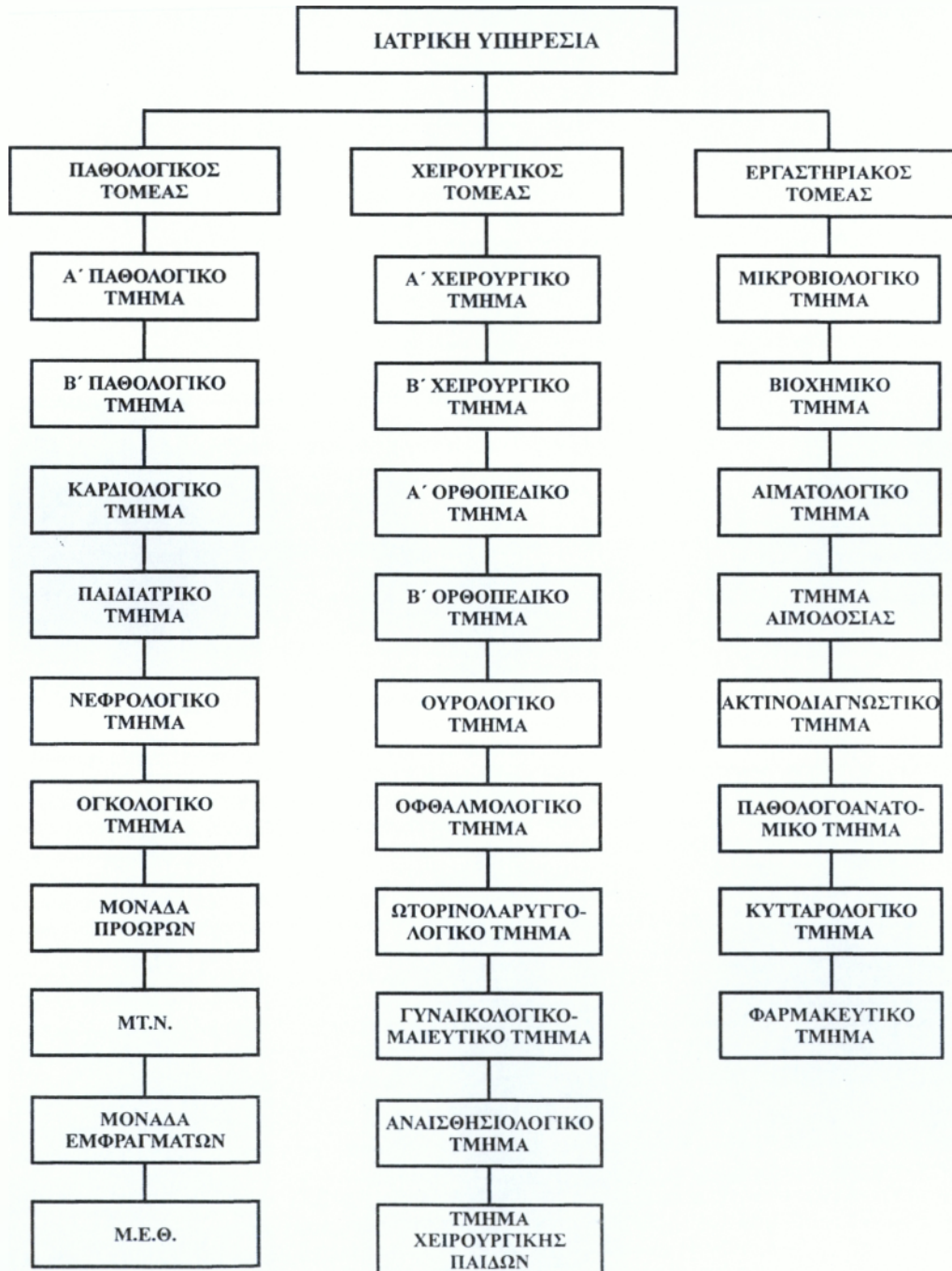
- α1. Ένα (1) Μικροβιολογικό
- α2. Ένα (1) Βιοχημικό
- α3. Ένα (1) Αιματολογικό
- α4. Ένα (1) Λιμοδοσίας
- α5. Ένα (1) Ακτινοδιαγνωστικό

α6. Ένα (1) Παθολογοανατομικό

α7. Ένα (1) Κυτταρολογικό

α8. Ένα (1) Φαρμακευτικό

Στους τομείς λειτουργούν τακτικά εξωτερικά ιατρεία αντίστοιχων ειδικοτήτων με τις ειδικότητες των γιατρών που υπηρετούν στο Νοσοκομείο. Στο οργανόγραμμα 2-1-2 φαίνεται η διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας.



Οργανόγραμμα 2-1-2: Διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας του Γ.Π.Ν.
Πηγή: Ιδία έρευνα

1.6.2. Νοσηλευτική Υπηρεσία

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις τομείς τον 1^ο, 2^ο και 3^ο που ο καθένας διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα ως ακολούθως:

α) Ο 1^{ος} τομέας σε τέσσερα (4) τμήματα που καλύπτουν τον Παθολογικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας,

β) Ο 2^{ος} τομέας σε πέντε (5) τμήματα που καλύπτουν τον Χειρουργικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας και

γ) Ο 3^{ος} τομέας σε τρία (3) τμήματα που καλύπτουν τον Εργαστηριακό τομέα, τα διατομεακά τμήματα επειγόντων περιστατικών και ημερήσιας νοσηλείας, τα εξωτερικά ιατρεία και τα χειρουργεία της Ιατρικής Υπηρεσίας.

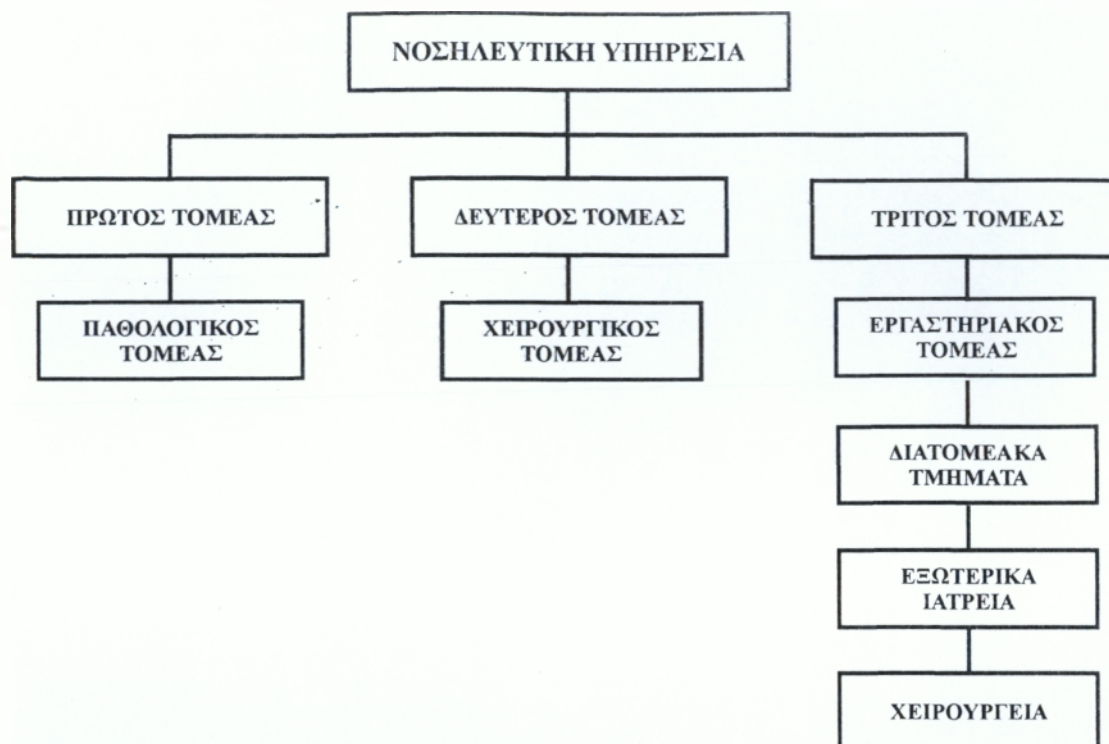
Στο Νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή που αποτελείται από:

α) Τον Διευθυντή – Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ως Πρόεδρος,

β) Ένα (1) προϊστάμενο τμήματος από κάθε τομέα και

γ) Ένα (1) Διπλωματούχο τμήματος από κάθε τομέα.

Τα μέλη (β) και (γ) εκλέγονται για δύο χρόνια με μυστική ψηφοφορία από το Νοσηλευτικό προσωπικό του αντίστοιχου τομέα που συνέρχεται με πρόσκληση του προϊσταμένου αυτού. Η Νοσηλευτική Επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά την οργάνωση και λειτουργία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Στο οργανόγραμμα 2-1-3 που ακολουθεί φαίνεται σχηματικά η διάρθρωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.



Οργανόγραμμα 2-1-3: Διάρθρωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Γ.Π.Ν. Τρίπολης

Πηγή: Ιδία έρευνα

1.6.3. Διοικητική Υπηρεσία

Η Διοικητική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε δύο (2) Υποδιευθύνσεις:

- α) Την Υποδιεύθυνση Διοικητικού
- β) Την Υποδιεύθυνση Τεχνικού

Κάθε Υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή Γραφεία όπως παρουσιάζονται παρακάτω:

A. ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ

- α) Τμήματα:
 - α1. Προσωπικού
 - α2. Γραμματείας
 - α3. Οικονομικού
 - α4. Κίνησης αρρώστων
 - α5. Διατροφής

- α6. Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
- α7. Κοινωνικής Υπηρεσίας
- α8. Παραϊατρικών Επαγγελμάτων (Τεχνολόγων)
- α9. Πληροφορικής – Οργάνωσης

β) Στα αυτοτελή γραφεία:

- β1. Επιστασίας
- β2. Ιματισμού

B. ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΙΚΟΥ

α) Τμήματα:

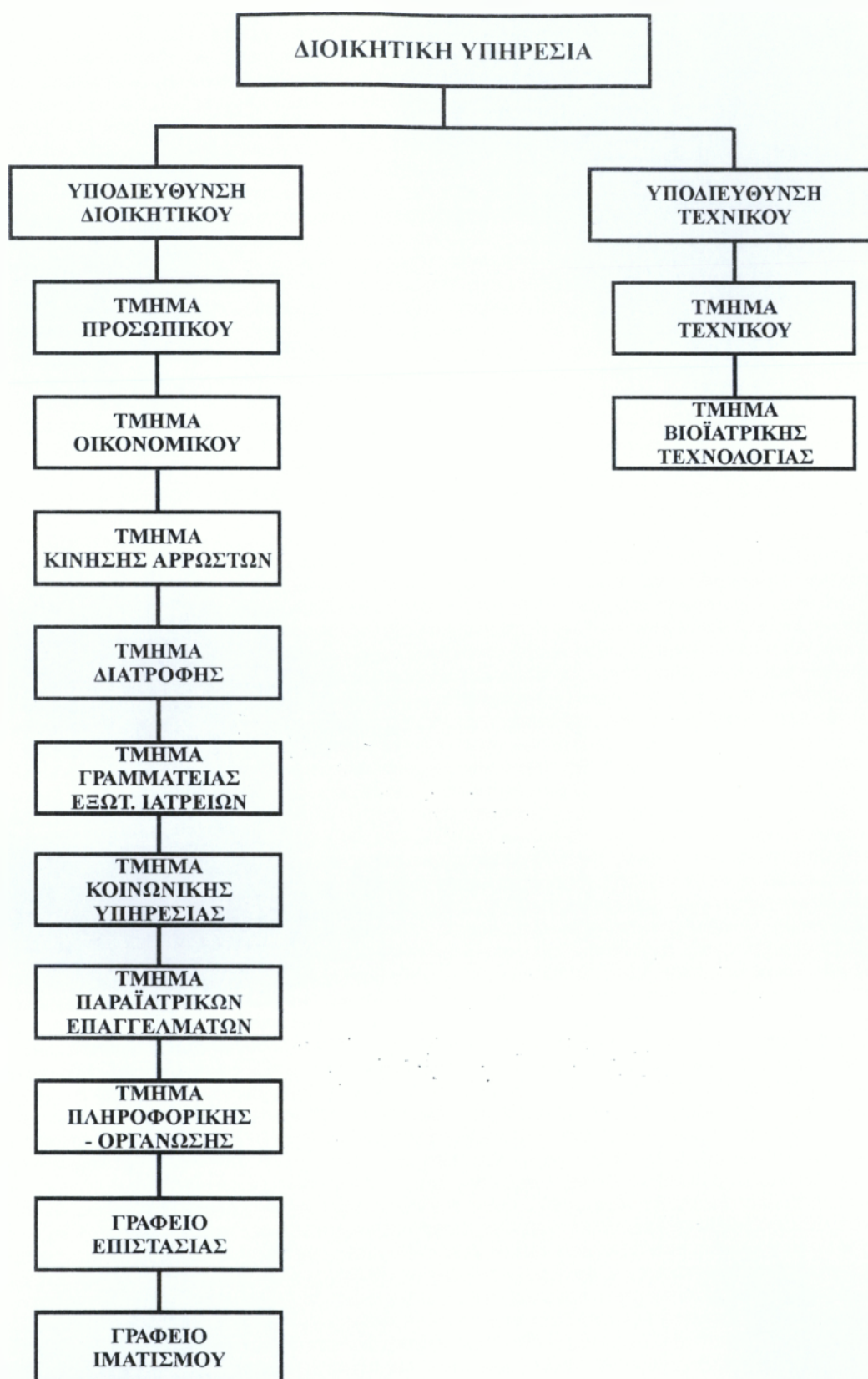
- α1. Τεχνικού
- α2. Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

Στο οργανόγραμμα 2-1-4 φαίνεται σχηματικά η διάρθρωση της Διοικητικής Υπηρεσίας.

1.7. ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ¹

Η συνολική οικοπεδική έκταση του Παναρκαδικού Νοσοκομείου και κατά συνέπεια και τα κτίσματα που βρίσκονται επ' αυτής ανήκουν στην Ελληνοαμερικανική Ομοσπονδία των ομογενών ΑΧΕΠΑ. Το Ελληνικό Κράτος ενοικιάζει το χώρο και τα κτίρια από την οργάνωση αυτή με συμβολικό τίμημα ενός δολαρίου Η.Π.Α. κατ' έτος. Η Ελληνοαμερικανική Ομοσπονδία διατηρεί γραφείο που της έχει παραχωρηθεί από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου, κατόπιν σχετικού αιτήματός της, το οποίο ευρίσκεται στο ισόγειο του κτιρίου της Σχολής και Οίκου Αδελφών, μαζί δηλαδή με τις Διοικητικές Υπηρεσίες του Νοσοκομείου.

¹ ΔΕΠΙΑΝΟΜ – «Ρυθμιστική – προκαταρκτική μελέτη για το Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ», Ανάλυση υπάρχουσας κατάστασης – Διαγνωστική έκθεση», Μελέτη, Τρίπολη, Απρίλιος 2002, σελ. 8



Οργανόγραμμα 2-1-4: Διάρθρωση της Διοικητικής Υπηρεσίας του Γ.Π.Ν. Τρίπολης

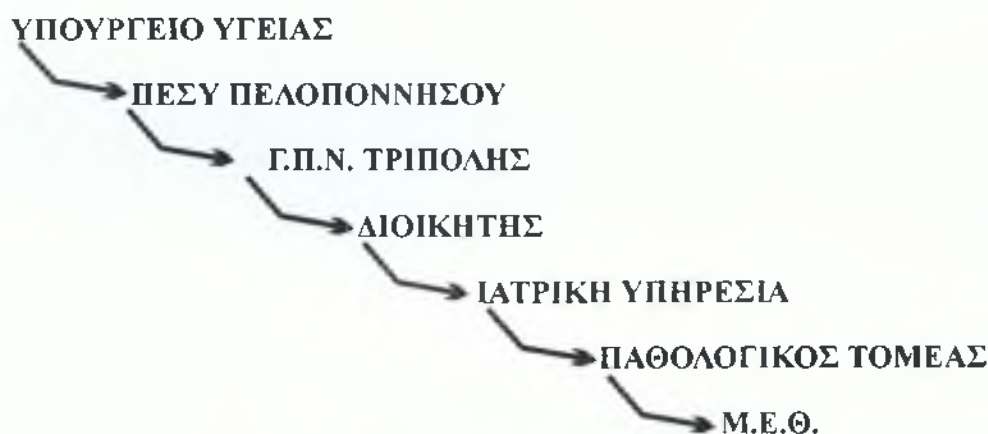
Πηγή: Ιδία έρευνα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ Γ.Π.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ

2.1. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ Μ.Ε.Θ. ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ¹

Η Μ.Ε.Θ. του Παναρκαδικού Νοσοκομείου εγκαινιάστηκε το 1986. Πρόκειται για πολυδύναμη Μ.Ε.Θ. η οποία κατασκευάστηκε χωρίς αρχιτεκτονικό σχεδιασμό, καταλαμβάνοντας χώρο από την Ορθοπαιδική Νοσηλευτική Μονάδα του Νοσοκομείου. Η ιεραρχική διάρθρωση της Μ.Ε.Θ. του Παναρκαδικού Νοσοκομείου απεικονίζεται στο ακόλουθο σχήμα 2-2-1.



Σχήμα 2-2-1: Ιεραρχική διάρθρωση της Μ.Ε.Θ. του Γ.Π.Ν. Τρίπολης

Πηγή: Ίδια έρευνα

Ενώ τα πρώτα χρόνια λειτουργίας της περιελάμβανε 9 κλίνες, μετά το 1999 οι κλίνες αυτές μειώθηκαν σε 7 (6 + 1 ετοιμότητας). Στο χώρο νοσηλεύονταν καρδιολογικά περιστατικά (Μονάδα Εμφραγμάτων, υπό την

¹ Michele Guillaume – Βασιλάκη, Επιμελήτρια Α', Εντατικολόγος με εξειδίκευση χειρουργού, Υπεύθυνη Μ.Ε.Θ. Παναρκαδικού Νοσοκομείου

εποπτεία των καρδιολόγων) και ποικιλία παθολογικών και χειρουργικών περιστατικών. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι επί έντεκα χρόνια λειτούργησε κυρίως ως Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (Μ.Α.Φ.) των διαφόρων τμημάτων. Στις 2/9/1997 διορίστηκε Εντατικολόγος, Επιμελήτρια Α' (με επτά χρόνια προϋπηρεσία σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο) και στις 15/10/1998 διορίστηκε Πνευμονολόγος ως Επιμελήτρια Β'. Έως σήμερα παραμένουν ακόμα οι μόνοι μόνιμοι ιατροί του τμήματος.

Στη Μ.Ε.Θ. του Παναρκαδικού Νοσοκομείου γίνεται προσπάθεια ορθολογικής αντιμετώπισης των βαρέως πασχόντων με τους εξής τρόπους:

- Διαμορφώνεται ο χώρος για την καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών, με περισσότερες παροχές ρεύματος, οξυγόνου, αέρος και κενού, διαμορφώνονται αποθηκευτικοί χώροι αναλώσιμου υλικού και εξασφαλίζεται γραφείο ιατρών, με δυνατότητα διανυκτέρευσης στο χώρο της Μ.Ε.Θ.
- Προμηθεύεται αναγκαίος εξοπλισμός για την παρακολούθηση και αντιμετώπιση, λίγων μόνο, βαρέως πασχόντων.
- Εκπαιδύεται το νοσηλευτικό προσωπικό στην παρακολούθηση και φροντίδα των βαρέως πασχόντων.
- Η αύξηση του αριθμού των ιατρών (ειδικευμένων και μη) που συνεργάζονται στη Μ.Ε.Θ., μόνο όμως σε προσωρινή βάση, επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση και αντιμετώπιση των νοσηλευομένων και τον πλήρη έλεγχο της χορηγούμενης αγωγής από το προσωπικό της Μ.Ε.Θ.
- Η μείωση των λειτουργικών κλινών της Μ.Ε.Θ. από 9 σε 6+1, εξασφαλίζει την καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών, δεδομένου του περιορισμένου διαθέσιμου χώρου, της ανάγκης μιας ελάχιστης απόστασης μεταξύ των κλινών (σύμφωνα με τις διεθνείς πρακτικές απαιτείται απόσταση 3 μέτρων) και τη διευκόλυνση της μετακίνησης του προσωπικού, του εξοπλισμού και των κλινών.

- Η στενή συνεργασία ιατρών όλων των ειδικοτήτων (ανάλογα με τη φύση του κάθε περιστατικού) διευκολύνει την ομαλή αντιμετώπιση του ασθενή.

Ιδιαίτερα πρέπει να τονιστεί ότι για τη βέλτιστη λειτουργία της Μ.Ε.Θ. απαιτήθηκε και παραμένει αναγκαία και πολύτιμη η συνεργασία όλων των ιατρών του Νοσοκομείου. Έτσι είναι δυνατή η αμεσότητα τόσο της διάγνωσης όσο και της θεραπείας των τόσο ευαίσθητων πασχόντων και αποφεύγεται η διακομιδή τους, με τους αναπόφευκτους κινδύνους, έξοδα και ταλαιπωρία. Σκοπός πάντα παραμένει η συνεχής βελτίωση της παροχής υπηρεσιών και της σχέσης πασχόντων – θεραπόντων για την επίτευξη βέλτιστων αποτελεσμάτων.

2.2. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΜΕΝΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ¹

Η Μ.Ε.Θ. του Παναρκαδικού η οποία λειτουργεί σε Νοσοκομείο 240 κλινών, δεν εξυπηρετεί μόνο το Παθολογικό τομέα, αλλά και όλες τις κλινικές και ιδιαίτερα τις: Νευροχειρουργική, Χειρουργική, Ορθοπαιδική, καθώς και το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.). Επειδή όμως τα περιστατικά είναι κατά βάση καρδιολογικά στη Μ.Ε.Θ. συνήθως διατίθενται 3 κρεβάτια για τα περιστατικά αυτά. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μείωση των καρδιολογικών, και όχι μόνο, περιστατικών που εισήλθαν στη Μ.Ε.Θ. και προέρχονται από το νοσοκομείο, με αντίστοιχη αύξηση των περιστατικών από την περιφέρεια. Αυτό οφείλεται κυρίως στο ότι αυξήθηκε η συνεργασία μεταξύ των ιατρών της Μ.Ε.Θ. και των άλλων ιατρών του Νοσοκομείου. Έτσι οι δεύτεροι κρατούν όσο μπορούν τα περιστατικά στις κλινικές τους και προσπαθούν να τα αντιμετωπίσουν οι ίδιοι ενώ μπορεί να δανειστούν και κάποιο μηχάνημα από τη Μ.Ε.Θ, εάν δεν υπάρχει διαθέσιμη κλίνη στη μονάδα.

Η μονάδα είναι συνήθως «κλεισμένη» από χρόνια περιστατικά. Επίσης το νευροχειρουργικά περιστατικά απαιτούν κατ' εξοχήν μεγάλη διάρκεια

¹ Michele Guillaume – Βασιλάκη, Επιμελήτρια Α', Εντατικολόγος με εξειδίκευση χειρουργού, Υπεύθυνη Μ.Ε.Θ. Παναρκαδικού Νοσοκομείου

νοσηλείας, ενώ αντίθετα τα καρδιολογικά δεν «πιάνουν» κρεβάτι Μ.Ε.Θ. για πολύ καιρό. Ακόμη οι βαριά εγκαυματίες δεν νοσηλεύονται καθόλου στη Μ.Ε.Θ. λόγω ανυπαρξίας του κατάλληλου ιατρικού προσωπικού.

Αναλυτικότερα για τη λειτουργία της Μ.Ε.Θ. μπορούμε να αναφέρουμε ότι ενώ μέχρι και το 1997 νοσηλεύτηκαν λίγα περιστατικά (26 το 1997) υπό μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, ο αριθμός των βαρέως πασχόντων που χρειάστηκε μηχανική υποστήριξη αυξήθηκε σημαντικά τα επόμενα χρόνια (157 το 2001). Επίσης οι αναγκαίες επεμβατικές πράξεις αυξήθηκαν σε αριθμό: έγιναν το 2001 περισσότερες από 100 διασωληνώσεις, 100 τοποθετήσεις κεντρικής φλεβικής γραμμής, 250 καθετηριασμοί ουροδόχου κύστεως, 200 γαστρεντερικοί καθετηριασμοί για παροχέτευση ή σίτιση κ.λπ. Έτσι τώρα αντιμετωπίζονται βαρέως πάσχοντες από πολλαπλές αιτίες: νευροχειρουργικοί, πολυτραυματίες, φαρμακευτικές δηλητηριάσεις, ΟΑΑ, ΚΑΑ, ΧΑΑ, τέτανος, σηπτικά shock ακόμη και διάφορα χειρουργικά και παθολογικά περιστατικά χρήζοντα εντατικής παρακολούθησης και υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών ερχόμενα από το Τ.Ε.Π. ή τις κλινικές του Νοσοκομείου αλλά και από τα Νοσοκομεία της ευρύτερης Περιφέρειας. Ελάχιστα είναι πλέον τα περιστατικά που χρήζουν μεταφοράς για ειδική αντιμετώπιση π.χ. θωρακοχειρουργική, γαστρεντερολογική, εγκαυματίες κ.λπ.

Λόγω όμως των σημαντικών ελλείψεων τόσο σε χώρο όσο και σε εξοπλισμό και προσωπικό ο αριθμός των περιστατικών που μπορεί να νοσηλευθούν ανέρχεται μόνο σε 4 βαρέως πάσχοντες (περιστατικά Μ.Ε.Θ.) και 2 έως 3 καρδιολογικούς ασθενείς (δυστυχώς στον ίδιο χώρο). Σύμφωνα με τις διεθνείς πρακτικές και οδηγίες, οι Μ.Ε.Θ. και οι Μονάδες Εμφραγμάτων αποτελούν ξεχωριστά και αυτοτελή τμήματα. Στο νέο αναπτυξιακό πρόγραμμα του Παναρκαδικού Νοσοκομείου προβλέπεται να είναι χωριστά τμήματα, στεγαζόμενα σε διαφορετικούς χώρους.

Στη Μ.Ε.Θ. και στις κλινικές του Νοσοκομείου (με την επίβλεψη των ιατρών της Μ.Ε.Θ.) εφαρμόζεται και ο μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός (μηχανική υποστήριξη της αναπνοής μέσω μάσκας, χωρίς να διασωληνωθεί ο ασθενής), σε περιστατικά οξείας ή χρόνιας αναπνευστικής ανεπάρκειας, όπως

σε λίγα μόνο κέντρα στην Ελλάδα· κατά το 2001 υποβλήθηκαν στη μέθοδο αυτή 60 ασθενείς της Μ.Ε.Θ. και 16 στις κλινικές. Επίσης εκτελούνται βρογχοσκοπήσεις, μπορούν να διαπιστωθούν και διαταραχές ύπνου και να αντιμετωπιστούν ανάλογα. Τέλος, εφικτή είναι και η δωρεά οργάνων σε περίπτωση εγκεφαλικού θανάτου ασθενούς.

2.3. ΚΑΛΥΨΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ¹

Η Μ.Ε.Θ. του Παναρκαδικού Νοσοκομείου πολύ συχνά αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες της ευρύτερης περιφέρειας, λόγω των σημαντικών ελλείψεων που παρατηρούνται τόσο σε νοσηλευτικό προσωπικό όσο και σε εξοπλισμό. Ενδεικτικά και μόνο παραθέτω τον παρακάτω πίνακα 2-2-1 στον οποίο παρουσιάζονται οι τηλεφωνικές κλήσεις που έγιναν απευθείας στη Μ.Ε.Θ. από Νοσοκομεία της Πελοποννήσου το τετράμηνο Ιούλιος – Οκτώβριος 2001.

ΝΟΜΟΙ	ΚΛΗΣΕΙΣ	ΑΠΟΔΟΧΗ	ΜΗ ΑΠΟΔΟΧΗ
Αχαΐας	17	1	16
Ηλείας	4	1	3
Αργολίδας	24	8	16
Λακωνίας	8	4	4
Μεσσηνίας	7	4	3
Κορινθίας	5	1	4
Σύνολο	65	19	46

Πίνακας 2-2-1: Τηλεφωνικές κλήσεις από Νοσοκομεία της Πελοποννήσου απ' ευθείας στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης, Ιούλιος – Οκτώβριος 2001

Πηγή: Βλέπε υποσημείωση σελίδα 63

¹ Michele Guillaume – Βασιλάκη, Επιμελήτρια Α', Εντατικολόγος με εξειδίκευση χειρουργού, Υπεύθυνη Μ.Ε.Θ. Παναρκαδικού Νοσοκομείου

Από τα στοιχεία του πίνακα 2-2-1 παρατηρούμε ότι το ποσοστό αποδοχής στις κλήσεις που έγιναν από το νομό Αχαΐας μόλις που έφτανε το 6%. Για τους νομούς Αργολίδας τα πράγματα ήταν λίγο καλύτερα αφού το ποσοστό αποδοχής έφτανε το 33%, ενώ για το νομό Μεσσηνίας το ποσοστό αυτό άγγιζε το 60%. Όσον αφορά το σύνολο των κλήσεων το ποσοστό αποδοχής άγγιξε το 30%, γεγονός που καταδεικνύει την αδυναμία της Μ.Ε.Θ. της Τρίπολης να καλύψει τις ανάγκες της περιφέρειας για εντατική νοσηλεία.

Βεβαίως προτεραιότητα εισαγωγής στη μονάδα έχουν οι ήδη νοσηλευόμενοι ασθενείς του Νοσοκομείου. Καθ' ότι όμως η Μ.Ε.Θ., όπως ανέφερα προηγουμένα είναι συνήθως «κλεισμένη» από χρόνια περιστατικά χρειάστηκε συχνά να διακομιστούν και κάποια περιστατικά από το Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου λόγω έλλειψης ελεύθερων κλινών.

Οι κλήσεις για εισαγωγή είναι περισσότερες το καλοκαίρι για προφανείς λόγους (περισσότερα ατυχήματα). Ακόμη τα περιστατικά για τα οποία γίνεται κλήση είναι περισσότερο νεαρά άτομα.

Θα ήταν επιθυμητό όποιο νέο περιστατικό παρουσιάζεται, εφ' όσον δεν υπάρχει ελεύθερη κλίνη, να αντιμετωπίζεται στο χώρο που βρίσκεται: κλινικές, Τ.Ε.Π. ή σε άλλο νοσοκομείο της Περιφέρειας, μέχρι να βρεθεί λύση στη Μ.Ε.Θ. ή, επί αδυναμίας, να διακομισθεί. Δεν είναι παραδεκτό να «κλείνουν» κρεβάτια Μ.Ε.Θ. ασθενείς που μπορούν να αντιμετωπισθούν σε κλινική ή τελικού σταδίου ασθενείς, στους οποίους η νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. δεν προσφέρει αλλά ενδεχομένως να είναι και επιζήμια και να μην μπορούν να εξυπηρετηθούν άμεσα ασθενείς που το έχουν ανάγκη.

Η ύπαρξη υπεράριθμου ασθενή (σε φορείο) στη Μ.Ε.Θ. θέτει άμεσα τη ζωή του σε κίνδυνο διότι δεν διαθέτει τον απαραίτητο εξοπλισμό και χώρο για τη σωστή αντιμετώπισή του. Θέτει όμως και σε κίνδυνο τη ζωή των λοιπών ασθενών, λόγω του περιορισμού του προσωπικού, του χώρου και του εξοπλισμού. Στη μονάδα, με τα μηχανήματα που διατίθενται, μπορούν να παρακολουθούνται το μέγιστο 6 άτομα. Αρκεί αυτό για να καταλάβουμε τι κινδύνους κρύβει η ύπαρξη 8^{ου} ασθενή σε φορείο.

Τέλος, λόγω της ανυπαρξίας Μ.Α.Φ. στο Νοσοκομείο ασθενείς που θα έπρεπε να νοσηλευτούν σε αυτή παραμένουν ή εισάγονται στη Μ.Ε.Θ. Η δημιουργία Μ.Α.Φ. όμως προϋποθέτει να βρεθεί χώρος, εξοπλισμός αλλά και νοσηλευτικό προσωπικό. Το αποτέλεσμα είναι να μειώνεται η αποδοτικότητα της Μ.Ε.Θ. καθ' ότι η μονάδα δεν είναι σε διαρκή ετοιμότητα να δεχθεί το βαρύ και μη προγραμματισμένο περιστατικό (βλ. Μέρος Ι, παραγρ. 3.1).

2.4. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ Μ.Ε.Θ.

Στο χώρο της Μ.Ε.Θ. νοσηλεύονται καρδιολογικά περιστατικά τα οποία παρακολουθούνται από τους καρδιολόγους και βαρέως πάσχοντες που αντιμετωπίζονται από τους ιατρούς της μονάδας. Παράλληλα όμως εκπαιδεύονται όλοι οι «βοηθοί» ιατροί που συμμετέχουν στη λειτουργία της Μ.Ε.Θ. όπως αγροτικοί, γενικοί ιατροί, υπεράριθμοι ειδικευόμενοι ποικίλων ειδικοτήτων. Η μεν πρακτική τους εκπαίδευση περιλαμβάνει ιατρικές επεμβάσεις όπως:

- ✓ τοποθέτηση αρτηριακής γραμμής
- ✓ τοποθέτηση κεντρικού φλεβικού καθετήρα
- ✓ διασωλήνωση
- ✓ μηχανικός αερισμός
- ✓ υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών κ.λπ.

Η δε θεωρητική τους εκπαίδευση περιλαμβάνει πέρα από την καθημερινή συζήτηση, εκτέλεση μαθημάτων όπως:

- ✓ Παρακολούθηση – υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών.
- ✓ Οξυγονοθεραπεία
- ✓ Αναπνευστική Ανεπάρκεια
- ✓ Μηχανικός Αερισμός
- ✓ Μη επεμβατικός Αερισμός
- ✓ Παρακολούθηση – υποστήριξη νευροχειρουργικών περιστατικών
- ✓ Λοιμώξεις στη Μ.Ε.Θ.

- ✓ Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση κ.λπ.

2.5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Τα κυριότερα συμπεράσματα που προκύπτουν από το κεφάλαιο αυτό είναι τα εξής:

- Παρατηρούνται προβλήματα στην ιατρική διαχείριση των ασθενών της Μ.Ε.Θ. επειδή αρχικά λειτούργησε ως Μ.Α.Φ. Συνέπεια των παραπάνω προβλημάτων είναι η μείωση των κλινών από 9 σε 6+1.
- Η συνεργασία όλων των ιατρών του νοσοκομείου με τους ιατρούς της Μ.Ε.Θ. συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας νοσηλείας στη μονάδα, διότι εξασφαλίζεται ολιστική αντιμετώπιση της καταστάσεως των ασθενών.
- Πρόκειται για πολυδύναμη Μ.Ε.Θ. η οποία εξυπηρετεί όλους τους τομείς του νοσοκομείου.
- Η επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των ιατρών του Νοσοκομείου συμβάλλει στην αποσυμφόρηση της Μ.Ε.Θ.
- Η ύπαρξη Μονάδας Εμφραγμάτων και Μ.Ε.Θ. στον ίδιο χώρο δημιουργεί προβλήματα στη νοσηλεία των ασθενών, διότι οι εμφραγματίες χρειάζονται κατά βάση ηρεμία και ξεκούραση όμως η συνύπαρξή τους με τους πολυτραυματίες τους δημιουργεί αναστάτωση και άγχος.
- Παρατηρείται μικρή ανταπόκριση στις κλήσεις της Περιφέρειας.
- Η αποδοτικότητα της Μ.Ε.Θ. μειώνεται διότι είναι συνήθως «κλεισμένη» με χρόνια περιστατικά.
- Η ύπαρξη ασθενή σε φορείο μέσα στη μονάδα, είναι ανεπίτρεπτη.
- Προσφέρεται ικανοποιητική εκπαίδευση των «βοηθών» ιατρών με πρακτική και θεωρητική διδασκαλία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

3.1. ΜΕΓΕΘΟΣ Μ.Ε.Θ.¹

Το μέγεθος της Μ.Ε.Θ. του Παναρκαδικού Νοσοκομείου είναι 190 τ.μ. Αυτό σημαίνει ότι σε κάθε κλίνη αντιστοιχούν περίπου 27 τ.μ. μεικτού χώρου (190 τ.μ. / 7 κλίνες). Το μέγεθος αυτό κρίνεται ικανοποιητικό εάν αναλογιστεί κανείς ότι ως ελάχιστος αναγκαίος χώρος μιας Μ.Ε.Θ. θεωρούνται τα 30 τ.μ. μεικτού χώρου (βλ. Μέρος Ι, Παραγρ. 3.1).

Όσον αφορά τον απόλυτο αριθμό των κρεβατιών προκύπτει ότι 1 κρεβάτι Μ.Ε.Θ. αντιστοιχεί σε 35 νοσοκομειακά κρεβάτια (242:7). Και αυτή η σχέση θεωρείται αρκετά ικανοποιητική διότι με τα δεδομένα αυτά η Μ.Ε.Θ. καλύπτει σχεδόν το 3% του συνόλου των νοσηλευομένων ασθενών στο Νοσοκομείο.

Τέλος, σύμφωνα με οικονομοτεχνικές μελέτες που έχουν διενεργηθεί σχετικά με τον αριθμό των κλινών και την πληρότητα και εδώ η Μ.Ε.Θ. του Παναρκαδικού είναι εντός των δοθέντων ορίων (βλ. Μέρος Ι, Παραγρ. 3.1). Η μονάδα διαθέτει 7 κλίνες και η πληρότητά της αγγίζει το 138% άρα θεωρείται οικονομικά συμφέρουσα. Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι σε κάθε κρεβάτι της Μ.Ε.Θ. του Παναρκαδικού αντιστοιχεί πληθυσμός 16.569 ατόμων. Εδώ ξεφεύγουμε από τα όρια μιας και σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα σε κάθε ένα κρεβάτι Μ.Ε.Θ. πρέπει να αντιστοιχεί, περίπου, πληθυσμός 3.000 ατόμων.

¹ Τεχνική Υπηρεσία Γ.Π.Ν. Τρίτολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»

3.2. ΘΕΣΗ Μ.Ε.Θ.¹

Παρόλο που σαν μέγεθος και πλήθος κλινών η Μ.Ε.Θ. του Παναρκαδικού πληροί ή έστω προσεγγίζει τα περισσότερα standards σαν θέση στο κτιριακό συγκρότημα είναι αρκετά απομονωμένη. Για να προσεγγίσει κάποιος θα πρέπει να διασχίσει την Ορθοπαιδική Νοσηλευτική Μονάδα. Συγκεκριμένα η Μ.Ε.Θ. βρίσκεται στον 2^ο όροφο του Νοσοκομείου μακριά από όλα τα εργαστήρια (ακτινοδιαγνωστικό, μικροβιολογικό) τα οποία βρίσκονται στο Ισόγειο. Πρόβλημα δημιουργείται και με την απόσταση της Μ.Ε.Θ. από την Καρδιολογική Νοσηλευτική Μονάδα (και αυτή στο Ισόγειο) μιας και όπως ανέφερα σχεδόν τα μισά κρεβάτια Μ.Ε.Θ. διατίθενται για καρδιολογικά περιστατικά. Η απόσταση από το Τμήμα Επειγόντων είναι ακόμα μεγαλύτερη μιας και αυτό βρίσκεται σε ξεχωριστό κτίριο (στο κτίριο του Τραυματιολογικού Κέντρου) και συνδέεται με το κυρίως κτίριο μέσω δύο διαδρόμων. Προκύπτει λοιπόν πρόβλημα μεταφοράς ασθενή από το Τ.Ε.Π. στη μονάδα αφού θα πρέπει να διασχίσει με φορείο σχεδόν όλο το Νοσοκομείο.

Θετικό είναι το γεγονός ότι η Μ.Ε.Θ. βρίσκεται στον ίδιο όροφο με τα χειρουργεία αν και για να φθάσει το μετεγχειρητικό περιστατικό στη μονάδα θα πρέπει να διασχίσει την Ορθοπαιδική Νοσηλευτική Μονάδα με τα όποια προβλήματα μπορεί αυτό να συνοδεύει: οι ασθενείς της Ορθοπαιδικής βιώνουν καθημερινά τον πόνο και την τραγωδία με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται ψυχολογικά και ίσως αυτό να έχει αντίκτυπο στη γενικότερη νοσηλεία τους. Επίσης θετικό είναι το γεγονός ότι η Μ.Ε.Θ. βρίσκεται μακριά από θορύβους και πολυσύχναστες περιοχές του Νοσοκομείου.

Τα προβλήματα που προκύπτουν σχετικά με τη χωροθεσία της Μ.Ε.Θ. έχουν μια λογική βάση: η μονάδα κατασκευάστηκε το 1986 χωρίς αρχιτεκτονικό σχεδιασμό και τεχνική μελέτη επιβαρύνοντας την Ορθοπαιδική Μονάδα, αφού της στέρησε χώρο από αυτόν που προβλεπόταν αρχικά γι' αυτήν. Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι η έξοδος κινδύνου της πτέρυγας αυτής

¹ Τεχνική Υπηρεσία Γ.Π.Ν. Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»

έχει κλειστεί μέσα στη μονάδα και σε περίπτωση εκτάκτου ανάγκης θα προκύψει πρόβλημα εκκένωσης της Ορθοπεδικής Μονάδας.

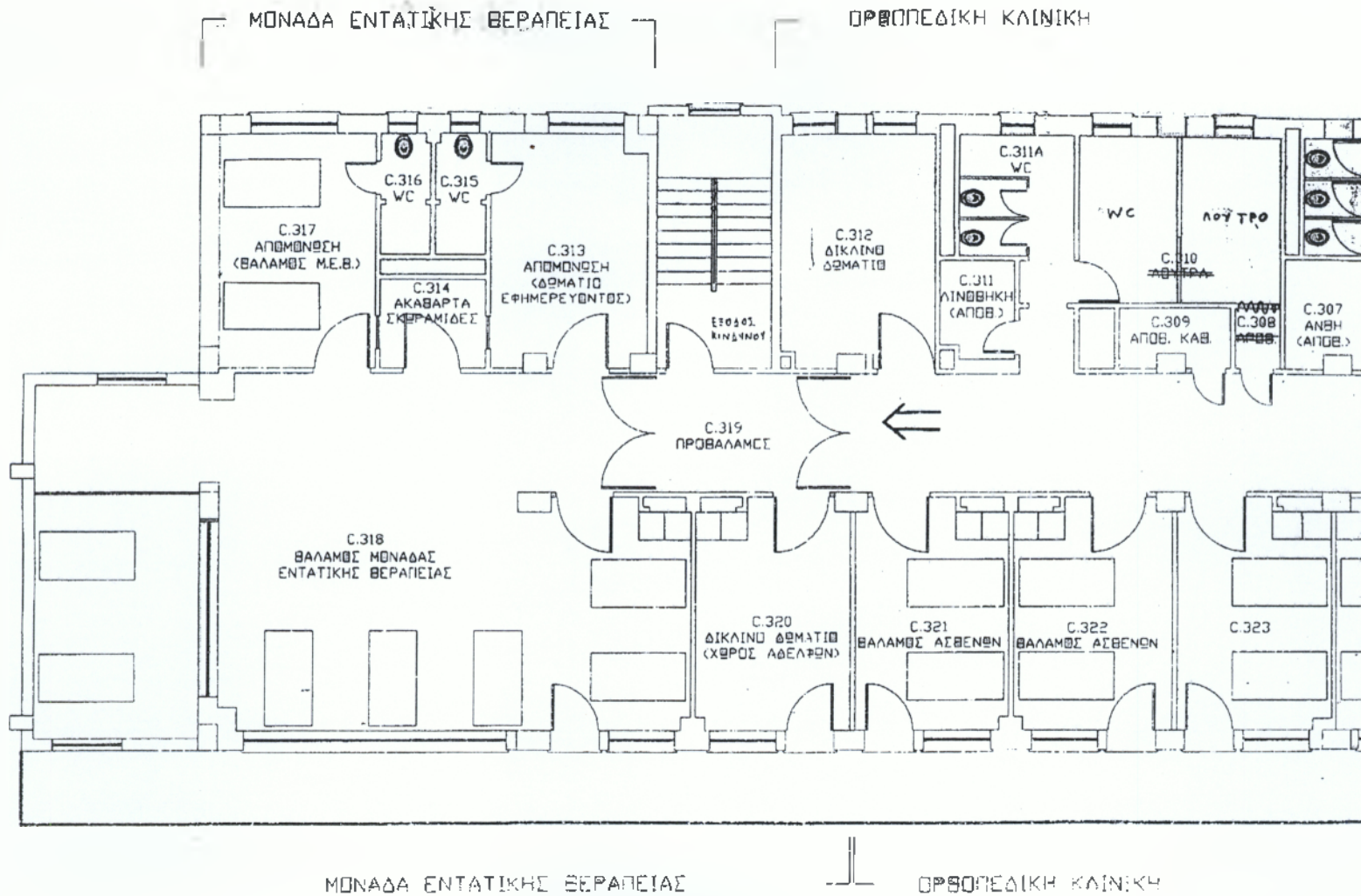
3.3. ΧΩΡΟΙ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ.¹

Επειδή η Μ.Ε.Θ. του Παναρκαδικού Νοσοκομείου κατασκευάστηκε με βάση τους διαθέσιμους χώρους και όχι οι χώροι με βάση τις ανάγκες της μονάδας κρίνεται αρκετά ανεπαρκής όσον αφορά τους βοηθητικούς χώρους που περιλαμβάνει. Συγκεκριμένα η μονάδα περιλαμβάνει τους εξής χώρους:

- Χώρο ασθενών με ένα ενιαίο θάλαμο νοσηλείας που περιλαμβάνει 5 κλίνες οι οποίες μπορούν να χωριστούν με κουρτίνες και ένα θάλαμο απομόνωσης με 2 κλίνες.
- Βοηθητικούς χώρους οι οποίοι είναι:
 - ✓ Προθάλαμος εισόδου.
 - ✓ Χώρος καθαρού υλικού, για την εργασία των αδελφών, στον οποίο αποθηκεύονται φάρμακα, αναλώσιμο και μη υλικό κ.λπ. Στον ίδιο χώρο αποθηκεύεται ο ιματισμός και αναπαύεται το προσωπικό.
 - ✓ Χώρος ακάθαρτου υλικού.
 - ✓ Γραφείο ιατρών και προϊσταμένης (στον ίδιο χώρο). Στο γραφείο αυτό γίνονται και τα μαθήματα των «βοηθών» ιατρών.

Επίσης στη μονάδα όπως ανέφερα περιλαμβάνεται και η έξοδος κινδύνου της πτέρυγας. Σημαντικό ακόμα είναι ότι η Μονάδα δεν κλιματίζεται με αποτέλεσμα το χειμώνα να μην ανανεώνεται ο αέρας. Στο σχεδιάγραμμα 2-3-1 που ακολουθεί εμφανίζονται οι χώροι της Μ.Ε.Θ. Εδώ πρέπει να σημειώσω ότι εμφανίζονται 9 κλίνες στο σχήμα ενώ σήμερα οι κλίνες αυτές είναι 7.

¹ Τεχνική Υπηρεσία Γ.Π.Ν. Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»



70

Εικόνα 2-3-1: Κάτοψη της Μ.Ε.Θ. του Γ.Π.Ν. Τρίπολης
 Πηγή: Τεχνική Υπηρεσία Γ.Π.Ν. Τρίπολης

3.4. ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ Μ.Ε.Θ.

Για τη σωστή λειτουργία της Μ.Ε.Θ. απαιτούνται κάποια εξειδικευμένα μηχανήματα, τα οποία δεν διαθέτει κανένα άλλο τμήμα στο Νοσοκομείο. Ο χειρισμός των μηχανημάτων αυτών γίνεται από το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό της Μονάδας. Κάποια από αυτά είναι απλά στη χρήση τους. Κάποια άλλα όμως απαιτούν ικανή εμπειρία από μέρους του προσωπικού. Μάλιστα, η λανθασμένη χρησιμοποίησή τους εγκυμονεί πολλούς κινδύνους και μπορεί να αποβεί μοιραία για τη ζωή των νοσηλευομένων στη Μονάδα. Στον πίνακα 2-3-1 που ακολουθεί φαίνεται αναλυτικά ο εξοπλισμός της Μ.Ε.Θ. καθώς και το κόστος αγοράς του εξοπλισμού αυτού.

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ	ΤΕΜΑΧΙΑ	ΚΟΣΤΟΣ ΑΓΟΡΑΣ ΣΕ €
Αναπνευστήρας όγκου	3	60.000
Αναπνευστήρας μη επεμβατικού αερισμού (Bi Pap)	1	8.800
Παρακλίνια monitors	2	36.000
Φορητά monitors	4	32.000
Μηχάνημα αερίων	1	19.000
Αντλίες έγχυσης υγρών	8	14.000
Απινιδωτής	2	16.000
Κλίνες	7	12.000
Σύνολο		197.800

Πίνακας 2-3-1: Εξοπλισμός Μ.Ε.Θ. Τρίπολης και κόστος αγοράς αυτού

Πηγή: Τεχνική Υπηρεσία Γ.Π.Ν. Τρίπολης

Η Μ.Ε.Θ. δεν διαθέτει κλιβανο αερίων ή πλάσματος όπως θα ήταν επιθυμητό. Η ύπαρξη τέτοιου κλιβάνου θα εξασφάλιζε αποστείρωση των υλικών χωρίς ατμό και άρα χωρίς μεγάλη θερμοκρασία. Το αποτέλεσμα είναι πολλά πλαστικά υλικά που χρησιμοποιεί η Μονάδα να καταστρέφονται και να μην αντικαθίστανται αμέσως με άλλα, αφού πρέπει η αίτηση υλικών να ακολουθήσει κάποια διαδικασία και να παραδοθούν στη Μονάδα εάν υπάρχει απόθεμα αυτών στο Νοσοκομείο. Η ύπαρξη κλιβάνου αερίων ή πλάσματος θα εξασφάλιζε και οικονομία στα υλικά που χρησιμοποιεί η Μονάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ Μ.Ε.Θ.

4.1. ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Μ.Ε.Θ.

Η Μ.Ε.Θ. στελεχώνεται με το εξής προσωπικό:

- α) Ιατρικό Προσωπικό
- β) Νοσηλευτικό Προσωπικό,

Στον Πίνακα 2-4-1 που ακολουθεί παρουσιάζεται η στελέχωση της Μονάδας για το έτος 2001. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι στη Μονάδα δεν υπηρετεί επαρκές παραϊατρικό προσωπικό. Φυσιοθεραπευτής, τραυματιοφορέας κ.λπ. είναι κοινοί με άλλα τμήματα.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ \ ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΕΣ
Ιατρικό	2
Νοσηλευτικό	15
Σύνολο	17

Πίνακας 2-4-1: Στελέχωση Μ.Ε.Θ. Τρίπολης για το έτος 2001

Πηγή: Γραφείο Προσωπικού Γ.Π.Ν. Τρίπολης

Η μη ύπαρξη Διευθυντή στη Μονάδα προκαλεί διάφορα προβλήματα. Κατ' αρχήν ο Διευθυντής είναι εκείνος που διατυπώνει τα καθήκοντολόγιο του προσωπικού και χαράσσει τη γενική πορεία του τμήματος. Εκτός των άλλων, είναι και υπεύθυνος για οτιδήποτε συμβαίνει στο τμήμα, ευχάριστο ή δυσάρεστο, και μπορεί να απαιτήσει την αύξηση του προσωπικού της Μονάδας, σε περιπτώσεις που αυτό είναι απαραίτητο. Τώρα όμως όλες τις αρμοδιότητες του Διευθυντή τις έχει αναλάβει η Επιμελήτρια Α' του τμήματος η οποία συνεχώς ζητά την πλήρωση της θέσης του Διευθυντή.

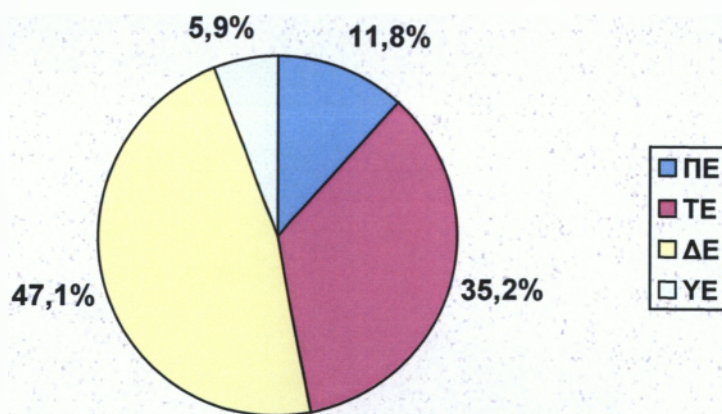
4.2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Μ.Ε.Θ.

Η ποιοτική ανάλυση του προσωπικού που θα ακολουθήσει θα γίνει με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης αυτού. Έτσι έχουμε 2 ιατρούς που σαφώς ανήκουν στην κατηγορία ΠΕ, 6 νοσηλεύτριες στην κατηγορία ΤΕ, 8 νοσηλεύτριες ΔΕ και 1 ΥΕ βοηθό θαλάμου. Με βάση αυτά τα δεδομένα προκύπτει ο παρακάτω πίνακας 2-4-2 και το κυκλικό διάγραμμα 2-4-1.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
ΠΕ	2
ΤΕ	6
ΔΕ	8
ΥΕ	1
Σύνολο	17

Πίνακας 2-4-2: Αριθμητική κατανομή του προσωπικού της Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση το επίπεδο εκπαίδευση

Πηγή: Γραφείο Προσωπικού Γ.Π.Ν. Τρίπολης



Κυκλικό διάγραμμα 2-4-1: Ποσοστιαία κατανομή του προσωπικού της Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης

Πηγή: Γραφείο προσωπικού Γ.Π.Ν. Τρίπολης

Έτσι το 11,8% του προσωπικού διαθέτει Πανεπιστημιακή εκπαίδευση, το 35,2% Τεχνολογική εκπαίδευση, το 47,1% Δευτεροβάθμια εκπαίδευση και το 5,9% ανήκει στην κατηγορία της Υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

4.3. ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ¹

Στη Μ.Ε.Θ. του Παναρκαδικού Νοσοκομείου υποχρεούνται να εφημερεύουν 2 ιατροί πνευμονολόγοι από άλλα τμήματα ούτως ώστε να μοιράζονται οι εφημερίες. Επίσης κατά καιρούς ανειδίκευτοι ιατροί διατίθενται ως βοηθοί. Τέτοιοι είναι οι αγροτικοί και οι υπεράριθμοι εκπαιδευόμενοι ιατροί. Κανονικά στη Μ.Ε.Θ. έπρεπε να απασχολούνται ειδικοί ή ιατροί που κάνουν εξειδίκευση στο χώρο των Μονάδων και μένουν σ' αυτές 2 χρόνια. Πολύ συχνά παρατηρείται το φαινόμενο ιατροί να μένουν ως βοηθοί στη Μονάδα για 2 μήνες. Έτσι είναι απαραίτητη η συνεχής και επαναλαμβανόμενη εκπαίδευση και συζήτηση των περιστατικών λόγω της βραχείας συνεργασίας που υφίσταται. Επίσης παρατηρείται το φαινόμενο πολλοί ιατροί να αποφεύγουν να εργαστούν στο χώρο της Μ.Ε.Θ.

Όσον αφορά το λοιπό προσωπικό η Μονάδα μοιράζεται έναν φυσιοθεραπευτή, έναν τεχνικό μηχανημάτων, έναν τραυματιοφορέα και μια καθαρίστρια με τα υπόλοιπα τμήματα του Νοσοκομείου. Μόνο οι νοσηλεύτριες είναι μόνιμες στη Μονάδα. Σ' αυτές τις συνθήκες περιορίζεται τόσο η ποσοτική όσο και ποιοτική αντιμετώπιση των ασθενών. Επίσης πρέπει να υπενθυμίσω ότι η Μονάδα δεν διαθέτει Διευθυντή.

¹ Michele Guillaume – Βασιλάκη, Επιμελήτρια Α', Εντατικολόγος με εξειδίκευση χειρουργού, Υπεύθυνη Μ.Ε.Θ. Παναρκαδικού Νοσοκομείου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ Μ.Ε.Θ.

5.1. ΚΙΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ Μ.Ε.Θ.

Η καταγραφή, επεξεργασία και παρουσίαση στοιχείων για την κίνηση των ασθενών της Μ.Ε.Θ. του Παναρκαδικού Νοσοκομείου αποτελεί τον κύριο σκοπό του κεφαλαίου αυτού της εργασίας. Θα εξεταστούν 3 έτη 1995, 1998 και 2001. Ο λόγος που η έρευνα σταματά στο '95 είναι ότι πριν από το έτος αυτό δεν υπάρχουν στοιχεία σε ηλεκτρονική μορφή. Επίσης η ζετία αυτή θεωρήθηκε αρκετή για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Έτσι, για τα έτη αυτά θα μελετηθούν οι συνολικές εισαγωγές του Νοσοκομείου και της Μ.Ε.Θ., θα γίνει διαχωρισμός εισαγωγών με βάση τους ασθενείς που εισήχθησαν κατευθείαν στη Μ.Ε.Θ. και εκείνους που από κάποια κλινική του Νοσοκομείου μεταφέρθηκαν στη Μονάδα και τέλος θα εξεταστεί ο μήνας εισαγωγής των ασθενών στη Μ.Ε.Θ.

5.1.1. Εισαγωγές, συνολικές και στη Μ.Ε.Θ.

Το 1995 εισήχθησαν στο Παναρκαδικό Νοσοκομείο 11.309 άτομα συνολικά, εκ των οποίων το 5,1% (581 άτομα) νοσηλεύτηκε στη Μ.Ε.Θ. ενώ το 94,9% (10.728 άτομα) στις άλλες κλινικές του Νοσοκομείου. Το 1998 εισήχθησαν στο Νοσοκομείο 11.971 άτομα εκ των οποίων το 5,4% (646 άτομα) νοσηλεύτηκε στη Μονάδα ενώ το 2001 εισήχθησαν συνολικά 12.656 άτομα από τα οποία το 3,5% (439 άτομα) νοσηλεύτηκε στη Μ.Ε.Θ. Στον πίνακα 2-5-1 που ακολουθεί φαίνονται οι εισαγωγές αριθμητικά και ποσοστιαία.

ΚΛΙΝΙΚΗ \ ΕΤΟΣ	1995		1998		2001	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
Μ.Ε.Θ.	581	5,1%	646	5,4%	439	3,5%
Λοιπές κλινικές	10.728	94,9%	115325	94,6%	12.217	95,5%
Σύνολο	11.309	100%	11.971	100%	12.656	100%

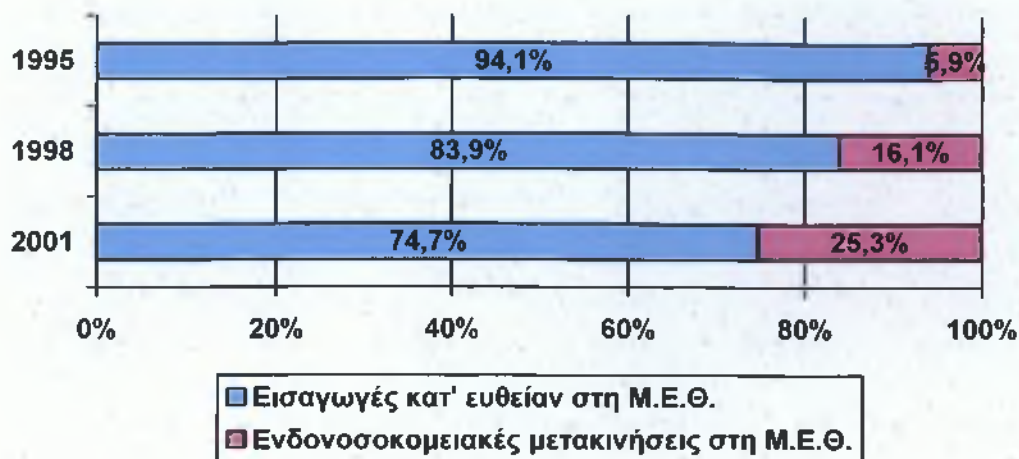
Πίνακας 2-5-1: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των συνολικών εισαγωγών και των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης το 1995,1998 και 2001

Πηγή: Γραφείο κίνησης ασθενών Γ.Π.Ν. Τρίπολης

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι ενώ οι συνολικές εισαγωγές στο Νοσοκομείο, διαχρονικά αυξήθηκαν οι εισαγωγές στη Μονάδα μειώθηκαν τελικά από το '95 μέχρι το 2001. Εδώ πρέπει να υπενθυμίσω ότι τα κρεβάτια της Μονάδας μειώθηκαν το 1999 από 9 σε 6+1 γεγονός που δικαιολογεί τη μείωση αυτή των εισαγωγών.

5.1.2. Διαχωρισμός εισαγωγών Μ.Ε.Θ.

Από τα 581 άτομα που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα το 1995 το 94,1% (547 άτομα) ήταν ασθενείς που εισήχθησαν κατ' ευθείαν σ' αυτή χωρίς να νοσηλευτούν σε άλλη κλινική του Νοσοκομείου. Το 5,9% (34 άτομα) ήταν ασθενείς που από κάποια κλινική του Νοσοκομείου μετακινήθηκαν στη Μ.Ε.Θ. Ομοίως για το 1998 από τα 646 άτομα που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα το 83,9% (542 άτομα) εισήχθη κατ' ευθείαν σ' αυτή ενώ το 16,1% (104 άτομα) μεταφέρθηκε σ' αυτή από κάποια άλλη κλινική. Τέλος το 2001 νοσηλεύτηκαν 439 άτομα στη Μονάδα από τα οποία το 74,7% (328 άτομα) εισήχθη κατ' ευθείαν στη Μ.Ε.Θ. ενώ το 25,3% (111 άτομα) μεταφέρθηκε από άλλη κλινική στη Μονάδα. Στο ραβδόγραμμα 2-5-1 που ακολουθεί διαχωρίζονται οι εισαγωγές με τον τρόπο που ανέφερα πιο πάνω.



Ραβδόγραμμα 2-5-1: Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών ανάλογα με την προέλευση των ασθενών της Μ.Ε.Θ. Τρίπολης το 1995, 1998 και 2001

Πηγή: Γραφείο κίνησης ασθενών Γ.Π.Ν. Τρίπολης

Παρατηρούμε από το παραπάνω ραβδόγραμμα ότι διαχρονικά οι ενδοσκομειακές μετακινήσεις των ασθενών από κάποια κλινική του Νοσοκομείου προς τη Μ.Ε.Θ. αυξήθηκαν. Αντίθετα οι εισαγωγές ασθενών κατ' ευθείαν στη Μονάδα μειώνονται χρόνο με το χρόνο, εξακολουθούν όμως να υπερτερούν κατά πολύ των ενδοσκομειακών μετακινήσεων.

5.1.3. Μήνας εισαγωγής

Η ροή εισαγωγής των ασθενών στη Μ.Ε.Θ. κάποιους μήνες του χρόνου είναι αυξημένη ενώ κάποιους άλλους μειωμένη. Στον πίνακα 2-5-2 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι εισαγωγές που σημειώθηκαν κατά τη διάρκεια όλου του χρόνου, για τα έτη 1995, 1998 και 2001.

ΕΤΟΣ ΜΗΝΑΣ	1995		1998		2001	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
Ιανουάριος	46	7,9%	46	7,1%	29	6,6%
Φεβρουάριος	41	7,1%	55	8,5%	25	5,7%
Μάρτιος	47	8,1%	42	6,5%	36	8,2%
Απρίλιος	46	7,9%	53	8,2%	33	7,5%
Μάιος	48	8,3%	62	9,6%	39	8,9%
Ιούνιος	49	8,4%	46	7,1%	49	11,2%
Ιούλιος	45	7,7%	69	10,7%	40	9,1%
Αύγουστος	50	8,6%	62	9,6%	41	9,3%
Σεπτέμβριος	49	8,4%	64	9,9%	39	8,9%
Οκτώβριος	51	8,8%	44	6,8%	43	9,8%
Νοέμβριος	50	8,6%	55	8,5%	25	5,7%
Δεκέμβριος	59	10,2%	48	7,5%	40	9,1%
Σύνολο	581	100%	646	100%	439	100%

Πίνακας 2-5-2: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών με βάση το μήνα εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης τα έτη 1995, 1998 και 2001

Πηγή: Γραφείο κίνησης ασθενών Γ.Π.Ν. Τρίπολης

Παρατηρώντας τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι ο μήνας με το μεγαλύτερο ποσοστό εισαγωγής για το 1995 ήταν ο Δεκέμβριος (10,2%) ενώ ο μήνας με το μικρότερο ποσοστό εισαγωγής για το ίδιο έτος ήταν ο Φεβρουάριος (7,1%). Για τα έτη 1998 και 2001 το μεγαλύτερο ποσοστό εισαγωγής παρουσίασαν ο Ιούλιος (10,7%) και Ιούνιος (11,2%) αντίστοιχα ενώ το μικρότερο ποσοστό εισαγωγής σημείωσε για το 1998 ο Μάρτιος (6,5%) ενώ για το 2001 ο Φεβρουάριος (5,7%) και ο Νοέμβριος (5,7% επίσης).

5.2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ Μ.Ε.Θ.

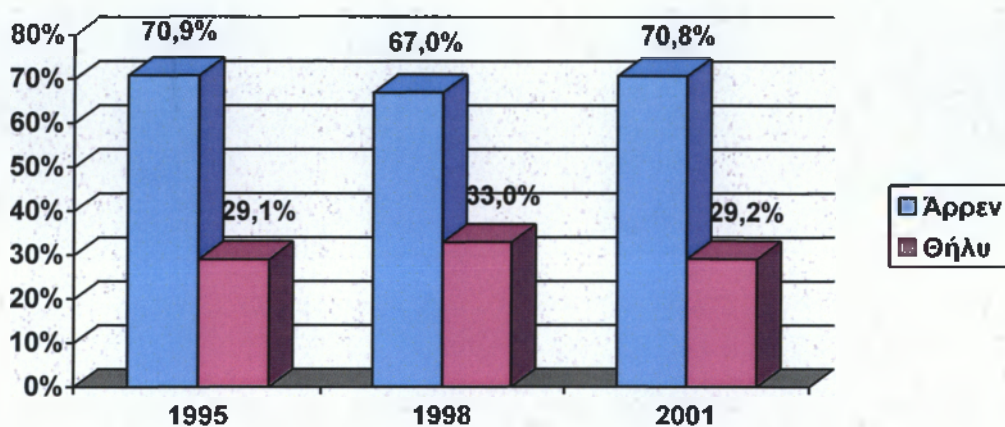
Στην παράγραφο αυτή θα παρουσιαστούν στοιχεία που αφορούν το φύλο, την ηλικία και τον τόπο καταγωγής των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη Μ.Ε.Θ. τα έτη 1995, 1998 και 2001. Επίσης θα ασχοληθούμε με τον

ασφαλιστικό φορέα που κάλυψε τις δαπάνες νοσηλείας αυτών των ασθενών, τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας αυτών, τις διακομιδές που έγιναν καθώς και το ποσοστό θνησιμότητας κάθε έτους.

5.2.1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενών

ι. Φύλο

Από τα 581 άτομα που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα το 1995, το 70,9% (412) άτομα) ήταν άνδρες ενώ το 29,1% (169 άτομα) γυναίκες. Για το 1998 από τα 646 άτομα, το 67,0% (433 άτομα) ήταν άνδρες ενώ το 33,0% (212 άτομα) γυναίκες. Τέλος από 439 άτομα που νοσηλεύτηκαν στη Μ.Ε.Θ. το 2001, το 70,8% (311 άτομα) ήταν άνδρες ενώ το υπόλοιπο 29,2% (128 άτομα) γυναίκες. Τα παραπάνω στοιχεία απεικονίζονται γραφικά στο ραβδόγραμμα 2-5-2 που ακολουθεί.



Ραβδόγραμμα 2-5-2: Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση το φύλο, για τα έτη 1995, 1998 και 2001

Πηγή: Γραφείο κίνησης ασθενών Γ.Π.Ν. Τρίπολης

Είναι εμφανές το γεγονός ότι το ανδρικό φύλο υπερέχει όλα τα έτη έναντι του γυναικείου. Δεν παρατηρείται μεγάλη απόκλιση μεταξύ των ετών ενώ για το 1995 και το 2001 τα ποσοστά είναι σχεδόν τα ίδια.

ii. Ηλικιακή κατανομή

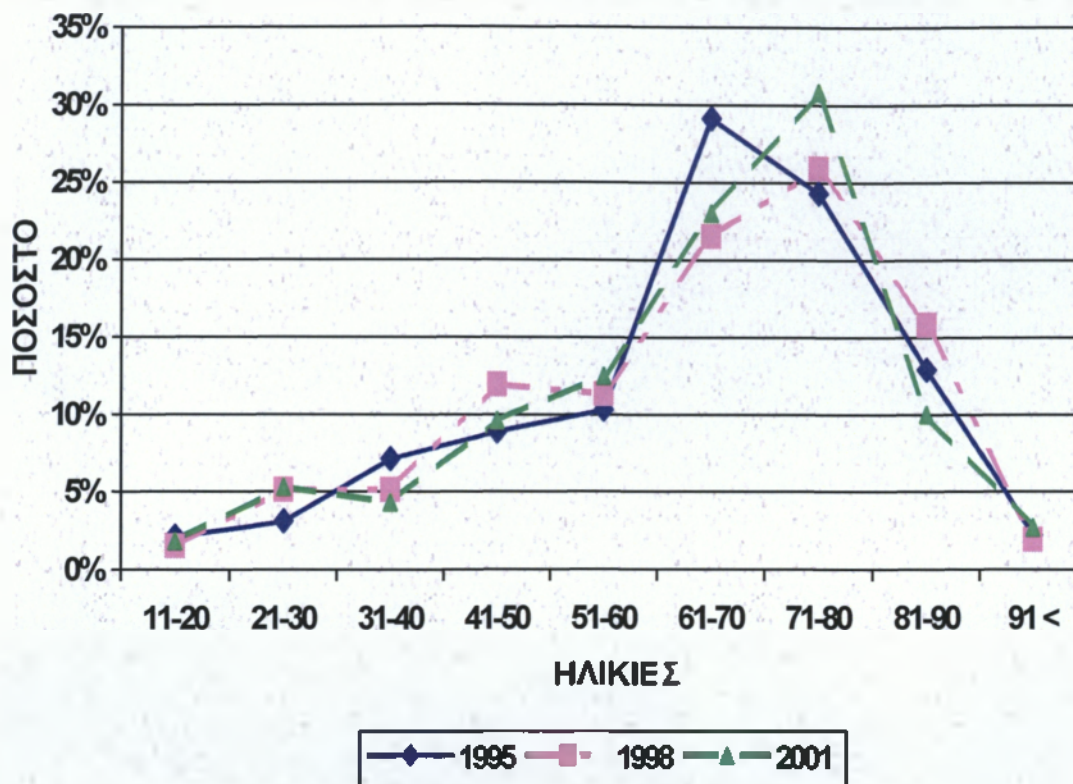
Στη Μ.Ε.Θ. του Παναρκαδικού Νοσοκομείου νοσηλεύτηκαν άτομα διαφόρων ηλικιών. Άλλες βέβαια ηλικίες εμφανίζονταν πιο συχνά και άλλες λιγότερο. Για την εξαγωγή πληρέστερων συμπερασμάτων έγινε διαχωρισμός των ηλικιών ανά δεκαετία π.χ. 11-20 ετών, 21-30 ετών, 31-40 ετών κ.λπ. Σε κανένα από τα εξεταζόμενα έτη δεν νοσηλεύθηκε ασθενής ηλικίας κάτω των 11 ετών. Τα ποσοστά ανά ηλικία εισαγωγής παρουσιάζονται παρακάτω στον πίνακα 2-5-3.

ΗΛΙΚΙΕΣ	1995		1998		2001	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
11-20	12	2,1%	10	1,5%	8	1,8%
21-30	18	3,1%	33	5,1%	23	5,3%
31-40	41	7,1%	33	5,1%	19	4,3%
41-50	52	8,9%	77	11,9%	42	9,6%
51-60	60	10,3%	73	11,3%	55	12,5%
61-70	169	29,1%	139	21,5%	101	23,0%
71-80	141	24,3%	167	25,9%	135	30,8%
81-90	75	12,9%	102	15,8%	44	10,0%
91 <	13	2,2%	12	1,9%	12	2,7%
Σύνολο	581	100%	646	100%	439	100%

Πίνακας 2-5-3: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών, στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης, με βάση την ηλικία του ασθενούς, τα έτη 1995, 1998 και 2001

Πηγή: Γραφείο κίνησης ασθενών Γ.Π.Ν. Τρίπολης

Η κλίμακα 2-5-1 που ακολουθεί θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε καλύτερα τα στοιχεία του πίνακα 2-5-3.



Κλίμακα 2-5-1: Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση την ηλικία του ασθενούς τα έτη 1995, 1998 και 2001

Πηγή: Γραφείο κίνησης ασθενών Γ.Π.Ν. Τρίπολης

Από τα στοιχεία τόσο του πίνακα όσο και της κλίμακας που προηγήθηκαν προκύπτει το εξής: το μεγαλύτερο ποσοστό εισαγωγής όλα τα έτη είχε η 20ετία 61-80 ετών. Συγκεκριμένα το 1995 το 29,1% (169 άτομα) που εισήχθη στη Μ.Ε.Θ. ήταν ηλικίας από 61-70 ετών. Για τα 2 επόμενα έτη της έρευνας, 1998 και 2001, την πρωτιά όσον αφορά τις εισαγωγές κατείχαν τα άτομα ηλικίας από 71-80 ετών. Και τα 3 έτη το μικρότερο ποσοστό εισαγωγής σημείωσαν τα άτομα ηλικίας 11-20 ετών. Επίσης χαμηλά παρέμειναν και οι εισαγωγές για άτομα από 91 και πάνω ετών.

iii. Τόπος καταγωγής

Το τρίτο χαρακτηριστικό που εξετάζεται στην παράγραφο αυτή είναι ο τόπος καταγωγής, δηλαδή η διεύθυνση μόνιμης κατοικίας, των ασθενών που εισήχθησαν στη Μ.Ε.Θ. του Παναρκαδικού Νοσοκομείου τα έτη 1995, 1998

και 2001. Ο αριθμός των ατόμων και η ποσοστιαία κατανομή τους με βάση τον τόπο καταγωγής τους φαίνονται στον πίνακα 2-5-4 που ακολουθεί:

ΕΤΟΣ ΝΟΜΟΙ	1995		1998		2001	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
Αρκαδία	482	82,9%	538	83,3%	306	69,7%
Αττική	37	6,4%	36	5,6%	37	8,4%
Λακωνία	28	4,9%	31	4,8%	30	6,8%
Αχαΐα	10	1,7%	15	2,3%	23	5,2%
Αργολίδα	9	1,5%	9	1,4%	11	2,5%
Ηλεία	6	1,0%	4	0,6%	7	1,6%
Μεσσηνία	4	0,7%	1	0,2%	6	1,4%
Λοιπές περιοχές	5	0,9%	12	1,8%	19	4,4%
Σύνολο	581	100%	646	100%	439	100%

Πίνακας 2-5-4: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών, στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης, με βάση τον τόπο καταγωγής του ασθενούς, τα έτη 1995, 1998 και 2001

Πηγή: Γραφείο κίνησης ασθενών Γ.Π.Ν. Τρίπολης

Σύμφωνα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα ο νομός Αρκαδίας παραμένει διαχρονικά πρώτος όσον αφορά το ποσοστό εισαγωγών. Ο νομός Αττικής κατέχει υψηλό ποσοστό συγκρινόμενος με τους υπόλοιπους νομούς της Πελοποννήσου καθ' ότι και τα 3 έτη υπερτερεί έναντι των άλλων νομών. Επίσης σημαντική μπορεί να θεωρηθεί η αύξηση των εισαγωγών από ασθενείς που προέρχονται από το νομό Αχαΐας. Όσο για τους υπόλοιπους νομούς μπορούμε να πούμε ότι παραμένουν σχεδόν στα ίδια επίπεδα όλα τα εξεταζόμενα έτη.

5.2.2. Ασφαλιστικός φορέας

Στην παράγραφο αυτή θα εξετάσουμε τις δαπάνες νοσηλείας των ασθενών της Μ.Ε.Θ. που κάλυψαν τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία.

Συγκεκριμένα θα παρουσιαστούν όχι μόνο ο αριθμός των ατόμων και το ποσοστό εισαγωγών ανά ασφαλιστικό φορέα, αλλά θα παρατεθούν και οι δαπάνες που κατέβαλε το κάθε ασφαλιστικό ταμείο, δοθέντος του στοιχείου ότι το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο της Μ.Ε.Θ. είναι 187,82 € για τα ταμεία και για τους ιδιώτες. Ο πίνακας 2-5-5 που ακολουθεί παρουσιάζει τα παραπάνω στοιχεία.

ΕΤΗ ΤΑΜΕΙΑ	1995			1998			2001		
	Αριθμός	Ποσοστό	Δαπάνη σε €	Αριθμός	Ποσοστό	Δαπάνη σε €	Αριθμός	Ποσοστό	Δαπάνη σε €
ΟΓΑ	249	42,9%	46.767,18	234	36,2%	43.949,88	160	36,4%	30.051,20
ΙΚΑ	148	25,5%	27.797,36	182	28,2%	34.183,24	155	35,3%	29.112,10
Δημόσιο	68	11,7%	12.771,76	81	12,5%	15.213,42	33	7,5%	6.198,06
ΔΕΗ	18	3,1%	3.380,76	31	4,8%	5.822,42	21	4,8%	3.944,22
Άποροι	17	2,9%	3.192,94	26	4,0%	4.883,32	11	2,5%	2.066,02
ΤΕΒΕ	11	1,9%	2.066,02	16	2,5%	3.005,12	11	2,5%	2.066,02
Αλλοδαποί	10	1,7%	1.878,20	14	2,2%	2.629,48	10	2,3%	1.878,20
ΟΣΕ	8	1,4%	1.502,56	12	1,9%	2.253,84	9	2,1%	1.690,38
ΤΑΠ ΟΤΕ	7	1,2%	1.314,74	10	1,5%	1.878,20	7	1,6%	1.314,74
Ανασφάλιστος	2	0,3%	375,64	5	0,8%	939,10	1	0,2%	187,82
Λοιπά	43	7,4%	8.076,26	35	5,4%	6.573,70	21	4,8%	3.944,22
Σύνολο	581	100%	109.123,42	646	100%	121.331,72	439	100%	82.452,98

Πίνακας 2-5-5: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών, στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης, με βάση το φορέα ασφάλισης καθώς και δαπάνες ασφαλιστικών ταμείων για το 1995, 1998 και 2001

Πηγή: Γραφείο κίνησης ασθενών Γ.Π.Ν. Τρίπολης

Αυτό που παρατηρούμε από τον πίνακα είναι ότι ο ΟΓΑ κάλυψε το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών όλα τα εξεταζόμενα έτη. Συνέπεια αυτού είναι ότι ο ΟΓΑ πλήρωσε στο κράτος μεγαλύτερα ποσά σε νοσήλια απ' ότι τα άλλα ταμεία. Δεύτερο όσον αφορά το ποσοστό κάλυψης ασθενών έρχεται το ΙΚΑ και αμέσως μετά το Δημόσιο. Όλα τα υπόλοιπα ταμεία κάλυψαν, το κάθε ένα ξεχωριστά, πολύ λιγότερους ασθενείς απ' ότι τα 3 προαναφερθέντα.

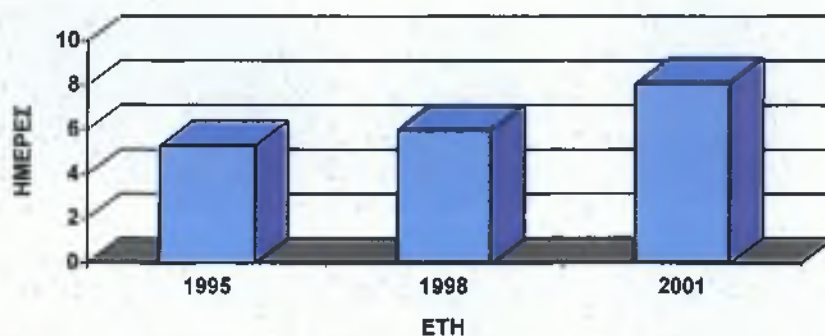
5.2.3. Μέση διάρκεια νοσηλείας

Η Μ.Δ.Ν. κάθε έτους υπολογίζεται διαιρώντας τις συνολικές ημέρες νοσηλείας των ασθενών με τις συνολικές εισαγωγές του έτους. Ο δείκτης αυτός μας βοηθάει στο να εκτιμάμε την ποιότητα νοσηλείας των διαφόρων μονάδων ή τμημάτων αφού όσο πιο γρήγορα αναρρώνει ο ασθενής τόσο πιο γρήγορα εξέρχεται του Νοσοκομείου.

Έτσι για το 1995 η Μ.Δ.Ν. των ασθενών της Μ.Ε.Θ. υπολογίζεται ως εξής:

$$\text{Μ.Δ.Ν.} = \frac{\text{ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ}}{\text{ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ}} = \frac{3.087 \text{ ΗΜΕΡΕΣ}}{581 \text{ ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ}} = 5,3 \text{ ΗΜΕΡΕΣ}$$

Ακολουθώντας την ίδια μεθοδολογία υπολογίζουμε ότι η Μ.Δ.Ν. για το έτος 1998 ήτο 6 ημέρες (3.901 ημέρες / 646 εισαγωγές) και για το 2001 8,1 ημέρες (3.549 ημέρες / 439 εισαγωγές). Στο ραβδόγραμμα 2-5-3 που ακολουθεί φαίνεται σχηματικά η Μ.Δ.Ν. για τα 3 εξεταζόμενα έτη.



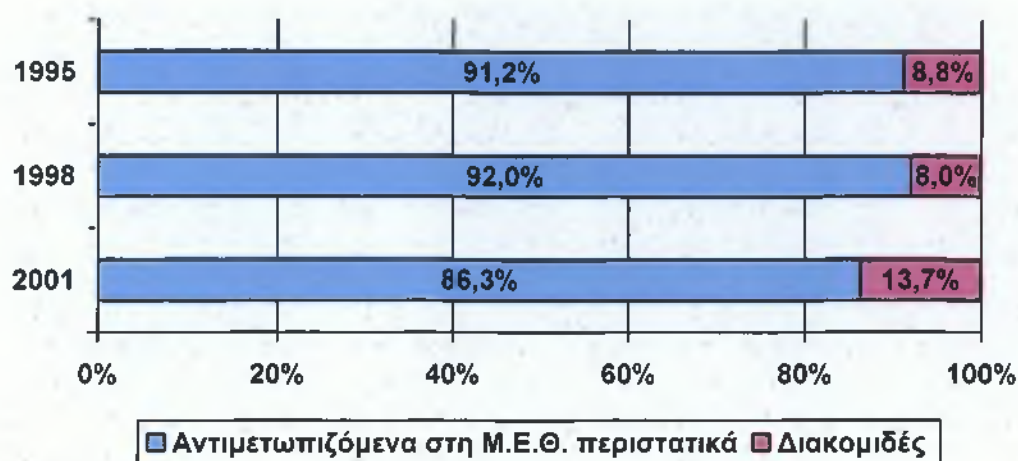
Ραβδόγραμμα 2-5-3: Μ.Δ.Ν. ασθενών Μ.Ε.Θ. Τρίπολης τα έτη 1995, 1998 και 2001

Πηγή: Γραφείο κίνησης ασθενών Γ.Π.Ν. Τρίπολης

Αυτό που παρατηρείται από το ραβδόγραμμα είναι ότι η Μ.Δ.Ν. διαχρονικά αυξήθηκε. Ενώ το 1995 ήταν περίπου 5 ημέρες το 2001 έφτασε τις 8 ημέρες. Η αύξηση των 3 αυτών ημερών μπορεί να φαίνεται μικρή αλλά είναι αρκετά σημαντική για τη λειτουργία της Μονάδας.

5.2.4. Διακομιδές ασθενών

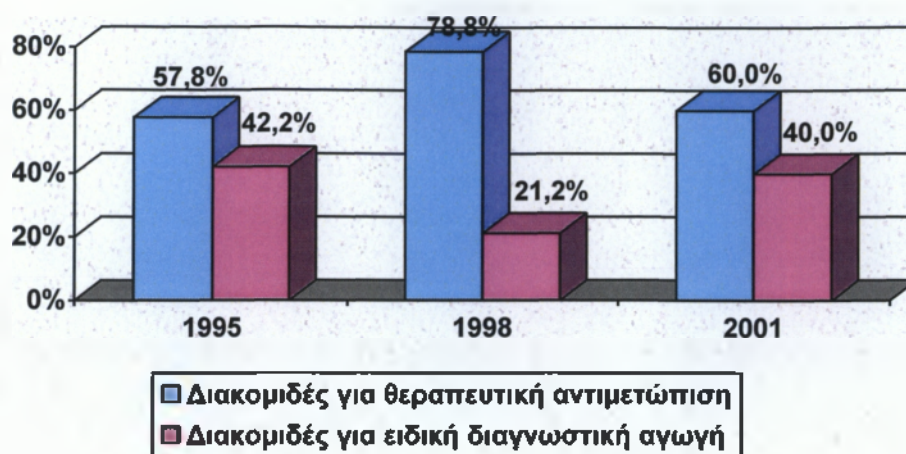
Τα άτομα που νοσηλεύονταν στη Μ.Ε.Θ. του Παναρκαδικού Νοσοκομείου ή νοσηλεύτηκαν σ' αυτή μόνο για 1-2 ημέρες μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάστασή τους και έπειτα διακομίστηκαν σε άλλο Νοσοκομείο ή Μ.Ε.Θ. (της Αθήνας κυρίως) δεν ήταν πολλά σε αριθμό. Για περισσότερη διερεύνηση δεν θα παρουσιάσουμε απλώς τις διακομιδές αλλά θα τις χωρίσουμε σε 2 κατηγορίες. Στην **πρώτη** κατηγορία περιλαμβάνονται οι διακομιδές αυτές που είτε από αδυναμία της Μ.Ε.Θ., του Παναρκαδικού Νοσοκομείου, να περιθάλψει κάποια περιστατικά είτε έπειτα από αίτηση των ίδιων των συγγενών των ασθενών τα περιστατικά διακομίστηκαν σε άλλο Νοσοκομείο ή Μ.Ε.Θ. και τις οποίες θα ονομάσουμε διακομιδές για *θεραπευτική αντιμετώπιση* του ασθενούς. Στη **δεύτερη** κατηγορία περιλαμβάνονται οι διακομιδές που έγιναν ούτως ώστε ο ασθενής να υποβληθεί σε κάποια εξέταση ή επεμβατική πράξη (π.χ. στεφανιογραφία, τοποθέτηση μόνιμου βηματοδότη κ.λπ.) και τις οποίες θα ονομάσουμε διακομιδές για *ειδική διαγνωστική αγωγή*. Έτσι για το έτος 1995 οι διακομιδές άγγιζαν το 8,8% (51 άτομα) του συνόλου των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Το 1998 το ποσοστό αυτό μειώθηκε λίγο, αφού το 8,0% (52 άτομα) του συνόλου των εισαγωγών στη Μονάδα χρειάστηκε να διακομιστούν. Τέλος το 2001 το ποσοστό διακομιδών σημείωσε αύξηση αγγίζοντας το 13,7% (60 άτομα) του συνολικού αριθμού εισαγωγών στη Μονάδα. Στο ραβδόγραμμα 2-5-4 που ακολουθεί εμφανίζεται ποσοστιαία το σύνολο των διακομιδών στις συνολικές εισαγωγές που κατέγραψε η Μονάδα.



Ραβδόγραμμα 2-5-4: Ποσοστιαίος διαχωρισμός των εισαγωγών με βάση τις διακομιδές που σημειώθηκαν από τη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης το 1995, 1998 και 2001

Πηγή: Γραφείο κίνησης ασθενών Γ.Π.Ν. Τρίπολης

Χωρίζοντας τις διακομιδές που πραγματοποιήθηκαν στις 2 κατηγορίες που περιγράφηκαν προηγούμενα προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα: για τα έτη 1995, 1998 και 2001 οι διακομιδές που πραγματοποιήθηκαν για θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς άγγιξαν τα 57,8% (30 άτομα), 78,8% (41 άτομα) και 60% (36 άτομα) αντίστοιχα. Το ποσοστό των διακομιδών που πραγματοποιήθηκαν προκειμένου οι ασθενείς να υποβληθούν σε ειδική διαγνωστική αγωγή άγγιξε το 42,2% (21 άτομα), 21,2% (11 άτομα) και 40% (24 άτομα) για τα έτη 1995, 1998 και 2001 αντίστοιχα. Στο ραβδόγραμμα 2-5-5- που παρουσιάζεται παρακάτω απεικονίζονται τα παραπάνω στοιχεία.

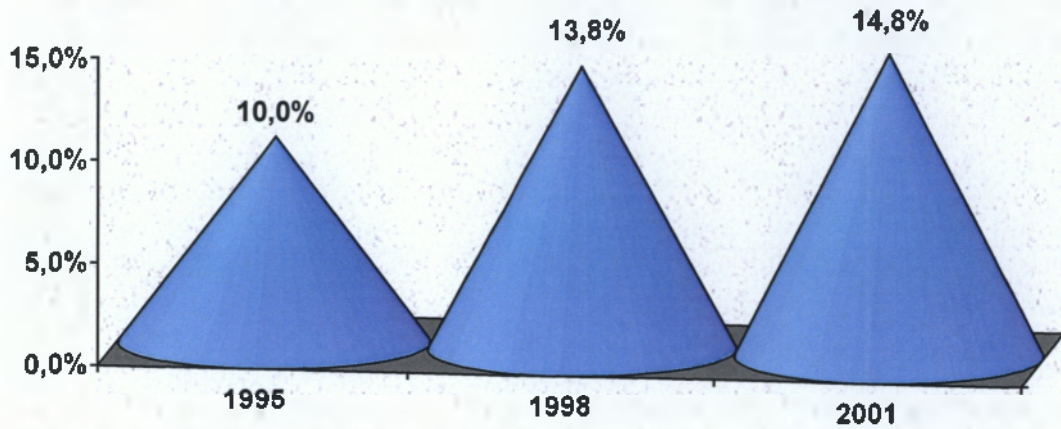


Ραβδόγραμμα 2-5-5: Ποσοστιαία κατανομή των διακομιδών της Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση διακομιδές που πραγματοποιήθηκαν για θεραπευτική αντιμετώπιση και εκείνες για ειδική διαγνωστική αγωγή του ασθενούς τα έτη 1995, 1998 και 2001

Πηγή: Γραφείο κίνησης ασθενών Γ.Π.Ν. Τρίπολης

5.2.5. Θάνατοι

Το 1995, 58 νοσηλευόμενοι ασθενείς της Μ.Ε.Θ. κατέληξαν μέσα σ' αυτήν. Με άλλα λόγια το ποσοστό θνησιμότητας το 1995 άγγιξε το 10%. Το 1998 το ποσοστό αυτό αυξήθηκε και ανήλθε στο 13,8% (89 άτομα). Σταθερά αυξητικό το ποσοστό αυτό και το 2001 αφού έφτασε το 14,8% (65 άτομα). Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι παρόλο που μπορεί με μια πρώτη ματιά να φαίνεται ότι ο απόλυτος αριθμός των θανάτων το 2001 μειώθηκε σε σύγκριση με το 1998, πρέπει να υπενθυμιστεί ότι το 1998 καταγράφηκαν 646 εισαγωγές στη Μ.Ε.Θ. ενώ το 2001 μόλις 439. Στο ραβδόγραμμα 2-5-6 εμφανίζεται το ποσοστό θνησιμότητας της Μ.Ε.Θ. για τα έτη 1995, 1998 και 2001.



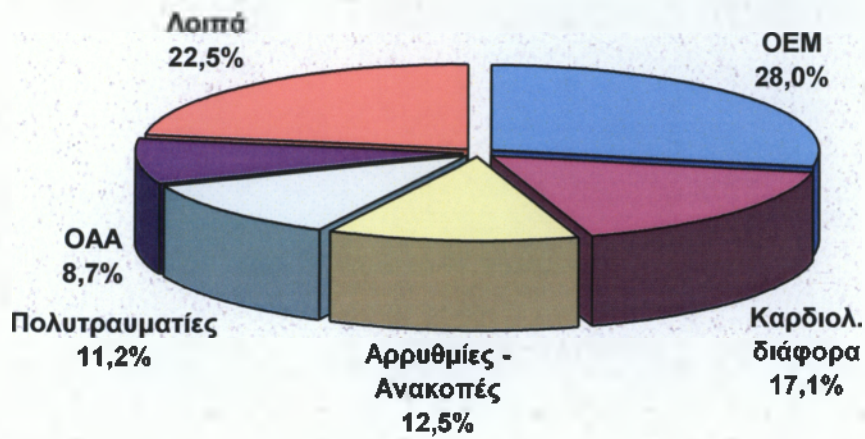
Ραβδόγραμμα 2-5-6: Ποσοστά θνησιμότητας Μ.Ε.Θ. Τρίπολης για τα έτη 1995, 1998 και 2001

Πηγή: Γραφείο κίνησης ασθενών Γ.Π.Ν. Τρίπολης

5.3. ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ Μ.Ε.Θ.¹

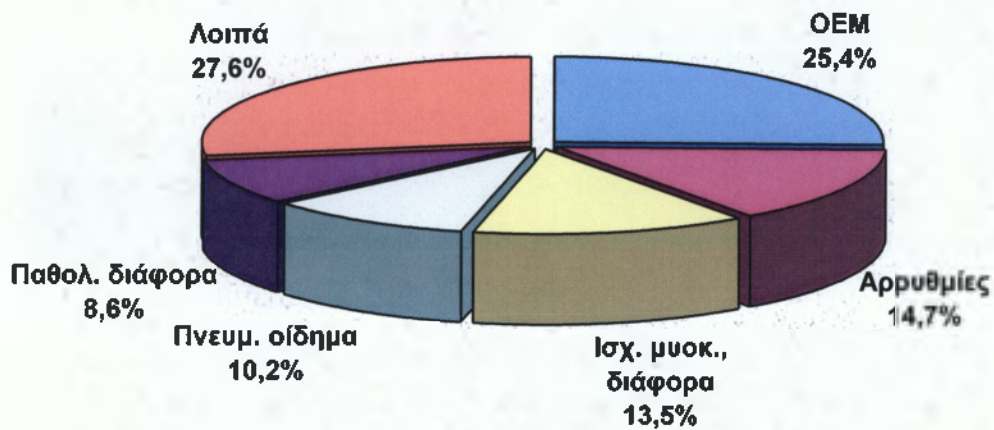
Στην παράγραφο αυτή θα παρουσιαστούν στατιστικά στοιχεία νοσηλείας των ασθενών στο Μ.Ε.Θ. του Παναρκαδικού Νοσοκομείου για τα έτη 2001, 2000, 1999, 1998 και 1997. Η μελέτη της πενταετίας αυτής θεωρείται αρκετή για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Έτσι με βάση τα συγκεντρωθέντα στοιχεία και με τη βοήθεια των κυκλικών διαγραμμάτων 2-5-1, 2-5-2, 2-5-3, 2-5-4 και 2-5-5 προκύπτουν τα εξής:

¹ Michele Guillaume – Βασιλάκη, Επιμελήτρια Α', Εντατικολόγος με εξειδίκευση χειρουργού, Υπεύθυνη Μ.Ε.Θ. Παναρκαδικού Νοσοκομείου



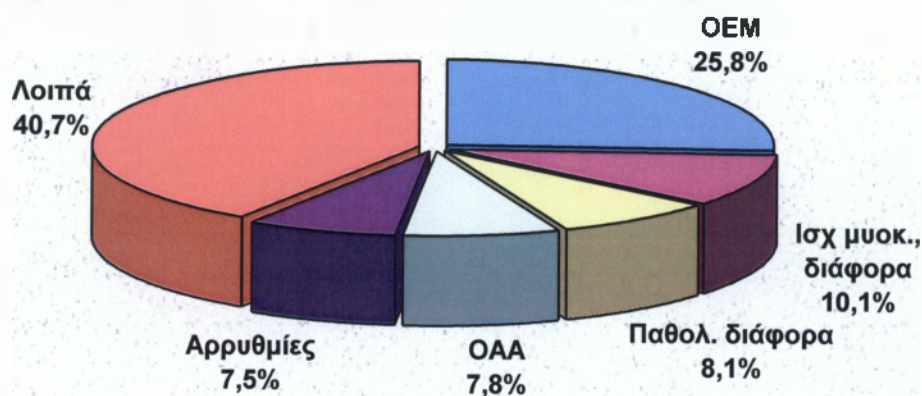
Κυκλικό διάγραμμα 2-5-1: Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση την αιτία εισαγωγής, το έτος 2001

Πηγή: Βλέπε υποσημείωση σελίδα 88



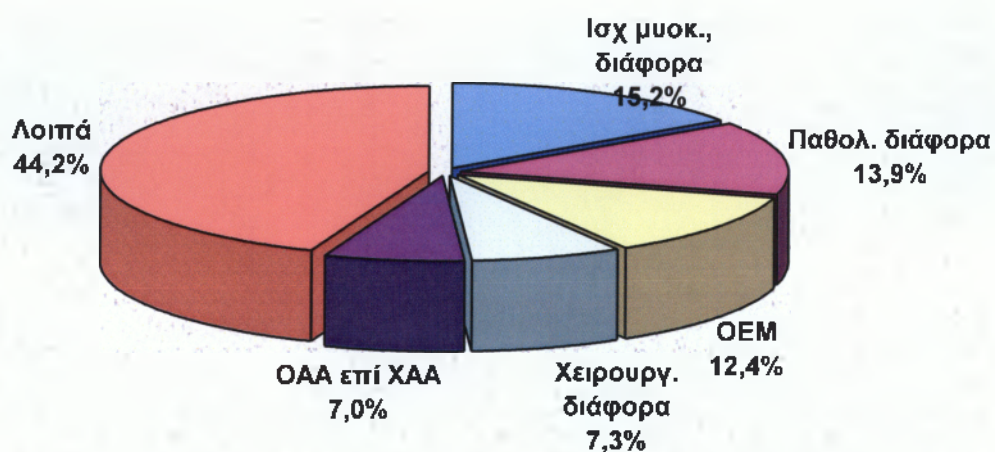
Κυκλικό διάγραμμα 2-5-2: Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση την αιτία εισαγωγής, το έτος 2000

Πηγή: Βλέπε υποσημείωση σελίδα 88



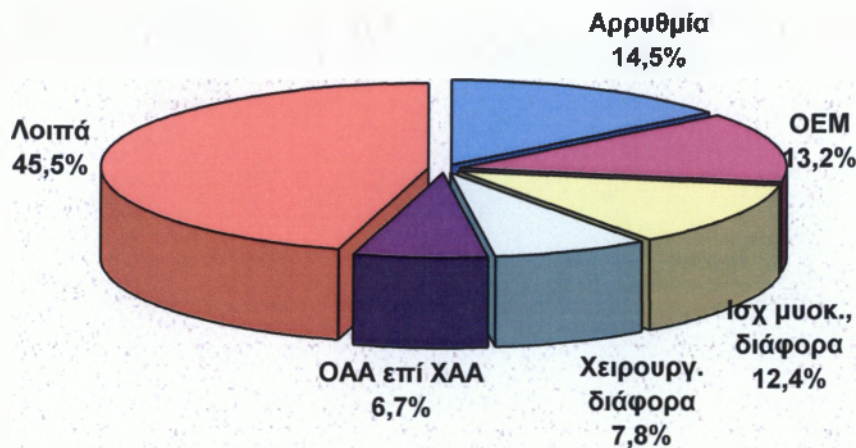
Κυκλικό διάγραμμα 2-5-3: Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση την αιτία εισαγωγής, το έτος 1999

Πηγή: Βλέπε υποσημείωση σελίδα 88



Κυκλικό διάγραμμα 2-5-4: Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση την αιτία εισαγωγής, το έτος 1998

Πηγή: Βλέπε υποσημείωση σελίδα 88



Κυκλικό διάγραμμα 2-5-5: Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίτολης με βάση την αιτία εισαγωγής, το έτος 1997

Πηγή: Βλέπε υποσημείωση σελίδα 88

Από τα στοιχεία του κυκλικού διαγράμματος 2-5-1 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών (28,0%) είχε σαν αιτία εισαγωγής το οξύ έμφραγμα Μυοκαρδίου (OEM). Αν μάλιστα στο ποσοστό αυτό προσθέσουμε και τα διάφορα καρδιολογικά (17,1%) καθώς και τις Arrythmίες – Ανακοπές (12,5%) προκύπτει ότι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς (57,8%) που νοσηλεύτηκαν στη Μ.Ε.Θ. το 2001 ήταν καθαρά καρδιολογικά περιστατικά. Την ίδια εικόνα παρουσιάζουν και το 2000 (53,1%), 1999 (43,4%) και 1997 (40,1%). Μόνο το 1998 τα καρδιολογικά περιστατικά μειώθηκαν (27,6% συνολικά) αλλά και πάλι διατηρούν υψηλό ποσοστό έναντι των άλλων παθήσεων (π.χ. παθολογικά ή χειρουργικά περιστατικά).

5.4. ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Το Ημερήσιο Κόστος Νοσηλείας της Μ.Ε.Θ. το οποίο επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία ή τους ίδιους τους ασθενείς είναι 187,82 € ημερησίως. Βεβαίως αυτό το ποσό απέχει πάρα πολύ από το πραγματικό ημερήσιο κόστος νοσηλείας το οποίο δαπανάται από το Νοσοκομείο και απαιτείται για τη σωστή λειτουργία μιας Μ.Ε.Θ. Ο μελετητής που θα επιχειρήσει να κοστολογήσει τη

λειτουργία μιας Μ.Ε.Θ. πρέπει κατ' αρχήν να λάβει υπόψη του τις δύο ακόλουθες παραμέτρους. Το κόστος λειτουργίας μιας Μονάδας (και όχι μόνο) διακρίνεται σε σταθερό και μεταβλητό. Το Σταθερό κόστος περιλαμβάνει:

- Μηνιαίο μισθό Διευθυντή Μ.Ε.Θ., Αναπληρωτή Δ/ντή, Επιμελητή Α', Επιμελητή Β', Ειδικευόμενων, Π.Ε. Νοσ/των, ΤΕ Νοσ/των, ΔΕ Νοσ/των και ΥΕ Βοηθών θαλάμων.
- Ετήσιες εφημερίες Διευθυντή (οι οποίες είναι πάγιες), Αναπληρωτή Δ/ντη, Επιμελητή Α', Επιμελητή Β και Ειδικευόμενων (σημείωση: υπάρχουν διαφορετικού είδους εφημερίες οι οποίες κοστίζουν ανάλογα).

Το Μεταβλητό κόστος περιλαμβάνει:

- Εργαστηριακές εξετάσεις που διενεργήθηκαν στους ασθενείς. Για κάθε ασθενή κοστολογείται ένα πακέτο εξετάσεων σε καθημερινή βάση και βγαίνει πολλαπλασιάζοντας το σύνολο των ασθενών x τη Μ.Δ.Ν. αυτών x κόστος πακέτου.
- Αξονικές απλές.
- Αξονικές με σκιαγραφικό υγρό (το σκιαγραφικό υγρό χρεώνεται επιπλέον).
- Φάρμακα.
- Υγειονομικό υλικό προερχόμενο από το Φαρμακείο.
- Αντιδραστήρια.
- Συντήρηση μηχανημάτων και εγκαταστάσεων (συνήθως από το βιβλίο βλαβών ή απογραφή από τις κατασκευάστριες εταιρείες).
- Οξυγόνο, Διοξείδιο του C (οι μπουκάλες αυτών γεμίζουν ανά μήνα).
- Αναλώσιμο υλικό.
- Αναλώσιμο υγειονομικό υλικό προερχόμενο από τη Διαχείριση υλικού.
- Ιματισμός (στολές, σεντόνια).
- Καθαριότητα Μ.Ε.Θ. η οποία διενεργείται από ιδιωτικό συνεργείο και προκύπτει πολλαπλασιάζοντας το Συνολικό Κόστος

καθαριότητας x $\frac{\tau.μ.Μ.Ε.Θ.}{\tau.μ.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ}$ + υλικά καθαριότητας (κάποιες φορές τα προμηθεύει το Νοσοκομείο).

- Κόστος ΔΕΗ το οποίο προκύπτει πολλαπλασιάζοντας το Συνολικό

Κόστος Κατανάλωσης x $\frac{\tau.μ.Μ.Ε.Θ.}{\tau.μ.ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ}$

Από όλα τα παραπάνω καταλαβαίνει κανείς πόσο δύσκολο και σχεδόν ακατόρθωτο είναι να υπολογιστεί το ακριβές κόστος λειτουργίας μιας Μ.Ε.Θ. ιδιαίτερα σε Νοσοκομεία που δεν διαθέτουν μηχανογράφιση.

Το Νοσοκομείο της Τρίπολης δεν διαθέτει μηχανογράφιση ούτε καν στα βασικά (καταναλούμενο Υγειονομικό Υλικό από τη Μ.Ε.Θ.). Έτσι η εύρεση του κόστους λειτουργίας της Μ.Ε.Θ. του Παναρκαδικού Νοσοκομείου είναι εκτός δυνατοτήτων, προς το παρόν τουλάχιστον.

Παρ' όλα αυτά στον πίνακα 2-5-6 που ακολουθεί δύο απόφοιτες του τμήματος Δ.Μ.Υ.Π. του Τ.Ε.Ι. Αθήνας κατόρθωσαν να υπολογίσουν το ετήσιο κόστος λειτουργίας της Μ.Ε.Θ. του Γ.Π.Α.Ν. «Μεταξά». Από τον πίνακα αυτό μπορούμε να καταλάβουμε πόσο παρεκκλίνει το πληρωτέο από τα ταμεία ημερήσιο κόστος νοσηλείας από το πραγματικό. Διαιρώντας το Γενικό Σύνολο του έτους με τις συνολικές ημέρες νοσηλείας (89 ασθενείς x 21 Μ.Δ.Ν. = 1.869 ημέρες νοσηλείας) προκύπτει ημερήσιο κόστος νοσηλείας ανά ασθενή 825 €.

ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ 2001					
ΤΟΜΕΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ					
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Γ.Π.Α.Ν "ΜΕΤΑΞΑ"					
1. ΣΤΑΘΕΡΟ ΚΟΣΤΟΣ					
ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΤΑΘΕΡΩΝ	ΕΞΕΛ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΜΕΣΟ	ΕΤΗΣΙΕΣ ΕΞΗΜΕΙ	ΚΟΣΤΟΣ ΕΞΗΜΕΡΙΩΝ	ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΟΛΟ
1	ΔΙΕΥΘ/ΗΣ	2.857,93	ΠΑΓΙΟ	8.804,16	43.099,32
1	ΑΝΑΠΛ.ΔΙΕΥΘ/ΗΣ	2.285,67	96	11.193,60	38.621,64
1	ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α	1.994,54	96	10.975,32	34.909,80
3	ΕΠΙ ΜΕΛΗΤΗΣ Β	1.148,87	288	31.008,60	72.367,92
4	ΕΞΕΙΔ/ΜΕΝΟΙ	1.195,60	240	25.864,80	83.253,60
20	ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΣ	1.814,41	-	-	435.458,40
2	ΔΕ ΝΟΣΗΛΕΣ	730,21	-	-	17.525,04
4	ΥΕ ΒΟΗΘΟΙ ΘΑΛΑΜΟΥ	630,32	-	-	30.255,36
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ					755.491,08
2. ΜΕΤΑΒΛΗΤΟ ΚΟΣΤΟΣ					
ΑΣΘΕΝΕΙΣ	89				
Μ.Δ.Ν	21				
ΚΛΙΝΕΣ	5				
ΠΛΗΡ/ΚΛΙΝΩΝ	100%				
	ΝΟΣΟΤΗΤΑ	ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΟΣ	ΕΤΗΣΙΟ ΕΞΗΜΟΛΟ		
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	-	-	166.266,24		
ΛΕΩΝΙΚΕΣ ΑΠΛΕΣ	38	71,11	2.702,18		
ΛΕΩΝ+ΣΚΙΑΓ/ΦΙΚΟ	18	71,11+25,5	1.738,98		
ΦΑΡΜΑΚΑ	-	-	397.047,77		
ΥΓΕΙΟΝ/ΚΟ ΥΛΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ	-	-	82.862,69		
ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΑ	-	-	46.895,66		
			697.513,42		
ΕΤΗΣΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΩΝ	(46.955,25)				
ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ	6.079,98				
ΟΞΥΓΟΝΟ	512,64				
ΔΙΟΞΕΙΔΙΟ ΤΟΥ C	240,00				
			53.787,87		
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΛΙΚΟ	541,04				
ΥΛΙΚΟ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΟΣ	344,81				
ΑΝΑΛΩΜΟ ΥΓΕΙΟΝ/ΚΟ	30.589,69				
ΙΜΑΤΙΣΜΟΣ	3.494,97				
			34.970,51		
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ					1.501.788,88

Πίνακας 2-5-6: Ετήσιο κόστος λειτουργίας της Μ.Ε.Θ. του Γ.Π.Α.Ν. «Μεταξά» για το 2001
 Πηγή: Πτυχιακή εργασία Θεοδώρας Τζέκου και Βασιλικής Κολοκάθη «Διαχειριστική συστηματοποίηση. Η περίπτωση της Μ.Ε.Θ. του Γ.Π.Α.Ν. Μεταξά», Αθήνα 2002

5.5. ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη Μονάδα, λόγω της βαρύτητας της πάθησής τους, έχουν ιδιαίτερες ανάγκες σε σύγκριση με τους υπόλοιπους ασθενείς του Νοσοκομείου. Για το λόγο αυτό υπάρχει συγκεκριμένο ωράριο επισκεπτηρίου κι έτσι δεν διαταράσσεται η ομαλή νοσηλεία των ασθενών.

Στη Μονάδα της Τρίπολης το επισκεπτήριο είναι περιορισμένο και συγκεκριμένα επιτρέπεται μόνο από τις 12:30-13:00 και από τις 19:00-19:30. Κατά το διάστημα αυτό οι συγγενείς των ασθενών μπορούν να συνομιλήσουν και με τους θεράποντες ιατρούς του τμήματος.

Επειδή ο ασθενής έχει προτεραιότητα, το επισκεπτήριο μπορεί καμιά φορά να καθυστερήσει ή και ακόμα να αναβληθεί. Κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου διατίθενται μπλούζες σε αριθμό που αντιστοιχεί για 1 άτομο ανά ασθενή. Εάν υπάρχει δεύτερο άτομο περιμένει να εξέλθει ο πρώτος για να φορέσει τη μπλούζα.

Είναι εμφανές ότι οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας δεν υποστηρίζουν το ανοικτό επισκεπτήριο παρά τις ευεργετικές ιδιότητες που κάποιοι υποστηρίζουν ότι μπορεί να έχει για τον ασθενή (βλ. Μέρος I, παρ. 5.5). Με το να είναι περιορισμένο το ωράριο ο ασθενής δεν επιβαρύνεται και ούτε φορτίζεται συναισθηματικά στην οξεία φάση της ασθένειάς του.

5.6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Τα σημαντικότερα συμπεράσματα που προκύπτουν μετά τη μελέτη των αποτελεσμάτων της έρευνας είναι τα εξής:

- ✓ Το ποσοστό εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ. της Τρίπολης, ενώ από το 1995 έως το 1998 αυξήθηκε, το 2001 μειώθηκε αισθητά αφού από 5,4% (των συνολικών εισαγωγών στο Νοσοκομείο) έπεσε στο 3,5%. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στους εξής 2 λόγους: Πρώτον, οι κλίνες της Μονάδας μειώθηκαν το 1999 από 9 σε 6+1. Δεύτερον, σύμφωνα με

την υπεύθυνη της Μ.Ε.Θ., κα Guillame, το είδος των περιστατικών άλλαξε. Τα περιστατικά έγιναν πιο βαριά και απαιτούσαν μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας. Να υπενθυμίσω εδώ, ότι η Μ.Ε.Θ. της Τρίπολης μέχρι το 1998 περίπου, λειτουργούσε ως Μ.Α.Φ. κυρίως στην οποία νοσηλεύονταν ασθενείς που, χωρίς να απειλείται άμεσα η ζωή τους, χρειαζόνταν αυξημένη επαγρύπνηση.

- ✓ Οι ενδονοσοκομειακές μετακινήσεις προς τη Μ.Ε.Θ. αυξήθηκαν σημαντικά (από 5,9% το 1995 έφτασαν το 25,3% το 2001). Αυτό αποδεικνύει ότι με την πάροδο των ετών δόθηκε προτεραιότητα στους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς όσον αφορά την κάλυψη των κρεβατιών της Μ.Ε.Θ.
- ✓ Τα μεγαλύτερα ποσοστά εισαγωγής στη Μονάδα σημειώθηκαν το μήνα Δεκέμβριο το 1995 (το 10,2% των συνολικών εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. για το 1995), ενώ το 1998 και 2001 τους μήνες Ιούλιο (10,7%) και Ιούνιο (11,2%) αντίστοιχα. Αυτό σύμφωνα με την κα Guillame πιθανόν να οφείλεται στο ότι το χειμώνα οι μεγαλύτερες ηλικίες παρουσιάζουν αναπνευστικά προβλήματα ενώ τους καλοκαιρινούς μήνες αυξάνονται τα ατυχήματα και επομένως οι πολυτραυματίες οι οποίοι χρίζουν εντατικής παρακολούθησης και νοσηλείας.
- ✓ Όλα τα εξεταζόμενα έτη οι άνδρες υπερτερούν, έναντι των γυναικών, όσον αφορά το ποσοστό εισαγωγής τους στη Μ.Ε.Θ. Αυτό, σύμφωνα πάλι με την κα Guillame, οφείλεται στο ότι οι εμφραγματίες, τα άτομα με αναπνευστική ανεπάρκεια (π.χ. καπνιστές) και οι πολυτραυματίες (π.χ. μοτοσικλετιστές, αυτοκινητιστές) είναι στην πλειοψηφία τους άνδρες.
- ✓ Όσον αφορά τις ηλικίες των εισαχθέντων στη Μ.Ε.Θ. ασθενών, κυμάνθηκαν κυρίως από 61-80 ετών. Συγκεκριμένα το 1995 το 29,1% των συνολικών εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. ήταν από 61-70 ετών ενώ το 1998 και το 2001 το μεγαλύτερο ποσοστό εισαγωγών σημείωσαν ασθενείς από 71-80 ετών, 25,9% και 30,8% αντίστοιχα.

Αυτό αιτιολογείται εύκολα αφού είναι παγκοσμίως παρατηρημένο πως οι μεγαλύτερες ηλικίες (άνω των 60-65 ετών) παρουσιάζουν συχνότερα προβλήματα υγείας και λόγω φυσικής εξασθένησης του οργανισμού η κατάστασή τους δύναται να επιδεινωθεί ευκολότερα από ότι σε ένα νέο οργανισμό.

- ✓ Η Αρκαδία κατέχει την πρωτιά στις συνολικές εισαγωγές στη Μ.Ε.Θ. και τα 3 έτη με ποσοστά 82,9% το 1995, 83,3% το 1998 και 69,7% το 2001. Η μείωση που παρατηρήθηκε από το 1998 έως το 2001 συνοδεύτηκε με ταυτόχρονη αύξηση του ποσοστού εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ. ασθενών που κατοικούσαν μόνιμα στο νομό Αττικής. Κάτι τέτοιο εξηγείται μόνο με έναν τρόπο: προφανώς αυξήθηκαν τα ατυχήματα με θύματα κατοίκους των Αθηνών οι οποίοι επισκέπτονταν συγγενείς ή φιλικά τους πρόσωπα στην Περιφέρεια.
- ✓ Ο Ο.Γ.Α. υπερτερεί, όλα τα εξεταζόμενα έτη, έναντι των άλλων ασφαλιστικών ταμείων όσον αφορά το ποσοστό εισαγωγής ασθενών στη Μ.Ε.Θ. της Τρίπολης. Καλύπτοντας το 42,9% των νοσηλευθέντων το 1995, το 36,2% το 1998 και το 36,4% το 2001. Αυτό οφείλεται στο ότι η Αρκαδία είναι αγροτικός νομός με αποτέλεσμα οι κάτοικοι αυτού να είναι, ως επί το πλείστον, ασφαλισμένοι στον Ο.Γ.Α.
- ✓ Η Μ.Δ.Ν. αυξήθηκε διαχρονικά (από 5,3 ημέρες το 1995 σε 8,1 ημέρες το 2001) και αυτό όπως ήδη αναφέραμε προφανώς οφείλεται στο ότι το είδος των περιστατικών που εισάγονται πλέον στη Μ.Ε.Θ. της Τρίπολης άλλαξε. Τα περιστατικά πλέον είναι σοβαρότερα αφού εδώ και καιρό η Μονάδα έπαψε να λειτουργεί ως Μ.Α.Φ., κυρίως και προσανατολίστηκε ακριβώς στο σκοπό για τον οποίο δημιουργήθηκε αρχικά, δηλαδή να προσφέρει εντατική ιατρική νοσηλεία σε ασθενείς που αποδεδειγμένα βρίσκονται σε κατάσταση μέγιστου κινδύνου.
- ✓ Το ποσοστό διακομιδών από τη Μ.Ε.Θ. της Τρίπολης προς άλλα Νοσοκομεία (της Αθήνας κυρίως) παρέμεινε όλα τα έτη σε χαμηλά

επίπεδα: 8,8% το 1995, 8,0% το 1998 και 13,7% το 2001. Αυτό δείχνει πως η Μονάδα της Τρίπολης μπορεί να καλύψει τις ανάγκες όλων σχεδόν των νοσηλευομένων σ' αυτή ασθενών, παρέχοντάς τους ολοκληρωμένη ιατρική φροντίδα. Αποφεύγονται έτσι όλοι οι κίνδυνοι που προκύπτουν για τη ζωή των ασθενών, από τις συχνές διακομιδές αυτών.

- ✓ Το ποσοστό θνησιμότητας αυξήθηκε και αυτό οφείλεται, όπως ήδη έχει αναφερθεί, στο ότι άλλαξε η βαρύτητα των περιστατικών και έγινε μεγαλύτερη. Παρ' όλα αυτά το 14,8% θεωρείται καλό ποσοστό, σύμφωνα με την κα Guillame που είναι περισσότερο ειδική στο θέμα, αφού η θνησιμότητα στις Μ.Ε.Θ. μπορεί να φθάσει το 20%.
- ✓ Το μεγαλύτερο ποσοστό εισαγωγών παρουσίασαν όλα σχεδόν τα εξεταζόμενα έτη οι ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα (ΟΕΜ, Αρρυθμίες, Ισχαιμία μυοκαρδίου). Μάλιστα το 2001 το 57,6% των νοσηλευόμενων στη Μ.Ε.Θ. ήταν καρδιολογικοί ασθενείς. Το μικρότερο ποσοστό εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ. από καρδιολογικά αίτια σημειώθηκε το 1998 (27,6%) ενώ η πλειοψηφία των ασθενών για το ίδιο έτος έχριζε εντατικής νοσηλείας εξ αιτίας διαφόρων αιτίων όπως: δηλητηριάσεις, επιληψίες, αλλεργικά shock, ΑΕΕ κ.λπ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

6.1. ΓΕΝΙΚΑ

Οι δείκτες είναι αριθμητικές σχέσεις που στοχεύουν στην αξιολόγηση της λειτουργίας της Μ.Ε.Θ. Με τη χρήση των δεικτών είναι δυνατό να διαπιστωθεί κατά πόσο η Μονάδα λειτουργεί στα προκαθορισμένα όρια σχεδιασμού.

Η χρήση δεικτών αποδοτικότητας προϋποθέτει:

- Την ύπαρξη μετρήσιμων, ποσοτικά, μεγεθών όπως αριθμός προσωπικού, κλίνες, εξυπηρετούμενος πληθυσμός, εισαγωγές κ.λπ.
- Την ύπαρξη διαχρονικά μετρήσιμων ποσοτικών μεγεθών ώστε να υπάρχει δυνατότητα σύγκρισης και εξαγωγής συμπερασμάτων.

Για την ανάλυση της αποδοτικότητας της Μ.Ε.Θ. του Γ.Π.Ν. Τρίπολης θα χρησιμοποιήσουμε τους εξής δείκτες:¹

1. **Δείκτες χρησιμοποίησης - κατανάλωσης**, οι οποίοι διακρίνονται σε:
 - i. Χρήση υπηρεσιών Μ.Ε.Θ.
 - ii. Αναλογία εισαγωγών (νοσηλευθέντων) – πληθυσμού (σε 1.000 κατοίκους).
 - iii. Αναλογία κλινών Μ.Ε.Θ. – πληθυσμού (σε 1.000 κατοίκους).
2. **Δείκτες εισροών και επάρκειας**:
 - i. Αναλογία απασχολούμενων ανά κλίνη Μ.Ε.Θ.
 - ii. Αναλογία ιατρών ανά κλίνη Μ.Ε.Θ.
 - iii. Αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνη Μ.Ε.Θ.
 - iv. Αναλογία νοσηλευτών ανά ιατρό.

¹ Σωτήρης Σούλης, «Οικονομική της Υγείας». Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1998, σελ. 345-350

3. Δείκτης επάρκειας χώρων:

- i. Αναλογία οικοδομικού χώρου (τ.μ.) ανά υπάλληλο.

4. Δείκτες εκροών:

A. Απλοί δείκτες εκροών – απόδοσης

- i. Συνολικές ημέρες νοσηλείας ή σύνολο Ασθενο-Ημερών.
- ii. Αριθμός εισαγωγών – νοσηλευομένων (εξεληθόντες – θάνατοι).
- iii. Μέση διάρκεια Νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.).
- iv. Μέση κάλυψη νοσοκομειακών κλινών (%) ή πληρότητα κλινών (%).
- v. Μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης (σε ημέρες).
- vi. Εισαγωγές (νοσηλευθέντες) ανά απασχολούμενο άτομο (γιατρό, νοσηλεύτη).

B. Δείκτης παραγωγής

- i. I_p : Σχέση νοσηλευομένων προς κλίνες

6.2. ΔΕΙΚΤΕΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ – ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ

i. Χρήση υπηρεσιών Μ.Ε.Θ.

$$\frac{\text{ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΗΜΕΡΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ Μ.Ε.Θ. ΕΤΟΥΣ Α}}{\text{ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΕΤΟΥΣ Α}}$$

Ως εξυπηρετούμενος πληθυσμός για τη Μ.Ε.Θ. υπολογίζονται οι κάτοικοι του νομού Αρκαδίας, οι οποίοι αγγίζουν τους 115.989. Έτσι για τα 3 εξεταζόμενα έτη έχουμε:

$$1995: \frac{3.087}{115.989} = 0,02$$

$$1998: \frac{3.901}{115.989} = 0,03$$

$$2001: \frac{3.549}{115.989} = 0,03$$

Μελετώντας λίγο τα αποτελέσματα αυτού του δείκτη συμπεραίνουμε πως το 1995 αντιστοιχούσαν 2 ημέρες νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ. για 100 άτομα

(στο 1 άτομο 0,02 ημέρες). Παρομοίως για το 1998 και 2001 αντιστοιχούσαν 3 ημέρες νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ. για 100 άτομα. Αυτό σημαίνει πως αντιστοιχούν περισσότερες ημέρες νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ. για τον ίδιο πληθυσμό, άρα λιγότερα άτομα για νοσηλεία. Επομένως μειώθηκε η χρήση των υπηρεσιών που προσφέρει η Μ.Ε.Θ. της Τρίπολης.

ii. Αναλογία εισαγωγών (νοσηλευθέντων) – πληθυσμού (σε 1.000 κατοίκους)

$$\frac{\text{ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ Μ.Ε.Θ. ΕΤΟΥΣ} \times 1.000}{\text{ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΕΤΟΥΣ A}}$$

$$1995: \frac{581 \times 1.000}{115.989} = 5,0 \text{ νοσηλευθέντες / 1.000 κατοίκους}$$

$$1998: \frac{646 \times 1.000}{115.989} = 5,6 \text{ δηλαδή περίπου 6 νοσηλευθέντες / 1.000}$$

κατοίκους

$$2001: \frac{439 \times 1.000}{115.989} = 3,8 \text{ δηλαδή περίπου 4 νοσηλευθέντες / 1.000}$$

κατοίκους

Άρα διαχρονικά μειώθηκε η αναλογία των νοσηλευθέντων – πληθυσμού.

iii. Αναλογία κλινών Μ.Ε.Θ. – πληθυσμού (σε 1.000 κατοίκους)

$$\frac{\text{ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ Μ.Ε.Θ. ΕΤΟΥΣ A} \times 1.000}{\text{ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΕΤΟΥΣ A}}$$

$$1995: \frac{9 \times 1.000}{115.989} = 0,08$$

$$1998: \frac{9 \times 1.000}{115.989} = 0,08$$

$$2001: \frac{7 \times 1.000}{115.989} = 0,06$$

Τα έτη 1995 και 1998 οι κλίνες της Μονάδας ήταν 9 ενώ το 2001 οι κλίνες μειώθηκαν σε 7 (6+1). Μελετώντας λίγο τα αποτελέσματα του παραπάνω δείκτη προκύπτει ότι σε 100.000 κατοίκους αντιστοιχούσαν περίπου

8 κλίνες Μ.Ε.Θ. για τα έτη 1995 και 1998 (σε 1.000 κατοίκους 0,08 κλίνες άρα σε 100.000 κατοίκους 8 κλίνες). Παρομοίως το 2001 αντιστοιχούσαν περίπου 6 κλίνες Μ.Ε.Θ. σε 100.000 κατοίκους. Άρα η αναλογία κλινών Μ.Ε.Θ. – πληθυσμού μειώθηκε διαχρονικά.

6.3. ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΙΣΡΟΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

ι. Αναλογία απασχολούμενων ανά κλίνη Μ.Ε.Θ.

$$\frac{\text{ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΕΤΟΥΣ Α}}{\text{ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ Μ.Ε.Θ. ΕΤΟΥΣ Α}}$$

$$1995: \frac{16}{9} = 1,7 \text{ ή περίπου } 2 \text{ άτομα / κλίνη}$$

$$1998: \frac{18}{9} = 2 \text{ άτομα / κλίνη}$$

$$2001: \frac{17}{7} = 2,4 \text{ ή περίπου } 2 \text{ άτομα / κλίνη}$$

Αυτό που παρατηρείται είναι ότι διαχρονικά ελάχιστα μεταβλήθηκε η αναλογία απασχολούμενων ανά κλίνη και μάλιστα αν στρογγυλοποιηθούν οι αριθμοί (γιατί δεν είναι δυνατόν να πούμε ότι σε κάθε κλίνη αντιστοιχούσε 1,7 άτομα) είναι ακριβώς ίδια η αναλογία για όλα τα εξεταζόμενα έτη.

ii. Αναλογία ιατρών ανά κλίνη Μ.Ε.Θ.

$$\frac{\text{ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΕΤΟΥΣ Α}}{\text{ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΕΤΟΥΣ Α}}$$

1995: Η Μονάδα δεν διέθετε μόνιμο ιατρικό προσωπικό και οι ανάγκες των ασθενών καλύπτονταν από τους ιατρούς της Καρδιολογικής Νοσηλευτικής Μονάδας.

$$1998: \frac{2}{9} = 0,2$$

$$2001: \frac{2}{7} = 0,3$$

Αυτό που προκύπτει από τον παραπάνω δείκτη είναι ότι το 1998 αντιστοιχούσε 1 ιατρός ανά 5 κλίνες (αφού 0,2 ιατροί ανά 1 κλίνη). Παρομοίως για το 2001 αντιστοιχούσε 1 ιατρός περίπου ανά 3 κλίνες. Ο δείκτης αυτός σαφώς βελτιώθηκε, παραμένει όμως ανεπαρκής.

iii. Αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνη Μ.Ε.Θ.

$$\frac{\text{ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΤΟΥΣ Α}}{\text{ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΕΤΟΥΣ Α}}$$

$$1995: \frac{16}{9} = 1,7 \text{ ή περίπου } 2 \text{ νοσηλευτές / κλίνη}$$

$$1998: \frac{16}{9} = 1,7 \text{ ή περίπου } 2 \text{ νοσηλευτές / κλίνη}$$

$$2001: \frac{15}{7} = 2,1 \text{ ή περίπου } 2 \text{ νοσηλευτές / κλίνη}$$

Ο δείκτης αυτός ελάχιστα μεταβλήθηκε από το 1995 έως το 2001 και μάλιστα εάν τους συγκρίνουμε με στρογγυλοποιημένα τα μεγέθη παρέμειναν ακριβώς ίδιοι. Εάν λάβουμε υπ' όψη μας ότι το νοσηλευτικό προσωπικό εκτελεί 3 βάρδιες τότε η αναλογία μειώνεται και δεν αντιστοιχεί ούτε καν 1 νοσηλευτής ανά κλίνη έτσι και αυτός ο δείκτης είναι ανεπαρκής, άρα παρατηρείται σοβαρό πρόβλημα στη στελέχωση της Μονάδας.

iv. Αναλογία νοσηλευτών ανά ιατρό

$$\frac{\text{ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΤΟΥΣ Α}}{\text{ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΕΤΟΥΣ Α}}$$

1995: Όπως ήδη αναφέρθηκε το έτος αυτό η Μονάδα δεν διέθετε μόνιμο ιατρικό προσωπικό.

$$1998: \frac{16}{2} = 8 \text{ νοσηλευτές / ιατρό}$$

$$2001: \frac{15}{2} = 7,5 \text{ ή περίπου } 8 \text{ νοσηλευτές / ιατρό}$$

Εάν συγκρίνουμε τις αναλογίες των 2 ετών (1998 και 2001) στρογγυλοποιημένες προκύπτει ακριβώς το ίδιο αποτέλεσμα. Αν και

ανεπαρκές το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό σε σύγκριση με τις κλίνες, σαν αναλογία σε αυτό το δείκτη φαίνεται επαρκές.

6.4. ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΧΩΡΩΝ

ι. Αναλογία οικοδομικού χώρου (τ.μ.) ανά κλίνη

$$\frac{\text{ΔΟΜΗΜΕΝΟΣ ΧΩΡΟΣ}}{\text{ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΕΤΟΥΣ Α}}$$

$$1995: \frac{190 \text{ τ.μ.}}{9} = 21,1 \text{ τ.μ. / κλίνη}$$

$$1998: \frac{190 \text{ τ.μ.}}{9} = 21,1 \text{ τ.μ. / κλίνη}$$

$$2001: \frac{190 \text{ τ.μ.}}{7} = 27,1 \text{ τ.μ. / κλίνη}$$

Ο δείκτης αυτός είναι ανεπαρκής για τα έτη 1995 και 1998 αφού σύμφωνα με μελέτες (βλ. Μέρος Ι, παρ. 3.1) σαν ελάχιστος αναγκαίος χώρος ανά κλίνη σε μια Μ.Ε.Θ. θεωρούνται τα 30 τ.μ. Το 2001 εφόσον οι κλίνες μειώθηκαν σε 7 η αναλογία πλησίασε περισσότερο τα 30 τ.μ. μεικτού χώρου / κλίνη, που είναι αναγκαία.

6.5. ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΡΟΩΝ

Α. Απλοί δείκτες εκροών – απόδοσης

ι. Συνολικές ημέρες νοσηλείας ή σύνολο Ασθενο-Ημερών

1995: 3.087 ημέρες νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ.

1998: 3.901 ημέρες νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ.

2001: 3.549 ημέρες νοσηλείας στη Μ.Ε.Θ.

ii. Αριθμός εισαγωγών – νοσηλευθέντων (εξεληθέντες + θάνατοι)

1995: 524 + 58 = 581

$$1998: 557 + 89 = 646$$

$$2001: 374 + 65 = 439$$

iii. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.)

$$\frac{\text{ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ}}{\text{ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ – ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ}}$$

$$1995: \frac{3.087}{581} = 5,3 \text{ ημέρες ή περίπου } 5 \text{ ημέρες}$$

$$1998: \frac{3.901}{646} = 6,0 \text{ ημέρες}$$

$$2001: \frac{3.549}{439} = 8,1 \text{ ημέρες ή περίπου } 8 \text{ ημέρες}$$

Η Μ.Δ.Ν. αυξήθηκε διαχρονικά και από περίπου 5 ημέρες το 1995 έφθασε 8 ημέρες το 2001, δηλαδή αυξήθηκε κατά 3 ημέρες.

iv. Μέση κάλυψη νοσοκομειακών κλινών (%) ή πληρότητα κλινών (%)

$$\frac{\text{ΜΕΣΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ}^1 \text{ ΕΤΟΥΣ } A \times 100}{\text{ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΕΤΟΥΣ } A}$$

όπου:

⁽¹⁾ Μέσος ημερήσιος αριθμός νοσηλευομένων:

$$\frac{\text{ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΕΤΟΥΣ } A}{\text{ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΤΟΥ ΕΤΟΥΣ (365)}}$$

$$1995: ^{(1)} \frac{3.087}{365} = 8,45$$

$$\text{Πληρότητα: } \frac{8,45 \times 100}{9} = 93,8\%$$

$$1998: ^{(1)} \frac{3.901}{365} = 10,68$$

$$\text{Πληρότητα: } \frac{10,68 \times 100}{9} = 118,8\%$$

$$2001: ^{(1)} \frac{3.549}{365} = 9,72$$

$$\text{Πληρότητα: } \frac{9,72 \times 100}{7} = 138,9\%$$

Όπως παρατηρούμε η πληρότητα των κλινών τα έτη 1998 και 2001 ξεπερνάει το 100%. Αυτό μπορεί να σημαίνει μόνο ένα πράγμα: στη Μ.Ε.Θ. της Τρίπολης και τα 2 αυτά έτη νοσηλεύτηκαν υπεράριθμοι ασθενείς σε φορεία κάτι που σύμφωνα με τις διεθνείς πρακτικές είναι ανεπίτρεπτο γιατί δεν διατρέχει κίνδυνο μόνο η ζωή του υπεράριθμου ασθενή αλλά και όλων των υπόλοιπων ασθενών, αφού το ήδη περιορισμένο προσωπικό επιφορτίζεται τη φροντίδα περισσότερων ασθενών. Εκτός από αυτό στη Μ.Ε.Θ. δεν διατίθεται αρκετός εξοπλισμός ώστε να καλύπτονται 8 ή 9 άτομα.¹

ν. Μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης (σε ημέρες)

(ο μέσος χρόνος μεταξύ εκκένωσης και κάλυψης μιας κλίνης)

$$\frac{\text{ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΤΟΥ ΕΤΟΥΣ (365)}}{(\text{ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ})P_c} - \text{Μ.Δ.Ν. ΕΤΟΥΣ A}$$

$$\text{όπου: } P_c = \frac{365 \times \text{ΠΛΗΡΟΤΗΤΑ}}{100 \times \text{Μ.Δ.Ν.}}$$

$$1995: P_c = \frac{365 \times 93,8}{100 \times 5,3} = \frac{34.237}{530} = 64,6$$

$$P_c = \frac{365}{64,6} - 5,3 = 5,65 - 5,3 = 0,4$$

$$1998: P_c = \frac{365 \times 118,7}{100 \times 6} = \frac{43.325}{600} = 72,2$$

$$P_c = \frac{365}{72,2} - 6 = -0,9$$

$$2001: P_c = \frac{365 \times 138,9}{100 \times 8,1} = \frac{50.698}{810} = 62,6$$

$$P_c = \frac{365}{62,6} - 8,1 = -2,3$$

Το 1998 και 2001 τα αποτελέσματα του δείκτη είναι αρνητικά κάτι που είναι λογικό εφόσον η πληρότητα των κλινών ξεπερνά και τα 2 έτη το 100%.

¹ Michele Guillame – Βασιλάκη, Επιμελήτρια Α', Υπεύθυνη Μ.Ε.Θ. Γ.Π.Ν. Νοσοκομείου, Εντατικολόγος με εξειδίκευση χειρουργού

Άρα δεν τίθεται θέμα εύρεσης μέσου χρόνου μεταξύ εκκένωσης και κάλυψης μιας κλίνης εφόσον οι κλίνες ήταν συνεχώς πλήρεις και μάλιστα νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα ακόμα και υπεράριθμοι ασθενείς οι οποίοι κάλυψαν επιπλέον κλίνες (φορεία εν προκειμένω) από εκείνες που διέθετε η Μονάδα.

vi. **Εισαγωγές (νοσηλευθέντες) ανά απασχολούμενο άτομο (ιατρό, νοσηλεύτη κ.ο.κ.)**

$$\frac{\text{ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΕΤΟΥΣ Α}}{\text{ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΕΤΟΥΣ Α}}$$

$$1995 : \frac{581}{16} = 36,3 \text{ ή περίπου } 36 \text{ ασθενείς / απασχολούμενο άτομο}$$

$$1998 : \frac{646}{18} = 35,9 \text{ ή περίπου } 36 \text{ ασθενείς / απασχολούμενο άτομο}$$

$$2001 : \frac{439}{17} = 25,8 \text{ ή περίπου } 26 \text{ ασθενείς / απασχολούμενο άτομο}$$

Από τα αποτελέσματα που προκύπτουν βλέπουμε ότι η αναλογία ασθενών / απασχολούμενο άτομο μειώθηκε διαχρονικά. Αυτό είναι θεμιτό μιας και έτσι το ίδιο προσωπικό περιποιείται κατά τη διάρκεια του έτους λιγότερους ασθενείς και άρα λογικό είναι οι λιγότεροι αυτοί ασθενείς να τύχουν μεγαλύτερης προσοχής και φροντίδας.

B. Δείκτης παραγωγής

I_{p_i} = Σχέση νοσηλευομένων προς κλίνες

(Αριθμός εξυπηρετούμενων ασθενών ανά κλίνη κατά τη διάρκεια μιας περιόδου)

$$I_{p_i} = (P/B) \times (t/365)$$

όπου:

P = αριθμός νοσηλευομένων

B = αριθμός κλινών

t = διάρκεια αναφοράς : εβδομάδα, μήνας, έτος

$$1995 : I_{p_i} = (581/9) \times (365/365) = 64,6 \text{ ασθενείς / κλίνη}$$

$$1998 : I_{p_i} = (646/9) \times (365/365) = 71,8 \text{ ασθενείς / κλίνη}$$

$$2001 : I_{p_i} = (439/7) \times (365/365) = 62,7 \text{ ασθενείς / κλίνη}$$

Τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι το 1995 νοσηλεύτηκαν περίπου 65 ασθενείς ανά κλίνη, το 1998 72 περίπου ασθενείς ανά κλίνη και το 2001 63 περίπου ανά κλίνη. Ο δείκτης αυτός διαχρονικά μειώθηκε και σαφώς επηρεάζεται από τη Μ.Δ.Ν. των ασθενών εφόσον όσο μεγαλύτερη είναι η Μ.Δ.Ν. του έτους, τόσο λιγότερα άτομα θα νοσηλεύονται στη Μονάδα. Ο δείκτης αυτός είναι ιδιαίτερα χρήσιμος σε περιπτώσεις που ο μελετητής επιθυμεί να ανακαλύψει τον αριθμό των εξυπηρετούμενων ασθενών ανά κλίνη κατά τη διάρκεια ενός μήνα ή και ακόμα μιας εβδομάδας. Εάν θέλουμε να εφαρμόσουμε το δείκτη αυτό για ένα μήνα του έτους π.χ. τον Ιανουάριο ο οποίος διαθέτει 31 ημέρες, τότε οι σχέσεις θα είχαν ως εξής:

$$1995 : I_{p_i} = (581/9) \times (31/365) = 64,6 \times 0,08 = 5,2 \text{ ή περίπου } 5 \text{ ασθενείς} \\ \text{/ κλίνη για τον Ιανουάριο}$$

$$1998 : I_{p_i} = (646/9) \times (31/365) = 71,8 \times 0,08 = 5,7 \text{ ή περίπου } 6 \text{ ασθενείς} \\ \text{/ κλίνη για τον Ιανουάριο}$$

$$2001 : I_{p_i} = (439/7) \times (31/365) = 62,7 \times 0,08 = 5,0 \text{ ασθενείς / κλίνη για} \\ \text{τον Ιανουάριο.}$$

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ

7.1. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Μ.Ε.Θ. ΤΟΥ Γ.Π.Ν. ΤΡΙΠΟΛΗΣ

Τα σημαντικότερα προβλήματα της Μ.Ε.Θ. του Νοσοκομείου της Τρίπολης είναι τα εξής:

- Η Μονάδα Εμφραγμάτων και τα περιστατικά Μ.Ε.Θ. νοσηλεύονται στον ίδιο χώρο κάτι που είναι απαράδεκτο σύμφωνα με τις διεθνείς πρακτικές και οδηγίες.
- Το περιβάλλον της Μ.Ε.Θ., όπως και κάθε Μ.Ε.Θ. άλλωστε, είναι καταθλιπτικό και το προσωπικό αποφεύγει να απασχοληθεί σε αυτή.
- Δεν διατίθεται επαρκής χώρος για το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό (εφημερείο, χώρος ανάπαυσης, αποδυτήρια). Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι σε ολόκληρη τη Μονάδα υπάρχει μόνο 1 νιπτήρας.¹
- Η Μονάδα είναι στην άκρη του 3^{ου} ορόφου, απομονωμένη και όχι εύκολα προσπελάσιμη.
- Με τον εξοπλισμό που διαθέτει σήμερα η Μονάδα είναι δυνατή η παρακολούθηση 6, το ανώτερο και η αντιμετώπιση μέχρι 4 περιστατικών, στις καλύτερες συνθήκες.²
- Δεν υπάρχει κλίβανος αερίων ή πλάσματος (τρόπος αποστείρωσης χωρίς μεγάλη θερμοκρασία, χωρίς ατμό) με αποτέλεσμα να καταστρέφονται πολλά υλικά τα οποία είναι από πλαστικό.
- Ο χώρος της Μ.Ε.Θ. δεν κλιματίζεται.

¹ Michele Guillame – Βασιλάκη, Επιμελήτρια Α΄, Υπεύθυνη Μ.Ε.Θ. Γ.Π.Ν. Νοσοκομείου, Εντατικολόγος με εξειδίκευση χειρουργού

² Michele Guillame – Βασιλάκη, Επιμελήτρια Α΄, Υπεύθυνη Μ.Ε.Θ. Γ.Π.Ν. Νοσοκομείου, Εντατικολόγος με εξειδίκευση χειρουργού

- Επειδή το ιατρικό προσωπικό αποτελείται μόνο από δύο ιατρούς, δε μπορεί να εξασφαλιστεί η συνεχής κάλυψη του τμήματος με επιμελητή σε ενεργό εφημερία.
- Οι βοηθοί που διατίθενται στη Μ.Ε.Θ., καθ' ότι εκπαιδευόμενοι στην ιατρική, είναι ανειδίκευτοι και μένουν στη Μ.Ε.Θ. για λίγο καιρό οπότε απαιτείται συνεχής και επαναλαμβανόμενη εκπαίδευση και συζήτηση των περιστατικών.
- Η Μ.Ε.Θ. δεν διαθέτει φυσιοθεραπευτή, τεχνικό μηχανημάτων, τραυματιοφορέα, ούτε καν καθαρίστρια, που να είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στη Μονάδα.

7.2. ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπεράσματα Ι Μέρους:

- ✓ Οι Μ.Ε.Θ. αποτελούν την πιο ανεπτυγμένη τεχνολογική απάντηση του σύγχρονου ανθρώπου για τον βαριά πάσχοντα γιατί με το εξειδικευμένο προσωπικό που διαθέτουν και τα τελευταίας τεχνολογίας μηχανήματα που χρησιμοποιούνται μέσα σ' αυτές είναι δυνατή η αντιμετώπιση κρίσιμων περιστατικών ώστε να σώζονται ζωές που παλαιότερα ήταν καταδικασμένες.
- ✓ Οι Μ.Ε.Θ. είναι κατάλληλα διαμορφωμένες, εξοπλισμένες και στελεχωμένες ώστε να μπορούν να νοσηλεύσουν βαριά περιστατικά και να τους προσφέρουν εξατομικευμένη 24ωρη παρακολούθηση.
- ✓ Οι Μ.Ε.Θ. δεν έχουν καμία σχέση με τα υπόλοιπα τμήματα του Νοσοκομείου διότι όλοι οι ασθενείς είναι καθηλωμένοι στα κρεβάτια τους και συνδεδεμένοι με διάφορα μηχανικά συστήματα υποστήριξης.
- ✓ Ανάλογα με το είδος των περιστατικών που νοσηλεύουν οι Μ.Ε.Θ. διακρίνονται σε πολυδύναμες και ειδικές.

- ✓ Η αποδοτικότητα μιας Μ.Ε.Θ. καθορίζεται όχι μόνο από τον απόλυτο αριθμό των κρεβατιών που διαθέτει αλλά και από τη διαρκή ετοιμότητά της να δεχθεί το βαρύ και μη προγραμματισμένο περιστατικό.
- ✓ Το μέγεθος και οι χώροι που θα περιλαμβάνει μια Μ.Ε.Θ. εξαρτώνται κυρίως από το μέγεθος του Νοσοκομείου και το είδος των περιστατικών που νοσηλεύονται σ' αυτό.
- ✓ Η Μ.Ε.Θ. πρέπει να είναι εύκολα προσπελάσιμη, να είναι μακριά από θορύβους και πολυσύχναστες περιοχές και να έχει άμεση πρόσβαση με το χειρουργείο, το Τ.Ε.Π. και τα απεικονιστικά εργαστήρια.
- ✓ Το προσωπικό που απασχολείται σε μια Μ.Ε.Θ. πρέπει να είναι εξειδικευμένο, επαρκές και να εκπαιδεύεται συνεχώς στις σύγχρονες πρακτικές και μεθόδους ώστε να προσφέρεται ολοκληρωμένη κάλυψη των ασθενών 24 ώρες το 24ωρο.
- ✓ Οι Μ.Ε.Θ. είναι πολύ ακριβές περιοχές της φροντίδας υγείας και ο υπολογισμός του κόστους αυτών είναι δύσκολος διότι περιλαμβάνει τομείς δύσκολα κοστολογήσιμους, όπως το αναλώσιμο υγειονομικό ή μη υλικό, το τεχνικό εξοπλισμό, υπηρεσίες κλινικής υποστήριξης κ.λπ.

Συμπεράσματα ΙΙ Μέρους:

- ✓ Παρ' ότι το Νοσοκομείο της Τρίπολης κατασκευάστηκε την αρχή της δεκαετίας του '50, διαθέτει ακόμα και σήμερα σχετική αντοχή και αρτιότητα διότι κατασκευάστηκε με υψηλής ποιότητας υλικά και πρωτοποριακές για την εποχή του τεχνικές σχεδιασμού.
- ✓ Οι χώροι του Νοσοκομείου της Τρίπολης θεωρούνται σχετικά ανεπαρκείς για τις κλίνες που διαθέτει μιας και αντιστοιχούν συνολικά 80,45 m²/ κλίνη ενώ σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα θα έπρεπε να διατίθενται τουλάχιστον 100 m²/ κλίνη για Νομαρχιακό Νοσοκομείο όπως είναι αυτό της Τρίπολης.

- ✓ Μέχρι το 1997 στη Μ.Ε.Θ. της Τρίπολης δεν υπήρχαν μόνιμοι ιατροί διότι λειτουργούσε ως Μ.Α.Φ. κυρίως και οι ανάγκες της Μονάδας καλύπτονταν από τους καρδιολόγους της Καρδιολογικής Νοσηλευτικής Μονάδας.
- ✓ Η ανταπόκριση στις κλήσεις της Περιφέρειας για νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. της Τρίπολης είναι αρκετά μειωμένη και αυτό οφείλεται στο ότι η Μονάδα είναι συνήθως «κλεισμένη» με χρόνια περιστατικά και επίσης διότι διαχρονικά δίνεται προτεραιότητα εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ. στους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς.
- ✓ Η επιστημονική δραστηριότητα της Μ.Ε.Θ. της Τρίπολης κρίνεται ικανοποιητική μιας και περιλαμβάνει θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση των «βοηθών» ιατρών του τμήματος.
- ✓ Το μέγεθος της Μ.Ε.Θ. της Τρίπολης κρίνεται ικανοποιητικό σε σχέση με τις κλίνες που περιλαμβάνει, σε αντίθεση με τη θέση αυτής αφού είναι αρκετά απομονωμένη και δύσκολα προσπελάσιμη.
- ✓ Επίσης κρίνεται εξαιρετικά ανεπαρκής σε βοηθητικούς χώρους διότι κατασκευάστηκε χωρίς αρχιτεκτονικό σχεδιασμό.
- ✓ Ανεπαρκής κρίνεται και η στελέχωση της Μονάδας ειδικά σε παραϊατρικό προσωπικό, το οποίο είναι αναγκαίο για τη λειτουργία της λόγω των υπηρεσιών που προσφέρει σ' αυτή.
- ✓ Η διαχρονική μείωση του αριθμού των εισαγωγών στη Μονάδα, η αύξηση της Μ.Δ.Ν, η μικρή αύξηση του αριθμού των διακομιδών από τη Μ.Ε.Θ. της Τρίπολης προς άλλα Νοσοκομεία και τέλος η αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας μαρτυρούν ότι αυξήθηκε η σοβαρότητα των περιστατικών που νοσηλεύτηκαν στη Μ.Ε.Θ. της Τρίπολης από το 1995 έως το 2001, κάτι που δικαιολογείται πλήρως αφού η Μονάδα έπαψε, εδώ και καιρό, να λειτουργεί ως Μ.Α.Φ. κυρίως.
- ✓ Πέραν των όποιων προβλημάτων αντιμετωπίζει η εξεταζόμενη Μ.Ε.Θ. μπορεί και καλύπτει σχεδόν εξ ολοκλήρου τις ανάγκες

νοσηλείας των ασθενών που νοσηλεύονται σ' αυτή αφού τα ποσοστά διακομιδών παρέμειναν όλα τα έτη σε χαμηλά επίπεδα.

- ✓ Τα προβλήματα υγείας που αντιμετώπισε η πλειοψηφία των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη Μ.Ε.Θ. της Τρίπολης όλα σχεδόν τα έτη από το 1997 έως το 2001 ήταν καρδιολογικής φύσεως.

7.3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Να προβλεφθεί χώρος στο Νοσοκομείο ο οποίος θα στεγάσει τη Μονάδα Εμφραγμάτων ούτως ώστε να μη συνεχίζεται η ταυτόχρονη νοσηλεία βαρέως πασχόντων και εμφραγματιών.
- Να κλιματίζεται ο χώρος της Μ.Ε.Θ. και να διατεθούν και άλλοι χώροι (για γραφεία, αποδυτήρια, εφημερείο) όσο το δυνατόν πλησιέστερα στη Μονάδα.
- Να δοθούν κίνητρα ώστε το προσωπικό να προτιμά να εργαστεί στη Μ.Ε.Θ. και να αποδίδει τα μέγιστα.
- Αύξηση του εξοπλισμού της Μ.Ε.Θ. ώστε να μπορούν να αντιμετωπιστούν τουλάχιστον 7 περιστατικά.
- Αγορά ενός κλιβάνου αερίων ή πλάσματος για να είναι δυνατή η αποστείρωση των υλικών χωρίς να καταστρέφονται αυτά (κόστος¹: 106.000 € περίπου).
- Αύξηση του ιατρικού προσωπικού και διορισμός Διευθυντού, ώστε να μπορεί το τμήμα να καλύπτεται πλήρως με ιατρό σε ενεργή εφημερία.
- Να εξασφαλιστεί η συνεχής κάλυψη του τμήματος με «βοηθούς» ιατρούς με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη θητεία.
- Να διοριστεί παραϊατρικό προσωπικό στη Μονάδα, 1 φυσιοθεραπευτής και 1 τραυματιοφορέας και να εξασφαλιστεί μόνιμη τεχνική υποστήριξη και καθαριότητα.

¹ Τεχνική Υπηρεσία Γ.Π.Ν. Τρίπολης

- Η δημιουργία Μ.Α.Φ. στο Νοσοκομείο θα αποσυμφορίζε λίγο τη Μ.Ε.Θ. αφού θα μπορούσε να νοσηλεύει κάποιους από τους ασθενείς της Μονάδας, όταν βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης, κι έτσι θα έμεναν γρηγορότερα κενές οι κλίνες της Μονάδας.
- Να γίνει δυνατή η κοστολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται σε μια Μ.Ε.Θ.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ

ΜΕΡΟΣ Ι – ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εικόνα 1-1-1: Γενική μελέτη κατασκευής μιας Μ.Ε.Θ. οκτώ κλινών _____ 13

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Εικόνα 2-3-1: Κάτοψη της Μ.Ε.Θ. του Γ.Π.Ν. Τρίπολης _____ 70

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΚΛΙΜΑΚΩΝ

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Κλίμακα 2-5-1: Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. της Τρίπολης με βάση την ηλικία του ασθενούς για τα έτη 1995, 1998 και 2001 _____ 81

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΚΥΚΛΙΚΩΝ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Κυκλικό διάγραμμα 2-4-1: Ποσοστιαία κατανομή του προσωπικού της Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης _____ 73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Κυκλικό διάγραμμα 2-5-1: Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση την αιτία εισαγωγής για το έτος 2001 _____ 89

Κυκλικό διάγραμμα 2-5-2: Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση την αιτία εισαγωγής για το έτος 2000 _____ 89

Κυκλικό διάγραμμα 2-5-3: Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση την αιτία εισαγωγής για το έτος 1999 _____ 90

Κυκλικό διάγραμμα 2-5-4: Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση την αιτία εισαγωγής για το έτος 1998	90
Κυκλικό διάγραμμα 2-5-5: Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση την αιτία εισαγωγής για το έτος 1997	91

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Οργανόγραμμα 2-1-1: Διάρθρωση των υπηρεσιών του Γ.Π.Ν. Τρίπολης σύμφωνα με το ΦΕΚ 9/8/87	52
Οργανόγραμμα 2-1-2: Διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας του Γ.Π.Ν. Τρίπολης	54
Οργανόγραμμα 2-1-3: Διάρθρωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Γ.Π.Ν. Τρίπολης	56
Οργανόγραμμα 2-1-4: Διάρθρωση της Διοικητικής Υπηρεσίας του Γ.Π.Ν. Τρίπολης	58

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Πίνακας 2-2-1: Τηλεφωνικές κλήσεις από Νοσοκομεία της Πελοποννήσου απ' ευθείας στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης, Ιούλιο – Οκτώβριο 2001	63
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Πίνακας 2-3-1: Εξοπλισμός Μ.Ε.Θ. Τρίπολης και κόστος αγοράς αυτού	71
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Πίνακας 2-4-1: Στελέχωση Μ.Ε.Θ. Τρίπολης για το έτος 2001	72
Πίνακας 2-4-2: Αριθμητική κατανομή του προσωπικού της Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης	73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Πίνακας 2-5-1: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των συνολικών εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης το 1995, 1998 και 2001	76
Πίνακας 2-5-2: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών με βάση το μήνα εισαγωγής στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης τα έτη 1995, 1998 και 2001	78
Πίνακας 2-5-3: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση την ηλικία του ασθενούς τα έτη 1995, 1998 και 2001	80
Πίνακας 2-5-4: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση τον τόπο καταγωγής του ασθενούς τα έτη 1995, 1998 και 2001	82
Πίνακας 2-5-5: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση το φορέα ασφάλισης καθώς και δαπάνες ασφαλιστικών ταμείων για το 1995, 1998 και 2001	83
Πίνακας 2-5-6: Ετήσιο κόστος λειτουργίας της Μ.Ε.Θ. του Γ.Π.Α.Ν. «Μεταξά» για το 2001	94

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΜΕΡΟΣ II – ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ραβδόγραμμα 2-5-1: Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών ανάλογα με την προέλευση των ασθενών της Μ.Ε.Θ. Τρίπολης το 1995, 1998 και 2001	77
Ραβδόγραμμα 2-5-2: Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση το φύλο, για τα έτη 1995, 1998 και 2001	79
Ραβδόγραμμα 2-5-3: Μ.Δ.Ν. ασθενών Μ.Ε.Θ. Τρίπολης τα έτη 1995, 1998 και 2001	84

Ραβδόγραμμα 2-5-4: Ποσοστιαίος διαχωρισμός των εισαγωγών με βάση τις διακομιδές που σημειώθηκαν από τη Μ.Ε.Θ. Τρίπολης το 1995, 1998 και 2001	86
Ραβδόγραμμα 2-5-5: Ποσοστιαία κατανομή των διακομιδών της Μ.Ε.Θ. Τρίπολης με βάση τις διακομιδές που πραγματοποιήθηκαν για θεραπευτική αντιμετώπιση και εκείνες για ειδική διαγνωστική αγωγή του ασθενούς τα έτη 1995, 1998 και 2001	87
Ραβδόγραμμα 2-5-6: Ποσοστά θνησιμότητας Μ.Ε.Θ. Τρίπολης για τα έτη 1995, 1998 και 2001	88

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

ΜΕΡΟΣ Ι – ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Σχήμα 1-2-1: Γραφική απεικόνιση των ειδών Μ.Ε.Θ.	20
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Σχήμα 1-3-1: Γραφική απεικόνιση των χώρων που πρέπει να προβλέπονται σε μια Μ.Ε.Θ.	25
---	----

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Σχήμα 2-2-1: Ιεραρχική διάρθρωση της Μ.Ε.Θ. του Γ.Π.Ν. Τρίπολης	59
--	----

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΧΑΡΤΩΝ

ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Χάρτης 2-1-1: Γεωγραφική θέση Τρίπολης και απόσταση αυτής από τις άλλες μεγάλες πόλεις της Περιφέρειας	43
Χάρτης 2-1-2: Γεωγραφική θέση Γ.Π.Ν. Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»	45

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **A. K. Yates, P. J. Moorhead, A.P. Adams**, «Εντατική Θεραπεία», Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1990, σελ. 1-8 και πρόλογος.
- **Βασιλική Ανδρ. Λανάρα**, «Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών, θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο», Γραφικές τέχνες Γ. Παπανικολάου ΑΒΕΕ, Δ΄ έκδοση, Αθήνα 1997, σελ. 203, 257.
- **Ελένη Ασκητοπούλου**, «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 23-33.
- **Αλεξ. Κ. Νομικός**, «Οργάνωση και Διοίκηση Μονάδων Υγείας ΙΙΙ», Διδακτικές σημειώσεις, ΤΕΙ Αθήνας, Σ.Δ.Ο., Δ.Μ.Υ.Π., Αθήνα 1998, σελ. 86-92.
- **Φώτιος Δρούμπαλης**, «Σύγχρονες Μονάδες Υγείας», Διδακτικές σημειώσεις, ΤΕΙ Καλαμάτας, Σ.Δ.Ο., Δ.Μ.Υ.Π., σελ. 6-26, 6-27.
- **Δ. Μπιλάλης**, «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», Σημειώσεις, Αθήνα 1983, σελ. 1-42.
- **Σωτήρης Σούλης**, «Οικονομική της Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1998, σελ. 345-350.
- **Ρούσσο**, «Οργάνωση Μονάδων Εντατικής Θεραπείας», Εντατική Ιατρική, Αθήνα 1998, τόμος 3ος, σελ. 968-978.
- **ΔΕΠΑΝΟΜ**, «Ρυθμιστική – προκαταρκτική μελέτη για το Γενικό Πανακαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ, Ανάλυση υπάρχουσας κατάστασης – Διαγνωστική έκθεση», Μελέτη, Τρίπολη 2002, σελ. 1-15.
- **Κ. Ξανθόπουλος, Μ. Οικονομίδου – Ρόκα**, «Κριτήρια λειτουργίας Μονάδων Εντατικής Παρακολούθησης και Θεραπείας (ΜΕΠΘ) και προϋποθέσεις εφαρμογής στα Ελληνικά Νοσηλευτικά Κέντρα», ΑΡΧ. ΙΑΤΡ. ΕΤΑΙΡ., Πρακτικά 3ου Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου, Αθήνα 1977, σελ. 801-818.

- **Ι. Κασσικού**, «Επισκεπτήριο ασθενών στη Μ.Ε.Θ.», Πρακτικά, 2η Επιστημονική Ημερίδα «Η Νοσηλευτική στις Μ.Ε.Θ. του 21ου αιώνα», Αθήνα 1999, σελ. 47-52.
- **Βασιλική Κολοκάθη, Θεοδώρα Τζέκου**, «Διαχειριστική συστηματοποίηση. Μελέτη περίπτωσης Μ.Ε.Θ. του Γ.Π.Α.Ν. ΜΕΤΑΞΑ», Πτυχιακή εργασία. ΤΕΙ Αθήνας, Σ.Δ.Ο., Δ.Μ.Υ.Π., Αθήνα 2002.
- **Δαμιανού Κωνσταντία**, «Οργάνωση, δομή και λειτουργία της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού του Γενικού Νοσοκομείου Βόλου ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ», Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Καλαμάτας, Σ.Δ.Ο., Δ.Μ.Υ.Π., Καλαμάτα 2002, σελ. 87-91.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- **Κ. Παπακώστας – Παπαδημητρίου**, «Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Οργάνωση», Περιοδικό «Βιοϊατρική Τεχνολογία», τόμος 46, τεύχος 4, Οκτ. – Δεκ. 1984, σελ. 513-518.
- **Ε. Μουλούδη, Δ. Γεωργόπουλος**, «Ο ρόλος της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας στο σύγχρονο νοσοκομείο», Περιοδικό «Ιατρική του σήμερα», τεύχος 30, Ιαν. – Απρ. 2001, σελ. 3-9.
- **Κ. Οικονόμου, Π. Ραπίδης, Σ. Κοτσάνης, Δ. Παπαντωνάτος**, «Ψυχολογικές επιπτώσεις των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) στους Αρρώστους, το Συγγενικό τους Περιβάλλον και το Νοσηλευτικό Προσωπικό», Περιοδικό «Υγεία», τόμος 1, τεύχος 2, Μάρτιος 1982, σελ. 87-91.

ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

- **Michele Guillame – Βασιλάκη**, Επιμελήτρια Α΄, Υπεύθυνη Μ.Ε.Θ. Γ.Π.Ν. Τρίπολης, Εντατικολόγος με εξειδίκευση Χειρουργού.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ





ΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Α Ο Μ Μ Α
9 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1987

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΑΚΟΥ
9

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

9. Α39/ο.κ. 14154

ρρωση Οργανισμού του ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ».

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

Τις διατάξεις των παρ. 1, 2, 3 και 4 του άρθρου 10 Ν. 1397/83 «ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ» (ΦΕΚ Α/83).

Τις διατάξεις του Π.Δ. 87/86 «Ενισχύο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων» (ΦΕΚ 32/Α/86).

Την 21/9.10.85 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου Ιατροκαρδιακού Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ», αποφασίζουμε:

Άρθρο 1.

Οργανισμός του Παναρκαδικού Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ» όπως αυτός ισχύει με το Ν. 980 Π. Δ/γμα περί τροποποίησης και συμπληρώσεως του Οργανισμού του Παναρκαδικού Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ» (ΦΕΚ 242/Α/80) αναγνωρίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής.

Άρθρο 2.

Νομική μορφή - Επωνυμία - Έδρα - Σφραγίδα.
Το Νοσοκομείο αυτό, που υπάγεται στις διατάξεις του Ν. 2592/53 «περί οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως» (ΦΕΚ 254/Α/53) και αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, που διέπεται από τις διατάξεις του Ν. Δ/τος 1397/83 όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν μεταγενέστερα από τις διατάξεις του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» ορίζεται ως Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ».

Έδρα της Κεντρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου είναι η Τρίπολη του Νομού Αρκαδίας.
Το Νοσοκομείο έχει σφραγίδα στρογγυλή στην οποία απεικονίζονται σε επάλληλους κύκλους «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ — ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ».

ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ — ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ» και στη μέση το Εθνόσημο.

Άρθρο 3. Σκοπός.

Σκοπός του Νοσοκομείου είναι:

α) Η παροχή στο πλαίσιο και στην έκταση της διάρθρωσης της Ιατρικής του Υπηρεσίας, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, ισότιμα για κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του «Εθνικού Συστήματος Υγείας».

β) Η ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

γ) Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης, συνεχούς εκπαίδευσης γιατρών, καθώς και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης λειτουργών άλλων κλάδων Υγείας.

Άρθρο 4.

Έσοδα.

Τα έσοδα του Νοσοκομείου είναι:

α) Οι επιχορηγήσεις από τον κρατικό τακτικό προϋπολογισμό και από τον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων.

β) Οι εισπράξεις από νοσήλια, εξετάστρα και λοιπές αμοιβές για παροχή υπηρεσιών.

γ) Οι πρόσοδοι από την ίδια αυτού περιουσία.

δ) Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, εκποιήσεις κλπ.

Άρθρο 5.

Δύναμη κρεβατιών.

Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου ορίζεται σε τριακόσια (300) κρεβάτια.

Άρθρο 6.

Διάκριση Υπηρεσιών.

1. Το Νοσοκομείο αυτό απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

- α) Ιατρική
- β) Νοσηλευτική
- γ) Διοικητική.

2. Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

3. Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε άλλη υπηρεσία εκ' αυτή που υπάγεται κατά κλάδο και σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής.

Άρθρο 7

Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας

1. Η Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου διαρθρώνεται

α) Στους τομείς:

- α1. Παθολογικό τομέα με δύναμη εκατόν σαράντα τέσσερα (144) κρεβάτια
- α2. Χειρουργικό τομέα με δύναμη εκατόν πενήντα έξι (156) κρεβάτια
- α3. Εργαστηριακό τομέα.

β) Στα διατετασσόμενα τμήματα:

- β1. Εκτελούντων Περιστατικών
- β2. Χυμωσίων Νοσηλεύσεως

2. Κάθε τομέας διαρθρώνεται σε τμήματα και μονάδες ως εξής:

Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

α. Τμήματα:

- α1. Ένα (1) Παθολογικό
- α2. Ένα (1) Καρδιολογικό
- α3. Ένα (1) Παιδιατρικό
- α4. Ένα (1) Νεφρολογικό
- α5. Ένα (1) Ογκολογικό

β. Μονάδες:

- β1. Μονάδα Προόδων
- β2. Τεχνητού Νεφρού
- β3. Εμφραγμάτων
- β4. Εντατικής Θεραπείας

Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΙ ΤΟΜΕΑΣ

α. Τμήματα:

- α1. Ένα (1) Χειρουργικό
- α2. Ένα (1) Ορθοπαιδικό
- α3. Ένα (1) Ουρολογικό
- α4. Ένα (1) Οφθαλμολογικό

- α5. Ένα (1) Οtorινολαρυγγολογικό
- α6. Ένα (1) Γυναικολογικό - Λαιευτικό
- α7. Ένα (1) Αναπνευστολογικό

Γ' ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

α. Τμήματα:

- α1. Ένα (1) Μικροβιολογικό
- α2. Ένα (1) Εισθητικό
- α3. Ένα (1) Αιματολογικό
- α4. Ένα (1) Λιμοδόσεις
- α5. Ένα (1) Ακτινοβιολογικό
- α6. Ένα (1) Παθολογοανατομικό
- α7. Ένα (1) Κυτταρολογικό
- α8. Ένα (1) Φαρμακευτικό

3. Στους τομείς λειτουργούν τακτικά εξωτερικά ιατρεία αντί - στοιχών ειδικοτήτων με τις ειδικότητες των γιατρών που υπη- ρετούν στο Νοσοκομείο.

Άρθρο 8

Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

1. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) τομείς α, β και γ που ο καθένας διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα ως ακολούθως:

- α) Ο 1ος τομέας σε τέσσερα (4) τμήματα που καλύπτουν τον Παθολογικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- β) Ο 2ος τομέας σε πέντε (5) τμήματα που καλύπτουν τον Χειρουργικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- γ) Ο 3ος τομέας σε τρία (3) τμήματα που καλύπτουν τον Εργαστηριακό τομέα, τα διατομικά τμήματα ακινητών και στατικών και νοσηλείας, τα εξωτερικά ιατρεία, και τα χειρουργεία της Ιατρικής Υπηρεσίας.

2. Στο Νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή που οι

- α) Τον Δ/ντή - Δ/ντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ως Πρό
- β) Ένα (1) Προσταγμένο τμήματος από κάθε τομέα
- γ) Ένα (1) Διπλωματούχο τμήματος από κάθε τομέα

Τα μέλη (β) και (γ) εκλέγονται για δύο (2) χρόνια με μη- κτηγοφορία από το Νοσηλευτικό προσωπικό του εν λόγω τομέα του και συνεργάζεται με καθύληση του Προσταγμένου αυτού. Τα μέλη της Νοσηλευτικής Επιτροπής εκλέγονται με μυστική φ- τον Αντιπρόεδρο μεταξύ των υπό στοιχείων (β) μελών και τ Γραμματέα μεταξύ των υπό στοιχεία (γ) μελών. Η Νοσηλευ- τική Επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά την Οργάνωση και λειτουργία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και εισηγείται, με τον Πρόεδρό της στα αρμόδια όργανα του Νοσοκομείου.

Άρθρο 9

Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας

1. Η Διοικητική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρών- σε δύο (2) Υποδιεύξεις:

- α) Υποδιεύθυνση Διοικητική
- β) Υποδιεύθυνση Τεχνική

Κάθε Υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή Γρα- μμεία στις ακόλουθες παραγράφους:

2. Η Υποδιεύθυνση Διοικητική στα τμήματα:

- α) Προσωπικό
- β) Γραμματείας
- γ) Οικονομικό
- δ) Κίνησης Αρμάτων
- ε) Διατροφής
- στ) Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
- ζ) Κοινωνικής Υπηρεσίας
- η) Παρατετρικών Επεγγελεμάτων (Τεχνολόγων)
- θ) Πληροφορικής-Οργάνωσης

3. Στο αυτοτελή Γραμμεία:

- α) Επιστάσεις
- β) Ίμιασμα
- 3. Η Υποδιεύθυνση Τεχνική στα τμήματα:
- α) Τεχνικό
- β) Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

Άρθρο 10

Αρμοδιότητες Υπηρεσιών

Οι αρμοδιότητες κάθε υπηρεσίας του Νοσοκομείου ορίζονται ακολούθως:

1. Αρμοδιότητες Ιατρικής Υπηρεσίας είναι:

Η πρόληψη και προαγωγή της υγείας, της έρευνας και τη- δέυσης, η παροχή υπηρεσιών υγείας και ο προγραμματισμός κα- έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

2. Αρμοδιότητες Φαρμακευτικού Τμήματος:

Έχει την ευθύνη για τον προγραμματισμό προμηθειών, τη- την ταξινόμηση, την παρασκευή ιδιοσκευασμάτων, τον έλεγχο, χορήγηση, την διανομή, την άσκηση και διαχείριση του φαρ- και λαικού υλικού αρμοδιότητες του Ε.Ο.Φ.

Ακόμη έχει την ευθύνη του Επιστημονικού ελέγχου, του συν- γίου, της εκτέλεσης οικιασότητας συνταγής που θα ζητήσει ι- ατρικό τμήμα καθώς και του ελέγχου των προς εκτέλεση συνταγ

3. Αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι:

Η παροχή νοσηλείας στους αρρώστους, σύμφωνα με τα διδά- της Νοσηλευτικής και στα πλαίσια των κατευθύνσεων των υγειν- σε κάθε περίπτωση γιατρών, η πρόληψη και προαγωγή της υγι- και της ...

Α38/12303/0114 ΦΑΚ
2 11/9/8 638/88 Τ.Β

2 χειρουργική υπηρεσία
2 ορθοπαιδική υπηρεσία
Α38/12303/88 0114

Α38/12303/88 0114

της Διοικητικής Υπηρεσίας είναι:

α) Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με άσκηση του προσωπικού του Νοσοκομείου, καθώς και έλεγχο του προσωπικού όλων των υπηρεσιών του

β) Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με ομαρτωπική στήριξη σύμφωνα με τις αποφάσεις των άλλων υπηρεσιών του Νοσοκομείου, την τήρηση, έλεγχο, την διακίνηση της αλληλογραφίας και την προβλεπόμενη για την διακίνηση του έργου του

γ) Η φροντίδα για την μελέτη των οικονομικών και την υλοποίηση για την έγκαιρη εκμετάλλευση των καθήκοντων του προσωπικού του Ιδρύματος, των δασκάλων, την εκπαίδευση των σπουδαστών προπτυχιακών, την προμήθεια, διαχείριση και πωλήσεις υλικών που χρειάζονται για την λειτουργία και κατάρτιση του ιατρολογισμού και οκολογισμού, των βιβλίων καθώς και την εφοδιασμό των εφόδων για την διαβίωση της περιουσίας του Ιδρύματος των οικονομικών στατιστικών στοιχείων.

δ) Φροντίζει για την έκδοση εισιτηρίων αρρώστων, την έκδοση των εξιτηρίων και την οργάνωση εισαγωγής. Τηρεί βιβλίο κινών κάθε φορά άνοι τους αρρώστους για την εισαγωγή τους στον κατάλογο αναμονής. Φροντίζει για την τήρηση της μερίδας των νοσηλευόμενων, την χορήγηση των ενδοσίων των δελτίων παροχής υπηρεσιών, και παρέχει κάθε πληροφορία γένετος. Επίσης τηρεί στοιχεία της νοσηλευτικής κίνησης, λοιπούς αρρώστους όταν τα ζητούν, μετά από αίτηση.

ε) Ανήκουν οι δραστηριότητες που σχετίζονται: με την προμήθεια σιτημάτων ασθενών και προσωπικού και εκπαιδευση των νοσηλευόμενων ασθενών των τερτικών ιατρικών, που έχουν συνταγή από το Ιδρ.

στ) Δράστητες επίσης οι επιστημονικές, οργανωτικές ηθικές δραστηριότητες όλων όσων ασχολούνται με την προμήθεια μέχρι την κοτενάλωσή τους.

ζ) Εξωτερικών Υπηρεσιών: Η ευθύνη και φροντίδα στήριξη των τεκνικών εξωτερικών υπηρεσιών για την προεργασία των προσερχομένων σ' αυτά και τα βιβλία κίνησης των εξωτερικών εισιτηρίων προέλευσης των αρρώστων και προέλευσή τους με προσυνηνδύηση.

η) Φροντίζει όταν τα ζητούν, μετά από αίτηση, ενημερώνει το κοινό για τις ώρες λειτουργίας των υπηρεσιών και για τον τρόπο λειτουργίας.

θ) Η ευθύνη και φροντίδα για νοσηλευόμενους στο Νοσοκομείο για κάθε την αναζήτηση και διερεύνηση των προβλημάτων αυτών κατά περίπτωση και γενική έγκριση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων και της Κοινωνικής Πολιτικής της Πολιτείας.

ι) Η ευθύνη για την οργάνωση στήριξης, της εκμετάλλευσης και τήρησης στοιχείων, της παροχής και διακίνησης του Νοσοκομείου, στο Υπουργείο Υγείας, Ιατρικών και στους άλλους αρμόδιους ή εργασία.

β) Τμήμα Παραϊατρικών Εργασιών (Τεχνολόγων): Ενδίδουνται οι δραστηριότητες των τεχνολόγων ιατρικών εργασιών, των τεχνολόγων χειριστών - εμφυσιών, των εργασιοθεραπευτών και φυσιοθεραπευτών, όπως αυτές εξειδικεύονται στον κωδικικό κανονισμό λειτουργίας του Νοσοκομείου.

γ) Γραφείο Εκπαιδευτικής: Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την καθαριότητα των χώρων του Νοσοκομείου και την εκπαίδευση των γενικών εργασιών και μεταφορών.

δ) Γραφείο Ίματισμού: Η φύλαξη, η διανομή, η επιδιόρθωση και η καθαριότητα του ιματισμού του προσωπικού του Νοσοκομείου καθώς και του ιματισμού για εξυπηρέτηση των νοσηλευόμενων.

ε) Τμήμα Τεχνικό: Η ευθύνη για τον προγραμματισμό και την εκτέλεση της εκτέλεσης των απαραίτητων έργων ανάπτυξης, συντήρησης, συντήρησης και διαρκούς βελτίωσης των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του Ιδρύματος και για την προμήθεια των απαραίτητων εξοπλισμών. Καταρτίζει μελέτες για την εκτέλεση έργων, επιβλέπει την εκτέλεσή τους και έχει την φροντίδα για την ποιοτική και ποσοτική παρακολούθησή τους. Η ευθύνη για την ομαλή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παροχής αερίων, των εγκαταστάσεων παροχής νερού στα χειρουργεία και γενικά για την ομαλή λειτουργία των τεχνολογικών εγκαταστάσεων. Φροντίζει για την συντήρηση και κανονική λειτουργία του επιστημονικού και τεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και των οχημάτων του Ιδρύματος.

ς) Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας: Η ευθύνη και φροντίδα της οργάνωσης χρήσης του ιατρικού επιστημονικού εξοπλισμού, καθώς και η οργάνωση τεχνική υποστήριξή του.

5. Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών, όπως καθορίζονται με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, εκκινούνται σύμφωνα με όσα λεπτομερώς ορίζονται με τον κωδικικό κανονισμό λειτουργίας του Νοσοκομείου και εφόσον δεν έχει εκδοθεί αυστηρός κανονισμός λειτουργίας σύμφωνα με τις αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου και τις γενικότερες κατευθύνσεις και υποδείξεις του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Άρθρο 11
Στελέχωση Ιατρικής Υπηρεσίας

Η Ιατρική Υπηρεσία στελεχώνεται:
α) Από γιατρούς που κατέχουν θέσεις κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. που συνιστώνται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 25 του Ν. 1397/83, στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κατανέμονται στο Νοσοκομείο αυτό.
β) Από ειδικευμένους γιατρούς που τοποθετούνται σε θέσεις ειδικευμένων γιατρών, που έχουν συσταθεί με οποιοδήποτε τρόπο μέχρι τη δημοσίευση της απόφασης αυτής ή που συνιστώνται σύμφωνα με τις διατάξεις και εφόσον κάθε φορά.
γ) Από άλλους επιστήμονες που προσφέρουν συναφείς υπηρεσίες με το έργο της Ιατρικής Υπηρεσίας των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθεμία από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

- ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΒΒ
- ΚΛΑΔΟΣ ΒΒ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΗΣΗ
- 3 θέσεις (3) θέσεις
- ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΒΓ ΙΑΤΡΙΚΗ - ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ
- 2 θέσεις (2) θέσεις
- ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΒΔ ΒΙΟΛΟΓΙΑ
- 1 θέση (1) θέση
- δ) Από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθεμία από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:
- ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΕ
- ΚΛΑΔΟΣ ΑΕ ΒΟΗΘΗΘ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ
- 2 θέσεις (2) θέσεις

Άρθρο 12

Ιτελέγωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

1. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία στελεγχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία - κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΒ

ΚΛΑΔΟΣ ΓΕ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ - ΤΡΙΩΝ

Οκτώ (8) θέσεις

Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ - ΤΡΙΩΝ

Εκατόν εβδομήντα πέντε (175) θέσεις, 155

Οι οκτώ (8) θέσεις του κλάδου αυτού πληρούνται κατά τον αριθμό που δεν πληρούνται λόγω έλλειψης υποψηφίων οι οκτώ (8) θέσεις του κλάδου ΠΕ Νοσηλευτών - τριών.

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΠΙΧΕΙΡΗΤΩΝ - ΤΡΙΩΝ

Οκτώ (8) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΜΑΙΩΝ

δέκα έξι (16) θέσεις

Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ

διακόσιες εβδομήντα πέντε (275) θέσεις, 43

Οι εκατόν εβδομήντα πέντε (175) θέσεις του κλάδου αυτού πληρούνται κατά τον αριθμό που δεν πληρούνται λόγω έλλειψης υποψηφίων οι εκατόν εβδομήντα πέντε (175) θέσεις του κλάδου ΤΕ Νοσηλευτών - τριών.

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΒΡΕΦΟΚΟΜΩΝ

Πέντε (5) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ Δ' ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ (ΠΡΟΣΦΡΗΝΟΣ)

δώδεκα (12) θέσεις

Οι θέσεις του κλάδου αυτού καταργούνται μετά την με σκοπούδηκτη τρόπο αποχώρηση των υπαλλήλων που τις κατέχουν.

Δ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Υ'

ΚΛΑΔΟΣ Υ' ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ (ΠΡΟΣΦΡΗΝΟΣ)

δέκα (10) θέσεις

Οι θέσεις του κλάδου αυτού καταργούνται μετά την με σκοπούδηκτη τρόπο αποχώρηση των υπαλλήλων που τις κατέχουν.

ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Εκατό (100) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Νοσοκόμων, Κατοφάρων ασθενών, Βοηθών θαλάμων, Σαβανωτών - Νεκροτόμων, Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

- Νοσοκόμων : Είκοσι (20) θέσεις
- Κατοφάρων ασθενών : Οκτώ (8) θέσεις
- Βοηθών θαλάμων : Είκοσι (20) θέσεις
- Σαβανωτών - Νεκροτόμων : Δύο (2) θέσεις.

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

Άρθρο 13

Ιτελέγωση Διοικητικής Υπηρεσίας

1. Η Διοικητική Υπηρεσία στελεγχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία - κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ

δέκα (10) θέσεις (6)

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝ

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Πολιτικών Επιστημών - Μηχανολόγων - Ηλεκτρονικών - Μηχανικών. Το 1/2 θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

- Πολιτικών Επιστημών : Είκοσι (20) θέσεις
- Μηχανολόγων Μηχανικών : Είκοσι (20) θέσεις

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

Είκοσι (20) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΠΑΡΟΡΟΡΙΣΤΙΚΗΣ

Είκοσι (20) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΟΛΟΓΩΝ

Τρεις (3) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΤΕΡΕΩΝ

Είκοσι (20) θέσεις

Ο κλάδος αυτός καταργείται μετά την με σκοπούδηκτη τρόπο αποχώρηση του υπαλλήλου που την κατέχει.

Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ

Πέντε (5) θέσεις (2)

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Πέντε (5) θέσεις - Δ.Υ.Ε. 531, 049, 4, 2266/94 (1)

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Έξι (6) θέσεις (4)

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΨΑΡΕΙΑΚΩΝ ΕΡΓΑΤΩΝ (ΤΕΧΝΟΛΟΓΩΝ)

Είκοσι (20) θέσεις (4) +

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΡΑΔΙΟΛΟΓΙΑΣ - ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ (ΧΕΙΡΙΣΤΩΝ - ΕΜΣΑΝΤ)

Εννέα (9) θέσεις + 1

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΔΕΙΤΟΥΡΩΝ

Τρεις (3) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΠΟΠΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Είκοσι (20) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΟΝΟΜΙΑΣ

Είκοσι (20) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΩΝ ΤΡΟΣΤΙΚΩΝ

Είκοσι (20) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

Τέσσερις (4) θέσεις (3)

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Ηλεκτρονικών, Τεχνικών, Υπομηχανικών, Σχεδιαστών. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

- Ηλεκτρονικών - Τεχνικών : Δύο (2) θέσεις

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΥ

Εκατό (100) θέσεις (35) (6) 38 20.000 1231

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Διοικητικών, Καρτών, Εισπρακτών. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

- Διοικητικών : Δέκα εκάθ (10) θέσεις
- Εισπρακτών : Δύο (2) θέσεις
- Καρτών : Είκοσι (20) θέσεις

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΕΚΤΥΛΟΓΡΑΦΩΝ

δέκα (10) θέσεις (3)

3
377
θέσεις

(32)

εις του κλάδου αυτού πληρούνται κατά τον αριθμό
α λόγω έλλειψης υποψηφίων οι είκοσι (20) θέσεις
κάν Εργαστηρίων (Τεχνολόγων).

ΤΩΝ - ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ

εις
ε του κλάδου αυτού πληρούνται κατά τον αριθμό
λόγω έλλειψης υποψηφίων οι εννέα (9) θέσεις
λογίες - Ακτινολογίας.

ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ

ΟΥ Η/Υ ✓

IN
141

ΤΩΝ ΑΙΘΑΛΟΚΩΝ

10 26/11/83 Α38/12303/83
018707

ΣΟΙ
(2)

55 26/11/83 Α38/12505/83

λαμβάνεται τις ειδικότητες: Ηλεκτρονικών - Τεχνικών,
χηματοτεχνικών, θερμαστών, Εργαστηρίων, Σχεδιαστών,
μην - Κτιστών, Ευλουργών - Εκπαιδευτικών, Συνακτών,
Ειδηροουργών, Ορυγονοκολλητών, Απομιμητοσκευαστών,
ν - Γαζωτριών, Κλιματιστών - Αποστειρωτών - Απολι-
θητών αυτοκινήτου και άλλες συναφείς ειδικότητες
του κλάδου αυτού κατανέμονται στις ειδικότητες:

- Τεχνικών (2) Δόσ (2) θέσεις
- 2) Τρεις (3) θέσεις ✓
- 2) Δόσ (2) θέσεις ✓
- 3) Δόσ (2) θέσεις
- 4) Εξα (1) θέση ✓
- 3) Δόσ (2) θέσεις
- 4) Εξα (1) θέση
- 2) Δόσ (2) θέσεις
- 1) Εξα (1) θέση
- 2) Δόσ (2) θέσεις
- 3) Εξα (1) θέση
- 4) Εξα (1) θέση
- 3) Δόσ (2) θέσεις
- 4) Εξα (1) θέση
- 3) Δόσ (2) θέσεις
- 4) Εξα (1) θέση
- 3) Δόσ (2) θέσεις
- 4) Εξα (1) θέση

ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ

λαμβάνεται τις ειδικότητες : Ειδηροουργών, Θυρωρών, Συ-
ν, Ταξινομητών Ιματισμού, Βοηθών σποηθαρών,
άτων ανακαταγωγής εγγράφων. Το 1/2 των θέσεων
κατανέμονται στις ειδικότητες:
(6) Εξα (1) θέση
(7) Πέντε (5) θέσεις
(2) Εξα (1) θέση
(2) Δόσ (2) θέσεις
(2) Δόσ (2) θέσεις
άν θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κλάσ
ση προκήρυξης αυτών.

ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ

Εξήντα (60) θέσεις
Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Κθαριστών - τριών,
Πλυντών - τριών, Πρεσασάδρων - Σιδηρωτών - τριών, Βοηθών ηκηκουράδων.
Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμονται στις ειδικότητες:
--- Κθαριστών - τριών (32) : Είκοσι πέντε (25) θέσεις
--- Πλυντών - τριών (7) : Δέκα (2) θέσεις
--- Πρεσασάδρων - Σιδηρωτών - τριών (6) : Δέκα (2) θέσεις
--- Βοηθών ηκηκουράδων (2) : Δέκα (4) θέσεις
Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κλάσ
μορ με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΣΤΙΑΣΕΩΣ

Ισάριστα τρεις (3) θέσεις
Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνεται ειδικότητες: Τραπεζοκόμων,
Αυτοεξυπηρέτητων, Βοηθών μαγείρου. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου
αυτού κατανέμονται στις ειδικότητες:
--- Τραπεζοκόμων (24) : Δέκα έξι (16) θέσεις
--- Αυτοεξυπηρέτητων (4) : Τρεις (3) θέσεις
--- Βοηθών Μαγείρου (1) : Τρεις (3) θέσεις
Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κλάσ
μορ με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΕΡΓΑΤΩΝ

Δέκα (10) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΦΥΛΑΚΩΝ - ΝΥΚΤΟΦΥΛΑΚΩΝ

Τέσσερις (4) θέσεις

Σ' ΘΕΣΕΙΣ ΜΕ ΚΥΡΙΟ ΕΝΤΟΛΗ

Είκοσι (20) θέσεις Διηγητόρων

Άρθρο 14

Προσόντα Διορισμού

1. Τα προσόντα διορισμού που απαιτούνται κατά κατηγορία, κλάσ
και ειδικότητα καθορίζονται με την ΑΠΟΦΑΣΗ ΠΡΟΚΗΡΥΞΗΣ
της 26/11/83 (Α38/12303/83) και της 26/11/83 (Α38/12505/83)
απόφαση της Υπηρεσίας της Συνέλευσης των Υπουργών
Ν. 7 Α.Δ. Φ.Κ. 24/11/83
Ελάτων Διορισμού = (Προσόντα - Κις - Κις) (Φ.Κ. 24/11/83)
2. Για τις θέσεις Διηγητόρων με μισθό εντολής απαιτείται
εκπλέον των τυπικών προσόντων και δόξα άσκησης Διηγητορίας
'Αριστο Πόδο, 199' Εφαρμογή 12/11/83
3. Για τον κλάσ ΔΕ Προσωπικού Ασφάλειας ότι ισχύει και για τον
κλάσ ΔΕ Διοικητικού - Διηγητικού. Όσο αφορά όμως τα θέματα
πρόσληξης, εκπαίδευσης, κειθαρμικού δικαίου, ενδυμασίας (στολής)
κλ. του κλάδου αυτού εφαρμόζονται οι διατάξεις του Ν. 1339/83,
όπως ισχύουν κλάσ μορ.

Άρθρο 15

Προσφεόμενοι Υπηρεσίων

1. Στην Ιατρική Υπηρεσία προσφεόμενοι η Εκπαιδευτική Εκμετροπή
του άρθρου 12 του Ν. 1397/83, η οποία έχει μόνο επιστημονικές
αρμοδιότητες. Στους τομείς και τα τμήματα αυτής οι Προσφεόμενοι
ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 3 και 4 του
άρθρου 11 του Ν. 1397/83.
2. Στο Φαρμακευτικό τμήμα προσφεόμενοι υπάλληλος με βαθμό α' της
κατηγορίας ΠΕ του κλάδου Φαρμακοποιών.
3. Στη Κοσμηλευτική Υπηρεσία προσφεόμενοι:
α) Στη Δ/ση, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του
κλάδου Κοσμηλευτών - τριών.
β) Στους τομείς, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ
του κλάδου Κοσμηλευτών - τριών.
γ) Στο τμήματα, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΚ ή ΤΚ του
κλάδου Κοσμηλευτών - τριών ή της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου Κις για
τα Κις τμήματα και εφόσον δεν υπάρχει, υπάλληλος της κατηγορίας

του κλάδου Ασκήτων Νοσοκόμων με βαθμό α'

στη Διοικητική Υπηρεσία προϋσταται:

Ετη Διεθύνση και Υποδιεύθυνση Διοικητικού, υπάλληλος με βαθμό της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου Διοικητικό - Λογιστικό.

Ετη Υποδιεύθυνση Τεχνικό, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας του κλάδου Μηχανικών.

Οι υπεριστάσεις α και β αν δεν υπηρετούν υπάλληλοι με βαθμό της κατηγορίας ΠΕ, προϋσταται υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ή ΔΕ των αντιστοίχων κλάδων.

Σε καθένα από τα τμήματα Προσωπικού, Γραμματείας, Κίνησης Ερωτημάτων και Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρικών, υπάλληλοι με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου Διοικητικό - Λογιστικό ή της κατηγορίας του κλάδου Διοίκησης Κοσμοκομείων ή της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου Διοικητικό - Λογιστικό.

Στο τμήμα Οικονομικό, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας του κλάδου Διοικητικό - Λογιστικό ή της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου Λογιστικής.

1) Στο τμήμα Τεχνικό, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου Μηχανικών ή της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου Τεχνολογικών Εφαρμογών.

2) Στο τμήμα Πληροφορικής - Οργάνωσης, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου Πληροφορικής.

3) Στο τμήμα Διατροφής, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας Ξ του κλάδου Διαιτολόγων.

4) Στο τμήμα Σπινθηρικής Υπηρεσίας, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας του κλάδου Κοινωνικών Λειτουργών.

5) Στο τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου Μηχανικών ή της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου Εχνολογικών Εφαρμογών.

6) Στο τμήμα Παραφαρμακικών Εγκαταστάσεων (Τεχνολόγων), υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου Ιατρικών Εργαστηρίων ή του κλάδου Ραδιολογίας - Ακτινολογίας ή του κλάδου Φυσικοθεραπευτικών της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου Παρασκευαστών ή του κλάδου Σειριζοφωσφοριστών.

7) Στο αυτοτελή Γραφείο Επιστάσεως και Πρακτισμού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου Διοίκησης Κοσμοκομείων ή της κατηγορίας ΔΣ του κλάδου Διοικητικό - Λογιστικό.

8) Οι υπάλληλοι που θα προϋσταται στο Φαρμακευτικό τμήμα, στη Νοσηλευτική Υπηρεσία, στη Διοικητική Υπηρεσία και τις Οργανικές Υποδιεύθυνσεις αυτών, σύμφωνα με τις παραγράφους 2, 3 και 4 του παρόντος άρθρου, ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 3 του Ν. 1586/86 " Βαθμολογική διάρθρωση των θέσεων του Δημοσίου Ν.Π.Δ.Δ και Ο.Τ.Α (ΦΕΚ 37/Α/86).

Άρθρο 16

1. Στο προσωπικό που εφημερεύει πέρα από το κανονικό ωράριο εργασίας του παρέχεται δωρεάν τροφή κατά το διάστημα της εργασίας του.

2. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Κοσμοκομείου μπορεί να παρέχεται τροφή σ' όλο το προσωπικό του Κοσμοκομείου με καταβολή αντίτιμου που ισοδύναμο με το ποσό που καθορίζεται κάθε φορά για το ημερήσιο εφάδριο τροφής των νοσηλευομένων.

Άρθρο 17

Μεταβατικές διατάξεις

1. Κατά την πρώτη εφαρμογή του παρόντος Οργανισμού στους κλάδους που οι θέσεις κατανέμονται σε περισσότερες από μία ειδικότητες κατατίθενται ή εντάσσονται οι υπηρετούντες, κατά την δημοσίευση της απόφασης αυτής, υπάλληλοι με τα αντίστοιχα προσόντα, ανεξάρτητα από την κατά ειδικότητα κατανομή τους.

Η καθοριζόμενη κατανομή μεταξύ των ειδικοτήτων, εφαρμόζεται σταδιακά στο βαθμό που κενούνται οι θέσεις μετά την με σκοπούδηκτη τρόπο αποχώρηση των υπαλλήλων που τις κατέχουν.

2. Το μόνιμο προσωπικό εκτός του ιατρικού, που υπηρετεί σε οργάνωτικές θέσεις κατά τη δημοσίευση της απόφασης αυτής, κατατίθενται, κατά κατηγορία και κλάδο αντίστοιχης ειδικότητας στις θέσεις που συνιστώνται με την απόφαση αυτή, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1586/86 " Βαθμολογική διάρθρωση των θέσεων του Δημοσίου Ν.Π.Δ.Δ και Ο.Τ.Α και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 37/Α/86).

3. Το μη μόνιμο προσωπικό που υπηρετεί στο Κοσμοκομείο κατά τη δημοσίευση της απόφασης αυτής με σκοπούδηκτη σχέση εργασίας εντάσσεται σε θέσεις που κατανέμονται κενές μετά την εφαρμογή της παραγράφου 2 του παρόντος άρθρου ή σε προσωρινές θέσεις που συνιστώνται κατά κλάδο με την πράξη διορισμού και καταργούνται όταν κενωθούν με σκοπούδηκτη τρόπο σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1476/84 (ΦΕΚ 136/Α/84) όπως συμπληρώθηκαν με το άρθρο 14 του Ν. 1540/85 (ΦΕΚ 76/Α/85) και την ερμηνευτική διάταξη της παραγράφου 6 του άρθρου 27 του Ν. 1579/85 (ΦΕΚ 217/Α/85).

4. Όσοι από το μη μόνιμο προσωπικό δεν συγκεντρώνουν τα νέα προσόντα δεν υποβάλλουν αίτηση για ένταξη, εξακολουθούν να υπηρετούν σε προσωρινές θέσεις που συνιστώνται με απόφαση του Δ.Ι του Κοσμοκομείου, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 1476/84.

5. Οι κενές οργανικές θέσεις σε κάθε κλάδο στον οποίο έχουν συσταθεί προσωρινές θέσεις, σύμφωνα με την παράγραφο 4 του παρόντος άρθρου, πληρούνται στον εισαγωγικό βαθμό κατά τον αριθμό που κενούνται και καταργούνται οι προσωρινές θέσεις, εφόσον ο συνολικός αριθμός των προσωρινών θέσεων δεν υπερβαίνει το σύνολο των οργανικών θέσεων.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα 8 - 8 - 1986

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
Γ. ΓΕΡΜΑΝΙΔΗΣ

Το άρθρο 16 Τριτοβάθμιας
αντίφωτα Γ. Γ. Ν. Α36/ο.μ.
7928/27.5.88 κ.μ.φ.σ.μ.
Υπουργείο Υγείας
Αθήνα, 2.