

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΤΟΥ Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»
ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΛΙΑΚΕΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΖΑΓΟΡΙΤΗ ΑΘΗΝΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2004

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΤΟΥ Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»
ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΛΙΑΚΕΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΖΑΓΟΡΙΤΗ ΑΘΗΝΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2004

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9

ΜΕΡΟΣ 1^ο: ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Κεφάλαιο 1: Εντατική Ιατρική και Θεραπεία	11
1.1 Μέρη Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής	11
1.2 Μονάδες Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής	11
1.3 Ορισμός Εντατικής Θεραπείας	12
1.4 Πλεονεκτήματα Μονάδων Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής	12
1.5 Μειονεκτήματα Μονάδων Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής	13
1.6 Κοινωνικό όφελος-οικονομικό κόστος στις Μονάδες Εντατικής Ιατρικής	14
1.7 Εμφάνιση και εξέλιξη της Εντατικής Ιατρικής	14
Κεφάλαιο 2: Μονάδες Εντατικής Θεραπείας	17
2.1 Γενικά	17
2.2 Σκοπός και στόχοι ΜΕΘ	17
2.3 Χαρακτηριστικά ΜΕΘ	18
2.4 Διακρίσεις ΜΕΘ	18
2.5 Χαρακτηριστικά ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ	20
2.6 Παράμετροι ανάπτυξης ΜΕΘ	20
2.7 Αρχείο ασθενών	21
Κεφάλαιο 3: Κατασκευαστικές αρχές ΜΕΘ	23
3.1 Μέγεθος ΜΕΘ	23
3.2 Θέση ΜΕΘ	24
3.3 Σχεδιασμός ΜΕΘ	24
3.4 Χώροι ΜΕΘ	25
3.5 Εγκαταστάσεις ΜΕΘ	27
3.6 Τεχνικός εξοπλισμός ΜΕΘ	27

Κεφάλαιο 4: Στελέχωση ΜΕΘ	29
4.1 Γενικά	29
4.2 Ιατρικό προσωπικό	30
4.3 Νοσηλευτικό προσωπικό	31
4.4 Παραϊατρικό προσωπικό	32
Κεφάλαιο 5: Νοσηλεία στη ΜΕΘ	34
5.1 Εισαγωγή στη ΜΕΘ	34
5.2 Ενδείξεις εισαγωγής στη ΜΕΘ	34
5.3 Αντενδείξεις εισαγωγής στη ΜΕΘ	35
5.4 Επισκεπτήριο ασθενών	36
5.5 Ενδείξεις εξόδου από τη ΜΕΘ	37
Κεφάλαιο 6: Κόστος νοσηλείας στη ΜΕΘ	38
6.1 Γενικά	38
6.2 Διακρίσεις κόστους	39
6.3 Χαρακτηριστικά κόστους στη ΜΕΘ	39
6.4 Τρόποι διαχείρισης κόστους	40
6.5 Ορθολογική διαχείριση πόρων	41
Κεφάλαιο 7: Ψυχολογία	42
7.1 Γενικά	42
7.2 Ψυχολογία ασθενή	44
7.3 Είδη ψυχολογικών αντιδράσεων	44
7.4 Γενικά θεραπευτικά μέτρα	45
7.5 Ψυχολογία οικογένειας	46
7.6 Ανάγκες οικογένειας	47
7.7 Ψυχολογία προσωπικού	48
ΜΕΡΟΣ 2^ο: ΟΙ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ» ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ	
Κεφάλαιο 8: Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»	51
8.1 Ιστορική αναδρομή	51

8.2 Θέση και εξυπηρετούμενος πληθυσμός	52
8.3 Κτίρια νοσοκομειακού συγκροτήματος	54
8.4 Οργάνωση και διοικητική δομή	58
8.5 Διάρθρωση των υπηρεσιών	59
Κεφάλαιο 9: Ευρωκλινική Αθηνών	68
9.1 Ιστορική αναδρομή	68
9.2 Θέση και εξυπηρετούμενος πληθυσμός	68
9.3 Κτίρια νοσοκομειακού συγκροτήματος	70
9.4 Οργάνωση και διοικητική δομή	72
9.5 Διάρθρωση των υπηρεσιών	73
Κεφάλαιο 10: ΜΕΘ Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»-Ευρωκλινικής Αθηνών	80
<i>Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»</i>	80
10.1 Δημιουργία και λειτουργία της ΜΕΘ	80
10.2 Αντιμετωπιζόμενα περιστατικά	80
10.3 Προβλήματα ΜΕΘ	81
10.4 Αρχείο ασθενών	82
10.5 Επιστημονική δραστηριότητα	82
<i>ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ</i>	83
10.6 Δημιουργία και λειτουργία της ΜΕΘ	83
10.7 Αντιμετωπιζόμενα περιστατικά	83
10.8 Προβλήματα ΜΕΘ	84
10.9 Αρχείο ασθενών	85
10.10 Σύγκριση	85
Κεφάλαιο 11: Κατασκευαστικές αρχές ΜΕΘ	87
<i>Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»</i>	87
11.1 Μέγεθος ΜΕΘ	87
11.2 Θέση ΜΕΘ	87
11.3 Χώροι ΜΕΘ	88
11.4 Εγκαταστάσεις και τεχνικός εξοπλισμός ΜΕΘ	90
<i>ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ</i>	92
11.5 Μέγεθος ΜΕΘ	92

11.6 Θέση ΜΕΘ	92
11.7 Χώροι ΜΕΘ	94
11.8 Εγκαταστάσεις και τεχνικός εξοπλισμός ΜΕΘ	95
11.9 Σύγκριση	96
Κεφάλαιο 12: Στελέχωση ΜΕΘ	98
<i>Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»</i>	98
12.1 Ποσοτική ανάλυση	98
12.2 Ποιοτική ανάλυση	99
12.3 Λοιπό προσωπικό	100
<i>ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ</i>	101
12.4 Ποσοτική ανάλυση	101
12.5 Ποιοτική ανάλυση	102
12.6 Λοιπό προσωπικό	104
12.7 Σύγκριση	104
Κεφάλαιο 13: Νοσηλεία στις ΜΕΘ	106
<i>Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»</i>	106
13.1 Διαδικασία εισαγωγής	106
13.2 Επισκεπτήριο ασθενών	106
13.3 Διαδικασία εξόδου	107
<i>ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ</i>	107
13.4 Διαδικασία εισαγωγής	107
13.5 Επισκεπτήριο ασθενών	108
13.5 Διαδικασία εξόδου	109
13.6 Σύγκριση	109
Κεφάλαιο 14: Κόστος Νοσηλείας στη ΜΕΘ	111
14.1 Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»	111
14.2 Ευρωκλινική Αθηνών	112
14.3 Σύγκριση	113
Κεφάλαιο 15: Νοσολογική κίνηση	114
15.1 Γενικά	114

<i>Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»</i>	114
15.2 Εισαγωγές συνολικές και στη ΜΕΘ	114
15.3 Διαχωρισμός εισαγωγών ΜΕΘ	115
15.4 Εισαγωγές ανά μήνα	116
15.5 Δημογραφικά στοιχεία	117
15.6 Τόπος προέλευσης	120
15.7 Ασφαλιστικός φορέας	120
15.8 Κατηγορίες περιστατικών	121
15.9 Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	122
15.10 Έκβαση ασθένειας	123
<i>ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ</i>	124
15.11 Εισαγωγές ανά μήνα	124
15.12 Τόπος προέλευσης	125
15.13 Ασφαλιστικός φορέας	125
15.14 Κατηγορίες περιστατικών	126
15.15 Μέση Διάρκεια Νοσηλείας	126
15.16 Έκβαση ασθένειας	127
15.17 Σύγκριση	128
Κεφάλαιο 16: Δείκτες αποδοτικότητας	132
16.1 Γενικά	132
<i>Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»</i>	134
16.2 Δείκτες χρησιμοποίησης-κατανάλωσης	134
16.3 Δείκτες εισροών και επάρκειας	135
16.4 Δείκτης επάρκειας χώρων	137
16.5 Δείκτες εκροών	137
<i>ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ</i>	141
16.6 Δείκτες εισροών και επάρκειας	141
16.7 Δείκτης επάρκειας χώρων	143
16.7 Δείκτες εκροών	143
16.8 Σύγκριση	147
Κεφάλαιο 17: Συμπεράσματα-Προτάσεις	151
17.1 Ειδικά συμπεράσματα	151

17.2 Προτάσεις	154
17.3 Γενικό συμπέρασμα	155
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΧΑΡΤΩΝ	156
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΕΔΙΩΝ	156
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	156
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	156
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ	157
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	159
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	161

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Γ.Ν.Π.	Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
Δ.Α.Π.	Διεύθυνση Υγείας Προσωπικού
ΔΕ	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
Δ.Ε.Η.	Δημόσια Επιχείρηση Ηλεκτρισμού
Ε.Δ.Ο.Ε.Α.Π	Ενιαίος Δημοσιογραφικός Οργανισμός Επικουρικής Ασφάλισης και Περιθαλψης
Ε.Κ.Α.Β.	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ι.Κ.Α.	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Κ.Π.Σ.	Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης
Μ.Α.Φ.	Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας
Μ.Δ.Ν.	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
Μ.Ε.Θ.	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
Ν.Υ.	Νοσηλευτική Υπηρεσία
Ο.Α.Ε.Ε.	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
Ο.Γ.Α.	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Ο.Τ.Ε.	Οργανισμός Τηλεπικοινωνιών Ελλάδος
ΠΕ	Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση
Πε.Σ.Υ.	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
Σ.Δ.Α.	Στρατιωτική Διοίκηση Αθηνών
Σ.Ν.	Στρατιωτικό Νοσοκομείο
Τ.Α.Ε.	Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων
Τ.Α.Π.	Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού
ΤΕ	Τεχνολογική Εκπαίδευση
Τ.Ε.Π.	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
Τ.Ε.Β.Ε.	Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδας
Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	Ταμείο Συντάξεων Μηχανικών Εργοληπτών Δημοσίων Έργων
Τ.Υ.Δ.Κ.Υ.	Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων
ΥΕ	Υποχρεωτική Εκπαίδευση
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία, με τίτλο «Συγκριτική μελέτη των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών “Ο Άγιος Ανδρέας” και της Ευρωκλινικής Αθηνών», πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του ΤΕΙ Καλαμάτας.

Σκοπός της εργασίας είναι:

- να παρουσιάσει τις απαραίτητες προϋποθέσεις για τη λειτουργία μιας Μονάδας Εντατικής Θεραπείας
- να διαπιστώσει κατά πόσο οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας των δύο Νοσοκομείων πληρούν τις προϋποθέσεις κατασκευής και αποδοτικής λειτουργίας που είναι αναγκαίες
- να παρουσιάσει στοιχεία που αφορούν στη νοσηλευτική κίνηση των ασθενών
- να παρουσιάσει ομοιότητες και διαφορές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας των δύο Νοσοκομείων.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν είναι η βιβλιογραφική έρευνα και οι προσωπικές συνεντεύξεις. Η βιβλιογραφική έρευνα κρίθηκε απαραίτητη ώστε να δοθούν γενικά στοιχεία που αφορούν τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ενώ οι προσωπικές συνεντεύξεις βοήθησαν στη συλλογή των στοιχείων που αφορούν ειδικότερα τα δύο Νοσοκομεία.

Η συλλογή των στοιχείων σε κάθε Νοσοκομείο έγινε με διαφορετικό τρόπο. Στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» δεν υπάρχει σύστημα μηχανογράφησης και επομένως τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν με προσωπική καταμέτρηση σε βιβλία και καταλόγους. Αντίθετα στην Ευρωκλινική Αθηνών όπου κάθε λειτουργία γίνεται με τη χρήση Η/Υ και μηχανογραφημένου συστήματος η εξαγωγή στοιχείων υπήρξε πολύ πιο απλή.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια κ^α Λιακέα Γεωργία, εισηγήτρια αυτής της πτυχιακής εργασίας. Επίσης, ευχαριστίες θα ήταν απαραίτητες να δοθούν σε όλους όσους συνέβαλαν με οποιοδήποτε τρόπο για την πραγματοποίηση αυτής της εργασίας.

ΜΕΡΟΣ 1^ο

ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ

ΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ

ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1

Ε Ν Τ Α Τ Ι Κ Η Ι Α Τ Ρ Ι Κ Η Κ Α Ι Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

1.1 ΜΕΡΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Ανάλογα με το είδος των περιπτώσεων και τον τόπο που 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 εκπαιδευόμενο στην παροχή πρώτων βοηθειών, νοσηλεύτη 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 Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.
- *Ενδονοσοκομειακή Εντατική Ιατρική*, που εφαρμόζεται στις διάφορες Ειδικές Μονάδες.

1.2 ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Οι επιμέρους Μονάδες Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής μπορεί να χωριστούν σε:

- *Κινητές μονάδες (ΚΜ)*, που παρέχουν προνοσοκομειακή επείγουσα θεραπευτική αντιμετώπιση σε άτομα που δεν μπορούν να προσφύγουν στο Νοσοκομείο, λόγω αντικειμενικής αδυναμίας.
- *Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)*, που παρέχει ενδονοσοκομειακή επείγουσα ιατρική βοήθεια σε άτομα που είτε προσφεύγουν στο Νοσοκομείο γιατί υποκειμενικά ή αντικειμενικά πιστεύουν ότι απειλείται η ζωή τους, είτε μεταφέρονται εκεί από τις κινητές μονάδες.
- *Αίθουσα Ανάνηψης ή Αφύπνισης (ΑΑ)*, όπου παρέχεται ενδονοσοκομειακή εντατική παρακολούθηση και φροντίδα κατά το πρώτο χρονικό διάστημα μετά την αναισθησία και την εγχείρηση.

- *Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ)*, όπου παρέχεται ενδονοσοκομειακή ιατρική παρακολούθηση και φροντίδα στους ασθενείς που, χωρίς να απειλείται άμεσα η ζωή τους, χρειάζονται αυξημένη επαγρύπνηση.
- *Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)*, όπου παρέχεται ενδονοσοκομειακή εντατική ιατρική θεραπεία και νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που αποδεδειγμένα βρίσκονται σε κατάσταση μέγιστου κινδύνου.¹

1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η Εντατική Ιατρική περιλαμβάνει την Ανάνηψη, την Επείγουσα Ιατρική Βοήθεια και την Εντατική Θεραπεία.²

Εντατική θεραπεία σημαίνει εξάντληση όλων των θεραπευτικών δυνατοτήτων για παροδική υποκατάσταση διαταραγμένων ή ανασταλμένων ζωτικών λειτουργιών, με σκοπό την επαναφορά των λειτουργιών αυτών ώστε να είναι αυτόνομα συμβατές με τη ζωή.³ Στην κρίσιμη φάση, η βασική πάθηση είναι δευτερεύουσας σημασίας και η νοσηλεία συγκεντρώνεται στις ζωτικά απαραίτητες στοιχειώδεις λειτουργίες.⁴

1.4 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Οι Μονάδες Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής είναι τμήματα τα οποία:

- σώζουν ζωές, που με τη συμβατική θεραπευτική αντιμετώπιση αποδεδειγμένα θα ήταν καταδικασμένες,
- παρέχουν άμεση και 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,

¹ Ασκητοπούλου Ε., *Επείγουσα και εντατική ιατρική*, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 23-25

² Αλεξιάς Γ., *Λόγος περί ζωής και θανάτου- Η ιατρική πράξη ως μορφή κοινωνική αλληλεπίδρασης στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000, σελ. 285

³ Ασκητοπούλου Ε., *Επείγουσα και εντατική ιατρική*, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 27

⁴ Αλεξιάς Γ., *Λόγος περί ζωής και θανάτου- Η ιατρική πράξη ως μορφή κοινωνική αλληλεπίδρασης στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000, σελ. 286

- 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 ευκαιριακής χρήσης, ακριβό τεχνικό εξοπλισμό.

1.5 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

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 ασθενή,
- υποκατάσταση της έννοιας της επιβίωσης του ασθενούς με εκείνη της τεχνικά και φυσικά δυνατής,
- κίνδυνο διασποράς λοιμώξεων (ιδιαίτερα οι ΜΕΘ),
- υψηλό κόστος ανάπτυξης και λειτουργίας, γιατί οι μονάδες αυτές απαιτούν:
 - υπεύθυνη, συνεχή και κατ' αποκλειστικότητα ιατρική παρακολούθηση,
 - ελάχιστη σχέση συνεχούς 24ωρης παρουσίας νοσηλευτών ανά κρεβάτι 1:1 έως 1:3,
 - συστηματικό, συνεχές και υψηλού επιπέδου εκπαιδευτικό πρόγραμμα για νοσηλευτές και γιατρούς,
 - συνεχή παρουσία ή κάλυψη από παρασκευαστές και τεχνικούς,
 - πολλούς βοηθητικούς χώρους,
 - πολυδάπανο τεχνικό εξοπλισμό για προωθημένη διερεύνηση και αντιμετώπιση του προβληματικού ασθενή,
 - εργαστηριακή αυτονομία στις βασικές εξετάσεις.

1.6 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΟΦΕΛΟΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών που παρέχονται από τις Μονάδες Εντατικής Ιατρικής μπορεί να γίνει επικίνδυνη εάν:

- δεν είναι αναγκαία, γιατί η συνήθης αντιμετώπιση μπορεί να πετύχει τα ίδια αποτελέσματα,
- δεν είναι επιτυχής, γιατί ο ασθενής είναι σε κατάσταση που αποκλείει την επιβίωση,
- δεν είναι ασφαλής, γιατί οι κίνδυνοι επιπλοκών υπερβαίνουν τα προβλεπόμενα οφέλη,
- δεν εξασφαλίζει προοπτικά την απαιτούμενη ποιότητα ζωής,
- δεν είναι σκόπιμη, λόγω κακής χρήσης περιορισμένων πόρων.

Για τους παραπάνω λόγους, η ισορροπία κοινωνικού οφέλους-οικονομικού κόστους εξασφαλίζεται εφόσον υπάρχει ο κατάλληλος προγραμματισμός και η σωστή χωροταξική κατανομή των μονάδων στις διάφορες υγειονομικές περιφέρειες, σε συνδυασμό με την ορθολογική επιλογή ασθενών που έχουν τις περισσότερες πιθανότητες να ωφεληθούν από την Εντατική Ιατρική. Το θεσμικό, νομοθετικό, οργανωτικό και διοικητικό πλαίσιο θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις διεθνώς αποδεκτές εμπειρίες, προσαρμοσμένες όμως στις ιδιομορφίες της κάθε χώρας. Μόνο με αυτές τις προϋποθέσεις το κοινωνικό όφελος θα είναι μεγαλύτερο από το οικονομικό κόστος και θα αυξάνει σημαντικά όταν δημιουργούνται καινούριες μονάδες σε υγειονομικές περιοχές που δε διαθέτουν τέτοια τμήματα.⁵

1.7 ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Η Εντατική Ιατρική αναπτύχθηκε ραγδαία κατά της διάρκεια της τελευταίας πενήκονταετίας παράλληλα προς την αλματώδη ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Από παλαιότερες αναφορές στις σημειώσεις της Nightingale (1939) βλέπουμε, να γίνεται λόγος για ίδρυση Μονάδων Ανάνηψεων κοντά στα χειρουργεία, σε όλα τα νοσοκομεία της Αγγλίας. Την ίδια χρονική περίοδο (1863) η Louisa Alcott στις ΗΠΑ

⁵ Ασκητοπούλου Ε., *Επείγουσα και εντατική ιατρική*, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 25-27

γράφει: Η στενή παρακολούθηση σε πολύ βαριά, σε λιγότερο βαριά και σε ελαφρά πάσχοντες, συνέβαλε πολύ στη βελτίωση της κατάστασής τους.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1930 οι χειρουργοί F. Sauerbruch και M. Kirschner οργάνωσαν και ανέπτυξαν στη Γερμανία τις πρώτες μονάδες ανάνηψης για μετεγχειρητικούς ασθενείς που παρουσίαζαν δυσκολία στη σταθεροποίηση των ζωτικών τους λειτουργιών. Οργανωμένες προσπάθειες μεταξύ χειρουργών και αναισθησιολόγων για ομαδοποίηση αυτών των ασθενών παρατηρήθηκαν στη δεκαετία 1940-1950.

Οι εμπειρίες και οι κλινικές μελέτες του Δεύτερου Παγκοσμίου Πολέμου πρόσθεσαν πολλές νέες γνώσεις για την αντιμετώπιση ασθενών σε shock και των επιπλοκών τους με την ανάπτυξη Κέντρων Αντιμετώπισης. Στα ίδια κέντρα παρέχονταν προεγχειρητική φροντίδα από ειδικά εκπαιδευμένη ομάδα επιστημόνων.

Η επιδημία της πολιομυελίτιδας τη δεκαετία του 1950, αποτέλεσε αφορμή δημιουργίας μηχανημάτων («σιδηρούς πνεύμων») και μονάδων αναπνευστικής υποστήριξης και νοσηλείας των ασθενών, που έπασχαν από κεντρική αναπνευστική παράλυση, εξαιτίας της νόσου αυτής.

Η πρώτη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με το σημερινό τρόπο και πνεύμα λειτουργίας οργανώθηκε στη Βαλτιμόρη το 1958, από τον αναισθησιολόγο P. Safar, ο οποίος την ονόμασε «Intensive Care Unit».

Στην Ελλάδα η ιδέα δημιουργίας ΜΕΘ άρχισε από τα Ασκληπεία και ειδικότερα από αυτό της Επιδαύρου. Το Ασκληπείο της Επιδαύρου ανήκε στην κατηγορία των πανθεραπευτηρίων και ήταν το περιφημότερο όλων. Από τα διάφορα κτίρια που βρέθηκαν στις ανασκαφές, το άβατο ή κατακλιντήριο παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, γιατί αποτελούσε το αρχαιότερο γνωστό υπόδειγμα νοσοκομειακού τμήματος. Ο εξοπλισμός του κτιρίου και η γενικότερη αρχιτεκτονική δομή του, μας επιτρέπει να συμπεράνουμε ότι το άβατο προοριζόταν για νοσηλεία βαριά πασχόντων ασθενών με τη σύγχρονη αντίληψη των ΜΕΘ, καθώς και τη σταδιακή φροντίδα, όπως εφαρμόστηκε στις ΗΠΑ τη δεκαετία 1960-1970.

Στα απομνημονεύματα του Μ. Γερουλάνου αναφέρεται ότι στον «Ευαγγελισμό» το αρχικό χειρουργείο αποτελούνταν από δύο αίθουσες. Η μεγαλύτερη ονομαζόταν «Εγχειριστήριο» και η μικρότερη «Λαπαροτομείο». Κοντά στις αίθουσες υπήρχαν μικρά δωμάτια για τα νοσηλεία ασθενών που είχαν υποστεί σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις και λειτούργησαν από το 1887. Στη χώρα μας, η στενή παρακολούθηση των βαριά πασχόντων ασθενών ακολούθησε την ίδια

μεθοδολογία όπως και στις άλλες χώρες μέχρι το τέλος του Δεύτερου Παγκοσμίου Πολέμου. Η κίνηση ανάπτυξης των ΜΕΘ στην Ελλάδα ουσιαστικά, άρχισε στη δεκαετία 1960-1970.^{6,7}

Το 1966 άρχισε να εκπονείται μια έρευνα με σκοπό τη δημιουργία ειδικής ΜΕΘ. Η έρευνα αυτή σταμάτησε με τη δικτατορία και ολοκληρώθηκε μετά την πτώση της. Οι ΜΕΘ τελικά δημιουργούνται συγχρόνως με την σύσταση του ΕΣΥ, καθώς για πρώτη φορά προκηρύσσονται θέσεις γιατρών με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση στις ΜΕΘ. Οι ΜΕΘ διαμορφώθηκαν στην Ελλάδα σύμφωνα με τα πρότυπα του εξωτερικού. Το 1986 στο Νοσοκομείο Παναγιώτης και Αγλαΐα Κυριακού ιδρύθηκε η πρώτη ΜΕΘ. Σήμερα σχεδόν σε κάθε μεγάλο Νοσοκομείο αντιστοιχεί και μία ΜΕΘ.⁸

Σημαντικοί παράγοντες στην αναδιοργάνωση της εντατικής φροντίδας στα νοσοκομεία ήταν η μεγαλύτερη χρησιμοποίηση των νοσοκομείων και η αύξηση της σύνθεσης του πληθυσμού. Στη αυξημένη χρήση των νοσοκομείων συντέλεσε η μετατροπή των μεγάλων παραδοσιακών θαλάμων σε μικρότερους χώρους, ανυψώνοντας διαχωριστικό τείχος, με σκοπό τη εξασφάλιση μοναχικότητας στους βαριά πάσχοντες ασθενείς. Εξίσου σημαντικός παράγοντας ήταν και η θέσπιση της ιδιωτικής και δημόσιας ασφάλισης, η οποία έδινε τη δυνατότητα στους ασφαλισμένους να νοσηλεύονται σε μονόκλινα και δίκλινα δωμάτια. Παράλληλα, η αρχιτεκτονική των νοσοκομείων είχε ήδη συγχρονιστεί με τις επικρατούσες τάσεις.

Ως προς την αύξηση της σύνθεσης του πληθυσμού των ασθενών, οι εκτεταμένες επεμβάσεις, η ταχεία έγερση των ασθενών και η δυναμική χρήση των αντιβιοτικών με τις γνωστές παρενέργειές τους, ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό, για την πολυπλοκότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.^{9,10}

⁶ Πλατή Δ., Χ., *Η Νοσηλευτική στις σύγχρονες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό Νοσηλευτική, τόμος 32, τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1993, σελ. 95-96

⁷ Χατζηνικολάου, Κ., *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό Ιπποκράτεια, τόμος 3, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1999, σελ. 148-149

⁸ Αλεξιάς, Γ., *Λόγος περί ζωής και θανάτου-Η ιατρική πράξη ως μορφή κοινωνικής αλληλεπίδρασης στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000, σελ. 71-72

⁹ Πλατή Δ., Χ., *Η Νοσηλευτική στις σύγχρονες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό Νοσηλευτική, τόμος 32, τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1993, σελ. 95-96

¹⁰ Χατζηνικολάου, Κ., *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό Ιπποκράτεια, τόμος 3, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1999, σελ. 148-149

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2

Μ Ο Ν Α Δ Ε Σ Ε Ν Τ Α Τ Ι Κ Η Σ Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α Σ

2.1 ΓΕΝΙΚΑ

Η ΜΕΘ αποτελεί ένα σχετικά αυτόνομο τμήμα του Νοσοκομείου. Το σημείο διαφοροποίησής της από τα άλλα τμήματα του Νοσοκομείου είναι ότι στη μονάδα αυτή εισάγονται ασθενείς των οποίων η ζωή απειλείται άμεσα. Δηλαδή ασθενείς οι οποίοι με τις φροντίδες της συμβατικής ιατρικής όπως ασκείται στο υπόλοιπο Νοσοκομείο δεν έχουν ελπίδες επιβίωσης. Η ΜΕΘ αποτελεί ουσιαστικά το χώρο όπου κυριαρχεί η εξειδίκευση στη διαχείριση του θανάτου. Στο χώρο της ΜΕΘ ο ασθενής παραμένει για χρονικό διάστημα τέτοιο ώστε να αποκατασταθούν οι ζωτικές του λειτουργίες, αρχίσει να αναπνέει χωρίς τη βοήθεια μηχανήματος και οι βιολογικές ενδείξεις φτάσουν σε ικανοποιητικά επίπεδα. προκειμένου να βγει ο ασθενής από τη ΜΕΘ η προϋπόθεση που τίθεται είναι η ικανότητα να μπορεί να κρατηθεί μόνος του στη ζωή και όχι να θεραπευτεί πλήρως.¹¹

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας δεν πρέπει να θεωρηθούν σαν μια νέα ιατρική πραγματικότητα φροντίδας, αλλά σαν επέκταση της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι ο κατάλληλα λειτουργικά και τεχνολογικά οργανωμένος χώρος, όπου ασκείται η Εντατική Ιατρική και οι ασθενείς μπορούν να αναρρώσουν αλλά χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση και την κατάλληλη χρήση ειδικών τεχνικών από ειδικευμένο προσωπικό.¹²

2.2 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΜΕΘ

Σκοπός της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας είναι η παρακολούθηση και η υποστήριξη των ανεπαρκούντων ζωτικών λειτουργιών σε οξείως πάσχοντες ασθενείς, ώστε να γίνουν οι απαραίτητες διαγνωστικές ενέργειες και η θεραπεία ώστε να βελτιωθεί η έκβαση. Ο πληθυσμός των ασθενών μπορεί να έχει μεγάλη

¹¹ Αλεξιάς, Γ., *Λόγος περί ζωής και θανάτου-Η ιατρική πράξη ως μορφή κοινωνικής αλληλεπίδρασης στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000, σελ. 275-276

¹² <http://www.icu.gr/pages/presentations/Sav%206/Roussos.files./frame.htm>

ανομοιογένεια ως προς τα νοσήματα αλλά έχει κοινή την πιθανότητα να αναστραφεί η ανεπάρκεια μίας ή περισσότερων από τις απειλούμενες ζωτικές λειτουργίες.¹³

Ειδικότερα στοχεύει στα εξής:

- Επιστροφή του ασθενή σε μια ανεξάρτητη κατάσταση που να βελτιώνει την ποιότητα ζωής του.
- Διατήρηση και επιμήκυνση της ζωής για κάποια περίοδο και όχι η θεραπεία,
- Αναβολή του θανάτου λόγω της ιερότητας της ζωής.
- Επίτευξη αυστηρά βιολογικών στόχων όπως η αύξηση της πίεσης του αίματος παρέχοντας τις κατάλληλες ουσίες ή η αποφυγή του θανάτου από αποτυχία αναπνοής χρησιμοποιώντας μηχανικό αερισμό.¹⁴

2.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΘ

Η ΜΕΘ συγκεντρώνει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τα οποία την διαφοροποιούν από τα υπόλοιπα τμήματα του Νοσοκομείου. Δηλαδή συνδυάζει υψηλή τεχνολογία με υψηλής ποιότητας παροχή υπηρεσιών και πολυάριθμο εξειδικευμένο προσωπικό πολλών ιατρικών και μη ειδικοτήτων.

Το σημαντικότερο όμως χαρακτηριστικό της ΜΕΘ είναι ότι δεν υπάρχει ούτε μία στιγμή ξεκούρασης γιατί ο άνθρωπος δεν σταματά να αναπνέει ούτε για μία στιγμή.¹⁵

2.4 ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΘ

- Πολυδύναμες ή Γενικές ΜΕΘ

Είναι οι ΜΕΘ που έχουν τη δυνατότητα να νοσηλεύουν ασθενείς όλων των ειδικοτήτων. Ο τύπος αυτών των Μονάδων προσφέρεται για τη συνολική κάλυψη του Νοσοκομείου ανεξάρτητα από το αν υπάρχουν ειδικές ΜΕΘ. Διακρίνονται σε Μονάδες επιπέδου I, II και III ανάλογα με το είδος του Νοσοκομείου που καλύπτουν. Ο διαχωρισμός αυτός έχει στόχο τον περιορισμό των δαπανών εξοπλισμού και λειτουργίας των ΜΕΘ. Σε μικρά Νοσοκομεία, όπου νοσηλεύονται απλά περιστατικά,

¹³ http://www.icu.gr/pages/vasika_keimena.htm

¹⁴ Civetta, M.J., Taylor, N.R., Kirby, R.R., *Critical Care*, Third Edition, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1997, σελ. 21

¹⁵ <http://www.icu.gr/pages/presentations/Sav%206/Roussos.files./frame.htm>

δεν χρειάζονται ΜΕΘ με πολυσύνθετα, αλλά βασικά μέσα υποστήριξης, απλής παρακολούθησης και αυξημένης φροντίδας. Στις περιπτώσεις ειδικών και σπάνιων για τα δεδομένα ενός μικρού Νοσοκομείου περιστατικών, η διακίνηση των ασθενών σε μεγαλύτερα κέντρα προσφέρει και οικονομία και ασφάλεια.

1. ΜΕΘ επιπέδου I: Καλύπτουν μικρά τοπικά νοσοκομεία και είναι μάλλον Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ). Έχουν τη δυνατότητα στενής νοσηλευτικής και ηλεκτροδιογραφικής παρακολούθησης. Η άμεση καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση είναι δυνατή, αλλά παρέχουν μηχανική υποστήριξη της αναπνοής βραχείας διάρκειας (λιγότερο των 24 ωρών).
2. ΜΕΘ επιπέδου II: Αφορούν μεγαλύτερα γενικά Νοσοκομεία. Μπορούν να παρέχουν μεγαλύτερης διάρκειας μηχανική αναπνοή και η παρουσία γιατρού, ικανού να αντιμετωπίσει κάθε έκτακτο περιστατικό, καλύπτει όλο το 24ωρο. Η παθολογική, η φυσιοθεραπευτική και η ακτινολογική υποστήριξη είναι δυνατή οποιαδήποτε στιγμή. Συνήθως δεν παρέχουν σύνθετους τύπους υποστήριξης.
3. ΜΕΘ επιπέδου III: Είναι οι Μονάδες που 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.

- Ειδικές ΜΕΘ

Οι Μονάδες αυτές δέχονται και νοσηλεύουν περιορισμένο, αλλά ειδικό φάσμα περιστατικών. Ανάλογα με το είδος των περιστατικών αυτών, διακρίνονται σε Μονάδες Εμφραγμάτων, Μεταμοσχεύσεων, Εγκαυμάτων, Αποσυμπίεσης, Καρδιοχειρουργικές κλπ. Η αναγκαιότητα των μονάδων αυτών υπαγορεύεται από το ιδιαίτερο αντικείμενό τους, από την αναγκαιότητα απομόνωσης ορισμένων

περιπτώσεων, αλλά και από τις ιδιαίτερες τοπικές ανάγκες και εξειδικευμένες υπηρεσίες που προσφέρει το Νοσοκομείο.¹⁶

2.5 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΜΕΘ

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Είναι βαριάς γενικής κατάστασης με πολλές ελπίδες όμως να θεραπευτούν.
- Για να εξασφαλισθεί ικανοποιητική φυσιολογική λειτουργία είναι αναγκαία, συχνά, εξωτερική μηχανική βοήθεια.
- Χρειάζονται εντατική παρακολούθηση και καταγραφή των ζωτικών λειτουργιών τους.
- Χρειάζονται συνεχή ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.¹⁷

2.6 ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΜΕΘ

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας δεν χρειάζεται να ανήκουν υποχρεωτικά σε ένα μόνο νοσηλευτικό ίδρυμα, αλλά μπορούν να είναι κατάλληλα τοποθετημένες χωροταξικά, ώστε να εξυπηρετούν μέρος ή μια ολόκληρη υγειονομική περιοχή σύμφωνα με τις ειδικές ανάγκες της.

- *Κατευθυντήριοι παράμετροι.* Προκειμένου να είναι η ΜΕΘ αποτελεσματική οι παράμετροι ανάπτυξης, που ισχύουν διεθνώς, είναι:
 - ανάλογα με τον αριθμό των κρεβατιών του Νοσοκομείου, τα κρεβάτια της ΜΕΘ ανέρχονται στο 3-5% του συνόλου των κρεβατιών,
 - ανάλογα με τον πληθυσμό που καλύπτει η νοσηλευτική ενότητα, ένα κρεβάτι ΜΕΘ αναλογεί σε πληθυσμό 3.000 ατόμων.
- *Μέγεθος της ΜΕΘ.* Καθορίζεται από ανώτερα και κατώτερα όρια ανάπτυξης:
 - κατώτερο μέγεθος ΜΕΘ: οι οικονομοτεχνικές μελέτες δείχνουν ότι ΜΕΘ κάτω των 4-6 κρεβατιών είναι οικονομικά σύμφωρες.
 - ανώτερο μέγεθος της ΜΕΘ: διεθνώς θεωρείται σκόπιμο οι ΜΕΘ να μη υπερβαίνουν τα 15 κρεβάτια, για να μη διογκώνονται, τα οργανωτικά και διοικητικά τους προβλήματα.

¹⁶ Ρούσσο, Χ., *Εντατική θεραπεία-Συμπλήρωμα*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1998, σελ. 969

¹⁷ Νομικός, Α., *ΟΔΜΥ III*, Διδακτικές σημειώσεις, Αθήνα 1998, σελ. 86

Πρέπει να τονιστεί ότι, όσο μικρότερο είναι το μέγεθος της μονάδας τόσο μεγαλύτερη πληρότητα απαιτείται για να καλύπτεται το κόστος της. Δηλαδή, μικρές μονάδες με πληρότητα κάτω του 70% και λιγότερους από 200 ασθενείς το χρόνο είναι οικονομικά ασύμφορες. Γενικά, όμως, η αποδοτικότητα της ΜΕΘ δεν καθορίζεται από τον απόλυτο αριθμό των κρεβατιών της. Περισσότερο σημαντική είναι η διαρκής ετοιμότητα σε προσωπικό και εξοπλισμό, η οποία της επιτρέπει να δεχτεί το βαρύ και το μη προγραμματισμένο περιστατικό. δηλαδή, σε μια μονάδα πρέπει να υπάρχουν συνεχώς ελεύθερα κρεβάτια, ενώ ταυτόχρονα διατηρείται σε ετοιμότητα η συνολική υποδομή σε προσωπικό και τεχνικό εξοπλισμό.

- *Ειδικές ΜΕΘ*. Εκτός από τις γενικές ΜΕΘ, που αντιμετωπίζουν κάθε είδους παθολογικό ή χειρουργικό περιστατικό, υπάρχουν και Ειδικές Μονάδες, ανάλογα με τις επιμέρους ειδικεύσεις του Νοσοκομείου, οι οποίες αφορούν:

- οξείες καρδιολογικές καταστάσεις
- βαριά εγκαύματα
- νευρολογικά νοσήματα
- λευχαιμίες, αναιμίες κτλ.
- μεταμοσχεύσεις
- αποσυμπίεση
- παιδιά
- νεογνά

Η δημιουργία τέτοιων Ειδικών Μονάδων δε σημαίνει ότι οι κατά τόπους ΜΕΘ δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν ήπιες περιπτώσεις (εκτός από παιδιά και νεογνά) των παραπάνω κατηγοριών. Αντίθετα μάλιστα, μέχρι ενός σημείου, είναι σκόπιμο να το κάνουν για να μην υπερφορτώνονται τα Ειδικά Κέντρα. Εξαιρέση αποτελούν οι μονάδες για παιδιά και νεογνά, που διαφέρουν από αυτές των ενηλίκων λόγω των ιδιαίτερων απαιτήσεών τους σε ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό και εξοπλισμό.¹⁸

2.7 ΑΡΧΕΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

Για να υπάρχει οργάνωση στην παρακολούθηση της πορείας του ασθενή είναι απαραίτητο να διατηρείται αρχείο ασθενών. Το αρχείο αυτό πρέπει να περιέχει στοιχεία που συνδέονται άμεσα με την προηγούμενη και την τωρινή κατάσταση του

¹⁸ Ασκητοπούλου Ε., *Επείγουσα και εντατική ιατρική*, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 29-30

ασθενή και να ενημερώνεται διαρκώς για να αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Το αρχείο ασθενών πρέπει να περιέχει:

- το ιστορικό του ασθενή και την κατάσταση της υγείας του πριν την εισαγωγή του
- την καθημερινή κλινική του κατάσταση
- φυσιολογικές παραμέτρους που μετρούνται και καταγράφονται κατά τακτά χρονικά διαστήματα, ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασης του ασθενή
- μία καθημερινή περίληψη της προόδου του ασθενή
- ένα νοσηλευτικό αρχείο
- τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων
- βαθμολόγηση της βαρύτητας της νόσου
- αντίγραφο του σημειώματος εξόδου που δίνεται στους γιατρούς που παραλαμβάνουν τον ασθενή.¹⁹

¹⁹ http://www.icu.gr/pages/vasika_keimena.htm

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3

Κ Α Τ Α Σ Κ Ε Υ Α Σ Τ Ι Κ Ε Σ Α Ρ Χ Ε Σ Μ Ε Θ

3.1 ΜΕΓΕΘΟΣ ΜΕΘ

Ο απαιτούμενος αριθμός κλινών της ΜΕΘ εξαρτάται από το σύνολο των κλινών, τις ειδικότητες και το ρυθμό λειτουργίας του Νοσοκομείου. Ένα Νοσοκομείο με υψηλό ρυθμό λειτουργίας και ειδικότητες που χρειάζονται συχνά από τις υπηρεσίες της ΜΕΘ οφείλει να διαθέτει τόσες κλίνες ΜΕΘ ώστε η πιθανότητα ύπαρξης διαθέσιμης κλίνης να είναι υψηλή ανά πάσα στιγμή. Ο αριθμός των κλινών εξαρτάται επίσης από τη δύναμη σχετικών με τη ΜΕΘ τμημάτων του Νοσοκομείου. Είναι διεθνώς αποδεκτό ότι το σύνολο των κλινών ΜΕΘ ενός Νοσοκομείου πρέπει να αποτελεί το 10-15% του συνόλου των κλινών κάτι που όμως εξαρτάται από το μέγεθος του Νοσοκομείου.²⁰

Οικονομοτεχνικές μελέτες έδειξαν ότι για να είναι μια ΜΕΘ αποδοτική πρέπει έχει πάνω από 6 κρεβάτια και πληρότητα άνω του 70%. Μεγάλες μονάδες άνω των 15 κλινών διευθύνονται δύσκολα. Η οργάνωση όμως των μονάδων αυτών σε υποτμήματα, με κάποια σχετική αυτονομία μεταξύ τους, έχει να επιδείξει πολλά πλεονεκτήματα. Η δαπάνη σε εξοπλισμό ανά ασθενή είναι σαφώς μικρότερη, ενώ η διακίνηση των ασθενών είναι μεγαλύτερη. Η ποικιλία περιστατικών στις μεγάλες ΜΕΘ προσφέρει περισσότερες ευκαιρίες στην εκπαίδευση του ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού.

Ο ελάχιστος χώρος που χρειάζεται ο ασθενής για τη νοσηλεία στη ΜΕΘ είναι τουλάχιστον 2-3 φορές μεγαλύτερος από εκείνον που χρειάζεται ο ίδιος ο ασθενής σε ένα θάλαμο ρουτίνας γιατί πρέπει να υπάρχει χώρος για τα μηχανήματα. Επομένως, ελάχιστος χώρος μιας ΜΕΘ, θεωρούνται τα 30 τ.μ. μεικτού χώρου ανά κλίνη, αριθμός που όμως προσαρμόζεται στις τοπικές ανάγκες του Νοσοκομείου.

²⁰ Χατζηνικολάου, Κ., *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό Ιπποκράτεια, τόμος 3, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1999

Η ιδέα του «ανοικτού θαλάμου» εξασφαλίζει οπωσδήποτε την καλύτερη παρακολούθηση των ασθενών και όταν συνδυάζεται με τη δυνατότητα να ξεχωρίζει κάθε κλίνη ασθενή με κουρτίνα ή γυαλί είναι η ιδεώδης λύση.²¹

3.2 ΘΕΣΗ ΜΕΘ

Η ΜΕΘ πρέπει να βρίσκεται κοντά στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, τα χειρουργεία, το ακτινολογικό εργαστήριο και τα διάφορα διαγνωστικά τμήματα όπως τμήμα καθετηριασμών, τμήμα ενδοσκοπήσεων κ.λ.π. Θα πρέπει επίσης να υπάρχουν γρήγορες και εύκολες συνδέσεις με την αιμοδοσία, το φαρμακείο, την βιοϊατρική τεχνολογία, το μικροβιολογικό εργαστήριο και το φυσιοθεραπευτικό τμήμα.²² Στις περιπτώσεις που αυτό δεν είναι εφικτό, θα πρέπει να λαμβάνονται στοιχειώδη μέτρα της πιο απρόσκοπτης επικοινωνίας με τα τμήματα. Οι μετακινήσεις των ασθενών της ΜΕΘ είναι κατά κανόνα επικίνδυνες. Συστήματα και μηχανήματα υποστήριξης πόρτες, οι ανελκυστήρες κλπ. θα πρέπει να είναι λειτουργικοί προς μία τέτοια κατεύθυνση.²³

Η ΜΕΘ είναι μία γεωγραφικά ξεχωριστή οντότητα στο Νοσοκομείο και έχει ελεγχόμενη είσοδο. Η διέλευση ασθενών και υλικού που δεν προορίζονται γι' αυτήν πρέπει να αποφεύγεται.²⁴ Οι είσοδοι στη Μονάδα είναι ξεχωριστές, δηλαδή μία για τον ανεφοδιασμό, μία για το προσωπικό και μία για τους επισκέπτες. Δεν επιτρέπεται η ελεύθερη κυκλοφορία ατόμων στη ΜΕΘ δηλαδή η είσοδος επισκεπτών πρέπει να είναι ελεγχόμενη.²⁵

3.3 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΘ

Δεν υπάρχει ένα διεθνώς παραδεκτό σχέδιο για τη ΜΕΘ γιατί αυτό μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τις απαιτήσεις της μονάδας, το διαθέσιμο χώρο και το προσωπικό. Ένα παράδειγμα του πως μπορεί να είναι μία ΜΕΘ φαίνεται στο παρακάτω σχέδιο:

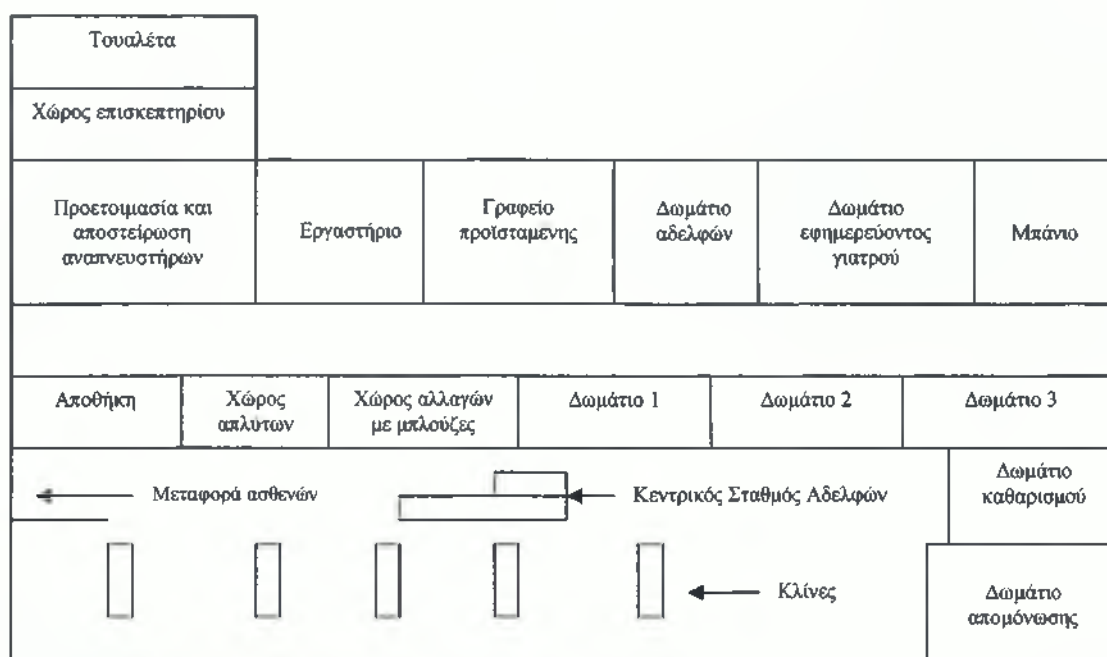
²¹ Νομικός, Ν.Α., *Διδακτικές σημειώσεις ΟΔΜΥ III*, Αθήνα 1998, σελ. 90

²² http://www.icu.gr/pages/vasika_keimena.htm

²³ Χατζηνικολάου, Κ., *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό «Ιπποκράτεια», τόμος 3, τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1999, σελ. 151

²⁴ http://www.icu.gr/pages/vasika_keimena.htm

²⁵ Χατζηνικολάου, Κ., *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό «Ιπποκράτεια», τόμος 3, τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1999, σελ. 151



Σχέδιο 1-3-1: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας οκτώ κλινών. Καλό είναι να υπάρχουν περισσότερα του ενός δωματίου επισκέψεων και αυτά δε θα πρέπει να βρίσκονται κατά μήκος της κύριας της 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, νοσηλεύτριες και τεχνικό προσωπικό να αναπαυθούν και πρέπει να έχουν παράθυρα και ευχάριστη εμφάνιση.

Πηγή: Yates, A.K., Moorhead, P.J., Adams, A.P., *Εντατική θεραπεία*, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Μετάφραση-Επιμέλεια: Τσαγκαδόπουλος, Δ., Κρητικός, Α., σελ. 3

3.4 ΧΩΡΟΙ ΜΕΘ

Κατά το σχεδιασμό της ΜΕΘ είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη πολλοί παράγοντες που είναι:

1. οι οδοί διακίνησης του υλικού
2. ο περιορισμός των διαδρομών του προσωπικού
3. η ευχέρεια στην κίνηση γύρω από τον ασθενή
4. η δυνατότητα μετακίνησης του ασθενή με το κρεβάτι του μαζί με τον μηχανισμό υποστήριξης
5. η δυνατότητα διακίνησης ογκωδών μηχανημάτων
6. ο σεβασμός της προσωπικότητας του ασθενή
7. ο άπλετος φωτισμός ημέρας των νοσηλευτικών χώρων με δυνατότητα να βλέπει ο ασθενής έξω

8. η δυνατότητα μεταφοράς του ασθενή από κρεβάτι σε κρεβάτι ή φορείο κατά την είσοδο ή την έξοδό του
9. η προφύλαξη των ασθενών, του προσωπικού και των χώρων εντός και εκτός της ΜΕΘ από την ακτινοβολία, ή τη ραδιενέργεια και
10. η ανάγκη ψυχολογικής αποφόρτισης των συγγενών.²⁶

Οι λειτουργικά αναγκαίοι χώροι είναι:

- *Χώρος νοσηλείας.* Ο χώρος αυτός θα είναι διαρρυθμισμένος ή σε ένα ενιαίο χώρο ή σε δωμάτια με μία κλίνη τα οποία όμως καταλαμβάνουν περισσότερο χώρο και απαιτούν σημαντικά περισσότερο νοσηλευτικό προσωπικό. Γι' αυτό είναι προτιμότεροι οι ενιαίοι χώροι με περισσότερες κλίνες, αλλά τουλάχιστον με μία απομόνωση ανά 5 κλίνες. 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 άσηπτα περιστατικά. Μεταξύ των διαφόρων χώρων των ασθενών πρέπει να εξασφαλίζεται η οπτική και ακουστική επικοινωνία.²⁷
- *Βοηθητικοί χώροι*
 - Γραφείο Διευθυντή
 - Γραφεία Ιατρών
 - Γραφείο Προϊσταμένης
 - Γραμματεία
 - Εφημερείο με τουαλέτα
 - Αποδυτήρια νοσηλευτικού προσωπικού
 - Χώρος παραμονής νοσηλευτικού προσωπικού κατά το διάλειμμα
 - Αποθήκη προμηθειών
 - Αποθήκη αναλώσιμου υλικού
 - Αποθήκη τεχνικού εξοπλισμού
 - Επιτόπιο μικρό εργαστήριο
 - Αποθήκη αρχείου
 - Χώρος παραμονής επισκεπτών
 - Αποδυτήρια επισκεπτών
 - Χώρος για τα υλικά καθαρισμού και την αποκομιδή ακάθαρτων υλικών

²⁶ Ρούσσοι, Χ., *Εντατική θεραπεία-Συμπλήρωμα*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1998, σελ. 970

²⁷ Ασκητοπούλου, Ε., *Επείγουσα και εντατική ιατρική*, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 33

- Κουζίνα
- Χώρος επιστημονικών συναντήσεων
- Τουαλέτες, μπάνιο κτλ.²⁸

3.5 ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Οι βασικές εγκαταστάσεις (μηχανολογικές, ηλεκτρικές και υδραυλικές) της ΜΕΘ πρέπει να γίνονται με ιδιαίτερα αυστηρές προδιαγραφές ποιότητας και να είναι επισκευάσιμες.

Ο κλιματισμός και αερισμός πρέπει να είναι συνεχής αλλά διαφορετικός στους διάφορους χώρους, ανάλογα με τη λειτουργικότητα τους.

Οι παρακλίνιες μόνιμες εγκαταστάσεις για κάθε θέση κλίνης είναι απαραίτητες παροχές για οξυγόνο, πεπιεσμένο αέρα, κενό και προαιρετικά πρωτοξείδιο του αζώτου, φωτισμό με τρία επίπεδα έντασης (κανονικός, νύχτας και εξέτασης).²⁹

Είναι αναγκαία η εγκατάσταση συστήματος ενδοσυνεννόησης μεταξύ των χώρων της ΜΕΘ, γραμμών ενδονοσοκομειακής τηλεπικοινωνίας σε κάθε νοσηλευτικό χώρο και τους υπόλοιπους λειτουργικούς χώρους, εξωτερικών τηλεφωνικών γραμμών, συστήματος κλήσης του νοσηλευτή ανά κρεβάτι, ενδοεπικοινωνίας με τις απομονώσεις και συστήματος ασύρματης κλήσης και συναγερμού του ιατρικού προσωπικού, της προϊσταμένης, τραυματιοφορέων και φυσιοθεραπευτών.³⁰

3.6 ΤΕΧΝΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Το είδος και το σύνολο του εξοπλισμού μίας ΜΕΘ εξαρτάται από το επίπεδό της.³¹ Ο βιοτεχνολογικός εξοπλισμός της ΜΕΘ περιλαμβάνει τα μηχανήματα που είναι απαραίτητα για την εκπλήρωση του σκοπού μιας ΜΕΘ δηλαδή:

1. συσκευές για τη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών

²⁸ Χατζηνικολάου, Κ., *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό «Ιπποκράτεια», τόμος 3, τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1999, σελ.152

²⁹ Νομικός, Ν.Α., *Διδακτικές σημειώσεις ΟΔΜΥ ΙΙΙ*, Αθήνα 1998, σελ. 91

³⁰ Ρούσσος, Χ., *Εντατική θεραπεία-Συμπλήρωμα*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1998, σελ. 972-973

³¹ Ρούσσος, Χ., *Εντατική θεραπεία-Συμπλήρωμα*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1998, σελ. 973

2. διαγνωστικά μηχανήματα
3. συσκευές για την υποστήριξη ή υποκατάσταση των ζωτικών λειτουργιών
4. συσκευές για τη νοσηλευτική φροντίδα.³²

Στον κινητό τεχνητό εξοπλισμό της ΜΕΘ πρέπει οπωσδήποτε να περιλαμβάνονται:

- Απινιδωτής
- Ηλεκτροκαρδιογράφος
- Βηματοδότης
- Μηχανήματα καταγραφής ζωτικών λειτουργιών
- Βρογχοσκόπιο
- Αναπνεόμενα
- Αναλυτές οξυγόνου
- Ηλεκτροκίνητα τροχήλατα κρεβάτια
- Γερανοί μεταφοράς ασθενών
- Τροχήλατο ακτινολογικό μηχάνημα κλπ.³³

³² Χατζηνικολάου, Κ., *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό «Ιπποκράτεια», τόμος 3, τεύχος 4, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1999, σελ.153

³³ Νομικός, Ν.Α., *Διδακτικές σημειώσεις ΟΔΜΥ ΙΙΙ*, Αθήνα 1998, σελ. 91

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4

Σ Τ Ε Λ Ε Χ Ω Σ Η Μ Ε Θ

4.1 ΓΕΝΙΚΑ

Η ομάδα που έχει την ευθύνη για την φροντίδα του βαριά ασθενή ή τραυματισμένου στη ΜΕΘ περιλαμβάνει τους γιατρούς, τους νοσηλευτές και σε παραϊατρικό προσωπικό όπως οι φυσιοθεραπευτές. Ξαφνικές αλλαγές στην κατάσταση του ασθενή απαιτούν επαγγελματική παρακολούθηση από γιατρούς για τη διατήρηση της συνέχειας της παρεχόμενης φροντίδας και της άμεσης διαθεσιμότητας παρεμβάσεων διάσωσης της ζωής.³⁴

Οι στόχοι της επιστημονικής ομάδας της ΜΕΘ είναι η θεραπευτική αγωγή της νόσου και η προληπτική αγωγή ώστε να μη δημιουργηθούν επιπλοκές. Το γενικό χαρακτηριστικό είναι ότι, ειδικά οι γιατροί, πρέπει να γνωρίζουν πολύ καλά πολλά για πολλά.³⁵

Η θεραπεία ενός ασθενούς στη ΜΕΘ απαιτεί εργασία ομάδας μέγιστης ετοιμότητας. Απαιτεί καλή διοικητική ικανότητα καθώς και διακριτικότητα και καλές σχέσεις μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών. Πάνω από όλα ο ασθενής πρέπει να έχει την καλύτερη ιατρική προσοχή και οι ιατρικές πράξεις δεν πρέπει να επηρεάζουν αυτή την προσπάθεια.³⁶

Είναι σημαντικό η ΜΕΘ να διαθέτει δικό της μόνιμο προσωπικό. Μία ρύθμιση στην οποία το μόνιμο προσωπικό θα αποτελείται μόνο από νοσηλευτές και γιατροί άλλων τμημάτων θα εισάγουν ασθενείς και θα δίνουν οδηγίες για τη θεραπεία δεν είναι ικανοποιητική.³⁷

Οι υπηρεσίες της ΜΕΘ σε ρυθμούς μέγιστης απόδοσης και διακίνησης των περιστατικών έχουν 24ωρη και καθημερινή βάση ανεξάρτητα από αργίες. Η

³⁴ Tinker, J., Browne, R.G.D., Sibbald, J.W., *Critical care: standards, audit and ethics*, Arnold, London 1996, σελ. 4-5

³⁵ <http://www.icu.gr/pages/presentations/Sav%206/Roussos.files./frame.htm>

³⁶ Yates, A.K., Moorhead, P.J., Adams, A.P., *Εντατική θεραπεία*, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Μετάφραση-Επιμέλεια: Τσαγκαδόπουλος, Δ., Κρητικός, Α., σελ. 1

³⁷ Bain, W.H., Taylor, K.M., *Handbook of intensive care*, Wright PSG, Bristol 1983, σελ. 41

στελέχωση επομένως πρέπει να είναι ποιοτικά και ποσοτικά επαρκής ώστε να αποδίδονται τα μέγιστα.³⁸

4.2 ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Ο Διευθυντής της ΜΕΘ έχει τη συνολική ευθύνη της λειτουργίας του τμήματος. Διαθέτει την κατάλληλη επιστημονική κατάρτιση ώστε να κατευθύνει το διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο και να δίνει τις κατάλληλες λύσεις στα επιστημονικά προβλήματα. Σχεδιάζει και επιβάλλει την εκπαίδευση όλου του ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού. Ασκεί τη διεύθυνση του τμήματος έτσι ώστε οι προσφερόμενες υπηρεσίες να είναι οργανωμένες, συντονισμένες και διαρκείς. Μελετά τις ανάγκες, προγραμματίζει το μέλλον και εισηγείται τις λύσεις στα διοικητικά προβλήματα που αφορούν το τμήμα. Μεριμνά και επιβάλλει το σεβασμό του εξοπλισμού και φροντίζει την εξασφάλιση της ποιοτικής και ποσοτικής απόδοσής τους. Καλλιεργεί τα σωστή συνεργασία με τα άλλα τμήματα του Νοσοκομείου. Ωθεί προγράμματα επιστημονικής έρευνας και επιδιώκει την συνεργασία με άλλες Μονάδες.

Οι Επιμελητές του τμήματος βοηθούν και συμμερίζονται το έργο του Διευθυντή. Επιβλέπουν κάθε ενέργεια στο τμήμα και ασκούν υπεύθυνα το διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο, καλύπτοντας την λειτουργία του τμήματος σε 24ωρη βάση. Συμμετέχουν ενεργά στην εκπαίδευση και την έρευνα. Κατευθύνουν και επιβλέπουν τις παρεμβατικές πράξεις των ασκούμενων γιατρών και το χειρισμό του εξοπλισμού και ελέγχουν την ορθότητα των νοσηλευτικών πράξεων. Οι Επιμελητές Α' είναι εξειδικευμένοι στο αντικείμενο της Εντατικής και οφείλουν να έχουν την ικανότητα αναπλήρωσης του Διευθυντή. Ο αριθμός των Επιμελητών είναι ανάλογος της δύναμης και του επιπέδου της ΜΕΘ. Ο ελάχιστος αριθμός είναι αυτός που εξασφαλίζει τις ανάγκες εφημερίας.

Οι Ειδικευόμενοι στην Αναισθησιολογία, στην Καρδιολογία, στην Παθολογία, στην Πνευμονολογία, στην Παιδιατρική και στην Χειρουργική ασκούνται μέχρι ένα εξάμηνο στην ΜΕΘ ανάλογα με την ειδικότητα. Πέρα από τις ειδικότητες αυτές, η σύντομη άσκηση στη ΜΕΘ είναι επιθυμητή και σημαντική σε πολλές άλλες ειδικότητες. Οι Ειδικευόμενοι συμμετέχουν σε όλες τις δραστηριότητες της

³⁸ Ρούσσος, Χ., *Εντατική θεραπεία-Συμπλήρωμα*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1998, σελ. 973

καθημερινής εργασίας με πλήρες ωράριο και στην εφημερία. Βασική επιδίωξη τους πρέπει να είναι η εξοικείωση με τον βαριά ασθενή και η απόκτηση αντανεκλαστικών και αυτοπεποίθησης απέναντι στο οξύ πρόβλημα.³⁹

4.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Η καλή συνεργασία κι η επικοινωνία του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού είναι απαραίτητες για ένα καλό αποτέλεσμα. Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες πρέπει να είναι καθαρά οριοθετημένες. Οι γιατροί έχουν την ευθύνη των διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων και μεριμνούν για τη σωστή παρακολούθηση. Οι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη της εκτέλεσης της νοσηλείας και αποτελούν το άγρυπνο μάτι στην παρακολούθηση.

Η Προϊστάμενη διευθύνει το νοσηλευτικό προσωπικό και φροντίζει για την εύρυθμη λειτουργία του και την ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Εξασφαλίζει τη συνεχόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών επιδιώκοντας τη συνεργασία γι' αυτό του εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού. Φροντίζει για την ασφάλεια, τη συντήρηση και την ποιοτική απόδοση του εξοπλισμού και μεριμνά για τις καθημερινές προμήθειες του αναλώσιμου και φαρμακευτικού υλικού. Πρέπει να διαθέτει τις εξειδικευμένες γνώσεις του αντικειμένου και ικανή εμπειρία. Οφείλει να συνεργάζεται στενά με το Διευθυντή της ΜΕΘ στην οργάνωση και τον προγραμματισμό. Συνεργάζεται στενά σε όλους τους τομείς με τον έμπειρο και ικανό νοσηλευτή που την αναπληρώνει όταν απουσιάζει.

Οι Νοσηλευτές ασκούν πλήρη απασχόληση και χρειάζονται ειδική εκπαίδευση-εξειδίκευση στην εντατική θεραπεία και την επείγουσα ιατρική για την άσκηση του επαγγέλματός τους. Ο αριθμός των νοσηλευτών ανά κλίνη πρέπει να είναι επαρκής ώστε να εξασφαλίζεται κάλυψη σε 24ωρη βάση. Ο συνολικός αριθμός τους προκύπτει από τα εργασιακά δικαιώματα της πενθήμερης εργασίας σε κυκλικό ωράριο. Η εξειδίκευση στο αντικείμενο οφείλεται να λαμβάνεται υπόψη στον αριθμό των προσλήψεων. Η ελάχιστη δύναμη που θα μπορούσε να καλύψει την ασφάλεια της εντατικής νοσηλείας (σε αναλογία νοσηλευτή ανά κλίνη) είναι στην πρωινή

³⁹ Ρούσσοσ, Χ., *Εντατική θεραπεία-Συμπλήρωμα*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1998, σελ. 973-975

βάρδια 1/1, την απογευματινή 1/1,5 και τη νυχτερινή 1/2.⁴⁰ Μια ΜΕΘ με μεγάλη διακίνηση χρειάζεται τουλάχιστον 4 νοσηλευτές ανά κλίνη. Αυτό επιτρέπει απουσίες λόγω ασθένειας, διαλέξεων, εκτός υπηρεσίας και διακοπών.⁴¹

Οι Εκπαιδευόμενοι νοσηλευτές ασκούνται υπό την επίβλεψη ικανά εξειδικευμένων και έμπειρων νοσηλευτών. Βοηθούν αλλά δεν μπορούν να τους αναπληρώσουν.⁴²

4.4 ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

- *Φυσιοθεραπευτές.* Ο φυσιοθεραπευτής είναι απαραίτητος σε όλα τα ωράρια ανεξαρτήτως καθημερινής ή αργίας. Ο ρόλος του είναι σημαντικός και η έλλειψή του προκαλεί παράταση της νοσηλείας, επιπλοκές και μεγαλύτερο κόστος.⁴³ Ο φυσιοθεραπευτής είναι αναγκαίος για την πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών, κυρίως από το αναπνευστικό και κινητικό σύστημα.⁴⁴
- *Τεχνικό προσωπικό.* Ο ευαίσθητος, πολύπλοκος και πανάκριβος εξοπλισμός χρειάζεται συντήρηση, επισκευές, ρυθμίσεις για να είναι διαθέσιμος ανά πάσα στιγμή. Η σωστή και υπεύθυνη συντήρηση αυξάνει και το χρόνο ζωής του.⁴⁵ Γι' αυτό το λόγο, είναι απαραίτητη η παρουσία τουλάχιστον ενός ηλεκτρονικού, ανώτερης εκπαίδευσης ο οποίος θα εξοικειωθεί φυσικά όχι μόνο στην ηλεκτρονική συντήρηση των μηχανημάτων αλλά θα είναι και σε θέση να αντιμετωπίσει και άλλα μικροπροβλήματα του τεχνολογικού εξοπλισμού σε συνεργασία με ένα βοηθό τεχνικού. Η τεχνική κάλυψη της ΜΕΘ είναι αναγκαία όλο το 24ωρο.⁴⁶
- *Βοηθητικό προσωπικό.* Η παρουσία νοσηλευτή και βοηθού νοσηλευτή για τη νοσηλευτική φροντίδα και περιποίηση είναι απαραίτητη όλο το 24ωρο. Τραυματιοφορέας για την μεταφορά ασθενών και προσωπικό για την διακίνηση υλικού και δειγμάτων πρέπει να διατίθενται ανά πάσα στιγμή, όπως και

⁴⁰ Ρούσσοι, Χ., *Εντατική θεραπεία-Συμπλήρωμα*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1998, σελ. 975-976

⁴¹ Yates, A.K., Moorhead, P.J., Adams, A.P., *Εντατική θεραπεία*, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Μετάφραση-Επιμέλεια: Τσαγκαδόπουλος, Δ., Κρητικός, Α., σελ. 4-5

⁴² Ρούσσοι, Χ., *Εντατική θεραπεία-Συμπλήρωμα*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1998, σελ. 976

⁴³ Ρούσσοι, Χ., *Εντατική θεραπεία-Συμπλήρωμα*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1998, σελ. 976

⁴⁴ Ασκητοπούλου, Ε., *Επείγουσα και εντατική ιατρική*, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 32

⁴⁵ Ρούσσοι, Χ., *Εντατική θεραπεία-Συμπλήρωμα*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1998, σελ. 976

⁴⁶ Νομικός, Ν.Α., *Διδακτικές σημειώσεις ΟΔΜΥ ΙΙΙ*, Αθήνα 1998, σελ. 89

καθαρίστρια. Όλο το προσωπικό πρέπει να είναι εξοικειωμένο με τους κανόνες προστασίας λοιμώξεων και προφύλαξης υλικού.⁴⁷

- *Παρασκευαστές.* Είναι αυτονόητο ότι για να λειτουργήσει αποτελεσματικά η ΜΕΘ πρέπει να έχει κατά προτεραιότητα την υπεύθυνη και διαρκή κάλυψη των άλλων τμημάτων των Νοσοκομείου και ιδιαίτερα των εργαστηρίων. Υπάρχει μια σειρά εξετάσεων που είναι τόσο συχνές στη ΜΕΘ ώστε από ένα στάδιο και μετά πρέπει να προβλέπεται η εργαστηριακή τους αυτοτέλεια με την παρουσία παρασκευαστών.⁴⁸ Ένας παρασκευαστής είναι απαραίτητος για το εργαστήριο της ΜΕΘ και τις αιμοληψίες τουλάχιστον στο τακτικό ωράριο.
- *Γραμματέας.* Ένας γραμματέας είναι απαραίτητος στο τακτικό ωράριο. Όποιο κι αν είναι το μέγεθος της ΜΕΘ υπάρχουν φύλλα νοσηλείας που πρέπει να ενημερωθούν, αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων να συμπληρωθούν, έγγραφα να δακτυλογραφηθούν, τηλεφωνικές κλήσεις να γίνουν και επισκέπτες να φροντιστούν. Επιπλέον, πολλές Μονάδες έχουν κάποιο σύστημα αποθήκευσης δεδομένων και η ακρίβεια αυτών των δεδομένων που ανακτώνται από το σύστημα εξαρτάται αποκλειστικά από την ακρίβεια εισαγωγής τους κάτι που εξαρτάται από το γραμματέα.⁴⁹
- *Κοινωνικός λειτουργός.* Ο κοινωνικός λειτουργός ειδοποιείται να προσφέρει τις υπηρεσίες του στη ΜΕΘ και εργάζεται ανάμεσα στον ασθενή και την οικογένεια του, είτε όταν πρόκειται να υποστεί μια σοβαρή επέμβαση και πρόκειται να εισαχθεί στη μονάδα είτε για να διευθετήσει προβλήματα που δεν υπάγονται στη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή.⁵⁰
- *Λοιπό προσωπικό.* Τεχνικοί ακτινολογικού, ηλεκτρολόγοι και υδραυλικοί πρέπει να είναι διαθέσιμοι ανά πάσα στιγμή από τη δύναμη του Νοσοκομείου και διαιτολόγοι στο τακτικό ωράριο.⁵¹

⁴⁷ Ρούσσο, Χ., *Εντατική θεραπεία-Συμπλήρωμα*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1998, σελ. 976

⁴⁸ Ασκητοπούλου, Ε., *Επείγουσα και εντατική ιατρική*, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 32

⁴⁹ Bain, W.H., Taylor, K.M., *Handbook of intensive care*, Wright PSG, Bristol 1983, σελ. 20

⁵⁰ Νομικός, Ν.Α., *Διδακτικές σημειώσεις ΟΔΜΥ III*, Αθήνα 1998, σελ. 89

⁵¹ Ρούσσο, Χ., *Εντατική θεραπεία-Συμπλήρωμα*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1998, σελ. 976

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5**Ν Ο Σ Η Λ Ε Ι Α Σ Τ Η Μ Ε Θ****5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η εισαγωγή ασθενών στη ΜΕΘ, γίνεται από τον εφημερεύοντα γιατρό, στις ακόλουθες κατηγορίες ασθενών:

1. Ασθενείς που πάσχουν βαριά, αλλά με μεγάλες πιθανότητες να ανανήψουν πλήρως.
2. Ασθενείς που πάσχουν από ενδιάμεσης βαρύτητας νόσο.
3. Ασθενείς που υπέστησαν μεγάλη χειρουργική επέμβαση.
4. Ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο νόσου έχουν την τελευταία προτεραιότητα.

Ο επικεφαλής της ΜΕΘ είναι υπεύθυνος για την εισαγωγή στη Μονάδα και τη διατήρηση της αναπνευστικής και καρδιαγγειακής λειτουργίας και πιθανώς να απορρίψει οδηγίες συναδέλφου που έκανε την εισαγωγή. Επίσης, μπορεί να απαιτήσει πρόσκληση για τη γνώμη άλλου ειδικού γιατρού από το Νοσοκομείο.⁵²

5.2 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗ ΜΕΘ

Οι κυριότερες ενδείξεις εισαγωγής στη ΜΕΘ είναι:

- οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια
- οξεία καρδιακή ανεπάρκεια
- κώματα κάθε είδους
- κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- πολυτραυματίες
- shock κάθε προέλευσης
- δυνητικά θανατηφόρες αρρυθμίες
- μετεγχειρητικές επιπλοκές
- σήψη

⁵² Νομικός, Ν.Α., Διδακτικές σημειώσεις ΟΔΜΥ ΙΙΙ, Αθήνα 1998, σελ. 91

- οξεία νεφρική ανεπάρκεια
- εγκαύματα
- βαριές μορφές εκλαμψίας
- βαριές μορφές εμβολής
- καρδιοχειρουργικοί ασθενείς (πρώτα 24ωρα)
- οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου
- ανακοπή και αναζωογόνηση
- οξείες δηλητηριάσεις
- κάθε παθολογική ή χειρουργική κατάσταση που αποτελεί απειλή για τη ζωή του ασθενούς.

5.3 ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗ ΜΕΘ

Για ορισμένες κατηγορίες ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση, η διατήρηση της ζωής με κάθε μέσο μετατρέπει τη ΜΕΘ σε χώρο βασανισμού, με αποτέλεσμα να στερείται ο ασθενής το δικαίωμα ενός ανώδυνου και αξιοπρεπούς θανάτου, χωρίς παράλληλα να του εξασφαλίζονται οι προοπτικές για μια ανεκτή ζωή. Αυτές οι περιπτώσεις είναι φανερό ότι δε πρέπει να διακομίζονται στη ΜΕΘ. Ενδεικτικά παραδείγματα αποτελούν:

- τα τελικά στάδια χρόνιας αναπνευστικής ανεπάρκειας
- οι εγκεφαλικές βλάβες με βαριές διαταραχές των κέντρων των ζωτικών λειτουργιών
- οι καρκινοπαθείς στα τελικά στάδια
- ο εγκεφαλικό θάνατος (εκτός από περιπτώσεις που οι ασθενείς πρόκειται να γίνουν δότες οργάνων για μεταμοσχεύσεις).

Σε περίπτωση συμφόρησης της ΜΕΘ, εκτός από τα παραπάνω πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και η ηλικία των ασθενών προκειμένου να ιεραρχηθούν οι εισαγωγές.⁵³

⁵³ Ασκητοπούλου, Ε., *Επείγουσα και εντατική ιατρική*, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 28-29

5.4 ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

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 σ' αυτές τις δύσκολες στιγμές χρειάζεται και την αμέριστη συμπαράσταση των αγαπημένων προσώπων του, συγγενικών ή φιλικών. Όταν ο ασθενής όμως νοσηλεύεται σε ΜΕΘ η κατάσταση περιπλέκεται κάπως, καθώς η επαφή με τα συγγενικά του πρόσωπα είναι περιορισμένη.

Οι απόψεις για το αν είναι απαραίτητο το επισκεπτήριο και πόση διάρκεια πρέπει να έχει δίστανται. Από τη μία πλευρά κάποιοι νοσηλευτές πιστεύουν ότι οι επισκέψεις επηρεάζουν αρνητικά διότι αυξάνουν τον κίνδυνο λοιμώξεων εμποδίζουν την ξεκούραση των ασθενών και τους δημιουργούν, μερικές φορές, δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Παράλληλα, θεωρούν ότι παράγοντες όπως η οξύτητα της νόσου, η πρόγνωση και άλλες ανάγκες του ασθενή και της οικογένειας επηρεάζουν την παράταση του επισκεπτηρίου στη ΜΕΘ. Από την άλλη πλευρά μελέτες αποδεικνύουν ότι οι επισκέψεις της οικογένειας δεν είναι περισσότερο στρεσογόνο από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις ή τις επεμβατικές διαδικασίες που βλέπουν οι ασθενείς να γίνονται σε άλλους ασθενείς. Επιπλέον τα συγγενικά πρόσωπα πιστεύουν ότι οι ασθενείς επηρεάζονται περισσότερο από τους περιορισμούς και τις συζητήσεις πάνω από το κρεβάτι τους για κακή πρόγνωση. Αν η εξέλιξη της κατάστασης του ασθενή δεν είναι ικανοποιητική, η οικογένεια μπορεί να υποπτευθεί ελλιπή φροντίδα εξαιτίας της έλλειψης της οικογενειακής φροντίδας και ενασχόλησης.

Το επισκεπτήριο θα πρέπει να αναγνωριστεί σαν ένα σημαντικό μέρος για την ανάρρωση του ασθενή. Η εκάστοτε πολιτική που θα ακολουθείται χρειάζεται να διαμορφώνεται από τις ανάγκες του ασθενή και της οικογένειάς του. Γενικά, χρειάζεται μια καλή προσπάθεια απ' όλες τις πλευρές. Οι συγγενείς μπορούν να συμβάλλουν με τη διακριτική τους παρουσία και τ σεβασμό τους στο έργο που επιτελείται στη ΜΕΘ. Οι ασθενείς με το να έχουν εμπιστοσύνη στην πολιτική του Νοσοκομείου, αποβλέπουν σε καλύτερη δυνατή και γρήγορη αποκατάσταση της υγείας τους. Το προσωπικό μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη λειτουργία του επισκεπτηρίου γνωρίζοντας ότι η επιτυχής και ταχεία ανάρρωση είναι αποτέλεσμα

ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και της ψυχικής ισορροπίας και ευεξίας των ασθενών, που συχνά αποκτάται από την επαφή τους με τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Όποια κι αν είναι η πολιτική που ακολουθείται είναι αναγκαία μια κατάλληλη κατάρτιση των νοσηλευτών. Απαραίτητες θεωρούνται κάποιες γνώσεις ψυχολογίας καθώς και η χρήση ήπιων, ευγενικών και εκφραστικών τόνων προς επισκέπτες και ασθενείς. Παράλληλα απαιτείται και ο ανάλογος σεβασμός του χώρου και του προσωπικού από τους επισκέπτες. Κάτω από αυτές τις προϋποθέσεις μπορεί να λειτουργήσει το ανοιχτό επισκεπτήριο και να δρα ευεργετικά τόσο ψυχολογικά όσο και πρακτικά. Πιο συγκεκριμένα:

1. Ελαττώνει την καταθλιπτική τάση των ασθενών.
2. Δημιουργεί άνεση στο επισκεπτήριο και τους ασθενείς.
3. Ενισχύει το ρόλο της οικογένειας στην υποστήριξη του ασθενή.
4. Αυξάνει την επικοινωνία νοσηλευτή-οικογένειας.⁵⁴

5.5 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΞΟΔΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΘ

Υπάρχουν τέσσερις καταστάσεις στις οποίες η έξοδος από τη ΜΕΘ πρέπει να υπολογιστεί:

- Ο ασθενής είναι σταθερός και έχει αναρρώσει
- Η άμεση απειλή για τη ζωή έχει περάσει αλλά απαιτείται στενή παρακολούθηση
- Η άμεση απειλή έχει μειωθεί αλλά ο θάνατος αναμένεται σύντομα
- Ο θάνατος πλησιάζει ακόμα και με εντατική θεραπεία.⁵⁵

Ο ασθενής που νοσηλεύτηκε στη ΜΕΘ θα πάρει εξιτήριο όταν χρειάζεται λιγότερη εντατική φροντίδα ή όταν μπορεί να νοσηλευτεί σε νοσοκομειακή κλίνη ρουτίνας για το οποίο μάλιστα θα έχει προτεραιότητα.⁵⁶ Ακόμα και η δεύτερη κατηγορία ασθενών μπορεί να πάρει εξιτήριο αν στο Νοσοκομείο υπάρχει Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας. Οι δύο τελευταίες κατηγορίες απαιτούν μεγάλη προσοχή γιατί η οικογένεια επιθυμεί ο ασθενής να παραμείνει στη ΜΕΘ μέχρι το τέλος.⁵⁷

⁵⁴ Κασσικού, Ι., Επισκεπτήριο ασθενών στη ΜΕΘ, 2^η Επιστημονική Ημερίδα Η Νοσηλευτική στις ΜΕΘ στον 21^ο αιώνα, Αθήνα 1999, σελ. 47-52

⁵⁵ Tinker, J., Browne, R.G.D., Sibbald, J.W., *Critical care: standards, audit and ethics*, Arnold, London 1996, σελ. 52

⁵⁶ Νομικός, Ν.Α., Διδακτικές σημειώσεις ΟΔΜΥ ΙΙΙ, Αθήνα 1998, σελ. 92

⁵⁷ Tinker, J., Browne, R.G.D., Sibbald, J.W., *Critical care: standards, audit and ethics*, Arnold, London 1996, σελ. 52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΘ

6.1 ΓΕΝΙΚΑ

Η λειτουργία της ΜΕΘ ευθύνεται για μεγάλο ποσοστό του συνολικού κόστους λειτουργίας του Νοσοκομείου. Συγκριτικά με τα άλλα τμήματα, το επενδυτικό κόστος για την οργάνωση και την ανάπτυξη της ΜΕΘ είναι 20πλάσιο, το κόστος της μισθοδοσίας 5πλάσιο και το κόστος θεραπείας 10πλάσιο.

Σημαντικό μέρος του κόστους λειτουργίας της ΜΕΘ οφείλεται στον τεχνολογικό εξοπλισμό. Η θεαματική ανάπτυξη της τεχνολογίας και της εντατικής ιατρικής δημιούργησε την ψευδαίσθηση ότι κάθε βαριά ασθενής μπορεί να επιβιώσει και ότι ο θάνατος στην ΜΕΘ σχετίζεται με ανεπάρκεια της τεχνολογία ή/και του γιατρού. Έτσι, όμως, ξεχνιέται η πραγματικότητα ότι ο θάνατος αποτελεί φυσικό φαινόμενο, το οποίο επέρχεται όταν η φθορά του οργανισμού είναι εκτεταμένη και μη αναστρέψιμη.

Στο πλαίσιο της νοοτροπίας αυτής διακομίζονται ασθενείς στη ΜΕΘ, που σε λίγο καταλήγουν ή εφαρμόζεται απεριόριστη θεραπευτική αγωγή με πανάκριβα φάρμακα σε ασθενείς που δεν έχουν κάποια πραγματική ελπίδα επιβίωσης.

Οι ασθενείς που τελικά δεν επιβιώνουν κοστίζουν το τριπλάσιο σε σύγκριση με αυτούς που επιζούν. Οι ασθενείς αυτοί καταλαμβάνουν μία πολύτιμη κλίνη, όπου μάλλον επιχειρείται παράταση της διαδικασίας του αναπόφευκτου θανάτου, παρά εξυπηρετείται η υγεία.⁵⁸

Η αύξηση του κόστους της εντατικής νοσηλείας έχει προκαλέσει την ανάγκη εξέτασης της οικονομικής αυτής δαπάνης. Το τελικό κέρδος της παράτασης της ζωής του ασθενή πρέπει να αξιολογείται σε σύγκριση με το τεράστιο κόστος της απαιτούμενης θεραπείας. Το χρονικό διάστημα επιβίωσης των ασθενών μετά την απομάκρυνσή τους από τη ΜΕΘ και η ποιότητα ζωής των επιζώντων είναι παράγοντες-κλειδιά για τη σύγκριση αυτή.⁵⁹

⁵⁸ Χατζηνικολάου, Κ., *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό Ιπποκράτεια, τόμος 3, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1999, σελ. 157

⁵⁹ Κουτσογιάννης, Κ., *Τεχνολογία στις επιστήμες υγείας και πρόνοιας*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2002, σελ. 107

6.2 ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΚΟΣΤΟΥΣ

Το κόστος με βάση το κριτήριο σύνδεσής του ή μη με την παραγωγική διαδικασία ταξινομείται σε άμεσο και έμμεσο κόστος αντίστοιχα. Το άμεσο κόστος υποδιαιρείται σε άμεσο υγειονομικό κόστος που συνδέεται ευθέως με την χρήση των πόρων στην παραγωγική διαδικασία (π.χ. φάρμακα) και σε άμεσο μη υγειονομικό κόστος που σημειώνεται έξω από τον τομέα υγείας χωρίς την κατανάλωση υγειονομικών πόρων (π.χ. μεταφορά ασθενή στο Νοσοκομείο). Με το έμμεσο κόστος εννοούμε τις επιπτώσεις της νόσου στον ασθενή, στην παραγωγικότητα του και στις υπηρεσίες του προς το κοινωνικό σύνολο.⁶⁰

Το συνολικό κόστος διακρίνεται σε λειτουργικό ή μεταβλητό κόστος και σε πάγιο ή σταθερό κόστος. Το μεταβλητό ή λειτουργικό κόστος περιλαμβάνει το άθροισμα των δαπανών νοσηλείας (αγορά φαρμάκων, αναλώσιμοι υγειονομικού υλικού, έξοδα εργαστηρίων, χειρουργικών επεμβάσεων κτλ). Το πάγιο ή σταθερό κόστος περιλαμβάνει τη μισθοδοσία του προσωπικού, έξοδα για τη συντήρηση του κτιρίου, για το ρεύμα, το νερό, τη συντήρηση του τεχνολογικού εξοπλισμού, το μερίδιο που αναλογεί στη ΜΕΘ από τις συνολικές δαπάνες του Νοσοκομείου για καθαριότητα, μισθοδοσία διοικητικών υπαλλήλων και το κτιριακό κόστος.⁶¹

6.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΟΣΤΟΥΣ ΜΕΘ

Οι πραγματικές δαπάνες των νοσοκομείων για τις ΜΕΘ δεν έχουν καθοριστεί και αξιολογηθεί γιατί η εκτίμηση του κόστους των ειδικών μονάδων είναι ιδιαίτερα δύσκολη και πολύπλοκη για τους παρακάτω λόγους:

- Τα χαρακτηριστικά των μονάδων και οι υπηρεσίες που προσφέρονται δεν είναι ενιαίες στα διάφορα ιδρύματα ή μέσα στο ίδιο ίδρυμα
- Οι περιπτώσεις ασθενών ποικίλλουν σημαντικά
- Οι εντατικές υπηρεσίες που παρέχονται εκτείνονται από πολύ ειδικές μέχρι βασικές
- Η ανάγκη για αλλαγή του μεγέθους των μονάδων είναι συνεχής

⁶⁰ Λευτάκης, Α., *Κόστος νοσηλείας σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, 1^ο Επιστημονικό Συμπόσιο, Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική-Εξελίξεις-Προβληματισμοί-Προοπτικές, Πάτρα 2002, σελ. 194

⁶¹ Λεμονίδου, Χ., *Στρατηγικές μείωσης του κόστους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό Νοσηλευτική, τόμος 34, τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1995, σελ. 19

- Η υποστήριξη πολλών εκπαιδευτικών και ερευνητικών δραστηριοτήτων
- Τα κριτήρια εισαγωγής είναι ποικίλα
- Η μεγάλη χρησιμοποίηση υποστηρικτικών υπηρεσιών.⁶²

6.4 ΤΡΟΠΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ

Περιορισμός του κόστους σημαίνει μείωσή του από τα σημερινά επίπεδα, πρόληψη παραπέρα αύξησης από τα σημερινά επίπεδα ή μείωση του ρυθμού αύξησής του. Ο βασικός περιοριστικός παράγοντας στην μείωση του κόστους είναι ότι συνδέεται με μείωση της ποιότητας της φροντίδας.

Ο περιορισμός του κόστους συνεπάγεται γνώση, παρακολούθηση, διαχείριση και κίνητρα για την αποφυγή, μείωση και συγκράτηση του κόστους.

1. Η γνώση του κόστους επικεντρώνει την προσοχή των εργαζομένων στο κόστος. Η μεταβίβαση του οικονομικού σχεδιασμού σε επίπεδο μονάδων αυξάνει την επίγνωση. Η διοίκηση πρέπει να παρέχει στο προσωπικό την ανάλογη εκπαίδευση πριν παραχωρήσει την ευθύνη.
2. Η παρακολούθηση του κόστους επικεντρώνεται στο πόσα θα ξοδευτούν, πότε και γιατί.
3. Η διαχείριση του κόστους επικεντρώνεται στο τι μπορεί να γίνει και από ποιον για τη μείωση του κόστους. Είναι σημαντικό να υπάρχουν προγράμματα, σχεδιασμός, σκοποί και στρατηγικές.
4. Τα κίνητρα κόστους συνιστούν τη μείωση του κόστους με επιβράβευση της επιθυμητής συμπεριφοράς. Οι προσπάθειες του προσωπικού πρέπει να αναγνωρίζονται με την υιοθέτηση των καλύτερων ιδεών για εξοικονόμηση χρημάτων και με την επιβράβευση για καλή παρακολούθηση.
5. Η αποφυγή του κόστους σημαίνει να μην αγοράζονται υλικά, τεχνολογία και υπηρεσίες.
6. Μείωση του κόστους σημαίνει λιγότερες δαπάνες για προϊόντα και υπηρεσίες. Ο βαθμός της μείωσης εξαρτάται από το μέγεθος της μονάδας, την προηγούμενη αποδοτικότητα, τις δεξιότητες των προϊσταμένων και τη συνεργασία του προσωπικού.

⁶² Λεμονίδου, Χ., *Στρατηγικές μείωσης του κόστους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό Νοσηλευτική, τόμος 34, τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1995, σελ. 19-20

7. Ο έλεγχος του κόστους περιλαμβάνει την αποτελεσματική χρησιμοποίηση των διαθέσιμων πόρων με προσεκτική πρόβλεψη, σχεδιασμό, επεξεργασία του προϋπολογισμού, αναφορές και παρακολούθηση. Το κόστος της ιατρικής φροντίδας ελέγχεται σχεδόν αποκλειστικά από του γιατρούς. Επομένως πρέπει να πειστούν για την ανάγκη να κάνουν αλλαγές και ότι όσα χρησιμοποιούνται στη φροντίδα των ασθενών σε ρουτίνα ίσως δεν είναι απαραίτητα.⁶³

6.5 ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΡΩΝ

Για την επίτευξη ορθολογικής χρήσης των περιορισμένων μέσων και πόρων της ΜΕΘ υπάρχουν κάποιες δραστηριότητες που μπορούν να συμβάλλουν αποφασιστικά και είναι:

- Βέλτιστη εκπαίδευση του προσωπικού
- Ισχυροποίηση της ικανότητας πρόγνωσης βαρύτητας της νόσου όχι μόνο μέσα στη ΜΕΘ αλλά και πριν την εισαγωγή
- Εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων
- Πρόληψη και επαγρύπνηση για την έγκαιρη διάγνωση επιπλοκών, κυρίως των λοιμώξεων
- Μελέτες για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας νέων φαρμάκων και νέας τεχνολογίας πριν την ευρεία κλινική χρήση τους
- Εφαρμογή αυστηρής πολιτικής χρήσης των αντιβιοτικών, ώστε να περιοριστεί το φαινόμενο ανάπτυξης αντοχής των μικροοργανισμών.⁶⁴

⁶³ Λεμονίδου, Χ., *Στρατηγικές μείωσης του κόστους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό Νοσηλευτική, τόμος 34, τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1995, σελ. 19-20

⁶⁴ Χατζηνικολάου, Κ., *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό Ιπποκράτεια, τόμος 3, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1999, σελ. 158

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 7

Ψ Υ Χ Ο Λ Ο Γ Ι Α

7.1 ΓΕΝΙΚΑ

Η εισαγωγή ενός ασθενούς στη ΜΕΘ σημαίνει ότι υπάρχουν πολύ σοβαρά προβλήματα υγείας τα οποία κάνουν την επιβίωση εξαιρετικά αμφίβολη. Για μια πιο αποτελεσματική σχέση μεταξύ ασθενή και ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να αναγνωριστούν και να αποδεχθούν οι ψυχολογικές αιτίες που μπορούν να επηρεάσουν το περιβάλλον της ΜΕΘ. Όταν οι ασθενείς και οι συγγενείς τους αντιμετωπίζουν την εμπειρία της ΜΕΘ, λίγοι είναι προετοιμασμένοι για το ψυχολογικό τραύμα ή τον καταστρεπτικό αντίκτυπο που θα αντιμετωπίσουν. Το προσωπικό της ΜΕΘ πρέπει να καταλαβαίνει και να επικοινωνεί με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια αυξημένων κρίσεων και αβεβαιότητας.

Υπάρχει αυξημένη ανάγκη να γίνει η ΜΕΘ πιο ανθρώπινη και το προσωπικό να παρέχει ειλικρινή επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Πρέπει να δημιουργείται ένα περιβάλλον όπου οι οικογένειες θα μπορούν να μαθαίνουν πως να χειρίζονται τα αισθήματά τους σε τέτοιες κρίσεις. Η κατανόηση όλων αυτών των ψυχολογικών παραγόντων οδηγεί σε περισσότερο αποδοτικές ιατρικές παρεμβάσεις.⁶⁵

7.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

Είναι γενικά αποδεκτό ότι ένας ασθενής για να εισαχθεί και να νοσηλευθεί στη ΜΕΘ, απειλείται κάποια από τις ζωτικές του λειτουργίες. Στα πλαίσια της αντιμετώπισης του ασθενή, το βάρος δίνεται στην παρακολούθηση και υποστήριξη των οργανικών του λειτουργιών, με σκοπό την κατά το δυνατόν έκβαση της υγείας του. Με αυτό όμως τον τρόπο η ένταση της φροντίδας επικεντρώνεται στα βιολογικά φαινόμενα, αφήνοντας σε δεύτερη μοίρα την αντιμετώπιση των ψυχολογικών αναγκών του ασθενή.

⁶⁵ Civetta, M.J., Taylor, N.R., Kirby, R.R., *Critical Care*, Third Edition, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1997, σελ. 89

Ο ασθενής της ΜΕΘ δεν είναι μόνο ένας οργανικός και βιολογικός μηχανισμός αλλά μία πλήρης βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική ύπαρξη. Επιπλέον, ο χώρος της ΜΕΘ δεν είναι και ο πιο κατάλληλος για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας του ασθενή. Ο ασθενής στο μηχανιστικό περιβάλλον της ΜΕΘ δέχεται την αρνητική επίδραση του παράξενου μηχανισμού, το εκθαμβωτικό φως που χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια των διαφόρων επεμβάσεων, τον εκνευριστικό θόρυβο από τη λειτουργία των μηχανημάτων, τις δυσσομίες και το συνεχιζόμενο όλο το 24ωρο φωτισμό. Εκτός από τα παραπάνω και άλλοι παράγοντες όπως παρατεταμένος κλινοστατισμός, υποχρεωτική ακινησία, αδυναμία ομιλίας, προκαλούν έλλειψη φυσικής άνεσης και εμφάνιση άγχους. Όταν αυτές οι συνθήκες συνδυαστούν με μερική ή παντελή έλλειψη επικοινωνίας, τότε το άγχος μεταβάλλεται σε αγωνία, φόβο, stress και ο ασθενής αρχίζει να νιώθει μόνος μέσα στο περιβάλλον της ΜΕΘ.⁶⁶

Αν συνδυάσουμε τα παραπάνω με τις επεμβατικές διαδικασίες, την έλλειψη μοναχικότητας, τον αποχωρισμό του ασθενή από την οικογένεια του και την ακινησία συνθέτουν τις πιο σοβαρές αιτίες που διαταράσσουν την ησυχία, την ηρεμία και τον ύπνο του ασθενή. Ακόμη, το περιβάλλον στερεί τον ασθενή από τα φυσιολογικά ερεθίσματα ενώ τον βομβαρδίζει με πληθώρα ερεθισμάτων που του αυξάνουν το stress.⁶⁷

Σχεδόν κάθε ασθενής που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ μπορεί να εμφανίσει κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του διάφορες ψυχολογικές εκδηλώσεις. Η ένταση αυτών των εκδηλώσεων ποικίλλει όχι μόνο από ασθενή σε ασθενή αλλά και από χρονική περίοδο σε χρονική περίοδο για τον ίδιο ασθενή. Εξάλλου η ύπαρξη μιας ψυχολογικής εκδήλωσης δεν αποκλείει και την παρουσία και άλλων. Επίσης, αν και υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που κάνουν πιο επικίνδυνη την εμφάνιση τέτοιων εκδηλώσεων στους ασθενείς της ΜΕΘ, η προϋπαρξη ψυχικών διαταραχών στο ιστορικό των ασθενών αυτών δεν είναι συνηθισμένη.⁶⁸

⁶⁶ Γιαννούλης, Ν., Η ανάγκη επικοινωνίας του ασθενή στη ΜΕΘ, 2^η Επιστημονική Ημερίδα Η Νοσηλευτική στις ΜΕΘ στον 21^ο αιώνα, Αθήνα 1999, σελ. 61

⁶⁷ Πλατή Δ., Χ., *Η Νοσηλευτική στις σύγχρονες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό Νοσηλευτική, τόμος 32, τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1993, σελ. 97

⁶⁸ Ρούσσο, Χ., *Εντατική θεραπεία-Συμπλήρωμα*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1998, σελ. 142

7.3 ΕΙΔΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ

Αντιμέτωπος με την ακραία εμπειρία της νοσηλείας στη ΜΕΘ ο ασθενής κινητοποιεί συνειδητούς και ασυνείδητους ψυχολογικούς μηχανισμούς για να κατορθώσει να προσαρμοστεί. Όμως η κατάσταση στην οποία βρίσκεται είναι τόσο έντονη ώστε συχνά παρουσιάζει μία ή περισσότερες από τις παρακάτω ψυχολογικές αντιδράσεις:

- αμηχανία
- άγχος
- φόβο
- αγωνία
- θλίψη
- κατάθλιψη
- έλλειψη συνεργασίας
- θυμό-οργή
- επιθετικότητα.

Το ποιες ψυχολογικές αντιδράσεις θα εμφανισθούν και σε ποια χρονική στιγμή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας εξαρτάται από διάφορους παράγοντες που αφορούν τον ασθενή (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο κ.λ.π.), την ασθένειά του (σοβαρότητα νόσου κ.λ.π.) και το νοσηλευτικό και το οικογενειακό περιβάλλον (επίπεδο παροχής φροντίδων, στάση υποστήριξης κ.λ.π.)⁶⁹

Το σημαντικότερο όμως που έχει να αντιμετωπίσει ο ασθενής στη ΜΕΘ είναι το stress. Ένας από τους λόγους που προκαλούν το stress είναι η ύπαρξη του πόνου. Ο πόνος συμβάλλει ώστε ο ασθενής να νιώσει έλλειψης δύναμης και τον κάνει πιο ευάλωτο σε άλλους παράγοντες που διαφορετικά ίσως να μην τον επηρέαζαν.

Επιπλέον, η αγωνία και ο φόβος για τον θάνατο αυξάνουν το αίσθημα του stress. Η ασθένεια που απειλεί τη ζωή του ασθενή προκαλεί την εμφάνιση μιας ισχυρής αμυντικής συμπεριφοράς που μπορεί να αντιμετωπιστεί επιτρέποντας στον ασθενή να μιλήσει για τα αισθήματά του. Για κάποιους ασθενείς η πιθανότητα του θανάτου είναι υπαρκτή αλλά όχι βέβαιη. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι ασθενείς και οι οικογένειες πρέπει να εκπαιδεύονται στο πως θα είναι η ζωή μετά την έξοδο από τη

⁶⁹ Ρούσσος, Χ., *Εντατική θεραπεία-Συμπλήρωμα*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1998, σελ. 1442-1443

ΜΕΘ σαν ένα τρόπο αντιμετώπισης την αβέβαιη πρόγνωση. Οι ασθενείς που δεν έχουν καμία ελπίδα μπορεί να αντιδρούν πολύ διαφορετικά. Μερικοί θα θέλουν να εκφράσουν τα αισθήματά τους και άλλοι όχι.

Ο θόρυβος είναι και αυτό ένα σημαντικός παράγοντας που προκαλεί stress κυρίως γιατί συνδέεται με αύξηση στις λειτουργίες του οργανισμού και διαταραχή του ύπνου. Οι κύριες πηγές θορύβου στη ΜΕΘ είναι ο εξοπλισμός και το προσωπικό. Το περιβάλλον της ΜΕΘ έχει απόλυτη ησυχία και οι ενδείξεις του εξοπλισμού για τις ζωτικές λειτουργίες ακούγονται δυνατά. Περισσότερο θόρυβο από τον εξοπλισμό προκαλούν οι συζητήσεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που όμως μπορούν να αποφευχθούν αντίθετα από το θόρυβο του εξοπλισμού.⁷⁰

7.4 ΓΕΝΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Η σημαντικότερη ικανότητα την οποία πρέπει να διαθέτουν τα μέλη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι να μπορούν να αναγνωρίζουν τις ψυχολογικές αντιδράσεις των ασθενών και να τις τοποθετούν στη σωστή τους διάσταση. Η κατανόηση αυτή έχει ως αποτέλεσμα την κατάλληλη προσέγγιση με θετικές επιπτώσεις ως προς την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης ψυχολογικής αντίδρασης. Συνήθως η επίδειξη ενδιαφέροντος από ικανό, στην επιτέλεση των καθηκόντων του, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί τον πιο αποτελεσματικό παράγοντα για την καθησύχηση του άγχους και των φόβων του ασθενή.

Με τη λήψη των παρακάτω μέτρων μπορεί όχι μόνο να μειώνεται η ένταση των ψυχολογικών συμπτωμάτων αλλά ακόμη και να προληφθεί η εμφάνισή τους.

- Συνεχή και αδιάλειπτη παρακολούθηση του ασθενή
- Αποφυγή τοποθέτησης του ασθενή δίπλα σε άλλον ασθενή
- Μείωση της μονοτονίας των ερεθισμάτων που μπορεί να δημιουργήσουν συνθήκες αισθητηριακής απομόνωσης
- Αποφυγή μη απαραίτητων παρεμβάσεων ή άλλων ενοχλήσεων του ασθενή και ρύθμιση της εναλλαγής ερεθισμάτων ώστε να μη διαταράσσεται ο βιολογικός καθορισμένος κύκλος ύπνου-εγρήγορης

⁷⁰ Clochesy, J.M., Breu, C., Cardin, S., Ruby, B.E., Whittaker, A.A., *Critical Care Nursing*, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1993, σελ. 80-81

- Χρήση εμφανών στοιχείων στο περιβάλλον του ασθενή με τα οποία να επιδιώκεται η διατήρηση επαρκούς προσανατολισμού
- Διάθεση επαρκούς χρόνου για την εγκατάσταση και τη διατήρηση καλής σχέσης ιατρού-ασθενή καθώς και για την αντιμετώπιση των συναισθηματικών ή άλλων αναγκών της οικογένειας.⁷¹

7.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Αφού η οικογενειακή ενότητα είναι το άθροισμα των μελών της, όταν ένα μέλος της εισαχθεί στη ΜΕΘ, ολόκληρη η οικογένεια επηρεάζεται. Η εισαγωγή στη ΜΕΘ απειλεί την πιο βασική λειτουργία της οικογένειας δηλαδή την υποστήριξη των βασικών αναγκών επιβίωσης των μελών της. Οι οικογένειες αντιδρούν αυτόματα στην εισαγωγή του ατόμου στη ΜΕΘ με έναν τρόπο που θα προκαλεί τη μικρότερη διάσπαση και αναστάτωση στην οικογενειακή δομή και το ασθενές μέλος της.

Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της παραμονής και νοσηλείας στη ΜΕΘ του μέλους της οικογένειας, η οικογένεια χωρίζεται από το ασθενές μέλος και είναι αμφιταλαντευόμενη. Από τη μια πλευρά, είναι ανακουφισμένη ότι ο ασθενής λαμβάνει την καλύτερη δυνατή φροντίδα αλλά από την άλλη πλευρά, νιώθει ότι χάνει τον έλεγχο του τι συμβαίνει στον ασθενές μέλος της.

Εφόσον, ο ασθενής εισαχθεί στη ΜΕΘ η διαδικασία που ακολουθεί η οικογένεια για να προσαρμοστεί χωρίζεται σε τρεις φάσεις. Αρχικά, με την εισαγωγή στη ΜΕΘ η οικογένεια πρέπει να μπορέσει να ανταποκριθεί στην περίοδο αμφιβολίας μέχρι να οριστικοποιηθεί η διάγνωση. Χωρίς την επίγνωση του τι συμβαίνει πραγματικά στον ασθενή τα μέλη της νιώθουν ενοχή που δεν μπορούν να τον βοηθήσουν. Ύστερα, μετά την διάγνωση, η οικογένεια έχει να αντιμετωπίσει τις μακροχρόνιες προοπτικές της ασθένειας. Η συμπεριφορά των μελών αλλάζει για να χειριστεί συναισθήματα όπως η έλλειψη δύναμης, φόβο, ενοχή και αμφιβολία που συνδέονται με τον πόνο και τη δοκιμασία του ασθενή. Αυτό είναι το σημείο που η οικογένεια μαθαίνει να συνεννοείται με το προσωπικό. Η τελική έκβαση της ασθένειας μπορεί να είναι θεραπεία, καλύτερευση ή θάνατος. Με την θεραπεία προσπαθούν να επανακτήσουν την λειτουργία που υπήρχε πριν την ασθένεια. Με την καλύτερευση υπάρχει ταλάντευση ανάμεσα στην χαρά για την έξοδο από την ΜΕΘ

⁷¹ Ρούσσος, Χ., *Εντατική θεραπεία-Συμπλήρωμα*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1998, σελ. 1443, 1447-1448

και τον φόβο της επανεισαγωγής. Με το θάνατο πρέπει να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν την απώλεια και να προσαρμοστούν.⁷²

7.6 ΑΝΑΓΚΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Οι ανάγκες της οικογένειας κατά τη διάρκεια της παραμονής ενός μέλους της στη ΜΕΘ είναι:

- Για ελπίδα. Κατά τη διάρκεια μιας κρίσης, όταν τα άτομα χάνουν την αίσθηση του ελέγχου για μια κατάσταση, η έλλειψη ελπίδας είναι συνηθισμένη αντίδραση. Τα μέλη της οικογένειας ερμηνεύουν την έννοια «ελπίδα» ως ελπίδα ότι ο ασθενής συγγενής θα καλυτερεύσει. Αυτή η ερμηνεία οδηγεί στην μη ικανοποίηση της ανάγκης αν η κατάσταση του ασθενή δεν βελτιωθεί.
- Για πληροφόρηση. Σε περιόδους όπου η οικογένεια νιώθει απομονωμένη από τον ασθενή συγγενή, η πληροφόρηση τους δίνει μια αίσθηση ελέγχου και μπορεί να ανακουφίζει μερικές από τις αγωνίες τους. Τα μέλη της οικογένειας δεν είναι επιλεκτικά στις πληροφορίες που αναζητούν. Θέλουν οποιαδήποτε πληροφορία μπορούν να αποκτήσουν. Τα ενδιαφέροντά τους ποικίλλουν από πληροφορίες για τη διάγνωση και την πρόγνωση σε πιο ασήμαντες πληροφορίες όπως το πώς τρώει ή κοιμάται ο ασθενής. Επίσης, ζητούν ειλικρινείς και πρόσφατες πληροφορίες. Δε θέλουν να νιώσουν έκπληξη από μια αλλαγή στην κατάσταση του συγγενή τους όταν τον επισκέπτονται και να φοβούνται ότι τους έχουν αποκρύψει πληροφορίες. Αναζητούν πληροφορίες από οποιονδήποτε μπορεί να τις παρέχει μέχρι να λάβουν ενδείξεις ότι ο ασθενής, πραγματικά ή όχι, καλυτερεύει. Αν και αναζητούν και συχνά απαιτούν πληροφορίες, η ικανότητα κατανόησης συνήθως επηρεάζεται από συναισθηματική και γνωστική αναστάτωση που προκύπτει από την κατάσταση κρίσης.
- Να βρίσκεται με τον ασθενή. Τα μέλη της οικογένειας έχουν ανάγκη να βρίσκονται με τον ασθενή ιδιαίτερα κατά την εισαγωγή και τη διάγνωση. Δεν είναι συνήθως προετοιμασμένοι γι' αυτή την πρωτόγνωρη εμπειρία και νιώθουν πιο άνετα βλέποντας το συγγενή τους παρά στηριζόμενοι σε αναφορές του προσωπικού που είναι ξένοι και για τον ασθενή και για την οικογένεια. Κατά τη διάρκεια μια κρίσης δε σκέφτονται πάντα καθαρά και αν δε τους επιτρέπεται η

⁷² Clochesy, J.M., Breu, C., Cardin, S., Ruby, B.E., Whittaker, A.A., *Critical Care Nursing*, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1993, σελ. 91

επίσκεψη ίσως φαντάζονται ένα σενάριο πολύ χειρότερο από ότι πραγματικά συμβαίνει. Οι περιορισμένες ή αραιές επισκέψεις ίσως οδηγήσουν σε μεγαλύτερη αγωνία σύγχυση. Αφού οι επισκέψεις της οικογένειας είναι συνήθως ωφέλιμες για την ίδια αλλά και τον ασθενή, οι παραδοσιακές περιοριστικές πολιτικές επισκέψεων πρέπει να αντικατασταθούν από πιο επεικειές πολιτικές.

- Να είναι χρήσιμη στον ασθενή. Δεν είναι περίεργο που οι οικογένειες πιστεύουν ότι βοηθούν το ασθενές μέλος. Συνήθως, τα μέλη της οικογένειας που έχουν πρόβλημα αναζητούν βοήθεια από άλλα μέλη. Η εισαγωγή στη ΜΕΘ, όμως, καθιστά τα μέλη της οικογένειας ανίκανα να προσφέρουν και να παρέχουν τη βοήθεια που πιστεύουν ότι είναι ένα σημαντικό μέρος του ρόλου τους.
- Να πιστεύει στη φροντίδα του προσωπικού για τον ασθενή. Τα μέλη της οικογένειας είναι υποχρεωμένα να μεταφέρουν το ρόλο της φροντίδας και της υποστήριξης όταν το ασθενές μέλος νοσηλεύεται. Είναι δύσκολο για την οικογένεια να σκεφτεί ότι ξένοι φροντίζουν για τον αγαπημένο τους. Αν πιστέψουν ότι το προσωπικό έχει γνήσιο ενδιαφέρον για το συγγενή τους τότε μπορούν να αντιμετωπίσουν τη νοσηλεία πιο εύκολα.
- Προσωπικές ανάγκες. Οι οικογένειες έχουν επίσης μια ανάγκη για συναισθηματική υποστήριξη. Δεν απαιτούν από το προσωπικό να καλύψει αυτές τις ανάγκες γιατί πιστεύουν ότι το προσωπικό πρέπει να κατευθύνει τις ενέργειές του προς την φροντίδα του ασθενή.⁷³

7.7 ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Έρευνες έχουν αποδείξει ότι το περιβάλλον της ΜΕΘ δημιουργεί πολύ stress ακόμα και για καλύτερα προετοιμασμένο προσωπικό. Κάποιοι από τους παράγοντες που προκαλούν αυτό το stress είναι οι διαμάχες μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών, η έλλειψη προσωπικού, η βαριά εργασία, η συνεχής απειλή του θανάτου, δυσάρεστες εικόνες και μυρωδιές, η έλλειψη επιβράβευσης κτλ.

Ένας όρος που χρησιμοποιείται διεθνώς, το «σύνδρομο burnout», περιγράφει την πνευματική και σωματική κατάρρευση που μπορεί να έχει κάποιος μέλος του προσωπικού της ΜΕΘ. Οι παράγοντες που αναφέρθηκαν προηγουμένως μπορούν να

⁷³ Clochesy, J.M., Breu, C., Cardin, S., Ruby, B.E., Whittaker, A.A., *Critical Care Nursing*, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1993, σελ. 94-98

οδηγήσουν στην κατάρρευση. Το κόστος που έχει είναι υψηλό και επηρεάζει το μέλος του προσωπικού, τη Μονάδα και τον ασθενή. Η γνώση των συμπτωμάτων διευκολύνει την γρήγορη διάγνωση της ύπαρξης του προβλήματος και την κατάλληλη παρέμβαση.

Παρόλο που το stress και η κατάρρευση είναι επαγγελματικά προβλήματα πρέπει να αντιμετωπιστούν από κάθε μέλος του προσωπικού ξεχωριστά. Αρχικά το προσωπικό πρέπει να μετατρέπει θέτει συγκεκριμένους και ρεαλιστικούς στόχους. Με αυτό τον τρόπο είναι δυνατό να καταγράφεται η πρόοδος και να επιτυγχάνεται ένα αίσθημα εκπλήρωσης.

Συνήθως το προσωπικό, και ειδικά οι νοσηλευτές, είναι αδύνατο να φύγουν από το κρεβάτι του ασθενή και, δυστυχώς, αυτό αποτελεί μία καθημερινή κατάσταση. Η ύπαρξη διαλειμμάτων είναι αναγκαία και η δημιουργική χρήση τους βοηθά στη συναισθηματική φόρτιση που περιλαμβάνει απομάκρυνση από το χώρο της δουλειάς για λίγο περπάτημα, διάβασμα ενός βιβλίου κλπ. Οι νοσηλευτές δεν πρέπει να χρησιμοποιούν τα διαλείμματα για να ασχολούνται με γραφική εργασία. Χωρίς τα διαλείμματα τα οφέλη που προέρχονται από της εργασία με βάρδιες μπορούν να προκαλέσουν μείωση της αποτελεσματικότητας, της ενέργειας και της υπομονής και αύξηση των λαθών και της σωστής κρίσης.

Ένας από τους παράγοντες που οδηγούν στην εξάντληση είναι η αποκλειστική απασχόληση με άτομα που είναι πολύ σοβαρά και βρίσκονται σε κρίση. Αυτή η αρνητική πλευρά μπορεί να εξισορροπηθεί με την έμφαση σε ότι είναι ευχάριστο ή ικανοποιητικό στις σχέσεις των ατόμων.⁷⁴

Επιπλέον, μέτρα που θα μπορούσαν να ληφθούν για να βοηθήσουν το προσωπικό της ΜΕΘ θα ήταν:

- Τακτικές ομαδικές συναντήσεις για ανταλλαγή απόψεων
- Περιοδικές μετακινήσεις σε άλλες Μονάδες
- Επαρκής στελέχωση
- Κατανόηση των προβλημάτων από μέρους της διοίκησης
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση
- Ρύθμιση του χρόνου εργασίας.⁷⁵

⁷⁴ Clochesy, J.M., Breu, C., Cardin, S., Ruby, B.E., Whittaker, A.A., *Critical Care Nursing*, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1993, σελ. 104, 107

⁷⁵ Πλατή Δ., Χ., *Η Νοσηλευτική στις σύγχρονες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό Νοσηλευτική, τόμος 32, τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1993, σελ. 99

ΜΕΡΟΣ 2^ο

ΟΙ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΤΟΥ Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»
ΚΑΙ
ΤΗΣ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 8

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Ν Ο Σ Ο Κ Ο Μ Ε Ι Ο Π Α Τ Ρ Ω Ν
« Ο Α Γ Ι Ο Σ Α Ν Δ Ρ Ε Α Σ »8.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ^{76,77,78}

Η ιστορία του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» ξεκινά από τον 19^ο αιώνα. Σε οικόπεδο κάτω από το Φρούριο Πατρών άρχισε να λειτουργεί, το 1872, το Δημοτικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για να καλύψει ανάγκες νοσηλείας ασθενών της πόλης αφού δεν υπήρχε μέχρι τότε άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα τέτοιων δυνατοτήτων στην περιοχή. Στην αρχή δημιουργήθηκαν παθολογικό και χειρουργικό τμήμα με 10 κλίνες συνολικά. Η διοίκηση του Νοσοκομείου ασκούνταν από ένα πενταμελές συμβούλιο που ονομαζόταν Αδελφάτο και οριζόταν από το Δημοτικό Συμβούλιο. Τα έσοδα του Νοσοκομείου προέρχονταν από τα νοσήλια ετεροδημοτών, δωρεές και τον δημοτικό προϋπολογισμό.

Με την πάροδο των χρόνων προστέθηκαν, με ταυτόχρονη κτιριακή ανάπτυξη, φαρμακείο, οδοντιατρικό και μαιευτικό τμήμα, ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο, τμήμα αιμοδοσίας και λοιμωδών νόσων καθώς και τα εξωτερικά ιατρεία παθολογικό, χειρουργικό, οφθαλμολογικό και ωτορινολαρυγγολογικό. Το 1913 ανεγείρεται ο Ιερός Ναός Αγίου Χαραλάμπους και το 1931 ιδρύεται Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων διετούς φοίτησης. Οι ασθενείς που εξυπηρετούνταν προέρχονταν όχι μόνο από το Νομό Αχαΐας αλλά και από γειτονικούς νομούς, τη βορειοδυτική Ελλάδα και τα Ιόνια Νησιά.

Επειδή, όμως, ο αριθμός των ασθενών αυξανόταν συνέχεια και ο δήμος δεν μπορούσε να αντεπεξέλθει στις αυξημένες ανάγκες μετατράπηκε σε κρατικό με το ΦΕΚ 79/27-4-59 και μετονομάστηκε σε Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» με διοίκηση από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο.

Με την κρατικοποίηση του Νοσοκομείου λύθηκαν πολλά προβλήματα εξοπλισμού και διαφόρων ελλείψεων. Η απαίτηση για ανάπτυξη νέων τμημάτων δεν

⁷⁶ Τεχνική Υπηρεσία Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

⁷⁷ Μαρασλής, Α., *Ιατρική και γιατροί στην Πάτρα*, Εκδόσεις Μαρασλή, Αθήνα 1978, σελ. 263-308

⁷⁸ Διαμαντόπουλος, Α., Στρατάκος, Γ., *Η ιστορία ενός μουσείου ιστορίας της ιατρικής, Αχαϊκές* Εκδόσεις, σελ. 15-50

μπορούσε να ικανοποιηθεί στο υπάρχον κτίριο. Με τη δωρεά Δεμίρη αποκτήθηκε το νέο οικόπεδο και ξεκίνησαν οι απαραίτητες εργασίες. Ο σχεδιασμός των αρχικών κτιρίων του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», που αποτελείται από το Κεντρικό Κτίριο και τη Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων, ολοκληρώθηκε το 1964. Η ανέγερση τους ξεκίνησε το 1966 και η παράδοση σε χρήση έγινε το 1974. Από το 1981 έως το 1988 στο Νοσοκομείο λειτουργούσαν οι Πανεπιστημιακές Κλινικές οπότε και λειτούργησε το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών στο Ρίο. Η Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων πλέον λειτουργεί μόνο για τη διδασκαλία και όχι την διαμονή των μαθητριών όπως γινόταν παλιότερα.

Επειδή, όμως, το Κεντρικό Κτίριο δεν επαρκούσε για να στεγάσει τις αυξανόμενες ανάγκες, το 1985 κατασκευάστηκε και παραδόθηκε σε χρήση το Ταχύρυθο Κτίριο που βρίσκεται στο ίδιο οικόπεδο. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου το 1994 η ονομασία του άλλαξε σε «Γεώργιος Γεννηματάς». Για τρία χρόνια, ως το 1988, χρησιμοποιήθηκε για τα γραφεία των γιατρών και ως εξεταστήρια. Από το 1998 στο κτίριο στεγάζονται κυρίως οι διοικητικές υπηρεσίες και τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία.

Το 1989 χτίστηκε ο νέος Ιερός Ναός Αγίου Χαραλάμπους. Επιπλέον, το 1986 παραχωρήθηκε από τον Ελληνικό Στρατό το 409 Στρατιωτικό Νοσοκομείο και δημιουργήθηκε το κτίριο με την ονομασία Δορυφορικό Τμήμα. Το κτίριο αυτό βρίσκεται εκτός του οικοπέδου των κύριων κτιρίων του Νοσοκομείου σε μικρή, περίπου 800 μέτρα, απόσταση.

8.2 ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Το συνολικό οικόπεδο του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» έχει έκταση περίπου 55.000 m² και το οικόπεδο του Δορυφορικού Τμήματος περίπου 15.000 m². Το κύριο οικόπεδο περιβάλλεται από τις οδούς:

- Τσερτίδου
- Φλέμινγκ
- Γαληνού
- Γερουλάνου
- Ιπποκράτους
- Γιαννοπούλου



Χάρτης 2-8-1: Γεωγραφική θέση Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» και του Δορυφορικού Τμήματος

Πηγή: www.e-peloponnisos.gr/gr/images/map/patra.htm

ενώ το Δορυφορικό Τμήμα από :

- την οδό Ερυθρού Σταυρού
- την οδό Γηροκομείου
- έκταση πρασίνου γειτονική με το Καραμανδάνειο Νοσοκομείο Παίδων Πατρών.

Η μοναδική είσοδος του κυρίως οικοπέδου του Νοσοκομείου βρίσκεται επί της οδού Τσερτίδου και του δορυφορικού Τμήματος επί της οδού Γηροκομείου. Το κυρίως οικόπεδο καλύπτεται από έκταση γκαζόν και δέντρων. Επίσης, περιλαμβάνει και parking 450 θέσεων. Όλο το οικόπεδο είναι περιφραγμένο με κάγκελα.⁷⁹

Το Γενικό Νοσοκομείο Πατρών χρησιμοποιούν όχι μόνο οι κάτοικοι του Νομού Αχαΐας αλλά και κάτοικοι άλλων νομών κυρίως αυτών που υπάγονται διοικητικά στο Πε.Σ.Υ. Δυτικής Ελλάδας δηλαδή Αιτωλοακαρνανίας και Ηλείας. Το Γενικό Νοσοκομείο του Αγίου προς το παρόν δεν διαθέτει ΜΕΘ αλλά έχει δρομολογηθεί η δημιουργία της. Στην Πάτρα υπάρχει και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο που βρίσκεται στο Ρίο. Μεγάλο μέρος των κατοίκων, όμως, προτιμούν το Γενικό Νοσοκομείο για τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία γιατί βρίσκεται μέσα στην πόλη αντίθετα από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. Τα επείγοντα περιστατικά εξυπηρετούνται και από τα δύο Νοσοκομεία των οποίων οι εφημερίες ακολουθούν την εξής σειρά η οποία αλλάζει κάθε χρόνο την 1^η Σεπτεμβρίου:

1^ο Νοσοκομείο: Δευτέρα-Τετάρτη-Παρασκευή-2^η και 4^η Κυριακή του μήνα

2^ο Νοσοκομείο: Τρίτη-Πέμπτη-Σάββατο-1^η και 3^η Κυριακή του μήνα.⁸⁰

8.3 ΚΤΙΡΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑΤΟΣ ⁸¹

ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΚΤΙΡΙΟ = 13.107 m²

Υπόγειο: 2.732 m²

- Αξονικός Τομογράφος
- Γραμμικός Επιταχυντής
- Μαστογράφος
- Ακτινοθεραπεία
- Νεκροτομείο
- Ηλεκτρομηχανολογικές εγκαταστάσεις

⁷⁹ Τεχνική Υπηρεσία Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», βλ. Παράρτημα

⁸⁰ Γεωργακόπουλος Παναγιώτης, Ιατρός ΜΕΘ, Επιμελητής Β. Πνευμονολογίας

⁸¹ Τεχνική Υπηρεσία Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», βλ. Παράρτημα

- Μαγειρεία
- Τραπεζαρία
- Πλυντήρια
- Γραφεία Σωματείου Εργαζομένων «Ο Ιπποκράτης»
- Γραφείο Ιματισμού
- Γραφείο Τροφίμων-Αποθήκη
- Ραφείο
- Τεχνικοί

Ισόγειο: 2.520 m²

- ΤΕΠ
- Κέντρο Αιμοδοσίας
- Φαρμακείο
- Φυσιοθεραπευτήριο
- Νοσηλευτική Υπηρεσία
- Κυλικείο
- Ενδοσκοπικό
- Γραφεία Ασφάλειας-Οδηγών-Τραυματιοφορέων
- Τηλεφωνικό κέντρο

1^{ος} όροφος: 2.335 m²

- ΜΕΘ
- Ακτινολογικό τμήμα
- Βιοχημικό Τμήμα
- Μικροβιολογικό τμήμα
- Τμήμα Πυρηνικής Φυσικής
- Χειρουργεία

2^{ος} όροφος: 920 m²

- Ορθοπαιδική Κλινική

3^{ος} όροφος: 920 m²

- Ογκολογική Κλινική
- Επέκταση Παθολογικής Κλινικής

4^{ος} όροφος: 920 m²

- Ουρολογική Κλινική
- Πλαστική Χειρουργική Κλινική

5^{ος} όροφος: 920 m²

- Καρδιολογική Κλινική
- Μονάδα Εμφραγμάτων

6^{ος} όροφος: 920 m²

- Χειρουργική Κλινική

7^{ος} όροφος: 920 m²

- Παθολογική Κλινική

ΚΤΙΡΙΟ «ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ» = 6.640 m²

Ισόγειο: 1.660 m²

- Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία

1^{ος} όροφος: 1.660 m²

- Αρχείο
- Αίθουσα Συνελεύσεων
- Εργαστήριο Κυτταρολογίας
- Παθολογοανατομικό Εργαστήριο
- Νευρολογικό Εργαστήριο
- Διαιτολογικό Τμήμα
- Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

2^{ος} όροφος: 1.660 m²

- Διοικητής
- Διοικητική Διευθύντρια
- Συμβούλιο Κρίσης Ιατρών
- Γραφείο Κίνησης Ασθενών
- Τμήμα Πληροφορικής
- Γραφείο Προμηθειών
- Ταμείο
- Τμήμα Προσωπικού
- Λογιστήριο
- Τμήμα Μισθοδοσίας
- Γραφείο Υλικού
- Γραφείο Επιστασίας
- Τμήμα Γραμματείας
- Αιματολογικό Τμήμα
- Τμήμα Τοξικολογίας

- Τεχνική Υπηρεσία

3^{ος} όροφος: 1.660 m²

- Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
- Νεφρολογική Κλινική
- Νοσοκομείο Ημέρας
- Ψυχιατρική Κλινική
- Κοινωνική Υπηρεσία
- Κέντρο Αναφοράς AIDS Δυτικής Ελλάδας
- Γραφείο Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης

ΣΧΟΛΗ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ = 2.625 m²

Υπόγειο: 525 m²

- Κεντρική αποθήκη
- Ηλεκτρομηχανολογικές εγκαταστάσεις

Ισόγειο: 525 m²

- Αίθουσες διδασκαλίας

1^{ος} όροφος: 525 m²

- Θάλαμοι διαμονής

2^{ος} όροφος: 525 m²

- Θάλαμοι διαμονής

3^{ος} όροφος: 525 m²

- Θάλαμοι διαμονής

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ (ΠΡΩΗΝ Σ.Ν. 409) = 4.658 m²

Ισόγειο: 1503 m²

- Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
- Φαρμακείο
- Μαγειρεία
- Αρχείο
- Οικογενειακός Προγραμματισμός
- Ακτινολογικό
- Τραπεζαρία
- Νοσηλευτική Υπηρεσία
- Κυλικείο

- Τεχνική Υπηρεσία
- Γραφείο Κίνησης Ασθενών
- Θυρωρείο
- Ηλεκτρομηχανολογικές εγκαταστάσεις

1^{ος} όροφος: 1245 m²

- Μαιευτική/Γυναικολογική Κλινική
- Νεογνικό Τμήμα
- Αίθουσα Τοκετών

2^{ος} όροφος: 1245 m²

- Οφθαλμολογική Κλινική
- Ωτορυνολαρυγγολογική Κλινική

3^{ος} όροφος: 665 m²

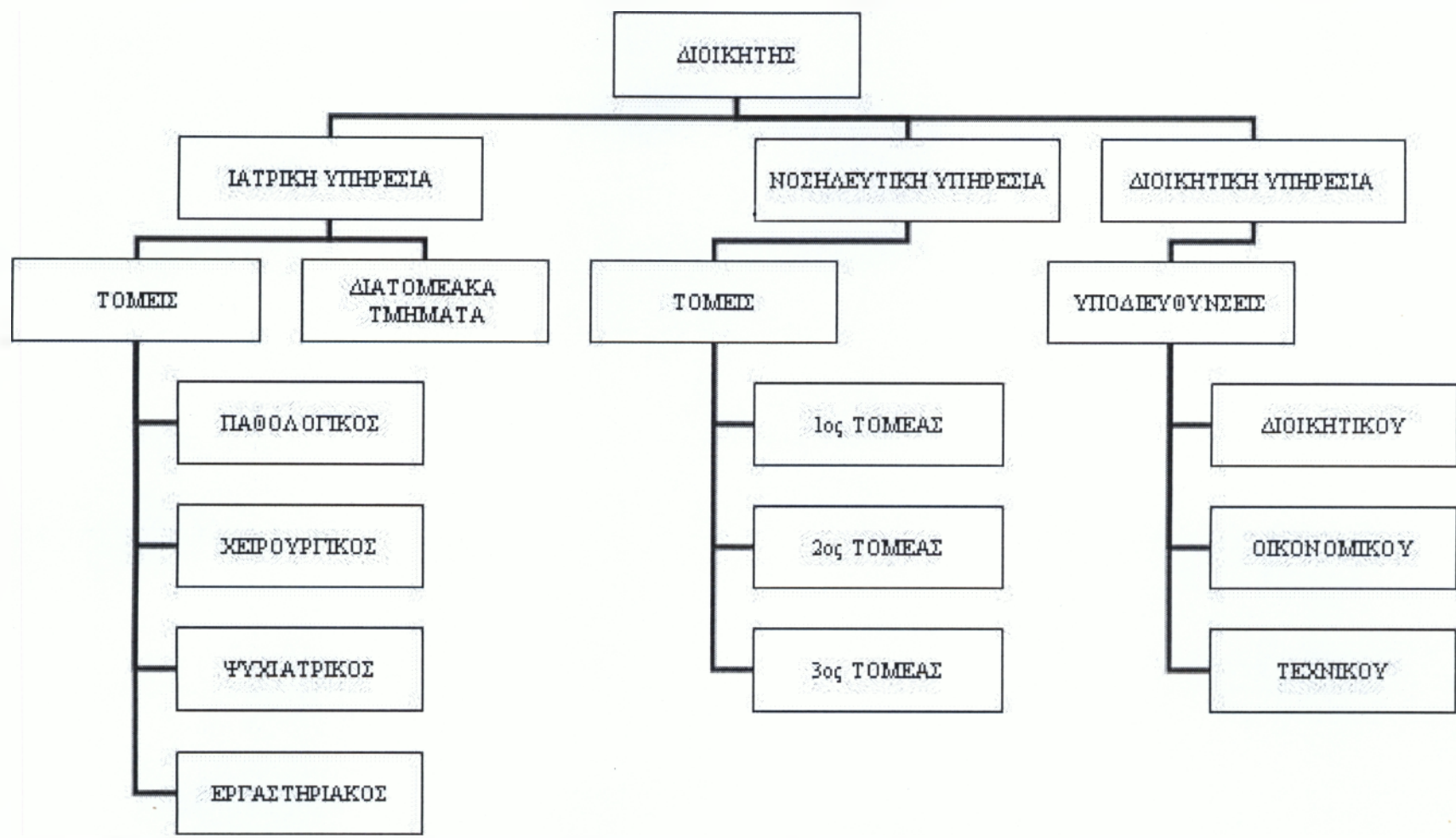
- Χειρουργεία

Δευτερεύοντα κτίρια είναι:

- Θυρωρείο: 80 m²
- Εργοταξιακό κτίσμα: 250 m²
- Ιερός Ναός Αγίου Χαραλάμπους

8.4 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 και Πρόνοιας μέσω των Πε.Σ.Υ.Π. Σύμφωνα με το Ν. 2889/01 το Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» αποτελεί αποκεντρωμένη και ανεξάρτητη υπηρεσιακή μονάδα του Πε.Σ.Υ.Π. Δυτικής Ελλάδος και ορίζεται ως ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ». Έδρα της κεντρικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου είναι η πόλη της Πάτρας. Το Νοσοκομείο έχει στρογγυλή σφραγίδα στην οποία αναγράφονται σε επάλληλους κύκλους ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ - Πε.Σ.Υ.Π. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ - ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ». Όργανα διοίκησης του Νοσοκομείου είναι το Συμβούλιο Διοίκησης και ο Διοικητής.



Οργανόγραμμα 2-8-1: Διαρθρωση των υπηρεσιών του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»
Πηγή: Ιδία έρευνα

Σκοπός του Νοσοκομείου είναι:

- 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».
- Η ανάπτυξη και η προαγωγή της ιατρικής έρευνας.
- Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης, συνεχούς εκπαίδευσης γιατρών καθώς και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης λειτουργών άλλων κλάδων υγείας.⁸²

8.5 ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ⁸³

Το Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

1. Ιατρική
2. Νοσηλευτική
3. Διοικητική

Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Διοικητή του Νοσοκομείου. Στο Οργανόγραμμα 2-8-1 παρουσιάζονται συνοπτικά οι υπηρεσίες του Νοσοκομείου.

Ιατρική Υπηρεσία

Σκοπός της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι η προώθηση και η προαγωγή της υγείας, της έρευνας και της εκπαίδευσης, η παροχή υπηρεσιών υγείας και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου διαρθρώνεται όπως φαίνεται παρακάτω:

- Στους τομείς:
 - Παθολογικό
 - Χειρουργικό

⁸² ΦΕΚ 15/15-1-87 τεύχος Β', Αναμόρφωση του Οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», Αθήνα 1987, βλ. Παράρτημα

⁸³ ΦΕΚ 15/15-1-87 τεύχος Β', Αναμόρφωση του Οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», Αθήνα 1987, βλ. Παράρτημα

- Ψυχιατρικό
 - Εργαστηριακό
 - Στα διατομεακά τμήματα:
 - Ημερήσιας Νοσηλείας
 - Επειγόντων Περιστατικών

 - Παθολογικός Τομέας
- Τμήματα:
- Παθολογικό
 - Καρδιολογικό
 - Αιματολογικό
 - Γαστρεντερολογικό
 - Δερματολογικό
 - Νεφρολογικό
 - Ρευματολογικό
- Μονάδες:
- Τεχνητού Νεφρού
 - Αιμοδυναμικής
 - Εμφραγμάτων
 - Μεσογειακής Αναμίας
 - Ενδοσκοπήσεων
 - Χημειοθεραπείας
 - Χρόνιας Φορητής Περιτοναϊκής Διύλισης
- Χειρουργικός Τομέας
- Τμήματα:
- Γενικής Χειρουργικής
 - Ορθοπαιδικό
 - Ουρολογικό
 - Οφθαλμολογικό
 - Ωτορυνολαρυγγολογικό
 - Μαιευτικό-Γυναικολογικό
 - Πλαστικής Χειρουργικής
 - Γναθοχειρουργικό

- Αναισθησιολογικό

Μονάδες:

- Εντατικής Θεραπείας
- Ανάνηψης

- Ψυχιατρικός Τομέας

- Ψυχιατρικό

- Εργαστηριακός Τομέας

Τμήματα:

- Μικροβιολογικό
- Πυρηνικής Ιατρικής
- Ακτινοδιαγνωστικό
- Αξονικής Τομογραφίας
- Αιματολογικό
- Αιμοδοσίας
- Βιοχημικό
- Ιατρικής Φυσικής και Τεχνολογίας
- Φαρμακευτικό

Μονάδες:

- Τοξικολογική
- Ιατροδικαστική

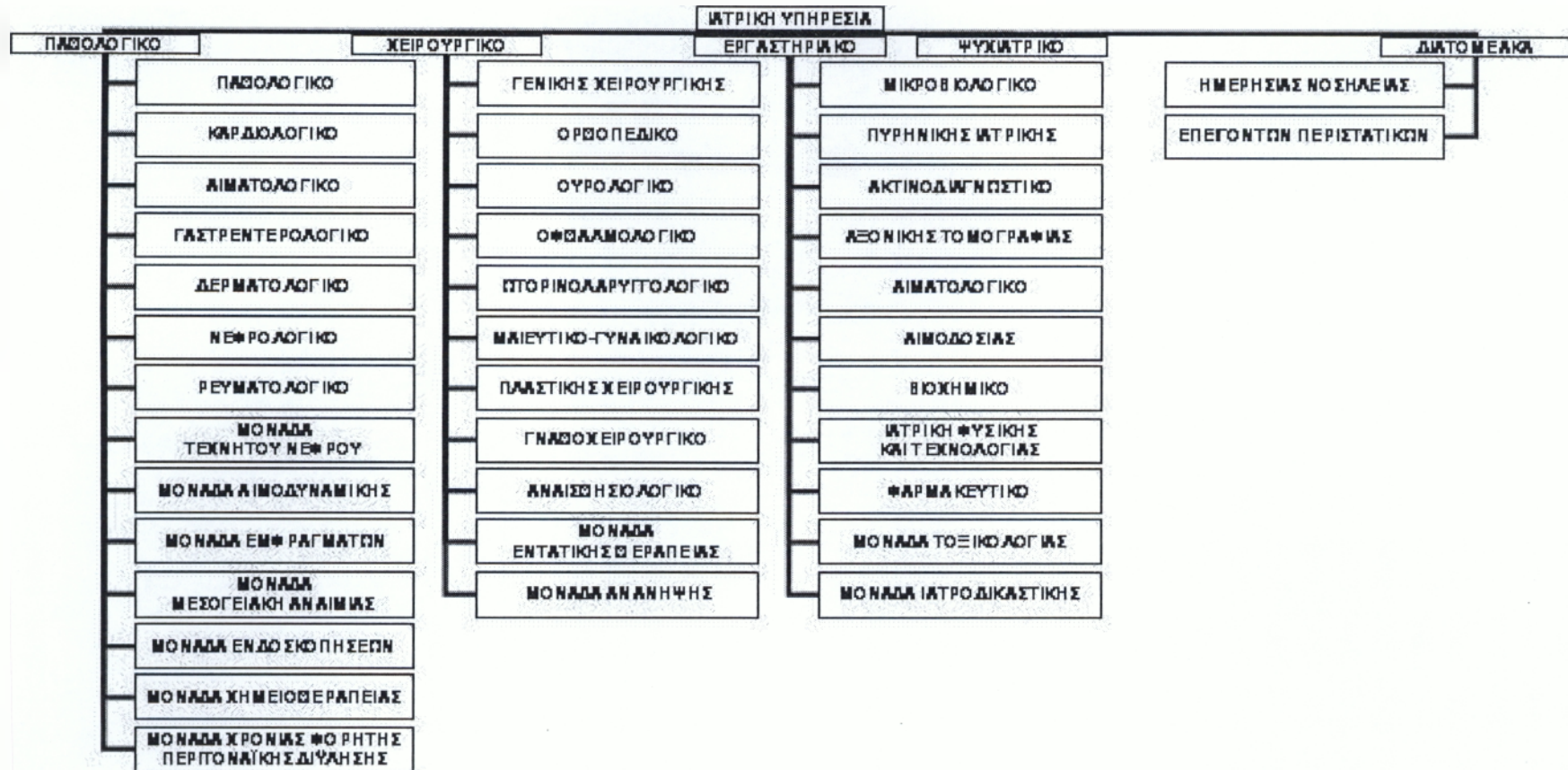
Με συνεχείς αλλαγές στον οργανισμό έχουν προστεθεί νέα τμήματα και ιατρεία που είναι:

- Παθολογικός Τομέας

- Β' Καρδιολογικό
- Γενικής Ιατρικής
- Ογκολογικό-Κλινική Αιματολογία
- Νεογνικό-ΜΕΘ Προώρων
- Ακτινοθεραπευτικό
- Ενδοκρινολογικό
- Νευρολογικό

- Χειρουργικός Τομέας

- Πλαστικής Χειρουργικής
- Β' Αναισθησιολογικό



Οργανόγραμμα 2-8-2: Ιατρική υπηρεσία Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»
Υπόψη: Ιδία έρευνα.

- Οδοντιατρικό
- Νευροχειρουργικό
- Εργαστηριακός Τομέας
 - Παθολογοανατομικό
 - Κυτταρολογικό
- Ψυχιατρικός Τομέας
 - Νοσοκομείο Ημέρας
 - Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Νοσηλευτική Υπηρεσία

Σκοπός της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι η παροχή νοσηλείας στους ασθενείς, η προώθηση και η προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης στον τομέα αυτό και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

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

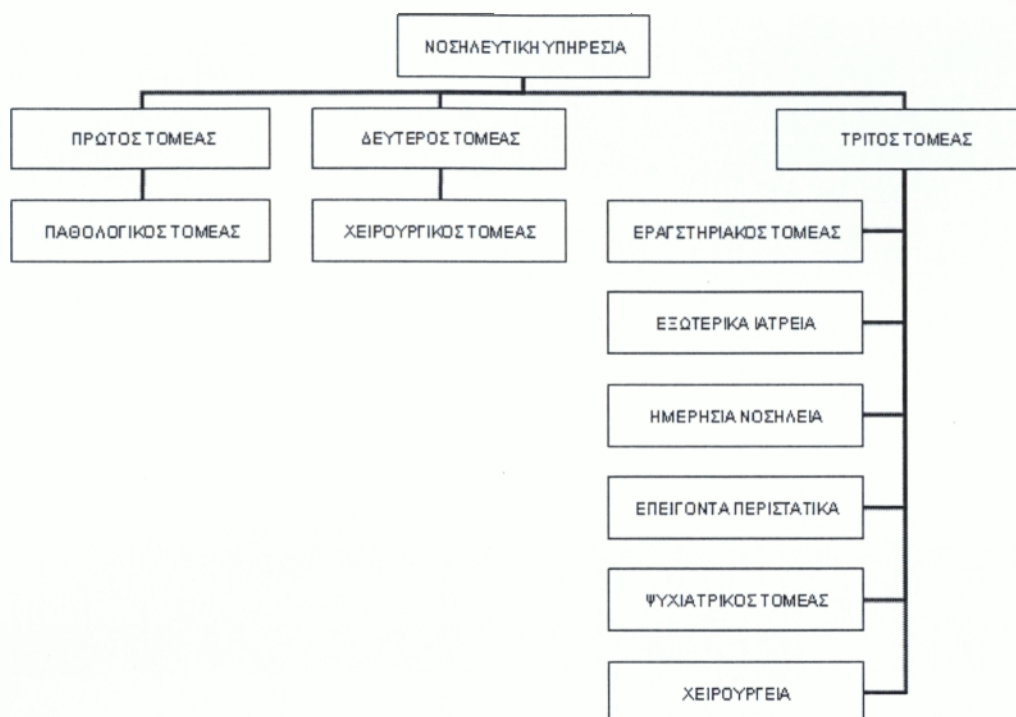
- α) Ο 1^{ος} τομέας σε επτά τμήματα που καλύπτουν τον Παθολογικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας
- β) Ο 2^{ος} τομέας σε οκτώ τμήματα που καλύπτουν τον Χειρουργικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας
- γ) Ο 3^{ος} τομέας σε πέντε τμήματα που καλύπτουν αντίστοιχα τον Εργαστηριακό τομέα, τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, τα διατομεακά τμήματα (Ημερήσιας Νοσηλείας και Επειγόντων Περιστατικών), τον Ψυχιατρικό τομέα και τα χειρουργεία της Ιατρικής Υπηρεσίας.

Στο Νοσοκομείο συνίσταται Νοσηλευτική Επιτροπή που αποτελείται από:

1. Τον Διευθυντή-τρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ως Πρόεδρο
2. Ένα (1) Προϊστάμενο τμήματος από κάθε τομέα
3. Ένα (1) Διπλωματούχο τμήματος από κάθε τομέα.

Τα μέλη II και III εκλέγονται για δύο (2) χρόνια με μυστική ψηφοφορία από το νοσηλευτικό προσωπικό του αντίστοιχου τομέα που συνέρχεται με πρόσκληση του Προϊσταμένου αυτού. Τα μέλη της Νοσηλευτικής Επιτροπής εκλέγουν με μυστική ψηφοφορία τον Αντιπρόεδρο μεταξύ των μελών II και τον Γραμματέα μεταξύ των μελών III. Η Νοσηλευτική Επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά την οργάνωση και λειτουργία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και εισηγείται σχετικά με τον

Πρόεδρό της στα αρμόδια όργανα του Νοσοκομείου.



Οργανόγραμμα 2-8-3: Νοσηλευτική Υπηρεσία Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Πηγή: Ιδία έρευνα

Διοικητική Υπηρεσία

Η Διοικητική Υπηρεσία του Νοσοκομείου αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε 3 Υποδιευθύνσεις:

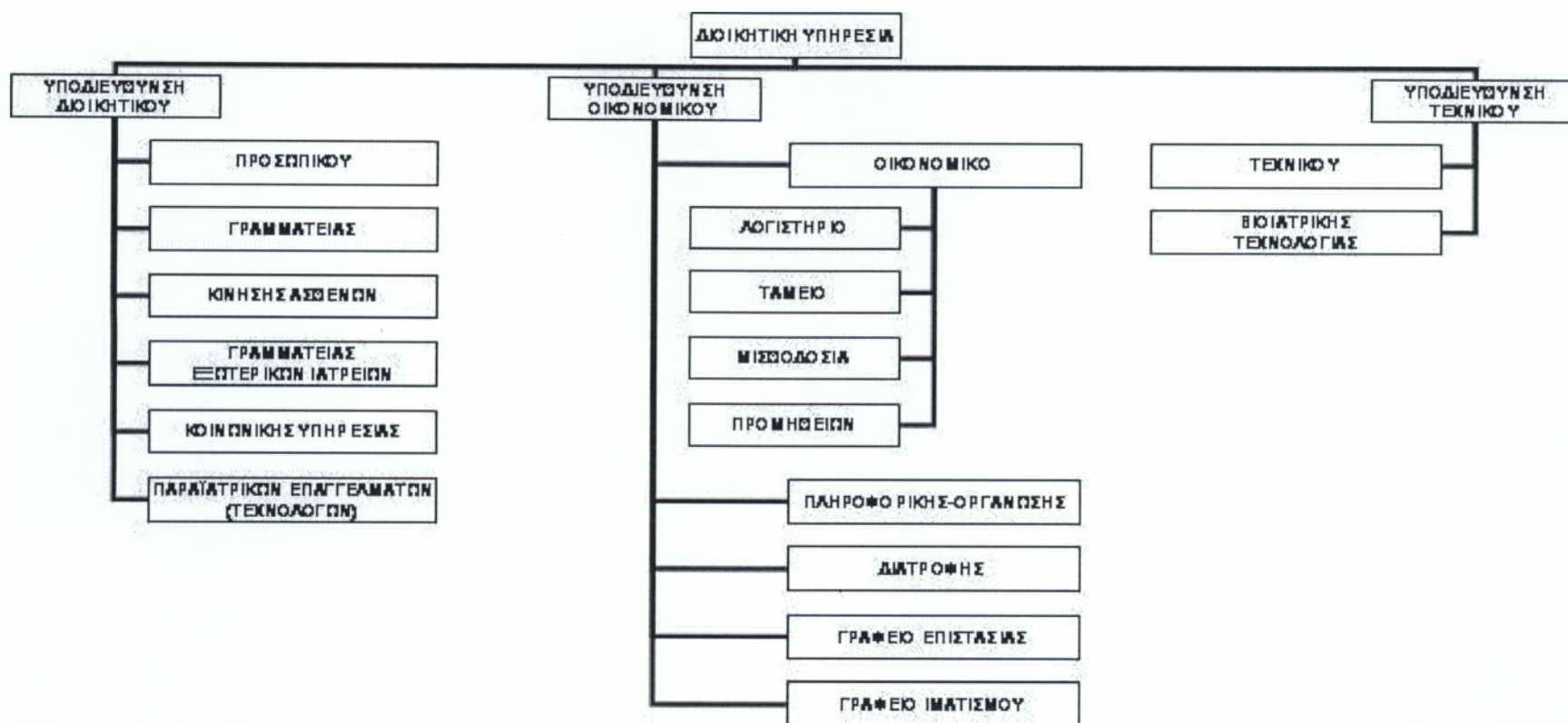
1. Υποδιεύθυνση Διοικητικού
2. Υποδιεύθυνση Οικονομικού
3. Υποδιεύθυνση Τεχνικού

Κάθε Υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή γραφεία ως ακολούθως:

- Υποδιεύθυνση Διοικητικού

Τμήματα:

- Προσωπικού
- Κίνησης Ασθενών
- Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων



Οργανόγραμμα 2-8-4: Διοικητική Υπηρεσία Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»
Πηγή: Ιδία έρευνα

- Κοινωνικής Υπηρεσίας
- Παραϊατρικών επαγγελμάτων (Τεχνολόγων)

- Υποδιεύθυνση Οικονομικού

Τμήματα:

- Οικονομικού
- Πληροφορικής-Οργάνωσης
- Διατροφής

Γραφεία:

- Επιστασίας
- Ιματισμού

- Υποδιεύθυνση Τεχνικού

Τμήματα:

- Τεχνικού
- Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 9

Ε Υ Ρ Ω Κ Λ Ι Ν Ι Κ Η Α Θ Η Ν Ω Ν

9.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ιστορία της Ευρωκλινικής Αθηνών είναι σύντομη γιατί βρίσκεται σε λειτουργία μόλις έξι χρόνια. Το κτίριο στο οποίο στεγάζεται σήμερα η Ευρωκλινική Αθηνών κατασκευάστηκε το 1968. Ως το 1996 χρησιμοποιήθηκε για τη λειτουργία μαιευτηρίου οπότε και αγοράστηκε από την Interamerican για να αποκτήσει τη σημερινή του χρήση. Από το 1996 έως το 1998 πραγματοποιήθηκε ανακαίνιση εκ θεμελίων και ενισχύθηκε ο σκελετός ώστε να ανταποκριθεί στη νέα του λειτουργία. Το Μάιο του 1998 ξεκίνησε η λειτουργία της Ευρωκλινικής. Μέχρι το 2003 το 20% του κτιρίου είχε ανακατασκευαστεί ώστε να προσαρμοστεί στις νέες ανάγκες.⁸⁴

9.2 ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Η Ευρωκλινική Αθηνών βρίσκεται στην Αθήνα στην περιοχή των Αμπελοκήπων. Περιβάλλεται από:

- την οδό Αθανασιάδου
- το Ινστιτούτο Παστέρ
- το Γενικό Χημείο του Κράτους
- την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Βρίσκεται σε μικρή απόσταση από την οδό Πανόρμου και τη διασταύρωση των Λεωφόρων Αλεξάνδρας, Βασιλίσσης Σοφίας, Κηφισίας και Μεσογείων. Το σημείο αυτό είναι κεντρικό και εξυπηρετεί όλο το Νομό Αττικής.

Στο οικόπεδο που βρίσκεται η Ευρωκλινική δεν υπάρχει ελεύθερος χώρος πρασίνου επομένως είσοδοι υπάρχουν τόσες όσες και τα κτίρια. Τα 2 βασικά κτίρια, το κτίριο Α με τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και το κτίριο Β με τις διοικητικές υπηρεσίες, βρίσκονται σε διαφορετικά γειτονικά οικόπεδα, έχουν το καθένα τη δική του είσοδο και συνδέονται μεταξύ τους με 2 κοινές πόρτες που βρίσκονται στο ισόγειο και στο υπόγειο. Επίσης, σε κτίριο της ίδιας οδού στεγάζεται στο ισόγειο το

⁸⁴ Τεχνική Υπηρεσία Ευρωκλινικής Αθηνών

Αρχείο Ασθενών και στο υπόγειο parking. Parking επίσης υπάρχει και άλλα 4 σημεία κοντά στην Ευρωκλινική.⁸⁵



Χάρτης 2-9-1: Γεωγραφική θέση Ευρωκλινικής Αθηνών

Πηγή: www.euroclinic.gr

Την Κλινική μπορούν να χρησιμοποιήσουν όσοι είναι ασφαλισμένοι στην Interamerican σε οποιοδήποτε σημείο της Ελλάδας και αν βρίσκονται. Επίσης η Ευρωκλινική έχει συνάψει συμβάσεις με διάφορα ασφαλιστικά ταμεία του Δημοσίου κάνοντας εφικτή την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα με προκαθορισμένες όμως υπηρεσίες για κάθε ασφαλιστικό ταμείο. Φυσικά είναι πιο εύκολο για τους κατοίκους του Νομού Αττικής να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες

⁸⁵ Τεχνική Υπηρεσία Ευρωκλινικής Αθηνών

λόγω απόστασης. Η μεταφορά από άλλη περιοχή της Ελλάδας γίνεται με ελικόπτερα που διαθέτει η Intaremerican.

9.3 ΚΤΙΡΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑΤΟΣ⁸⁶

ΚΤΙΡΙΟ Α-ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ 9 = 6.784 m²

Υπόγειο: 848 m²

- Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας
- Συνεργείο Καθαρισμού
- Ακτινολογικό τμήμα
- Πυρηνική Ιατρική
- Τμήμα Οστεοπόρωσης
- Τμήμα Μαστογραφίας
- Φαρμακείο
- Νεκροτομείο
- Πλυντήριο
- Κουζίνα
- Μαγειρεία
- Ηλεκτρομηχανολογικές εγκαταστάσεις

Ισόγειο: 848 m²

- Κεντρική Υποδοχή
- Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
- Τακτικά Εξωτερικά ιατρεία
- Τμήμα Υπερήχων
- Τμήμα Check-up
- Μικροβιολογικό τμήμα
- Προϊσταμένη Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
- Αιμοληψία
- Γραφείο Κίνησης Ασθενών
- Λογιστήριο ασθενών
- Τμήμα Interamerican
- Ταμείο

⁸⁶ Τεχνική Υπηρεσία Ευρωκλινικής Αθηνών

- Υποκατάστημα Novabank

- Καφετέρια

1^{ος} όροφος: 848 m²

- Χειρουργεία

- One day clinic

- Ανάνηψη

2^{ος} όροφος: 848 m²

- Χειρουργεία

- ΜΕΘ

3^{ος} όροφος: 848 m²

- Καρδιολογική Κλινική

- Θάλαμοι νοσηλείας

4^{ος} όροφος: 848 m²

- Ενδοσκοπικό τμήμα

- Τμήμα αποστείρωσης

- Θάλαμοι νοσηλείας

5^{ος} όροφος: 848 m²

- Θάλαμοι νοσηλείας

6^{ος} όροφος: 848 m²

- Θάλαμοι νοσηλείας

- Σουίτες

ΚΤΙΡΙΟ Β-ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ 7 = 1.880 m²

Υπόγειο: 268,5 m²

- Αποθήκη

- Τεχνική Υπηρεσία

- Λινοθήκη

Ισόγειο: 268,5 m²

- Διευθύνουσα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

1^{ος} όροφος: 268,5 m²

- Γραφεία ιατρών

2^{ος} όροφος: 268,5 m²

- Γραφεία ιατρών

3^{ος} όροφος: 268,5 m²

- Γραφεία ιατρών
- Διευθύνων Σύμβουλος
- Διοικητική Διευθύντρια
- Αιματολογικό

4^{ος} όροφος: 268,5 m²

- Τμήμα Ανθρώπινου Δυναμικού

5^{ος} όροφος: 268,5 m²

- Τμήμα Ποιοτικού Ελέγχου
- Τμήμα Πληροφορικής
- Τμήμα Προμηθειών
- Οικονομική Διευθύντρια
- Υπεύθυνος Marketing
- Λογιστήριο

ΚΤΙΡΙΟ Γ-ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ 3

Υπόγειο-ισόγειο

- Αρχείο

9.4 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΟΜΗ

Η Ευρωκλινική Αθηνών αποτελεί ανώνυμη εταιρία που ανήκει στον ασφαλιστικό όμιλο Interamerican και εντάσσεται στις Υπηρεσίες Υγείας που παρέχει μέσω των ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας. Για την κάλυψη του προγράμματος Ζωής-Υγείας δημιουργήθηκε το σύστημα υγείας Medisystem το οποίο και εφαρμόζεται στην Ευρωκλινική.⁸⁷ Καταχωρήθηκε στο Μητρώο Ανωνύμων Εταιριών με το 1999 με τον τίτλο «ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ – ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ» και διακριτικό τίτλο «EUROCLINIC Αθηνών». ⁸⁸Από το 2001 το 5,8% των μετοχών της εξαγοράστηκε από τη Eureka B.V., ασφαλιστικό όμιλο που εδρεύει στο Amsterdam της Ολλανδίας.⁸⁹

Σκοπός της Κλινικής είναι:

⁸⁷ <http://www.interamerican.gr>

⁸⁸ Παπαχρήστου Δέσποινα, Διοικητική Διευθύντρια Ευρωκλινικής Αθηνών

⁸⁹ <http://www.interamerican.gr>

- Η επί του ιδιόκτητου κτιρίου της και επί άλλων ιδιόκτητων ή μη, κτιρίων εκμετάλλευσης ιδιωτικής Γενικής κλινικής, η οποία θα έχει ως αντικείμενο δραστηριότητάς την πρόληψη, διάγνωση, νοσηλεία και θεραπεία ασθενών άνω των 14 ετών και την εν γένει αποκατάσταση της υγείας τους.
- Η σύσταση και λειτουργία τμημάτων προς εκμετάλλευση ιατρικών μηχανημάτων σύγχρονης τεχνολογίας, καθώς και διαφόρων ιατρικών εργαστηρίων προς διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία οργάνων ή παθήσεων του ανθρώπου, για την εξυπηρέτηση των νοσηλευομένων στην κλινική αλλά και εξωτερικών ασθενών, υπό μόνης της κλινικής ή και σε συνεργασία με ιατρούς αναλόγων ειδικοτήτων.
- Η πραγματοποίηση εκδηλώσεων και άλλων ενεργειών με σκοπό την προαγωγή της ιατρικής επιστήμης.
- Η εκπαίδευση ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, καθώς και η οργάνωση επιστημονικών σεμιναρίων και συνεδρίων.⁹⁰

9.5 ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ⁹¹

Η Ευρωκλινική Αθηνών απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

4. Ιατρική
5. Νοσηλευτική
6. Διοικητική

Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Διευθύνοντα Σύμβουλο και τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου της Κλινικής. Το Οργανόγραμμα 2-9-1 παρουσιάζει τη διάρθρωση των υπηρεσιών.

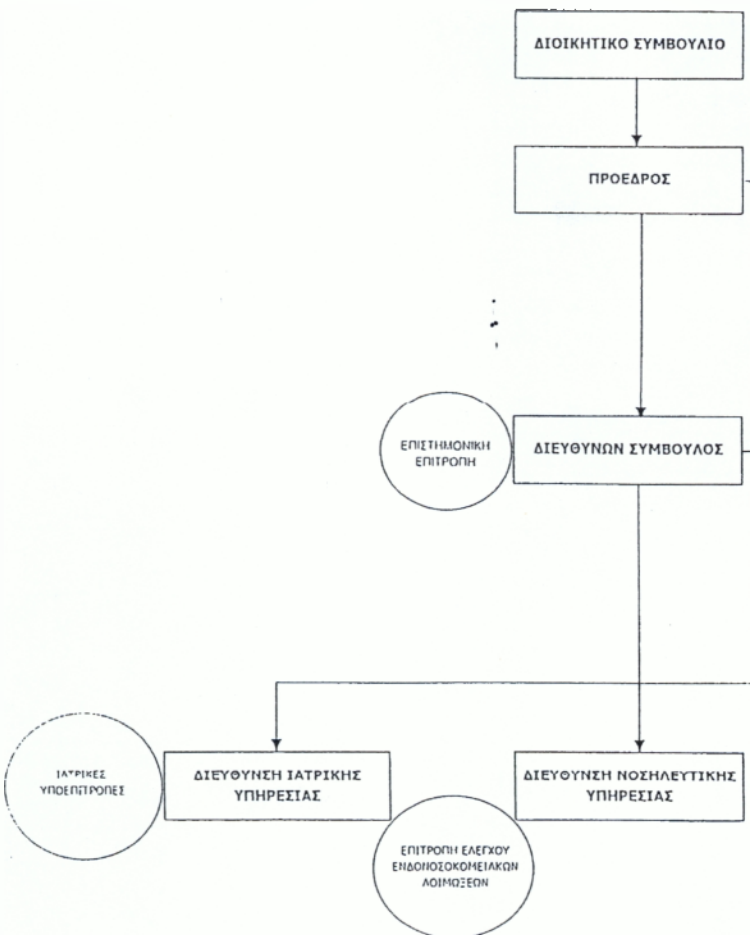
Ιατρική Υπηρεσία

Η Ιατρική Υπηρεσία της Κλινικής διαρθρώνεται στα εξής Τμήματα και Ιατρεία:

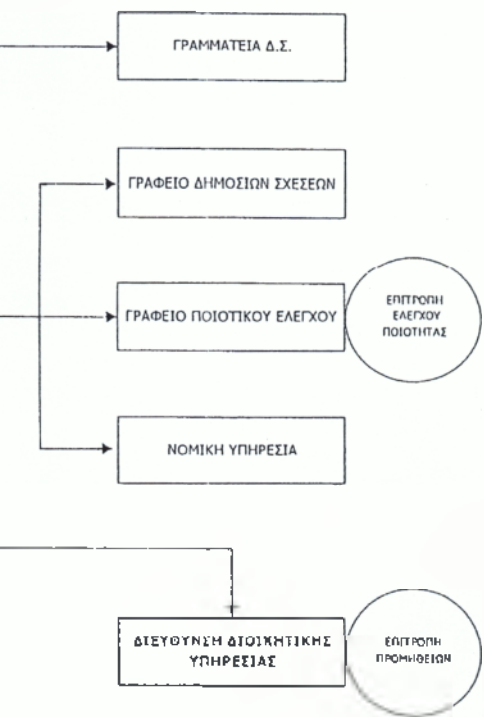
- Αγγειοχειρουργικό
- Αθλητικών κακώσεων
- Αιματολογικό

⁹⁰ Οργανισμός Ευρωκλινικής Αθηνών, βλ. Παράρτημα

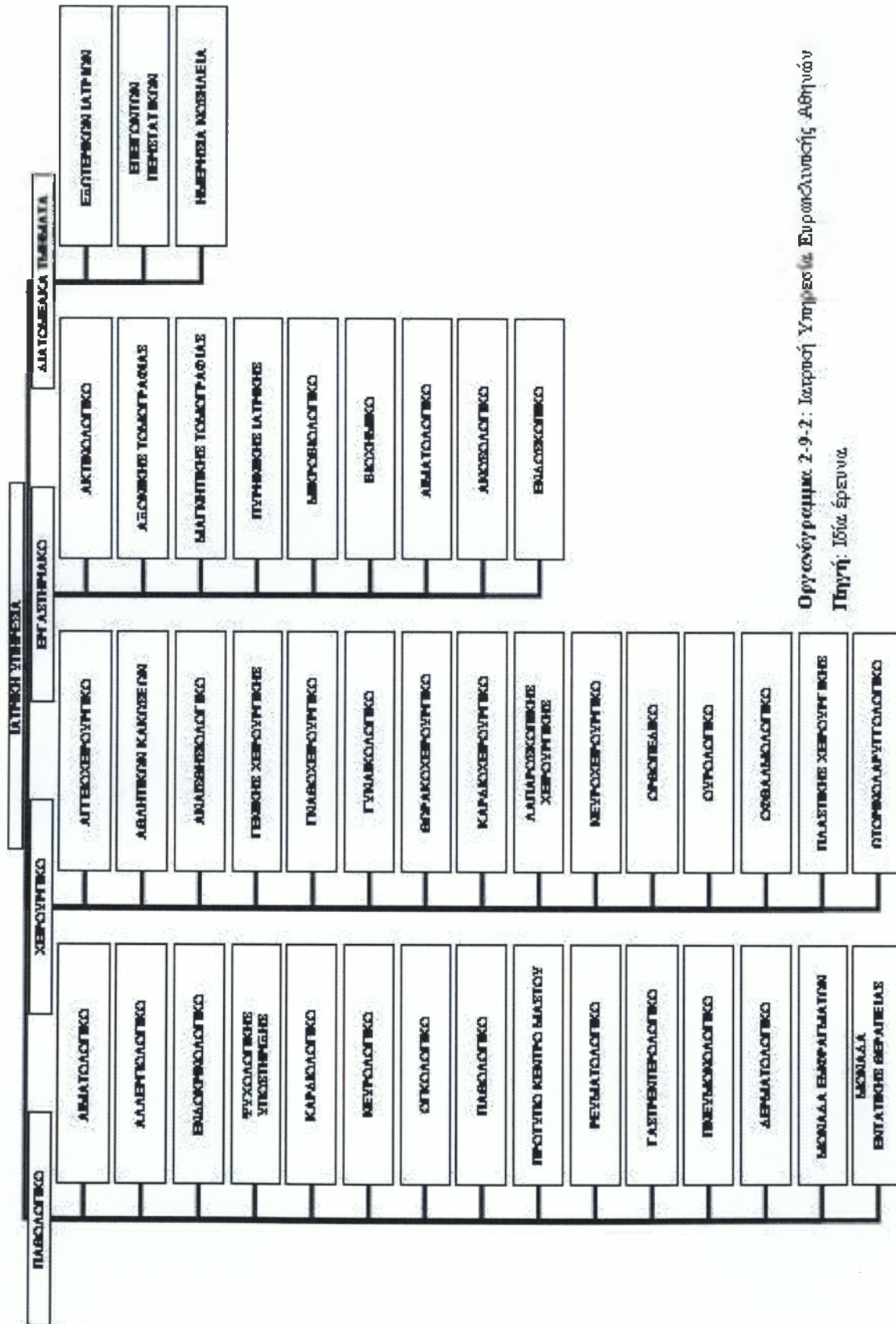
⁹¹ Οργανισμός Ευρωκλινικής Αθηνών, βλ. Παράρτημα



Οργανόγραμμα 2-9-1: Διάφραση των υπηρεσιών της Ευρωπαϊκής Αθηνών
Πηγή: Παπαχρήστου Δέσποινα, Διοικητική Διεύθυνση Ευρωπαϊκής Αθηνών



- Γενικής Χειρουργικής
- Γναθοχειρουργικό
- Γυναικολογικό
- Αναισθησιολογικό
- Αλλεργιολογικό
- Δερματολογικό
- Ενδοκρινολογικό
- Θωρακοχειρουργικό
- Ιατρείο Ψυχολογικής Υποστήριξης
- Καρδιοχειρουργικό
- Λαπαροσκοπικής Χειρουργικής
 - Laser
- Νευρολογικό
- Νευροχειρουργικό
- Ογκολογικό
- Ορθοπεδικό
- Ουρολογικό
- Οφθαλμολογικό
- Παθολογικό
 - Ιατρείο Ταξιδιωτικής Συμβουλευτικής & Λοιμωξιολογίας
- Πλαστικής Χειρουργικής
- Πρότυπο Κέντρο Μαστού
- Ρευματολογικό
- Ωτορινολαρυγγολογικό
- Check-up
- Διαιτολογικό
- Διαγνωστικά Εργαστήρια
 - Ακτινογραφικό
 - Ακτινοσκοπικό
 - Αξονικής Τομογραφίας
 - Μαγνητικής Τομογραφίας
 - Πυρηνικής Ιατρικής
 - Μικροβιολογικό, Βιοχημικό, Αιματολογικό και Ανοσολογικό



Οργανόγραμμα 2-9-2: Ιατρική Υπηρεσία Ευρωπαϊκής Αθηνών
Πύλη: Ίδια έρευνα

- Μαστογραφία
- Καρδιολογική Μονάδα
 - Εντατική Μονάδα Εμφραγμάτων
- Ενδοσκοπικό
- Γαστρεντερολογικό
 - Ενδοσκοπήσεις / Laser
- Πνευμονολογικό
 - Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος
- Φυσικοθεραπείας
- Επειγόντων Περιστατικών
- Εξωτερικών Ιατρείων

Νοσηλευτική Υπηρεσία

Η διάρθρωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας αποτελείται από:

- α. Μία (1) Νοσηλευτική Διεύθυνση
- β. Μία (1) Υποδιεύθυνση με δύο (2) Νοσηλευτικούς Τομείς
- γ. Δύο (2) Ειδικές Υπηρεσίες

Οι Νοσηλευτικοί Τομείς διαχωρίζουν τα περιστατικά ανάλογα με τη διάγνωση εισαγωγής και περιλαμβάνουν τα Νοσηλευτικά Τμήματα, τα Χειρουργεία και τις Μονάδες.

Οι Ειδικές Υπηρεσίες υποστηρίζουν το έργο της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης στο επίπεδο της στελέχωσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών, της τοποθέτησης και της αξιολόγησης του προσωπικού, στον έλεγχο ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, μέσω της εκπαίδευσης, καθώς και στον έλεγχο των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, μέσω της Επιτροπής Ελέγχου Λοιμώξεων.

Στην Κλινική συνίσταται Επιστημονική Νοσηλευτική Επιτροπή που αποτελείται από:

- I. Τη Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ως Πρόεδρο
- II. Την Υποδιεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, τους δύο (2) Νοσηλευτικούς Τομείς
- III. Δύο (2) Προϊσταμένες/νους Νοσηλευτικών Τμημάτων
- IV. Δύο (2) Νοσηλεύτριες/τες Νοσηλευτικών Τμημάτων

Τα μέλη ΙΙΙ και ΙV πρέπει να είναι άτομα κοινή αποδοχής από το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού και εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία από το νοσηλευτικό προσωπικό της αντίστοιχης βαθμίδας (ΠΕ και ΤΕ). Τα μέλη της Επιστημονικής Νοσηλευτικής Επιτροπής εκλέγουν με μυστική ψηφοφορία μεταξύ των μελών ΙΙΙ, Αντιπρόεδρο και Γενικό Γραμματέα μεταξύ των μελών ΙV. Η θητεία της Επιστημονικής Νοσηλευτικής Επιτροπής είναι για δύο (2) χρόνια.

Εκπρόσωπος της κατηγορίας ΔΕ, κατόπιν προσκλήσεως, παρευρίσκεται στις εργασίες της Επιστημονικής Νοσηλευτικής Επιτροπής, όταν συζητείται ή κρίνεται θέμα σχετικό με την κατηγορία αυτή. Μπορεί να εκφράζει γνώμη, χωρίς δικαίωμα ψήφου.



Οργανόγραμμα 2-9-3: Νοσηλευτική Υπηρεσία Ευρωκλινικής Αθηνών

Πηγή: Ιδία έρευνα

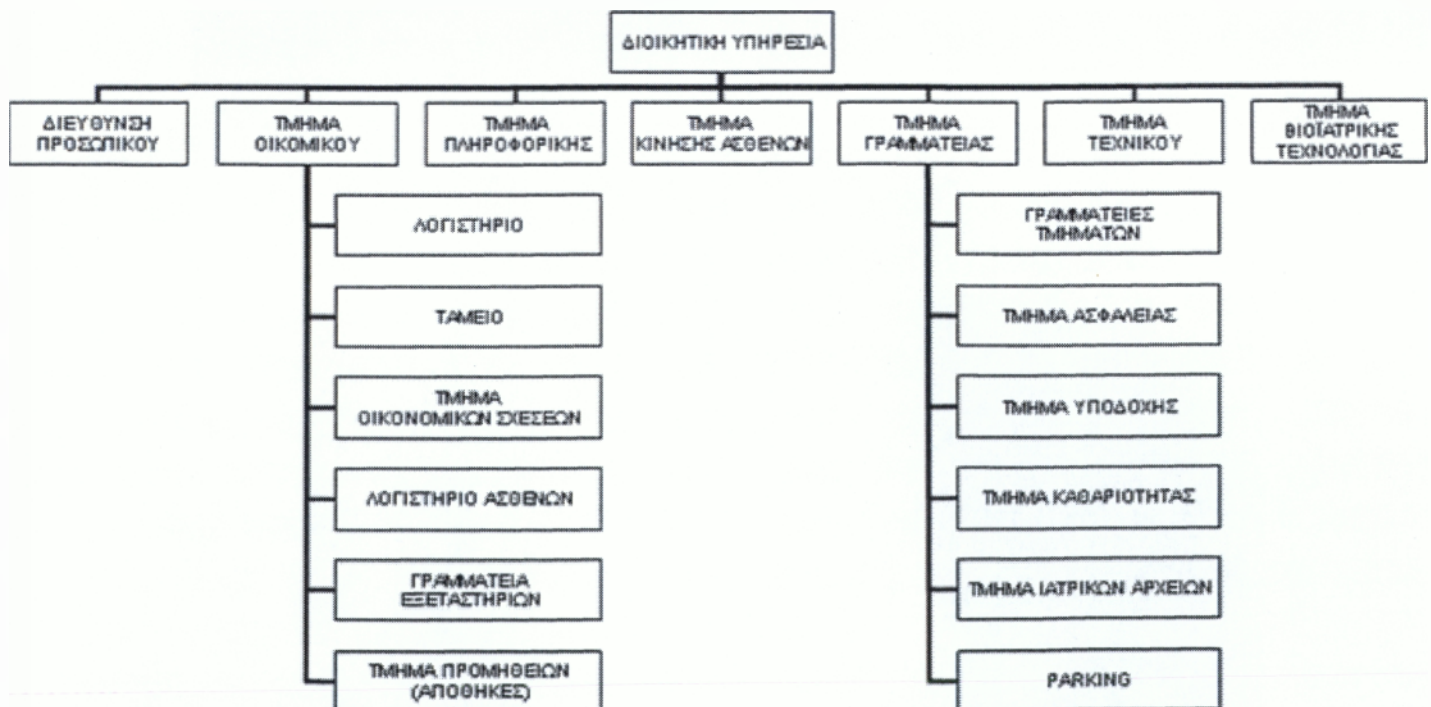
Διοικητική Υπηρεσία

Η Διοικητική Υπηρεσία της Κλινικής, διαρθρώνεται σε Διευθύνσεις, Τμήματα και Γραφεία ως εξής:

- Διεύθυνση Προσωπικού
- Τμήμα Οικονομικού
 - Λογιστήριο
 - Τμήμα Κοστολόγησης
 - Λογιστήριο ασθενών

- Ταμείο
 - Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων
 - Τμήμα Προμηθειών
 - Αποθήκες
 - Τμήμα Οικονομικών Σχέσεων
- Τμήμα Τεχνικού
 - Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας
 - Τμήμα Πληροφορικής
 - Τμήμα Κίνησης Ασθενών
 - Τμήμα Γραμματείας
 - Τμήμα Υποδοχής- Τηλεφωνικό κέντρο
 - Γραμματείες Τμημάτων
 - Τμήμα Ασφάλειας
 - Τμήμα Καθαριότητας
 - Τμήμα Ιατρικών Αρχείων
 - Parking

Η Διοικητική Υπηρεσία διευθύνεται από τον Διοικητικό Διευθυντή ο οποίος υπάγεται ιεραρχικά στον Διευθύνοντα Σύμβουλο.



Οργανόγραμμα 2-9-4: Διοικητική Υπηρεσία Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Πηγή: Ιδία έρευνα

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1 0

Μ Ο Ν Α Δ Ε Σ Ε Ν Τ Α Τ Ι Κ Η Σ Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α Σ Γ . Ν . Π Α Τ Ρ Ω Ν « Ο Α Γ Ι Ο Σ Α Ν Δ Ρ Ε Α Σ » Κ Α Ι Ε Υ Ρ Ω Κ Λ Ι Ν Ι Κ Η Σ Α Θ Η Ν Ω Ν

Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»⁹²

10.1 ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΘ

Όταν κατασκευάστηκε το Νοσοκομείο του Αγίου Ανδρέα δεν υπήρχε η ανάγκη ύπαρξης Μονάδας Εντατικής Θεραπείας κι έτσι δεν προβλεπόταν στο αρχικό σχεδιασμό. Στην πορεία όμως που δημιουργήθηκε αυτή η ανάγκη πραγματοποιήθηκε με ταυτόχρονη αλλαγή χώρου άλλων τμημάτων. Στο χώρο που μέχρι το 1990 στεγάζονταν τα χειρουργεία της Μαιευτικής/Γυναικολογικής Κλινικής το 1997 τοποθετήθηκε η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Τα χειρουργεία αυτής της κλινικής μεταφέρθηκαν στο Δορυφορικό Τμήμα.

Ο αρχικός σχεδιασμός περιλάμβανε πολυδύναμη ΜΕΘ με 8 κλίνες οι οποίες και τοποθετήθηκαν μαζί με τον αντίστοιχο εξοπλισμό. Η έλλειψη προσωπικού, κυρίως νοσηλευτικού, επιτρέπει τη λειτουργία μόνο των 4 από τις 8 κλίνες.

10.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΜΕΝΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Τα περιστατικά που εξυπηρετούνται είναι ποικίλα. Παρόλο που η ΜΕΘ ανήκει στον Παθολογικό Τομέα δεν εξυπηρετεί μόνο παθολογικά περιστατικά αλλά και αυτά των κλινικών του Χειρουργικού Τομέα και των Επειγόντων Περιστατικών.

Σημαντικό είναι ότι ο αριθμός των κρεβατιών είναι πολύ μικρός και επομένως τα περιστατικά που μπορούν να δεχθούν κάθε χρόνο είναι λίγα. Δέχεται κάθε περιστατικό αρκεί να υπάρχει άδεια κλίνη. Οι διακομιδές από άλλα νοσοκομεία του Νομού Αχαΐας αλλά και γειτονικών νομών αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό των συνολικών εισαγωγών στη ΜΕΘ. Απαιτήση των ογκολόγων είναι οι ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου να εισάγονται στη ΜΕΘ για διασωλήνωση. Αυτό

⁹² Γεωργακόπουλος Παναγιώτης, Ιατρός ΜΕΘ, Επιμελητής Β' Πνευμονολογίας

όμως δεν είναι εφικτό γιατί ένα τέτοιου είδους περιστατικό «κλείνει» το τόσο απαραίτητο κρεβάτι για άλλους ασθενείς που το έχουν περισσότερο ανάγκη.

Οι γιατροί κάνουν τις επισκέψεις στους σαν ομάδα στο τακτικό ωράριο από τις 9 το πρωί ως τις 12 το μεσημέρι. Κατά τη διάρκεια των επισκέψεων γίνεται η ενημέρωση της Διευθύντριας και αποφασίζεται οποιαδήποτε αλλαγή στη θεραπευτική μέθοδο που ακολουθείται.

10.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΘ

Το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού, κυρίως νοσηλευτικού αλλά και ιατρικού, είναι πολύ σημαντικό καθώς θα μπορούσαν να δουλεύουν και οι 8 κλίνες ενώ δουλεύουν οι 4. Μερικά από τα έτη λειτουργίας νοσηλεύθηκαν υπεράριθμοι ασθενείς. Σε μία κλινική συνήθως ο υπεράριθμος ασθενής νοείται ότι θα βρίσκεται σε ράντζο. Στη συγκεκριμένη ΜΕΘ υπεράριθμος ασθενής σημαίνει νοσηλευόμενος στο 5^ο κρεβάτι που υπάρχει αλλά δεν μπορεί να καλυφθεί κυρίως από νοσηλευτικό προσωπικό αφού ο αναγκαίος μηχανικός εξοπλισμός υπάρχει.

Επιπλέον, στο οικοδομικό χώρο που καταλαμβάνει η ΜΕΘ περιλαμβάνεται χώρος για ΜΑΦ. Ο χώρος αυτός όχι μόνο δεν είναι επαρκής για τη λειτουργία της αλλά, ακόμη περισσότερο, δεν υπάρχει ούτε ο απαραίτητος τεχνολογικός εξοπλισμός ούτε και νοσηλευτικό προσωπικό. Υπάρχει στο οργανόγραμμα της Ιατρικής Υπηρεσίας αλλά στην πραγματικότητα δεν υπολογίζεται στη δύναμη του Νοσοκομείου. Η λειτουργία της θα μπορούσε να μειώσει τα περιστατικά που εισάγονται στη ΜΕΘ ενώ, αντίθετα, την επιβαρύνει με περιστατικά που δεν χρήζουν απαραίτητα νοσηλεία στη ΜΕΘ. Γενικά οι χώροι που διαθέτει η ΜΕΘ είναι ανεπαρκείς όσον αφορά τους αποθηκευτικούς χώρους και τους χώρους για το προσωπικό.

Η ύπαρξη τριών διαφορετικών κτιρίων, και μάλιστα το ένα βρίσκεται σε άλλο οικόπεδο, κάνει τη μεταφορά ασθενών χρονοβόρα από τα κτίρια στα οποία δεν βρίσκεται η ΜΕΘ με αποτέλεσμα να χάνεται χρόνος.

10.4 ΑΡΧΕΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στη Μονάδα τηρείται βιβλίο που ονομάζεται Μητρώο Ασθενών και χρησιμεύει στο να καταγράφονται κάποια γενικά στοιχεία για τους ασθενείς. Συγκεκριμένα περιέχει τα εξής στοιχεία για κάθε ασθενή:

- ονοματεπώνυμο
- ηλικία
- ασφαλιστικός φορέας
- τόπος παραλαβής
- ημερομηνία εισαγωγής
- παρατηρήσεις

Στις παρατηρήσεις περιλαμβάνονται η ασθένεια για την οποία έγινε η εισαγωγή, ημερομηνία θανάτου ή εξόδου και αν γίνεται διακομιδή ή μεταφορά προς ποιο Νοσοκομείο ή τμήμα γίνεται.

Φυσικά στη Μονάδα τηρείται και ιατρικός φάκελος για κάθε ασθενή που μεταξύ άλλων περιέχει:

- στοιχεία για το ιστορικό του
- την κλινική του κατάσταση
- αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων
- αντίγραφο του σημειώματος εξόδου που δίνεται στους γιατρούς που παραλαμβάνουν τον ασθενή.

10.5 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Στη ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα εκπαιδεύονται ειδικευόμενοι γιατροί των ειδικοτήτων Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Εντατικολογίας. Οι ειδικευόμενοι στην Εντατική Ιατρική αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα γιατρών που προέρχονται από διαφορετικές ειδικότητες και που πιθανόν να είναι σε διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης. Όπως είναι φυσικό αυτό δημιουργεί προβλήματα στην εκπαίδευσή τους που γίνονται ακόμη περισσότερο από το γεγονός ότι η έναρξη της εκπαίδευσης δεν συμπίπτει χρονικά μεταξύ των εκπαιδευομένων. Οι ειδικευόμενοι πρέπει να μάθουν να χειρίζονται τις διαφορετικές κατηγορίες ασθενών που μπορούν να εμφανιστούν

στη ΜΕΘ.⁹³ Οι τομείς στους οποίους πρέπει ο εκπαιδευόμενος να αποκτήσει γνώσεις αφορούν στην αντιμετώπιση των περιστατικών, τις τεχνικές ικανότητες και τις τεχνικές σκέψης, τη συμπεριφορά, την επικοινωνία, τη συνεργασία, τη διοίκηση, τη διδασκαλία και τον επαγγελματισμό. Παραδείγματα τεχνικών ικανοτήτων που πρέπει να αποκτηθούν είναι:

- διασωλήνωση
- μηχανικός αερισμός
- μη επεμβατικός αερισμός
- καθετηριασμός
- παρακέντηση
- τεχνικές αναρρόφησης
- παρακολούθηση και υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών.⁹⁴

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

10.6 ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΘ

Η Ευρωκλινική Αθηνών λειτουργεί μόλις μια εξαετία και επομένως υπήρχε πρόβλεψη για Μονάδα Εντατικής Θεραπείας από την έναρξη λειτουργίας της Κλινικής τον Μάιο του 1998.

Η ΜΕΘ είναι πολυδύναμη και διαθέτει 12 κλίνες εκ των οποίων οι 4 προορίζονται για μετεγχειρητικούς ασθενείς. Η Κλινική δεν διαθέτει ΜΑΦ αλλά δεν είναι και απαραίτητη αφού η πληρότητα της ΜΕΘ δεν καλύπτεται πλήρως ώστε να χρειαζόταν ένα είδους «φίλτρο» ώστε στη ΜΕΘ να εισάγονται μόνο τα πραγματικά πολύ σοβαρά περιστατικά.⁹⁵

9.7 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΜΕΝΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ⁹⁶

Τα περιστατικά που εξυπηρετούνται ποικίλλουν αλλά ο μεγαλύτερος όγκος τους είναι καρδιοχειρουργικά. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχει μόνο

⁹³ Γεωργακόπουλος Παναγιώτης, Ιατρός ΜΕΘ, Επιμελητής Β' Πνευμονολογίας

⁹⁴ <http://www.peraghn.gr/intesivecare/skoroi.htm>

⁹⁵ Παναγιωτόπουλος Γεώργιος, Διευθυντής ΜΕΘ, Καρδιολόγος-Εντατικολόγος

⁹⁶ Κανονισμός λειτουργίας ΜΕΘ Ευρωκλινικής Αθηνών

Καρδιολογική Κλινική και οι υπόλοιπες εισαγωγές γίνονται από τα χειρουργεία, το ΤΕΠ, τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία και τους θαλάμους νοσηλείας. Επίσης, ο αριθμός των εισαγωγών από διακομιδές είναι ελάχιστος καθώς δεν είναι ελεύθερη η μεταφορά ασθενών από μία ιδιωτική κλινική σε άλλη ιδιωτική κλινική.

Οι ασθενείς στην ΜΕΘ εισάγονται από το ΤΕΠ, το χειρουργείο (μετά από επέμβαση) ή τους θαλάμους νοσηλείας αφού δεν υπάρχουν άλλες κλινικές εκτός από την Καρδιοχειρουργική. Κάθε ασθενής που εισάγεται στη ΜΕΘ είναι «χρεωμένος» στο γιατρό του τμήματος από το οποίο προήλθε και οι γιατροί της ΜΕΘ εφαρμόζουν τη θεραπεία που καθόρισε ο γιατρός ο οποίος έχει αναλάβει τον ασθενή. Οι γιατροί της ΜΕΘ είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν συνεχώς και για κάθε εξέλιξη της πορείας του ασθενή τον γιατρό στον οποίο είναι «χρεωμένος».

Επισκέψεις γιατρών γίνονται το πρωί κατά το τακτικό ωράριο που παρευρίσκεται και ο Διευθυντής της Μονάδας και ακολουθεί ενημέρωση των γιατρών των ασθενών. Η ενημέρωση αυτή αφορά τον προγραμματισμό της θεραπευτικής αγωγής, την εξέταση των ασθενών, τη διενέργεια διαφόρων επεμβατικών πράξεων κ.λ.π.

10.8 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΘ

Το προσωπικό που εργάζεται στη ΜΕΘ δεν επαρκεί γιατί οι κλίνες που διαθέτει η ΜΕΘ είναι πολλές. Επιπλέον το προσωπικό πρέπει να εργάζεται σε βάρδιες επομένως οι νοσηλευτές σε κάθε μία είναι πολλοί λίγοι για να εξυπηρετήσουν 12 κλίνες. Βέβαια υπάρχει άμεση εξάρτηση και από την πληρότητα των κλινών αφού αν οι κλίνες δεν είναι συνεχώς γεμάτες δεν χρειάζεται πολύ προσωπικό.

Η ΜΕΘ βρίσκεται στον ίδιο όροφο (2^{ος}) με τα κύρια χειρουργεία αλλά υπάρχουν χειρουργεία και στον 3^ο όροφο. Επίσης, βρίσκεται μακριά από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία στο ισόγειο. Κυρίως όμως είναι μακριά από το Ακτινολογικό εργαστήριο (υπόγειο) και το μικροβιολογικό εργαστήριο (ισόγειο).

Ο χώρος στον οποίο βρίσκεται η ΜΕΘ είναι μικρός αναλογικά με τις κλίνες που υπάρχουν. Κι ενώ η ΜΕΘ είναι η Μονάδα που χρειάζεται το μεγαλύτερο οικοδομικό χώρο ανά κλίνης γιατί και τα παρακλίνια μηχανήματα είναι ογκώδη, στην περίπτωση αυτή δεν ισχύει. Ούτε όμως και οι αποθηκευτικοί χώροι είναι επαρκείς.

10.9 ΑΡΧΕΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ⁹⁷

Στη ΜΕΘ υπάρχει βιβλίο όπου τηρούνται τα στοιχεία των ασθενών και περιέχει:

- ονοματεπώνυμο
- ηλικία
- ασφαλιστικός φορέας
- ημερομηνία εισαγωγής
- θεράπων ιατρός
- παρατηρήσεις

Επειδή υπάρχει πλήρης μηχανογράφηση όλα τα στοιχεία των ασθενών καταγράφονται και ηλεκτρονικά με τον κάθε ασθενή να έχει τον δικό του προσωπικό κωδικό στο σύστημα. Στους ηλεκτρονικούς φακέλους, που δεν σχετίζονται με τους ιατρικούς, καταγράφονται τα παρακάτω:

- ονοματεπώνυμο
- φύλο
- ημερομηνία γέννησης
- διεύθυνση
- περιοχή
- ταχυδρομικός κώδικας
- τηλέφωνο
- ιδιώτης ή ασφάλεια
- ιστορικό

9.10 ΣΥΓΚΡΙΣΗ

Η βασικότερη διαφορά των δύο ΜΕΘ είναι ότι στον Άγιο Ανδρέα δεν υπήρχε από την έναρξη λειτουργίας του Νοσοκομείου και δημιουργήθηκε μετά από 23 χρόνια. Στην Ευρωκλινική υπάρχει από την πρώτη στιγμή που λειτούργησε. Παρόλα αυτά και οι δύο λειτουργούν για το σύντομο χρονικό διάστημα των 7 και 6 ετών αντίστοιχα.

⁹⁷ Λιάτη Αναστασία, Προϊσταμένη ΜΕΘ Ευρωκλινικής Αθηνών

Ο αριθμός των κλινών επίσης διαφέρει πάρα πολύ. Ο Άγιος Ανδρέας έχει 4 κλίνες ΜΕΘ σε σύνολο 550 συνολικά νοσοκομειακών κλινών. Βέβαια υπάρχουν άλλα 4 κλίνες ΜΕΘ αλλά αυτές δεν λειτουργούν. Η ΜΕΘ της Ευρωκλινικής έχει 12 κλίνες σε σύνολο 250 νοσοκομειακών κλινών.

Και οι δύο ΜΕΘ είναι πολυδύναμες και εξυπηρετούν όλα τα περιστατικά που έρχονται στο Νοσοκομείο. Στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής υπάρχει ένας μικρός διαχωρισμός στη χρήση των κλινών καθώς οι 4 από αυτές χρησιμοποιούνται για μετεγχειρητικούς ασθενείς. Τα περισσότερα περιστατικά είναι καρδιοχειρουργικά γιατί υπάρχει Καρδιοχειρουργική Κλινική ενώ τα υπόλοιπα προέρχονται από το ΤΕΠ ή χειρουργεία.

Η ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα εκπαιδεύει ειδικευόμενους γιατρούς διάφορων ειδικοτήτων αλλά η συνεχής εναλλαγή τους και η ύπαρξη πολλών διαφορετικών ειδικοτήτων δημιουργεί προβλήματα στην εκπαίδευση. Στην ΜΕΘ της Ευρωκλινικής δεν εκπαιδεύονται γιατροί.

Σχετικά με το αρχείο ασθενών που κρατείται και τα στοιχεία που περιλαμβάνονται σε αυτό είναι παρόμοια και στις δύο ΜΕΘ. Στον Άγιο Ανδρέα ο φάκελος του ασθενή δεν κρατείτε ηλεκτρονικά. Αντίθετα στην Ευρωκλινική υπάρχει ηλεκτρονική καταγραφή του ιατρικού φακέλου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 11

Κ Α Τ Α Σ Κ Ε Υ Α Σ Τ Ι Κ Ε Σ Α Ρ Χ Ε Σ

Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»⁹⁸

11.1 ΜΕΓΕΘΟΣ ΜΕΘ

Το μέγεθος της ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» είναι 515,91 m². Δηλαδή σε κάθε κλίνη αντιστοιχούν 128,97 m² (515,91/4). Ο αριθμός αυτός όμως είναι σχετικός και φαίνεται αρκετά μεγάλος αφού στην πραγματικότητα αν αφαιρέσουμε τους βοηθητικούς χώρους τα τετραγωνικά μέτρα ανά κλίνη μειώνονται πολύ. Επίσης πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι στο χώρο υπάρχουν συνολικά 8 κλίνες εκ των οποίων οι 4 δεν χρησιμοποιούνται. Αν και οι 8 κλίνες χρησιμοποιούνταν τότε τα τετραγωνικά μέτρα ανά κλίνη θα ήταν 64,48. Επιπλέον χώρο καταλαμβάνει η Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας με 4 κλίνες η οποία ποτέ δεν χρησιμοποιήθηκε και επομένως αυτό ο χώρος είναι πολύτιμος.

Ο συνολικός αριθμός των κλινών του Νοσοκομείου είναι 550 και 1 κλίνη ΜΕΘ αντιστοιχεί σε 138 (550/4) κλίνες του Νοσοκομείου. Σίγουρα δεν είναι ικανοποιητικό αφού καλύπτει μόλις το 0,7% του συνολικού αριθμού των νοσηλευομένων. Για κάθε κλίνη ΜΕΘ του Νοσοκομείου αντιστοιχεί πληθυσμός 81.829 ατόμων αριθμός υπερβολικά μεγάλος.

Επόμενο είναι, εφόσον οι κλίνες ΜΕΘ είναι πολύ λίγες να έχουν μεγάλη πληρότητα κάτι που είναι οικονομικά συμφέρον κυρίως επειδή μεγάλος αριθμός νοσηλευομένων προέρχεται από διακομιδές.

11.2 ΘΕΣΗ ΜΕΘ

Η θέση στην οποία βρίσκεται η ΜΕΘ του Νοσοκομείου είναι αρκετά ικανοποιητική. Βρίσκεται κοντά στα εργαστήρια (ακτινολογικό, μικροβιολογικό) τα οποία βρίσκονται στον ίδιο όροφο με τη ΜΕΘ (1^{ος}) και έχει ξεχωριστή είσοδο από τα χειρουργεία. Έχει μικρή απόσταση από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών το οποίο

⁹⁸ Τεχνική Υπηρεσία Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

βρίσκεται στο ισόγειο και υπάρχει ξεχωριστό ασανσέρ για την μετακίνηση φορείων και ασθενών. Το ασανσέρ αυτό όμως εξυπηρετεί και τα χειρουργεία που βρίσκονται στον ίδιο όροφο και είναι έξω και από τα δύο με αποτέλεσμα κάθε ασθενής σε φορείο να γίνεται θέαμα μπροστά σε οποιονδήποτε βρίσκεται στον όροφο εκείνη τη στιγμή. Αν και ο δρόμος με τον οποίο συνορεύει η πλευρά του Νοσοκομείου που βρίσκεται η ΜΕΘ είναι πολυσύχναστος δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα θορύβου.

Αρνητικό είναι το γεγονός ότι δεν υπάρχει έξοδος κινδύνου. Αν και το κτίριο διαθέτει δύο κλιμακοστάσια σε περίπτωση, π.χ. πυρκαγιάς, που χρειάζεται εκκένωση του χώρου οι ασθενείς της Μονάδας θα γίνουν υποχρεωτικά ορατοί από άλλους ασθενείς. Το θέαμα ενός ασθενή που η ζωή του βασίζεται στα μηχανήματα είναι επώδυνο για όλους αλλά και η μεταφορά ασθενή της ΜΕΘ μέσα σε κόσμο θα αποτελούσε ενόχληση για τους ίδιους τους ασθενείς με θορύβους, έντονη εναλλαγή παραστάσεων, κλπ.

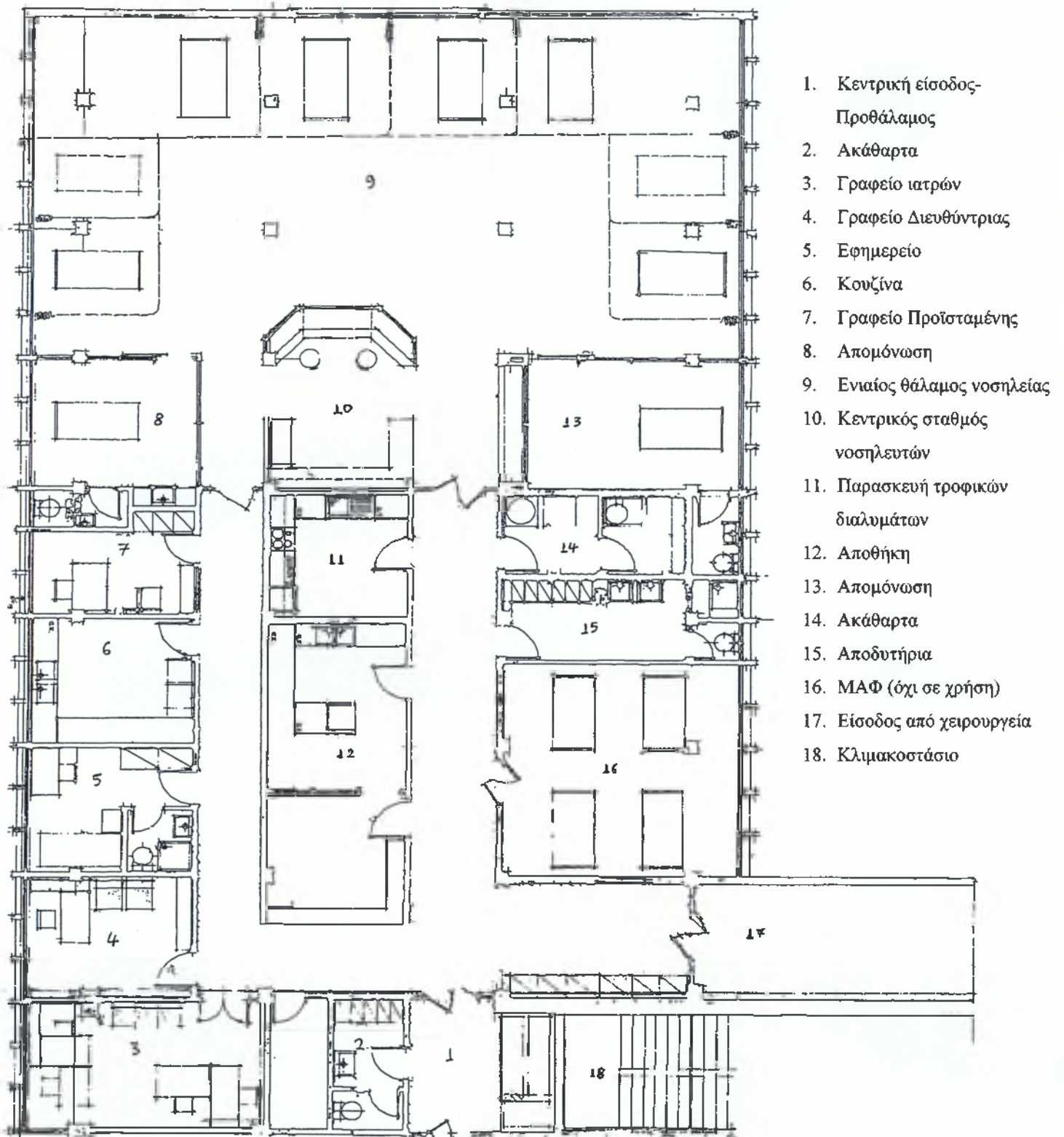
Η Οφθαλμολογική, η Μαιευτική/Γυναικολογική και η ΩΡΛ Κλινική βρίσκονται στο Δορυφορικό Τμήμα που είναι εκτός του κυρίως οικοπέδου. Σε περίπτωση ύπαρξης περιστατικού που χρήζει νοσηλείας στη ΜΕΘ θα πρέπει να μεταφερθεί με ασθενοφόρο και έτσι να καθυστερήσει να φτάσει θέτοντας σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή.

Ακόμα και η Νεφρολογική Κλινική βρίσκεται σε διαφορετικό κτίριο από αυτό που βρίσκεται η ΜΕΘ, εντός του κυρίως οικοπέδου. Τα δύο κτίρια δεν συνδέονται εσωτερικά με κάποιο διάδρομο καθώς είναι μεγάλη η μεταξύ τους απόσταση και επομένως και αυτή η μεταφορά γίνεται με ασθενοφόρο.

Τέλος, η ΜΕΘ διαθέτει μία είσοδο η οποία είναι κοινή για το προσωπικό, τους επισκέπτες και τον ανεφοδιασμό η οποία είναι ελεγχόμενη. Οποιοσδήποτε θέλει να μπει στη Μονάδα πρέπει να χτυπήσει το κουδούνι που υπάρχει απ' έξω.

11.3 ΧΩΡΟΙ ΜΕΘ

Αν και η ΜΕΘ δεν υπήρχε από την αρχή της κατασκευής του Νοσοκομείου και ο σχεδιασμός της έγινε με βάση τους χώρους που ήδη υπήρχαν, έχει επαρκείς χώρους για να στεγάσουν τις ανάγκες μιας ΜΕΘ. Είναι οι απολύτως απαραίτητοι καθώς δεν υπήρχε δυνατότητα για κάτι παραπάνω. Στο σχήμα που ακολουθεί φαίνεται η διαμόρφωση των χώρων της ΜΕΘ.



Σχέδιο 2-11-1: Χάρτης ΜΕΘ Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Πηγή: Τεχνική Υπηρεσία Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Ο ενιαίος θάλαμος νοσηλείας, οι διάδρομοι, η κεντρική είσοδος και η είσοδος από τα χειρουργεία έχουν άπλετο χώρο για την μετακίνηση ασθενών με φορεία και του συνοδευτικού εξοπλισμού που είναι αναγκαίος για κάθε μεταφορά ασθενή.

Συγκεκριμένα οι χώροι που υπάρχουν είναι:

- Χώρος ασθενών με ένα ενιαίο θάλαμο νοσηλείας σε σχήμα Π που περιλαμβάνει 8 κλίνες και δύο θαλάμους απομόνωσης, έναν με κλίνη και ένα με μηχανήμα αιμοκάθαρσης. Οι κλίνες δεν χωρίζονται με κάποιο τρόπο, ούτε καν με κουρτίνες, και όλοι οι ασθενείς είναι ορατοί από οποιονδήποτε μπαίνει στον χώρο αυτό. Ειδικότερα, στις ώρες επισκεπτηρίου οι επισκέπτες δεν μπορούν να πετύχουν απομόνωση με τον συγγενή τους αφού ταυτόχρονα βλέπουν και τους άλλους ασθενείς. Ακόμα και κατά τη διάρκεια επεμβατικών πράξεων και των επισκέψεων των γιατρών θα ήταν χρήσιμες. Οι θάλαμοι απομόνωσης χωρίζονται από τον υπόλοιπο χώρο με τζάμι. Οι 4 από τις 8 κλίνες που χρησιμοποιούνται είναι αυτές που βρίσκονται στη δεξιά πλευρά όπως παρατηρούμε το σχέδιο 2-11-1.
- Βοηθητικοί χώροι που είναι:
 - ❖ Προθάλαμος
 - ❖ Γραφείο Διευθύντριας
 - ❖ Γραφείο Ιατρών
 - ❖ Γραφείο Προϊσταμένης
 - ❖ Εφημερείο
 - ❖ Αποδυτήρια νοσηλευτικού προσωπικού
 - ❖ Αποθήκη
 - ❖ Χώρος για την αποκομιδή ακάθαρτων υλικών
 - ❖ Κουζίνα
 - ❖ Χώρος παρασκευής τροφικών διαλυμάτων
 - ❖ Τουαλέτες, μπάνιο

Δεν υπάρχει χώρος αναμονής μέσα στη ΜΕΘ αλλά ακριβώς έξω από την κύρια είσοδο κοινός με αυτόν των χειρουργείων.

11.4 ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Η ΜΕΘ διαθέτει σύστημα κλιματισμού, αερισμού καθώς και φωτισμού. Ταυτόχρονα όμως παρέχει στους ασθενείς φυσικό αερισμό και φωτισμό με την

ύπαρξη παραθύρων στον χώρο των ασθενών βοηθώντας τους να διατηρούν επαφή με τον χρόνο και να μην επιβαρύνεται η ψυχολογική τους κατάσταση.

Όπως αναφέρθηκε και προηγούμενα η ΜΕΘ είναι μια Μονάδα που συγκεντρώνει υψηλή τεχνολογία γι' αυτό εδώ βρίσκονται και μηχανήματα που δεν υπάρχουν αλλού στο Νοσοκομείο. Ο χειρισμός τους πρέπει να γίνεται από άτομα του προσωπικού που διαθέτουν εμπειρία γιατί διαφορετικά οι κίνδυνοι είναι μεγάλοι. Επειδή δεν υπάρχει σύστημα μηχανογράφησης τα μηχανήματα δεν είναι καταγεγραμμένα και βρέθηκαν από απλή παρατήρηση γι' αυτό και ίσως λείπουν κάποια. Η ΜΕΘ του Νοσοκομείου περιλαμβάνει τον εξής εξοπλισμό:

ΜΗΧΑΝΗΜΑ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ
Μονίτορ εξειδικευμένων αιμοδυναμικών μετρήσεων	5
Μονίτορ μέτρησης ενδοκράνιας πίεσης	2
Μονίτορς με σταθμό κεντρικής παρακολούθησης	11
Αιμοκάθαρσης	1
Αναλυτής αερίων αίματος	1
Αναπνευστήρες	10 (+1 φορητός)
Αντλίες έγχυσης υγρών	15
Αντλίες σίτισης	10
Απινιδωτής	1
Καρδιογράφος	1
Μηχάνημα τεχνητού νεφρού με απιονιστή	1
Φορητό ακτινολογικό μηχάνημα	1
Κρεβάτια	10

Πίνακας 2-11-1: Βιοτεχνολογικός εξοπλισμός ΜΕΘ Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Πηγή: Τεχνική Υπηρεσία Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Ο εξοπλισμός αυτός εξυπηρετεί τη ΜΕΘ χωρίς να υπάρχουν προβλήματα αφού είναι ότι πιο σύγχρονο απαιτεί μία τέτοια μονάδα και είναι επαρκή σε αριθμό. Τα μηχανήματα και οποιαδήποτε άλλη συσκευή της ΜΕΘ δεν μεταφέρονται σε άλλους χώρους για να χρησιμοποιηθούν σε άλλους ασθενείς.

Η αποστείρωση των εργαλείων που χρησιμοποιούνται δεν γίνεται στη ΜΕΘ αλλά στα χειρουργεία όπου υπάρχει ειδικός κλίβανος. Για τη συντήρηση των μηχανημάτων υπάρχει ειδικό συνεργείο που έχει αναλάβει τη συντήρησή τους. Η καθαριότητα των χώρων γίνεται από καθαρίστρια η οποία πρέπει να γνωρίζει τους κανόνες αποφυγής λοιμώξεων.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ⁹⁹**11.5 ΜΕΓΕΘΟΣ ΜΕΘ**

Το μέγεθος της ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών είναι 250 m² δηλαδή σε κάθε κλίνη αντιστοιχούν 20,8 m² (250/12). Η αναλογία είναι μικρότερη από ότι θα έπρεπε και δεν ικανοποιεί τα διεθνή πρότυπα που απαιτούν χώρο 30 τ.μ. για μία κλίνη ΜΕΘ.

Ο αριθμός των κρεβατιών του Νοσοκομείου είναι 121 και 1 κλίνη ΜΕΘ αντιστοιχεί σε 10 περίπου κλίνες του Νοσοκομείου. Η αναλογία αυτή είναι ικανοποιητική γιατί καλύπτει το 10% του συνόλου των κλινών και ξεπερνάει το 3-5% των κλινών του Νοσοκομείου που είναι απαραίτητο να καλύπτουν οι κλίνες της ΜΕΘ. Δεν μπορούμε να μιλήσουμε για αναλογία πληθυσμού ανά κλίνη ΜΕΘ αφού δεν μπορεί να προσδιοριστεί ακριβώς ο αριθμός των ατόμων που μπορούν να χρησιμοποιήσουν τη ΜΕΘ.

11.6 ΘΕΣΗ ΜΕΘ

Η ΜΕΘ βρίσκεται στον ίδιο όροφο με τα χειρουργεία (2^{ος}) γεγονός που είναι πολύ θετικό. Χειρουργεία υπάρχουν και στον 1^ο όροφο τα οποία επικοινωνούν με τη Μονάδα με ξεχωριστό ασανσέρ. Ταυτόχρονα όμως βρίσκεται μακριά από το ΤΕΠ το οποίο είναι στο ισόγειο, το μικροβιολογικό εργαστήριο που βρίσκεται στο ισόγειο, το ακτινολογικό τμήμα στο υπόγειο και το αιματολογικό στο άλλο κτίριο. Αν και διαθέτει φορητό ακτινολογικό μηχάνημα απαιτούνται και πολλές πιο εξειδικευμένες εξετάσεις που χρήζουν μεταφοράς του ασθενή 3 ορόφους πιο κάτω.

Το κτίριο που βρίσκεται η Μονάδα διαθέτει έξοδο κινδύνου για κάθε περίπτωση που χρειαστεί. Επίσης, επειδή η Κλινική βρίσκεται κοντά σε πολυσύχναστους δρόμους χωρίς, όμως, να την περιβάλλουν δεν υπάρχουν εξωτερικοί θόρυβοι.

Η πρόσβαση στη Μονάδα εκτός από τις σκάλες γίνεται και από τρία ασανσέρ. Από αυτά τα δύο είναι για το προσωπικό και τους επισκέπτες. Το τρίτο χρησιμοποιείται για τη μεταφορά φορείων. Βρίσκονται στο χώρο που οδηγεί στις εισόδους των χειρουργείων και της ΜΕΘ (Α1, Α2, Α3 στο σχέδιο 2-11-2).

⁹⁹ Τεχνική Υπηρεσία Ευρωκλινικής Αθηνών

Θετικό σημείο είναι ότι υπάρχει ξεχωριστή είσοδος για τους επισκέπτες η οποία οδηγεί στο χώρο αναμονής επισκεπτών, που είναι κοινός με αυτόν των χειρουργείων, και άλλη είσοδος για το προσωπικό και τον ανεφοδιασμό. Έτσι, οι επισκέπτες δεν ενοχλούν το προσωπικό κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου.

11.7 ΧΩΡΟΙ ΜΕΘ

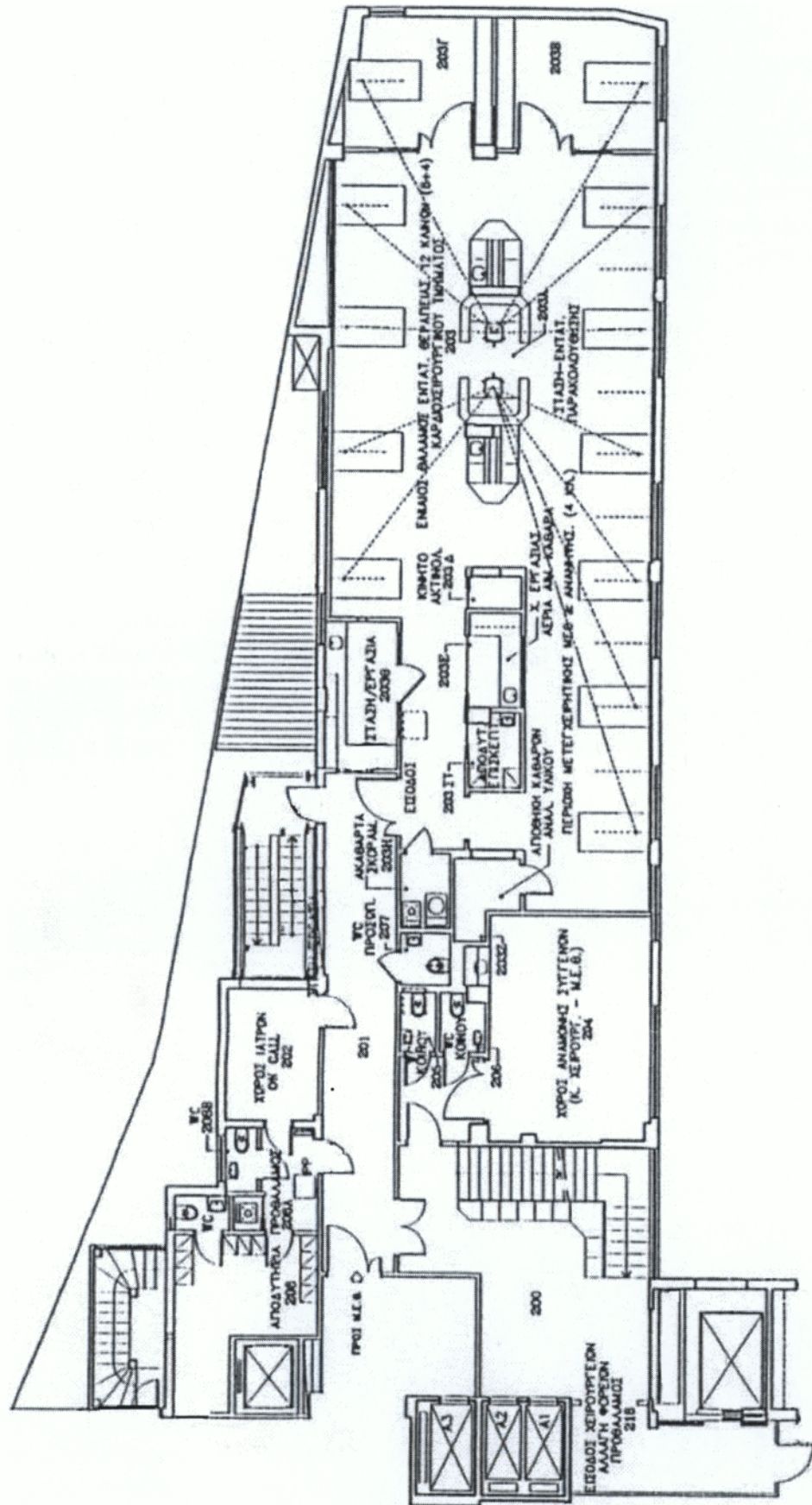
Σε αυτή την περίπτωση, επειδή η ΜΕΘ προβλέφθηκε από τον αρχικό σχεδιασμό της κατασκευής της κλινικής, η πρόβλεψη είναι καλύτερη χωρίς να υπάρχει κάποιος χώρος που να «περισεύει». Το σχήμα 2-11-2 παρουσιάζει τη διαμόρφωση των χώρων της ΜΕΘ.

Παρατηρούμε ότι η ΜΕΘ αποτελείται από μακρύς διαδρόμους για να διευκολύνεται η μετακίνηση των φορείων με τους ασθενείς αλλά και η ροή εργασίας του προσωπικού να είναι ομαλή.

Συγκεκριμένα οι χώροι που υπάρχουν είναι:

- Χώρος ασθενών με ένα ενιαίο θάλαμο νοσηλείας σε σχήμα Π που περιλαμβάνει 12 κλίνες εκ των οποίων οι 2 είναι σε θαλάμους απομόνωσης. Οι κλίνες μεταξύ τους χωρίζονται με κουρτίνες ενώ οι θάλαμοι απομόνωσης είναι ξεχωριστά δωμάτια.
- Βοηθητικοί χώροι που είναι:
 - Γραφείο Ιατρών
 - Γραφείο Προϊσταμένης
 - Γραμματεία
 - Εφημερείο
 - Αποδυτήρια νοσηλευτικού προσωπικού
 - Αποθήκη καθαρών και αναλώσιμου υλικού
 - Χώρος αναμονής επισκεπτών (κοινού με τα χειρουργεία)
 - Χώρος για τα υλικά καθαρισμού και την αποκομιδή ακάθαρτων υλικών
 - Τουαλέτες προσωπικού
 - Τουαλέτες κοινού

Να σημειωθεί ότι η γραμματέας που εργάζεται στη ΜΕΘ δεν έχει δικό της γραφείο. Βρίσκεται στον κεντρικό σταθμό νοσηλευτών από όπου και τακτοποιεί τους ιατρικούς φακέλους και γενικά απασχολείται με οποιαδήποτε γραφική εργασία είναι αναγκαία στη Μονάδα.



Σχέδιο 2-11-2: Χάρτης ΜΕΘ Ευρωκλινικής Αθηνών

Πηγή: Τεχνική Υπηρεσία Ευρωκλινικής Αθηνών

11.8 ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Η ΜΕΘ διαθέτει σύστημα κλιματισμού και αερισμού γιατί οι ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν απαιτούν κάτι τέτοιο. Επίσης, υπάρχουν παράθυρα στο χώρο νοσηλείας για να κρατούν οι ασθενείς επαφή με τον χρόνο

Η ΜΕΘ της Κλινικής περιλαμβάνει τον εξής τεχνικό εξοπλισμό:

ΜΗΧΑΝΗΜΑ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ
CO ₂ εκπνεόμενων αερίων	2
Monitor (μονάδα)	12
Monitor (οθόνη)	12
Monitor (φορητό)	1
SV O ₂	2
Αιμοκάθαρσης μονάδα	2
Αναλυτής αερίων αίματος	1
Αναλυτής ηλεκτρολυτών	1
Αναλυτής πήξης αίματος	1
Αναπνευστήρας	14
Αναπνευστήρας φορητός	1
Αναρρόφηση	1
Αντλία αεροστρώματος	2
Αντλία έγχυσης	4
Αντλία έγχυσης με σύριγγα	1
Αντλία σίτισης	6
Απινιδωτής	1
Βηματοδότης καρδιάς	6
Θερμαντήρας αίματος	2
Ροόμετρο O ₂	1
Φορητό ακτινολογικό μηχάνημα	1
Υπερηχογράφος σωματιδίων	1

Πίνακας 2-11-2: Βιοτεχνολογικός εξοπλισμός ΜΕΘ Ευρωκλινικής Αθηνών

Πηγή: Τεχνική Υπηρεσία Ευρωκλινικής Αθηνών

Σε καμία περίπτωση τα μηχανήματα δεν μεταφέρονται εκτός της ΜΕΘ για να χρησιμοποιηθούν σε άλλους ασθενείς. Τα εργαλεία που χρειάζονται αποστείρωση στέλνονται στο Τμήμα Αποστείρωσης. Τα μηχανήματα συντηρούνται από ειδικούς τεχνικούς ενώ η απολύμανση των χώρων γίνεται από καθαρίστριες που γνωρίζουν τους απαραίτητους κανόνες.

11.9 ΣΥΓΚΡΙΣΗ

Ένα σημείο που διαφέρει στις δύο ΜΕΘ είναι το μέγεθος που χρειάζεται μία κλίνη ΜΕΘ για να λειτουργήσει ικανοποιητικά και αποδοτικά. Η ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα έχει μέγεθος 128,97 m² (με 4 χρησιμοποιούμενες κλίνες) ή 64,48 m² (με 8 κλίνες) και η ΜΕΘ της Ευρωκλινικής 20,8 m². Βέβαια στον Άγιο Ανδρέα πρέπει να υπολογίσουμε ότι από τις 8 κλίνες που υπάρχουν χρησιμοποιούνται μόνο οι 4 λόγω έλλειψης προσωπικού. Πάντως σε οποιαδήποτε περίπτωση είτε των 4 είτε των 8 κλινών το μέγεθος που αντιστοιχεί σε καθεμία είναι μέσα στα πλαίσια, ξεπερνά δηλαδή τα 30 m² κάτι που δεν συμβαίνει με τη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής αφού τα 20,8m² απέχουν αρκετά από το κατώτατο όριο. Η αναλογία κλινών με διαθέσιμο χώρο είναι αντίστροφη αφού στον Άγιο Ανδρέα υπάρχουν λίγες κλίνες με διαθέσιμο χώρο και στην Ευρωκλινική πολλές κλίνες με λίγο διαθέσιμο χώρο.

Οι όροι αντιστρέφονται όταν αναφερόμαστε στην αναλογία μίας κλίνης ΜΕΘ σε κλίνες του Νοσοκομείου. Στον Άγιο Ανδρέα καλύπτουν μόλις το 0,07%, με αντιστοιχία 1 προς 138, ποσοστό ελάχιστο, ανίκανο να εξυπηρετεί τις ανάγκες του Νοσοκομείου. Στην Ευρωκλινική το αντίστοιχο ποσοστό αγγίζει το 10% δηλαδή μία κλίνη ΜΕΘ αντιστοιχεί σε 10 κλίνες του Νοσοκομείου. Αντίθετα από τον Άγιο Ανδρέα, η αναλογία αυτή είναι πολύ ικανοποιητική. Ένα σημαντικό αρνητικό στοιχείο είναι ότι, στην περίπτωση του Αγίου Ανδρέα, σε κάθε κλίνη ΜΕΘ αντιστοιχεί μεγάλος αριθμός πληθυσμού, περίπου 82.000 κάτοικοι.

Άλλη μία διαφορά των ΜΕΘ συναντάται στη θέση την οποία βρίσκονται στο κάθε Νοσοκομείο. Η θέση της ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα στον 1^ο όροφο είναι καλή γιατί βρίσκεται κοντά σε τμήματα όπως το Ακτινολογικό, το Μικροβιολογικό και το ΤΕΠ με τα εργαστήρια στον ίδιο όροφο και το ΤΕΠ στο ισόγειο. Όμως λόγω του ότι υπάρχουν 3 διαφορετικά κτίρια (2 στο ίδιο οικοπέδο και 1 σε διαφορετικό) οι κλινικές που δεν είναι στο ίδιο κτίριο με τη ΜΕΘ δεν εξυπηρετούνται άμεσα αφού είναι απαραίτητη η χρήση ασθενοφόρου για τη μεταφορά των ασθενών. Η ΜΕΘ της Ευρωκλινικής βρίσκεται μακριά από τα εργαστήρια και το ΤΕΠ και σε διαφορετικό όροφο από τα χειρουργεία του 1^{ου} ορόφου.

Η ύπαρξη δύο εισόδων στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής, μία για το προσωπικό και μία για τους επισκέπτες, διευκολύνει τη ροή εργασίας αφού κατά τις ώρες του επισκεπτηρίου οι επισκέπτες δεν ενοχλούν το προσωπικό στην εργασία του. Η ΜΕΘ

του Αγίου Ανδρέα έχει μόνο μία είσοδο και για το προσωπικό και για τους επισκέπτες και κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου συγχέονται οι δύο κατηγορίες ατόμων που κινούνται στη ΜΕΘ. Κοινό βέβαια είναι ότι και οι δύο Μονάδες συνδέονται με ξεχωριστή είσοδο από τα Χειρουργεία.

Τα σχέδια και των δύο ΜΕΘ δείχνουν ακριβώς τι χώρους περιλαμβάνει η κάθε μία. Γενικά, είναι σχέδια απλά, σε ορθογώνιο σχήμα και με διαδρόμους για να διευκολύνεται κυρίως η κίνηση των φορειών και δευτερευόντως των εργαζομένων. Και στις δύο ΜΕΘ υπάρχει κεντρικός σταθμός νοσηλευτών με τις κλίνες να βρίσκονται περιμετρικά έτσι ώστε να είναι δυνατή η ταυτόχρονη παρακολούθηση όλων των ασθενών. Οι υπόλοιποι χώροι που υπάρχουν είναι οι άκρως απαραίτητοι και για τις δύο ΜΕΘ. Επιθυμητό θα ήταν να υπάρχουν και στις δύο κάποιοι επιπλέον αποθηκευτικοί χώροι. Στο σχέδιο της ΜΕΘ της Ευρωκλινικής παρατηρούμε ότι υπάρχουν κάποιοι χώροι κοινοί με τα χειρουργεία όπως είναι ο χώρος αναμονής επισκεπτών, οι τουαλέτες επισκεπτών, οι τουαλέτες του προσωπικού και ο χώρος για τα ακάθαρτα. Στη ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα ο μόνος κοινός χώρος με τα χειρουργεία είναι ο χώρος της αναμονής.

Στο σημαντικό μέρος του τεχνικού εξοπλισμού η κυριότερη διαφορά βρίσκεται στο ότι τα μηχανήματα στην Ευρωκλινική είναι αναλυτικά καταγεγραμμένα ενώ στον Άγιο Ανδρέα δεν είναι. Και στα δύο Νοσοκομεία τα μηχανήματα που υπάρχουν θεωρούνται επαρκή για να καλύψουν τις ανάγκες των ΜΕΘ.

Τέλος, όσον αφορά την αποστείρωση των εργαλείων διαφέρει γιατί στην Ευρωκλινική γίνεται σε ειδικό τμήμα και στον Άγιο Ανδρέα στα χειρουργεία. Επίσης η συντήρηση των μηχανημάτων στην Ευρωκλινική γίνεται από ειδικό συνεργείο ενώ στον Άγιο Ανδρέα από υπαλλήλους της τεχνικής υπηρεσίας. Η καθαριότητα των χώρων στις Μονάδες γίνεται από καθαρίστριες.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1 2

Σ Τ Ε Λ Ε Χ Ω Σ Η Μ Ε Θ

Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»¹⁰⁰

12.1 ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η ΜΕΘ του Νοσοκομείου στελεχώνεται από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Άλλου είδους προσωπικό όπως τραυματιοφορέας και φυσιοθεραπευτής, που είναι απαραίτητοι, μέχρι και το 2002 ήταν κοινοί με τα άλλα τμήματα. Αποκλειστικός φυσιοθεραπευτής για τη ΜΕΘ διατέθηκε μόλις το 2003 και εργάζεται μόνο κατά το τακτικό ωράριο.

Το 2003 το μόνιμο προσωπικό που υπηρετούσε στη ΜΕΘ ήταν:

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ
Ιατρικό	5
Νοσηλευτικό	22
Παραϊατρικό	1
ΣΥΝΟΛΟ	28

Πίνακας 2-12-1: Στελέχωση ΜΕΘ Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για το έτος 2003

Πηγή: Τμήμα Προσωπικού Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Το ιατρικό προσωπικό αποτελείται από τη Διευθύντρια Αναισθησιολόγο, 2 Επιμελητές Α' Αναισθησιολόγους και 2 Επιμελητές Β' Πνευμονολόγο και Χειρουργό. Οι οργανικές θέσεις για γιατρούς στη ΜΕΘ είναι 5 οπότε και έχουν συμπληρωθεί. Αν όμως η ΜΕΘ λειτουργούσε πλήρως με τις 8 κλίνες που διαθέτει ο αριθμός τους δεν θα επαρκούσε. Ο αριθμός τους θεωρείται επαρκής για τις 8 απαιτούμενες εφημερίες ανά μήνα που υποχρεώνονται να κάνουν οι Επιμελητές της ΜΕΘ.

Το προσωπικό, κυρίως το νοσηλευτικό, που προσλαμβάνεται στη ΜΕΘ διαρκώς αυξάνεται έτσι ώστε να μπορούν να καλυφθούν οι ανάγκες της. Η αύξηση των προσλήψεων για τα έτη 2000, 2001 και 2002 φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

¹⁰⁰ Τμήμα Προσωπικού Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

ΕΤΟΣ	2000		2001		2002	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ						
Ιατρικό	4	23,53%	4	22,22%	4	18,18%
Νοσηλευτικό	13	76,47%	14	77,78%	18	81,82%
ΣΥΝΟΛΟ	17	100%	18	100%	22	100%

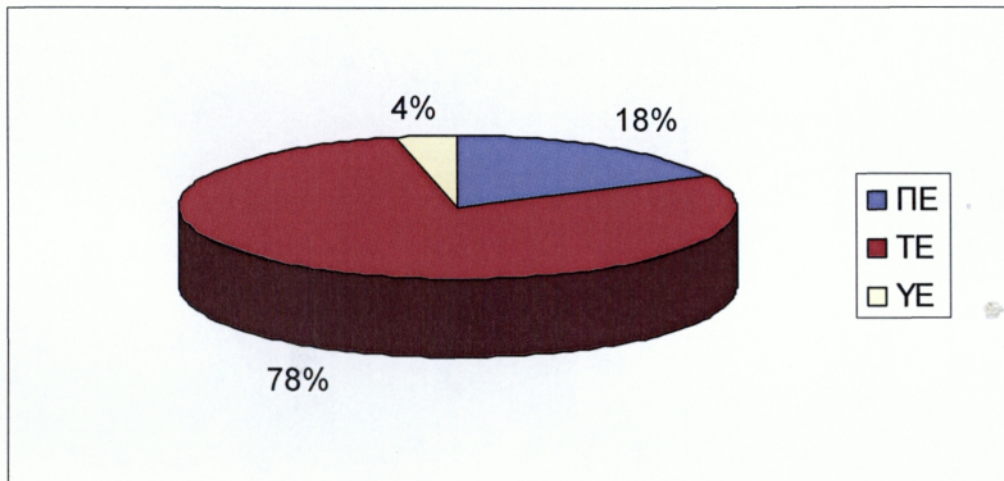
Πίνακας 2-12-2: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του προσωπικού της ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών

«Ο Άγιος Ανδρέας» για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Τμήμα Προσωπικού Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

12.2 ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Το προσωπικό που εργαζόταν στη ΜΕΘ το 2003 αποτελούνταν από 5 ιατρούς ΠΕ, 21 νοσηλεύτες ΤΕ, 1 βοηθό θαλάμου ΥΕ και 1 φυσιοθεραπευτή ΤΕ και η ποσοστιαία κατανομή τους φαίνεται στο επόμενο γράφημα.



Γράφημα 2-12-1: Ποσοστιαία κατανομή κατά επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού της ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για το έτος 2003

Πηγή: Τμήμα Προσωπικού Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

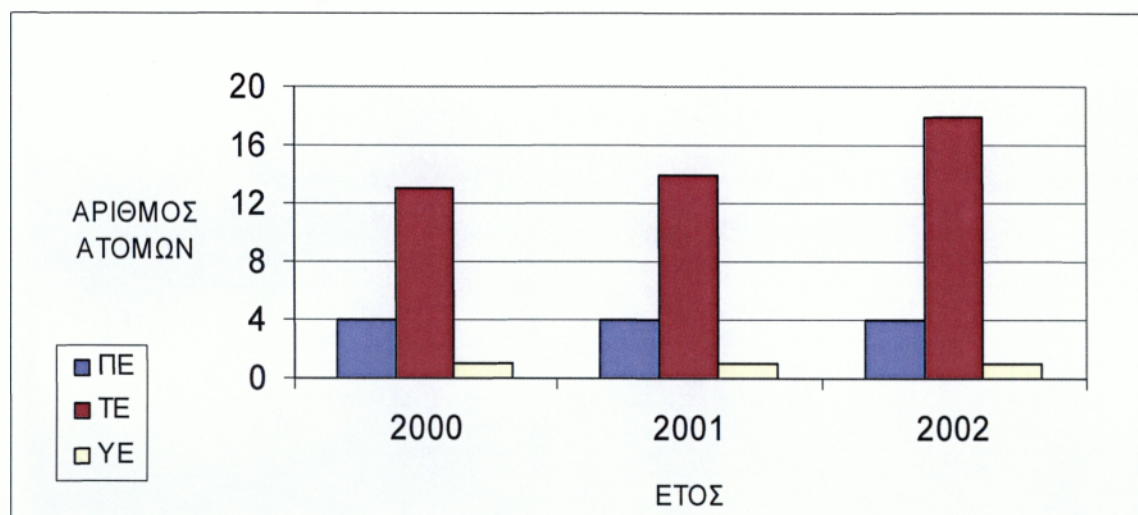
Ο παρακάτω πίνακας δείχνει την διαχρονική μεταβολή του προσωπικού για τα έτη 2000, 2001 και 2002 παρουσιάζοντας ταυτόχρονα και το επίπεδο εκπαίδευσής του.

ΕΤΟΣ	2000		2001		2002	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ						
ΠΕ	4	22,22%	4	21,05%	4	17,39%
ΤΕ	13	72,22%	14	73,68%	18	78,26%
ΥΕ	1	5,55%	1	5,26%	1	4,34%
Σύνολο	18	100%	19	100%	23	100%

Πίνακας 2-12-3: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή κατά επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού της ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Τμήμα Προσωπικού Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Η αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού ΤΕ αλλάζει τις αναλογίες που υπάρχουν για προσωπικό ΠΕ και ΥΕ. Είναι εμφανής στον πίνακα η αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού ΤΕ και η αντίστοιχη μείωση της αναλογίας για προσωπικό ΠΕ και ΥΕ. Επιθυμία της Προϊσταμένης της ΜΕΘ ήταν η στελέχωση της ΜΕΘ με προσωπικό ενιαίου και υψηλού επιπέδου μόρφωσης ώστε να παρέχεται καλύτερη φροντίδα στους ασθενείς. Το γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζει αυτή την αύξηση στο νοσηλευτικό προσωπικό.



Γράφημα 2-12-2: Αριθμητική κατανομή κατά επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού της ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Τμήμα Προσωπικού Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

12.3 ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Εκτός από τους γιατρούς που εργάζονται μόνιμα στη ΜΕΘ και μοιράζονται τις εφημερίες υπάρχουν και ειδικευόμενοι γιατροί, στο πλαίσιο της ειδικότητάς τους, που εκπαιδεύονται και συμμετέχουν στις εφημερίες. Το διάστημα όμως που μένουν στη ΜΕΘ είναι πολύ μικρό και έτσι μέχρι να εκπαιδευτούν σε βασικά πράγματα αναγκάζονται να φύγουν και να έρθουν άλλοι στη θέση τους που δεν μπορούν να συνεισφέρουν και τόσο. Οι ειδικότητες που εκπαιδεύονται στη ΜΕΘ είναι Γενικής Ιατρικής για 2 μήνες, Παθολογία για 3 μήνες και Εντατικολογία για 6 μήνες.

Εκτός από το μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό στη ΜΕΘ υπάρχουν και σπουδαστές ΤΕΙ που εκπαιδεύονται για να πραγματοποιήσουν την εξάμηνη πρακτική τους άσκηση διανύοντας μικρό χρονικό διάστημα σε αυτήν αφού εκπαιδεύονται και σε άλλα τμήματα ή μονάδες. Συνήθως ο αριθμός τους είναι 1 ή 2. Την ευθύνη για κάθε πράξη τους έχει το ΤΕΙ από το οποίο προέρχονται και έτσι είναι πιο εύκολο για την Προϊσταμένη να τους αναθέσει εργασίες οι οποίες δεν μπορούν να είναι πολύ σύνθετες και περιορίζονται σε αυτές που θα αναλάμβανε μια Νοσηλεύτρια ΔΕ που όμως δεν υπάρχει στη Μονάδα. Σε καμία όμως περίπτωση δεν είναι ικανοί να αναπληρώσουν οποιοδήποτε μόνιμο υπάλληλο.

Επίσης, από το δεύτερο εξάμηνο του 2003 στο προσωρινό προσωπικό προστέθηκαν και 3 συμμετέχοντες του δεκαοχτάμηνου προγράμματος απόκτησης εργασιακής εμπειρίας «Stage για Υγεία και Πρόνοια» του ΟΑΕΔ. Ούτε αυτή η ομάδα εργάζεται στη ΜΕΘ για ολόκληρο το διάστημα που διαρκεί το πρόγραμμα. Οι απασχολούμενοι στο πρόγραμμα αυτό δεν έχουν νομική κάλυψη για τις νοσηλευτικές πράξεις που ασκούν και επομένως δεν τους ανατίθενται πιο δύσκολα περιστατικά γιατί την ευθύνη τους έχει η Προϊσταμένη της ΜΕΘ. Επόμενο είναι να μην μπορούν, όπως οι σπουδαστές, να αναπληρώνουν μόνιμους υπαλλήλους.

Το υπόλοιπο προσωπικό που διατίθενται στη ΜΕΘ χωρίς να εργάζεται μόνιμα σε αυτή χρησιμοποιείται όταν κρίνεται απαραίτητο. Έτσι υπάρχει μία καθαρίστρια, ένας τεχνικός μηχανημάτων και ένας τραυματιοφορέας.

Όσον αφορά τον φυσιοθεραπευτή, κανονικά η αναλογία που ισχύει είναι 1/2 δηλαδή σε έναν φυσιοθεραπευτή αναλογούν 2 ασθενείς. Σε αυτή τη ΜΕΘ όμως ο φυσιοθεραπευτής εξυπηρετεί 4 ασθενείς.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ¹⁰¹

12.4 ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Σαν μόνιμο προσωπικό της Μονάδας νοείται αυτό που εργάζεται με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου. Αυτή η έννοια ουσιαστικά δεν υφίστανται στον ιδιωτικό τομέα και, επομένως, παρατηρείται το φαινόμενο των συχνών μεταβολών ακόμα και μέσα σε κάθε έτος.

¹⁰¹ Διεύθυνση Προσωπικού Ευρακλικής Αθηνών

Η ΜΕΘ του Νοσοκομείου στελεχώνεται από ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό. Εξυπηρετούν επίσης μόνιμοι τραυματιοφορείς ένας στο τακτικό ωράριο και ένας τις απογευματινές ώρες. Οποιαδήποτε άλλη κατηγορία προσωπικού είναι στη διάθεση της Μονάδας οποιαδήποτε στιγμή είναι αναγκαία για την εύρυθμη λειτουργία της. Το έτος 2003 το μόνιμο προσωπικό ήταν:

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ
Ιατρικό	8
Νοσηλευτικό	24
Διοικητικό	1
Παραϊατρικό	2
ΣΥΝΟΛΟ	35

Πίνακας 2-12-4: Στελέχωση ΜΕΘ Ευρωκλινικής Αθηνών για το έτος 2003

Πηγή: Διεύθυνση Προσωπικού Ευρωκλινικής Αθηνών

Το ιατρικό προσωπικό της ΜΕΘ αποτελείται από τον Διευθυντή Καρδιολόγο-Εντατικολόγο και 7 Επιμελητές με τις εξής ειδικότητες: 2 Αναισθησιολόγους, 2 Καρδιολόγους-Εντατικολόγους, 1 Παθολόγο και 2 Χειρουργούς. Ο αριθμός των γιατρών που εφημερεύει καθημερινά αυξάνεται διαρκώς γιατί αυξάνεται και ο αριθμός των ασθενών που εισάγονται.

Το νοσηλευτικό προσωπικό αυξάνεται και αυτό για να ανταποκριθεί στις ανάγκες. Ο επόμενος πίνακας παρουσιάζει τις μεταβολές αυτές του προσωπικού για τα έτη 2000, 2001 και 2002. Το προσωπικό που εργάζεται στη ΜΕΘ δεν αλλάζει εύκολα και μικροαλλαγές μπορεί να υπάρχουν στον αριθμό των νοσηλευτών

ΕΤΟΣ	2000		2001		2002	
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
Ιατρικό	3	12%	3	10,71%	8	21,62%
Νοσηλευτικό	21	84%	24	85,71%	24	75,67%
Διοικητικό	1	4%	1	3,57%	1	2,70%
ΣΥΝΟΛΟ	25	100%	28	100%	33	100%

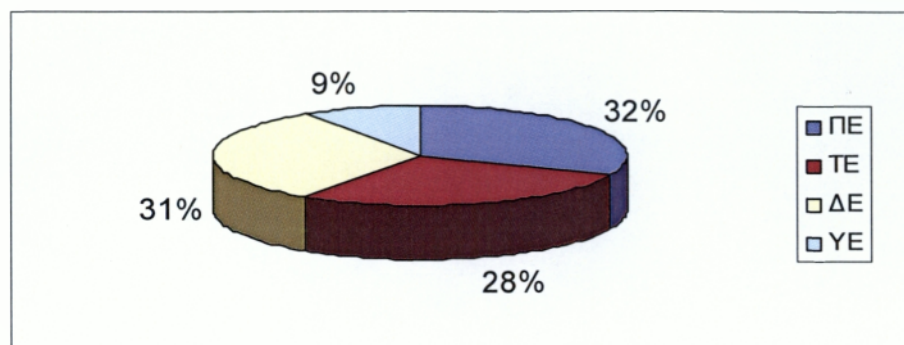
Πίνακας 2-12-5: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του προσωπικού της ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Διεύθυνση Προσωπικού Ευρωκλινικής Αθηνών

12.5 ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Το προσωπικό που εργαζόταν στη ΜΕΘ το 2003 αποτελούνταν από 8 ιατρούς ΠΕ, 2 νοσηλευτές ΠΕ, 9 νοσηλευτές ΤΕ, 10 νοσηλευτές ΔΕ, 1 βοηθό θαλάμου ΥΕ

και 2 τραυματιοφορείς ΥΕ. Στο επόμενο γράφημα παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή τους ανά κατηγορία εκπαίδευσης:



Γράφημα 2-12-3: Ποσοστιαία κατανομή κατά επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού της ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών για το έτος 2003

Πηγή: Διεύθυνση Προσωπικού Ευρωκλινικής Αθηνών

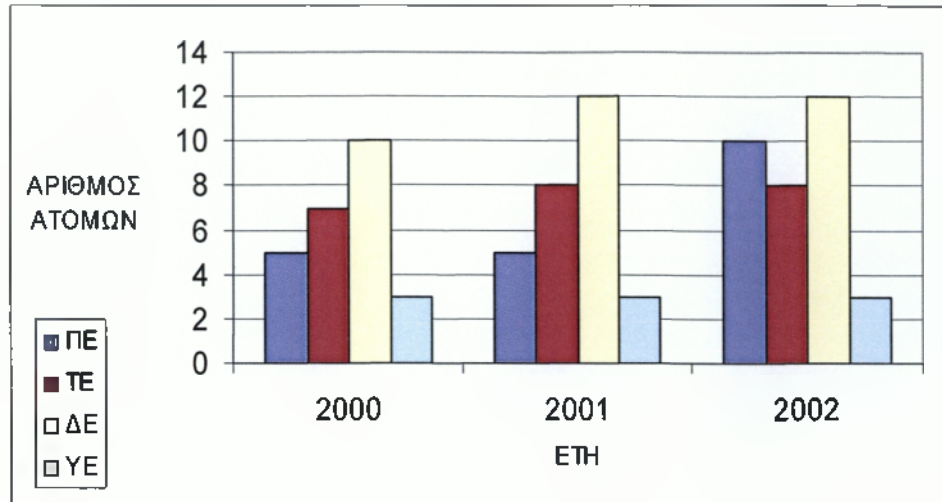
Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται οι μεταβολές που σημειώθηκαν στο προσωπικό σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης για τα έτη 2000, 2001 και 2002:

ΕΤΟΣ	2000		2001		2002	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ						
ΠΕ	5	20%	5	17,8%	10	30,3%
ΤΕ	7	24%	8	28,5%	8	24,24%
ΔΕ	10	44%	12	42,8%	12	36,36%
ΥΕ	3	12%	3	10,7%	3	9,09%
Σύνολο	25	100%	28	100%	33	100%

Πίνακας 2-12-6: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή κατά επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού της ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Διεύθυνση Προσωπικού Ευρωκλινικής Αθηνών

Δεν παρατηρούνται αλλαγές στο προσωπικό κατηγορίας ΥΕ αλλά σε όλες τις υπόλοιπες χωρίς όμως να γίνονται και κάθε έτος. Για την κατηγορία ΠΕ αύξηση υπήρξε από το 2001 στο 2002 και αυτό συνέβη εξαιτίας των γιατρών που προστέθηκαν. Από το 2000 στο 2002 αυξήθηκαν οι κατηγορίες ΔΕ και ΤΕ. Η συνεχής αύξηση του αριθμού των ασθενών απαιτεί την αύξηση αυτή και στο προσωπικό. Στο επόμενο γράφημα γίνονται εμφανείς αυτές οι μεταβολές.



Γράφημα 2-12-4: Αριθμητική κατανομή κατά επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού της ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Διεύθυνση Προσωπικού Ευρωκλινικής Αθηνών

12.6 ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Αν και η Ευρωκλινική είναι ιδιωτική κλινική εκπαιδεύει νοσηλευτικό προσωπικό σπουδαστές των ΤΕΙ που κάνουν την πρακτική τους άσκηση. Το διάστημα που παραμένουν στη Μονάδα είναι μικρό γιατί πρέπει να εκπαιδευτούν και σε άλλα τμήματα. Τους ανατίθενται να εκτελέσουν βασικές νοσηλευτικές πράξεις και να εξοικειωθούν με το βαρύ περιστατικό. Δεν μπορούν να αναπληρώσουν μόνιμο προσωπικό

Στη ΜΕΘ υπάρχουν ως μόνιμο προσωπικό δύο τραυματιοφορείς. Άλλες κατηγορίες προσωπικού που εξυπηρετούν είναι καθαρίστρια, φυσιοθεραπευτές και τεχνικό προσωπικό που ενώ δεν αποτελούν μόνιμο προσωπικό είναι διαθέσιμοι ανά πάσα στιγμή που θα τους χρειαστεί η Μονάδα.

12.7 ΣΥΓΚΡΙΣΗ

Ο αριθμός των μελών του προσωπικού, κυρίως ιατρικού και νοσηλευτικού, στις δύο ΜΕΘ είναι ανάλογο προς τις κλίνες που έχει κάθε μία. Στην ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα όμως το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να φαίνεται επαρκές γιατί οι κλίνες είναι πολύ λίγες αλλά δεν επαρκεί για τις εφημερίες. Η ΜΕΘ της Ευρωκλινικής δεν έχει επαρκές νοσηλευτικό προσωπικό. Τα τρία έτη που μελετώνται εδώ υπάρχει

σταθερή αύξηση προσωπικού που βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τη συνεχή αύξηση περιστατικών που εξυπηρετούν οι Μονάδες.

Διαφορά υπάρχει στο επίπεδο εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού όπου στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής υπάρχουν όλες οι κατηγορίες ενώ στη ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέας δεν υπάρχει νοσηλευτικό προσωπικό ΔΕ αλλά μόνο ΤΕ.

Εκτός από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό στις ΜΕΘ υπάρχουν και άλλες κατηγορίες. Τέτοιες κατηγορίες που εξυπηρετούν αλλά δεν είναι μόνιμοι στις Μονάδες είναι καθαρίστριες, φυσιοθεραπευτές, τεχνικό προσωπικό. Στο μόνιμο προσωπικό της ΜΕΘ της Ευρωκλινικής συγκαταλέγονται γραμματέας, βοηθός θαλάμου και τραυματιοφορείς. αντίθετα στη ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα μόνιμη είναι μόνο μία βοηθός θαλάμου. Τραυματιοφορείς ειδοποιούνται όταν είναι απαραίτητοι ενώ τη γραφική δουλειά που θα έπρεπε να εκτελεί η γραμματέας την κάνει το προσωπικό. Επίσης η Ευρωκλινική αναλαμβάνει εκπαιδευόμενους νοσηλευτές και ο Άγιος Ανδρέας εκπαιδευόμενους νοσηλευτές και ειδικευόμενους γιατρούς.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 13**Ν Ο Σ Η Λ Ε Ι Α Σ Τ Ι Σ Μ Ε Θ**

Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»¹⁰²

13.1 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Η εισαγωγή ασθενούς στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών γίνεται με τους εξής τρόπους:

1. Επείγοντα Περιστατικά, Εξωτερικά Ιατρεία→ΜΕΘ
2. Κλινική→ΜΕΘ
3. Χειρουργείο→ΜΕΘ
4. ΕΚΑΒ (από τον τόπο του περιστατικού)→ΜΕΘ
5. ΕΚΑΒ (από άλλο Νοσοκομείο)→ΜΕΘ

Για την εισαγωγή του ασθενή το Νοσοκομείο δεν εφαρμόζει κάποιο ειδικό πρωτόκολλο. Όποιος ασθενής χρειάζεται νοσηλεία στη ΜΕΘ και υπάρχει ελεύθερη κλίνη εισάγεται και μετά το Γραφείο Κίνησης Ασθενών τον καταγράφει. Δεν εισάγονται περιστατικά ασθενών που βρίσκονται στα τελευταία στάδια ανιάτων νόσων, κυρίως ογκολογικών.

13.2 ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στη ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα το επισκεπτήριο των συγγενών των ασθενών έχει διάρκεια 30 λεπτά το πρωί από τις 13 έως τις 13:30 και 30 λεπτά το απόγευμα από τις 18 έως τις 18:30. Κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου γίνεται η ενημέρωση των συγγενών για την πορεία της υγείας των ασθενών από τους γιατρούς.

Απαγορεύεται το επισκεπτήριο σε παιδιά και μπορεί να μην πραγματοποιηθεί αν οι συγγενείς το επιθυμούν. Επιτρέπεται να μπει στη μονάδα ένα άτομο κάθε φορά φορώντας την ειδική στολή ώστε να προστατευθεί ο ασθενής από μολύνσεις και λοιμώξεις.

¹⁰² Γεωργακόπουλος Παναγιώτης, Ιατρός ΜΕΘ, Επιμελητής Β' Πνευμονολογίας

Γίνεται φανερό ότι η ΜΕΘ δεν ακολουθεί το ανοιχτό επισκεπτήριο γιατί έτσι διαταράσσεται η ηρεμία του ασθενή αλλά είναι και ενοχλητικό για το προσωπικό να βρίσκονται συνέχεια επισκέπτες στο θάλαμο νοσηλείας.

13.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΞΟΔΟΥ

Η ΜΕΘ δεν δίνει εξιτήριο σε ασθενή. Για ψυχολογικούς λόγους ο ασθενής μεταφέρεται σε άλλο τμήμα και η κατάστασή του το επιτρέπει παίρνει εξιτήριο από αυτό. Αυτός ο τρόπος βοηθά τον ασθενή να εγκλιματιστεί στο νέο περιβάλλον και να συνέλθει εντελώς. Μια απότομη μετάβαση από τη ΜΕΘ στο σπίτι μπορεί να τον επηρεάσει αρνητικά. Για την μεταφορά του ασθενή σε κλινική απαιτείται εντολή από την Διευθύντρια και έχει προτεραιότητα σε σχέση με άλλους ασθενείς.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

13.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Η εισαγωγή στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής γίνεται με του εξής τρόπους:

1. Επείγοντα Περιστατικά, Εξωτερικά Ιατρεία→Γραφείο Κίνησης Ασθενών→ΜΕΘ
2. Όροφος→ΜΕΘ
3. Χειρουργείο→ΜΕΘ
4. Γραμμή Υγείας 1011 (από τον τόπο του περιστατικού)→ΜΕΘ
5. Γραμμή Υγείας 1011 (από άλλο ιδιωτικό Νοσοκομείο)→ΜΕΘ

Για κάθε διαδικασία που γίνεται στην κλινική, είτε αφορά τη νοσηλεία ασθενών είτε όχι, έχει δημιουργήσει πρωτόκολλα έτσι ώστε η συμπεριφορά των υπαλλήλων σε κάθε περίπτωση να είναι ενιαία για να επιτυγχάνεται η καλύτερη δυνατή ποιότητα στις υπηρεσίες που παρέχονται. Για την εισαγωγή ασθενή λοιπόν υπάρχει το παρακάτω πρωτόκολλο.

«Η ΜΕΘ της Ευρωκλινικής πρέπει να χρησιμοποιείται κυρίως για τα περιστατικά του Νοσοκομείου.

Το Γραφείο Κίνησης Ασθενών δίνει έγκριση εισαγωγής στη ΜΕΘ σε συνεννόηση με το αρμόδιο τμήμα. Αν το αίτημα εισαγωγής κοινοποιηθεί πρώτα στη ΜΕΘ ο υπεύθυνος ιατρός οφείλει να ενημερώσει άμεσα το Γραφείο Κίνησης Ασθενών.

Η εισαγωγή ενός παρόμοιου περιστατικού θα πρέπει να αξιολογείται βάσει των παρακάτω προϋποθέσεων και κριτηρίων:

- Ασθενής σε ΜΕΘ κρατικού Νοσοκομείου με αίτημα εισαγωγής στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής δεν θα γίνεται δεκτός.
- Σε περιστατικά από άλλο ιδιωτικό Νοσοκομείο το οποίο απαιτείται εισαγωγή στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής, θα δίνεται έγκριση εφόσον:
 - υπάρχει διαθέσιμη κλίνη στη ΜΕΘ (μέγιστος αριθμός διαθέσιμων κλινών=10), λαμβάνοντας πάντα υπόψη το πρόγραμμα χειρουργείου της επομένης και την πιθανή ανάγκη χρήσης της ΜΕΘ.
 - οι οικείοι του ασθενή είναι διατεθειμένοι να καταβάλλουν μία πρώτη προκαταβολή των 1.500 € προ της εισαγωγής, έως ότου διαπιστωθεί το ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης. Στην περίπτωση που δεν δοθεί ασφαλιστική κάλυψη, θα ζητηθεί και δεύτερη προκαταβολή είτε την ημέρα της εισαγωγής είτε την επομένη.
- Αν κριθεί, βάσει των παραπάνω δεδομένων, ότι ο ασθενής μπορεί να εισαχθεί στη ΜΕΘ, θα ενημερώνεται ο υπεύθυνος υπάλληλος.»¹⁰³

13.5 ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

Το επισκεπτήριο για τους συγγενείς των ασθενών επιτρέπεται δύο φορές την ημέρα 13-13:30 το μεσημέρι και 18-18:30 το απόγευμα. Κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου οι συγγενείς ενημερώνονται για την πορεία της υγείας του ασθενή από τον Διευθυντή της ΜΕΘ ή τους συνεργάτες του.

Εκτός από συγγενείς επιτρέπονται και φίλοι του ασθενή να τον επισκεφτούν. Ο αριθμός των ατόμων είναι 2 τη φορά αλλά όχι ταυτόχρονα δηλαδή ένας για κάθε τέταρτο φοράντας την ειδική στολή. Απαγορεύονται η είσοδος στη Μονάδα στα παιδιά. Σε περίπτωση που την ώρα επισκεπτηρίου υπάρξει έκτακτο περιστατικό τότε μπορεί να ακυρωθεί. Η παραμονή συγγενών σε χώρους εντός της ΜΕΘ απαγορεύεται οποιαδήποτε άλλη ώρα εκτός από αυτή του επισκεπτηρίου. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να παραβιαστεί το ωράριο του επισκεπτηρίου με έγκριση των γιατρών της ΜΕΘ. Επιπλέον σε περίπτωση που κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου υπάρξει έκτακτο περιστατικό τότε αυτό διακόπτεται.

¹⁰³ Γραφείο Κίνησης Ασθενών Ευρωκλινικής Αθηνών

Το ανοιχτό επισκεπτήριο δεν αποτελεί επιλογή της ΜΕΘ της Ευρωκλινικής για να μην ενοχλείται ο ασθενής για πολύ ώρα και ταυτόχρονα να βλέπει αγαπημένα του πρόσωπα.¹⁰⁴

13.6 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΞΟΔΟΥ

Όταν ένας ασθενής βγει από τη ΜΕΘ σημαίνει είτε ότι κατέληξε είτε ότι κατέληξε είτε ότι η κατάσταση της υγείας του δεν είναι τόσο κρίσιμη ώστε να κινδυνεύει με θάνατο. Σε αυτή την περίπτωση μεταφέρεται για νοσηλεία σε κλίνη κάποιου ορόφου ανάλογα με το ασφαλιστικό πρόγραμμα στο οποίο είναι ασφαλισμένος. Σκοπός της μεταφοράς σε απλή κλίνη και όχι απευθείας μεταφοράς στο σπίτι βοηθά τον ασθενή να επανέλθει σιγά σιγά στη φυσιολογική πραγματικότητα μακριά από τα μηχανήματα και τους θορύβους της ΜΕΘ. Για να γίνει η κατά προτεραιότητα μεταφορά του ασθενή από τη Μονάδα σε κάποιο όροφο χρειάζονται οι γνώμες του θεράποντος ιατρού και του Διευθυντή της ΜΕΘ. Ακολούθως, ενημερώνεται και το Γραφείο Κίνησης Ασθενών.¹⁰⁵

13.7 ΣΥΓΚΡΙΣΗ

Η διαφορά που κυριαρχεί είναι το γεγονός ότι στην Ευρωκλινική για κάθε εισαγωγή προς της ΜΕΘ και κάθε έξοδο από τη ΜΕΘ που γίνεται υπάρχουν πρωτόκολλα που καθορίζουν πως ακριβώς θα γίνει η κάθε διαδικασία. Στην Ευρωκλινική πριν γίνει η εισαγωγή στη ΜΕΘ υπάρχει συνεννόηση με το Γραφείο Κίνησης Ασθενών έτσι ώστε να προσδιοριστεί αν υπάρχουν κενές κλίνες και μετά δίνεται η έγκριση για την εισαγωγή. Στον Άγιο Ανδρέα γίνεται η εισαγωγή οποιαδήποτε ώρα της ημέρας και ύστερα ενημερώνεται και το Γραφείο Κίνησης Ασθενών για να την καταγράψει και να κάνει τις σχετικές ενέργειες με τα ασφαλιστικά ταμεία. Επιπλέον Η Ευρωκλινική λαμβάνει υπόψη και τα προγραμματισμένα χειρουργεία της επόμενης για να καθορίσει την προβλεπόμενη πληρότητα της επόμενης ημέρας. Καθώς δεν γίνονται εισαγωγές από άλλα Νοσοκομεία αυτομάτως περιορίζονται και οι πηγές προέλευσης των ασθενών που είναι από το εσωτερικό του Νοσοκομείου και το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

¹⁰⁴ Λιάτη Αναστασία, Προϊσταμένη ΜΕΘ Ευρωκλινικής Αθηνών

¹⁰⁵ Γραφείο Κίνησης Ασθενών Ευρωκλινικής Ασθενών

μόνο των ατόμων ασφαλισμένων στην Interamerican και στα ασφαλιστικά ταμεία με σύμβαση με την Ευρωκλινική. Βέβαια στο Άγιο Ανδρέα γίνονται εισαγωγές από οπουδήποτε δηλαδή και από το εσωτερικό του Νοσοκομείου και από το ΤΕΠ και με διακομιδές από άλλα Νοσοκομεία. Εξυπηρετεί οποιονδήποτε χρειάζεται μία κλίνη ΜΕΘ αρκεί να υπάρχει ελεύθερη. Το γεγονός ότι δεν επιτρέπονται παιδιά στο επισκεπτήριο είναι φυσιολογικό αφού η θέα ενός διασωληνωμένου ασθενή και σε κρίσιμη κατάσταση μπορεί να μη γίνεται πλήρως κατανοητή από ένα παιδί και επιπλέον να δημιουργεί αισθήματα πολύ δυσάρεστα.

Στο Επισκεπτήριο τα δύο Νοσοκομεία ακολουθούν την ίδια πολιτική του κλειστού επισκεπτηρίου. Γι' αυτό έχουν καθιερώσει δύο μισάωρα την ημέρα για να επισκέπτονται τους ασθενείς οι συγγενείς τους. Με αυτό το σύστημα δεν διαταράσσεται η ηρεμία που πρέπει να επικρατεί στη Μονάδα για τη γρηγορότερη ανάρρωση των ασθενών και επιτρέπει στους ασθενείς να βλέπουν τους συγγενείς τους που τους παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη. Κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου γίνεται η ενημέρωση των συγγενών για την πορεία του ασθενή. Μικρές διαφορές υπάρχουν στον αριθμό των επισκεπτών που επιτρέπονται από κάθε ΜΕΘ αφού στην Ευρωκλινική επιτρέπονται δύο (ένας για κάθε τέταρτο της μισάωρης διάρκειας του επισκεπτηρίου), είτε συγγενείς είτε φίλοι και στον Άγιο Ανδρέα ένας που μπορεί να είναι μόνο συγγενής.

Η πολιτική για την έξοδο του ασθενή από τη Μονάδα είναι κοινή. Όταν η υγεία του ασθενή βελτιωθεί σε τέτοιο βαθμό που δεν είναι αναγκαία η παραμονή του στη ΜΕΘ τότε διακομίζεται σε απλή νοσοκομειακή κλίνη και δε δίνεται εξιτήριο. Αυτό συμβαίνει διότι πρέπει να υπάρχει μία συνέχεια στη μετάβαση των συναισθημάτων που έχει ο ασθενής. Η αλλαγή από το περιβάλλον της ΜΕΘ κατευθείαν στο σπίτι θα ήταν πολύ απότομη. Έτσι προσαρμόζεται αρχικά στις συνθήκες μη εντατικής νοσηλείας και όταν κριθεί απαραίτητο δίνεται το εξιτήριο από το Τμήμα για τον Άγιο Ανδρέα και από τον όροφο για την Ευρωκλινική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14

ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΜΕΘ

14.1 Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»¹⁰⁶

Για κάθε ημέρα νοσηλείας στη ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα κάθε ασφαλιστικό ταμείο επιβαρύνεται με το ποσό των 187,82 €. Με δεδομένο αυτό το ποσό και τον αριθμό των εισαγωγών που έγιναν στη ΜΕΘ τα έτη 2000, 2001 και 2002 μπορούμε να υπολογίσουμε τα συνολικά ποσά που χρειάστηκαν να καταβάλλουν τα ασφαλιστικά ταμεία στο Νοσοκομείο και παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

ΕΤΟΣ	2000		2001		2002	
	Δαπάνη (€)	Ποσοστό	Δαπάνη (€)	Ποσοστό	Δαπάνη (€)	Ποσοστό
ΤΑΜΕΙΟ						
ΟΓΑ	3.756,4	19,8%	4.132,04	31,42%	4.132,04	28,57%
ΙΚΑ	5.446,78	28,71%	4.319,86	32,85%	3.756,4	25,97%
Δημόσιο	939,1	4,95%	1.314,74	10%	375,64	2,59%
ΤΕΒΕ	563,46	2,97%	563,46	4,28%	751,28	5,19%
Αποροι	187,82	0,99%	187,82	1,42%	751,28	5,19%
Πρόνοιας	187,82	0,99%	187,82	1,42%	939,1	6,49%
Ανασφάλιστοι	0	0%	187,82	1,42%	375,64	2,59%
Λοιπά	6.198,06	32,67%	1878,2	14,28%	1878,2	12,98%
Αλλοδαποί	1.690,38	8,91%	375,64	2,85%	563,46	3,89%
Σύνολο	18.969,82	100%	13.147,4	100%	14.462,14	100%

Πίνακας 2-14-1: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή δαπανών ανά ασφαλιστικό φορέα για νοσηλεία στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Γραφείο Κίνησης Ασθενών Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Γίνεται φανερό ότι οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ προέρχονται κυρίως από το ΙΚΑ αφού αυτό πρέπει να πληρώσει τα μεγαλύτερα ποσά ανά έτος στο Νοσοκομείο. Εξαιρέση αποτελεί το 2002 όπου τις μεγαλύτερες δαπάνες έπρεπε να πληρώσει ο ΟΓΑ. Τα υπόλοιπα ταμεία ακολουθούν με μικρά ποσοστά.

Βέβαια τα ποσά αυτό απέχει πολύ από το πραγματικό κόστος που απαιτείται για τη νοσηλεία ενός ατόμου στη ΜΕΘ. Το Νοσοκομείο του Αγίου Ανδρέα δεν διαθέτει σύστημα μηχανογράφησης ούτε στα πιο βασικά στοιχεία κόστους δηλαδή το

¹⁰⁶ Λευτάκης, Α., *Κόστος νοσηλείας σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, 1^ο Επιστημονικό Συμπόσιο, Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική-Εξελίξεις-Προβληματισμοί-Προοπτικές, Πάτρα 2002, σελ. 194

υγειονομικό υλικό και τα φάρμακα. Έτσι η εύρεση του πραγματικού κόστους λειτουργίας είναι αδύνατο προς το παρόν. Αν υπήρχε αυτή η δυνατότητα οι παράγοντες που θα έπρεπε να ληφθούν υπόψη για να γίνει πραγματική καταγραφή του ημερήσιου κόστους νοσηλείας στη ΜΕΘ είναι πολλοί και κάποιοι από αυτούς κατανέμονται ως εξής διακρίνοντας σε σταθερό και μεταβλητό κόστος:

- Σταθερό κόστος
 - Μισθοδοσία προσωπικού (Διευθυντής, Επιμελητές, Ειδικευόμενοι, Νοσηλευτές, Βοηθοί θαλάμου)
 - Εφημερίες προσωπικού (Διευθυντής, Επιμελητές, Ειδικευόμενοι)
- Μεταβλητό κόστος
 - Εργαστηριακές εξετάσεις
 - Φάρμακα
 - Υγειονομικό υλικό
 - Αναλώσιμο υλικό
 - Ιματισμός
 - Συντήρηση μηχανημάτων
 - Καθαριότητα ΜΕΘ.

14.2 ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ¹⁰⁷

Η λειτουργία κάθε ιδιωτικής κλινικής έχει κερδοσκοπικό χαρακτήρα και επομένως δεν μπορεί να λειτουργήσει και να έχει κερδοφορία με τη λογική που ακολουθούν τα δημόσια νοσοκομεία ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό. Για κάθε δαπάνη που γίνεται πρέπει να υπάρχουν και τα ανάλογα έσοδα που να ικανοποιούν το πραγματικό κόστος νοσηλείας.

Παρατηρώντας το πρωτόκολλο εισόδου της ΜΕΘ στην Ευρωκλινική βλέπουμε ότι κατά την εισαγωγή ενός ασθενούς οι συγγενείς πρέπει να προκαταβάλλουν το ποσό των 1.500 € για την κάλυψη των πρώτων εξόδων που θα έχει ο ασθενής και μέχρι να διαπιστωθεί το ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης. Αυτό σημαίνει ότι από τη στιγμή της εισαγωγής του ασθενή δημιουργείται κόστος που πρέπει να καλυφθεί άμεσα από το πρώτο αυτό χρηματικό ποσό που δίνουν οι συγγενείς.

¹⁰⁷ Οικονομικό Τμήμα Ευρωκλινικής Αθηνών

Καθώς η Ευρωκλινική έχει πλήρες σύστημα μηχανογράφησης καταγράφονται εκτός ακόμα και τα πιο βασικά. Βέβαια δεν μπορούν να δοθούν αναλυτικά οικονομικά στοιχεία για λόγους ανταγωνισμού. Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει κάποια από τα στοιχεία κόστους της ΜΕΘ συνολικά για το 2002 και το μέσο όρο που αντιστοιχεί σε κάθε μήνα και κάθε ημέρα:

ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	Έτος	Μήνας	Ημέρα
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΚΟΣΤΟΥΣ	Ποσό (€)	Ποσό (€)	Ποσό (€)
Μισθοδοσία	769.702,9	54.978,78	2.108,77
Εφημερίες	29.421,37	2.451,78	80,61
Αποσβέσεις εξοπλισμού	78.886,66	6.573,89	219,13
Αποσβέσεις κτιρίου	36.860,88	3.071,74	102,39
Leasing	293.640,19	24.470,02	815,67
Laundry and linen	14.066,74	1.172,23	38,54
ΣΥΝΟΛΟ	1.156.296,49	87.194,91	3.365,11

Πίνακας 2-14-2: Δαπάνες ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών για το έτος 2002

Πηγή: Οικονομικό Τμήμα Ευρωκλινικής Αθηνών

Τα παραπάνω στοιχεία ανήκουν στην κατηγορία του έμμεσου ή σταθερού κόστους. Τα ίδια είδη κόστους που υπάρχουν στον Άγιο Ανδρέα υπάρχουν και εδώ. Όπως φαίνεται η μισθοδοσία του προσωπικού αποτελεί τη σημαντικότερη δαπάνη για τη ΜΕΘ και ακολουθεί το leasing. Το leasing υπάρχει για κάποια από τα μηχανήματα που διαθέτει η Μονάδα.

14.3 ΣΥΓΚΡΙΣΗ

Η βασικότερη παρατήρηση που μπορεί να γίνει είναι, όπως μπορούμε να συμπεράνουμε από τα παραπάνω δεδομένα, ότι το σταθερό κόστος που είχε η ΜΕΘ της Ευρωκλινικής για το 2002 δεν καλύπτεται ούτε στο ελάχιστο από το συνολικό κόστος στη ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα για το ίδιο έτος. Το κλειστό νοσήλιο των 187,82 € για τη ΜΕΘ στο δημόσιο τομέα δεν ανταποκρίνεται στις πραγματικές δαπάνες που έχει η ΜΕΘ για να φροντίσει τους ασθενείς της. Υπολογίζεται ότι χωρίς το υγειονομικό υλικό και τα φάρμακα κάθε ασθενής της ΜΕΘ κοστίζει περίπου 1.000 € συνολικά για κάθε ημέρα νοσηλείας επομένως το κλειστό νοσήλιο απέχει πολύ από το να απεικονίζει την πραγματική κατάσταση. Τη διαφορά αυτή παρατηρούμε και από τα στοιχεία της Ευρωκλινικής όπου και εδώ χωρίς φάρμακα, υγειονομικό υλικό και άλλα έξοδα η ΜΕΘ έχει ημερήσια έξοδα πάνω από 3.000 €.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 15

Ν Ο Σ Ο Λ Ο Γ Ι Κ Η Κ Ι Ν Η Σ Η

15.1 ΓΕΝΙΚΑ

Σε αυτό το κεφάλαιο καταγράφονται, επεξεργάζονται συγκρίνονται και παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν στην κίνηση των ασθενών των ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» και της Ευρωκλινικής Αθηνών. Τα έτη τα οποία θα εξετασθούν είναι τα 2000, 2001 και 2002. Η εύρεση των στοιχείων στα δύο νοσοκομεία διέφερε. Στην περίπτωση του Αγίου Ανδρέα δεν ήταν απλή καθώς δεν υπάρχει ηλεκτρονική καταχώρισή τους και έγινε με προσωπική έρευνα στο Μητρώο Ασθενών. Αντίθετα στην Ευρωκλινική που υπάρχει σύστημα μηχανογράφησης τα πάντα καταγράφονται πλήρως από την έναρξη λειτουργίας της Κλινικής και επομένως ήταν πιο εύκολο. Παρόλα αυτά επειδή είναι ιδιωτική κλινική δεν ήταν εύκολο να δοθούν όλα τα ακριβή στοιχεία αλλά κάποιες γενικές πληροφορίες για να υπάρχει σύγκριση σε κοινά στοιχεία. Για τον Άγιο Ανδρέα θα εξετασθούν οι εισαγωγές στη ΜΕΘ και σε άλλες κλινικές, εισαγωγές ανά μήνα, ανά φύλο, ανά ηλικία, ανά τόπο προέλευσης, ανά ασφαλιστικό φορέα, η μέση διάρκεια νοσηλείας και η έκβαση της ασθένειας. Για την Ευρωκλινική θα εξετασθούν οι εισαγωγές ανά μήνα, τόπο προέλευσης και ασφαλιστικό φορέα, οι κατηγορίες περιστατικών, η μέση διάρκεια νοσηλείας και η έκβαση της ασθένειας.

ΜΕΘ Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»¹⁰⁸

15.2 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΜΕΘ

Το 2000 εισήχθησαν στο Γ.Ν.Π. συνολικά 20.182 ασθενείς εκ των οποίων οι 101 (0,5%) ήταν στη ΜΕΘ. Το 2001 οι συνολικές εισαγωγές ήταν 21.967 και τη ΜΕΘ 70 ενώ το 2002 οι συνολικές εισαγωγές ήταν 22.089 και στη ΜΕΘ 77 ποσοστό 0,3% και για τα 2 έτη. Ο επόμενος πίνακας παρουσιάζει αυτά τα στοιχεία αριθμητικά και ποσοστιαία:

¹⁰⁸ Μητρώο Ασθενών ΜΕΘ Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

ΕΤΟΣ	2000		2001		2002	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
ΚΛΙΝΙΚΗ						
ΜΕΘ	101	0,5%	70	0,3%	77	0,3%
Λοιπές κλινικές	20182	99,5%	21967	99,7%	22089	99,7%
Σύνολο	20283	100%	22037	100%	22166	100%

Πίνακας 2-15-1: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των συνολικών εισαγωγών του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για τα έτη 2000, 2001 και 2002

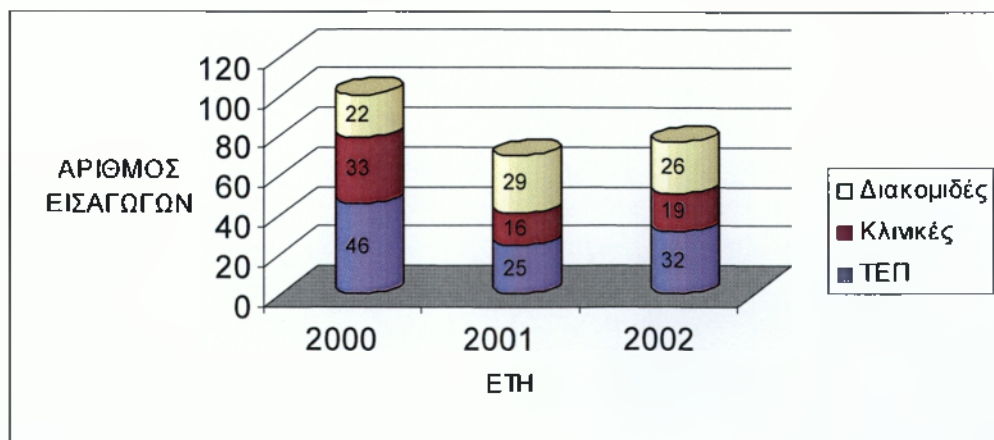
Πηγή: Γραφείο Κίνησης Ασθενών Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Παρατηρούμε ότι το ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύθηκε στη ΜΕΘ αποτελεί ένα ελάχιστο, σχεδόν αμελητέο, μέρος των συνολικών εισαγωγών. Το γεγονός αυτό οφείλεται στον πολύ μικρό αριθμό κλινών που λειτουργούν στη ΜΕΘ.

15.3 ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΜΕΘ

Οι ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με την προέλευσή τους: εισαγωγή από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, εισαγωγή από άλλη κλινική, διακομιδή από άλλο Νοσοκομείο.

Έτσι από τους 101 νοσηλευθέντες το 2000 το 45,5% (46 ασθενείς) εισήχθησαν από το ΤΕΠ, το 32,7% (33 ασθενείς) από άλλες κλινικές και το 22,8% (22 ασθενείς) από διακομιδές. Το 2001 το 35,7% (25 ασθενείς) εισήχθησαν από το ΤΕΠ, το 22,3% (16 ασθενείς) μεταφέρθηκαν από άλλες κλινικές και το 42% (29 ασθενείς) από διακομιδές. Τέλος, το 2002 το 41,6% (32 ασθενείς) των εισαγωγών στη ΜΕΘ έγιναν από το ΤΕΠ, το 24,7% (19 ασθενείς) από άλλες κλινικές του Νοσοκομείου και το 33,7% (26 ασθενείς) από διακομιδές από άλλα Νοσοκομεία. Στο παρακάτω γράφημα φαίνονται ανά έτος οι εισαγωγές για κάθε τρόπο εισαγωγής:



Γράφημα 2-15-1: Αριθμητική κατανομή εισαγωγών στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Μητρώο ασθενών ΜΕΘ Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Το 2000 και το 2002 οι περισσότερες εισαγωγές έγιναν από το ΤΕΠ ενώ το 2001 από διακομιδές από άλλα νοσοκομεία. Ακόμα και τα έτη 2000 και 2002 που ο κύριος όγκος των εισαγωγών έγινε από το ΤΕΠ οι διακομιδές αποτελούν ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των συνολικών εισαγωγών στη ΜΕΘ. Το γεγονός αυτό αποτελεί και ένα πρόβλημα της ΜΕΘ αφού την προτεραιότητα πρέπει να έχουν οι νοσηλεύόμενοι ασθενείς και όχι οι ασθενείς που έρχονται από άλλα Νοσοκομεία. Οι διακομιδές που γίνονται στο Νοσοκομείο προέρχονται κυρίως από τα Γενικά Νοσοκομεία Αγρινίου και Πύργου και ακολουθούν του Γενικού Νοσοκομείου Αιγίου, του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών και του Νοσοκομείου νοσημάτων Θώρακος Πατρών.

15.4 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΑΝΑ ΜΗΝΑ

Όπως είναι αναμενόμενο, οι εισαγωγές που γίνονται στη ΜΕΘ κάποιους μήνες είναι αυξημένη και κάποιους μειωμένη. Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τις μεταβολές που υπήρξαν στις εισαγωγές που έγιναν για τα έτη 2000, 2001 και 2002:

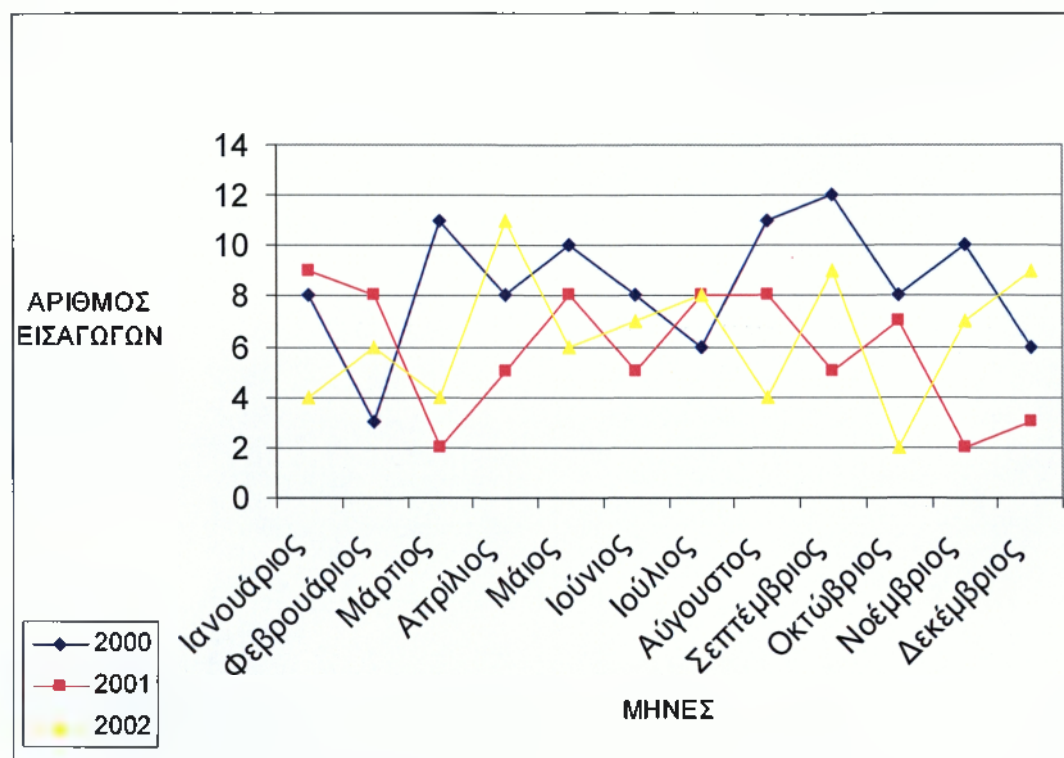
ΕΤΟΣ ΜΗΝΑΣ	2000		2001		2002	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
Ιανουάριος	8	7,92%	9	12,85%	4	5,19%
Φεβρουάριος	3	2,97%	8	11,42%	6	7,79%
Μάρτιος	11	10,89%	2	2,85%	4	5,19%
Απρίλιος	8	7,92%	5	7,14%	11	14,28%
Μάιος	10	9,9%	8	11,42%	6	7,79%
Ιούνιος	8	7,92%	5	7,14%	7	9,09%
Ιούλιος	6	5,94%	8	11,42%	8	10,38%
Αύγουστος	11	10,89%	8	11,42%	4	5,19%
Σεπτέμβριος	12	11,88%	5	7,14%	9	11,68%
Οκτώβριος	8	7,92%	7	10%	2	2,59%
Νοέμβριος	10	9,9%	2	2,85%	7	9,09%
Δεκέμβριος	6	5,94%	3	4,28%	9	11,68%
Σύνολο	101	100%	70	100%	77	100%

Πίνακας 2-15-2: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή ανάλογα με το μήνα εισαγωγής στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Μητρώο ασθενών ΜΕΘ Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Το 2000 ο μήνας με τις περισσότερες εισαγωγές ήταν ο Σεπτέμβριος και τις λιγότερες ο Φεβρουάριος. Αντίστοιχα για τα έτη 2001 και 2002 οι μήνες με τις περισσότερες εισαγωγές είναι ο Ιανουάριος και ο Απρίλιος ενώ οι μήνες με τις

λιγότερες εισαγωγές είναι ο Μάρτιος και ο Νοέμβριος για το 2001 και ο Οκτώβριος για το 2002. Γενικά ισχύει ότι κατά τους καλοκαιρινούς μήνες γίνονται οι περισσότερες εισαγωγές κάτι που διαψεύδεται σε αυτή τη ΜΕΘ αφού δεν υπάρχει κάποια λογική που να ακολουθεί τις εισαγωγές που έγιναν. Το επόμενο γράφημα απεικονίζει αυτές τις μεταβολές:



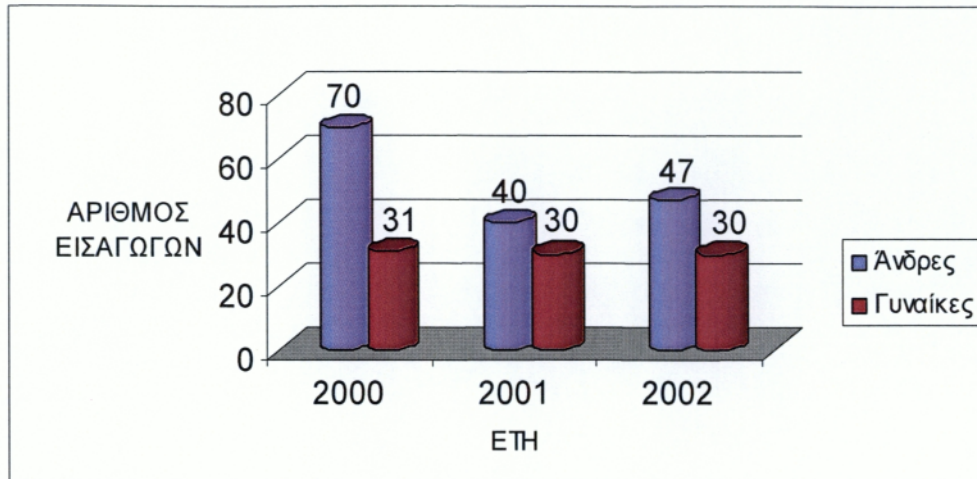
Γράφημα 2-15-2: Αριθμητική μεταβολή των εισαγωγών ανά μήνα που έγιναν στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Μητρώο ασθενών ΜΕΘ Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

15.5 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ι. ΦΥΛΟ

Από τους 101 ασθενείς της ΜΕΘ του 2000 οι 70 (69,3%) ήταν άντρες και οι 31 (30,7%) γυναίκες. Αντίστοιχα το 2001 σε σύνολο 70 εισαγωγών οι άντρες ήταν 40 (40%) και οι γυναίκες 30 (30%) ενώ το 2002 από τις 77 εισαγωγές οι άντρες ήταν 47 (61%) και οι γυναίκες 30 (39%).



Γράφημα 2-15-3: Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών που έγιναν στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» ανάλογα με το φύλο για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Μητρώο ασθενών ΜΕΘ Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι άντρες είναι αυτοί που εισάγονται πιο πολύ στη ΜΕΘ και μάλιστα με μεγάλη διαφορά από τις γυναίκες και τα τρία εξεταζόμενα έτη. Η μεγαλύτερη διαφορά φαίνεται το 2000 όπου οι άντρες υπερτερούν κατά πολύ τις γυναίκες στις εισαγωγές.

ii. ΗΛΙΚΙΑ

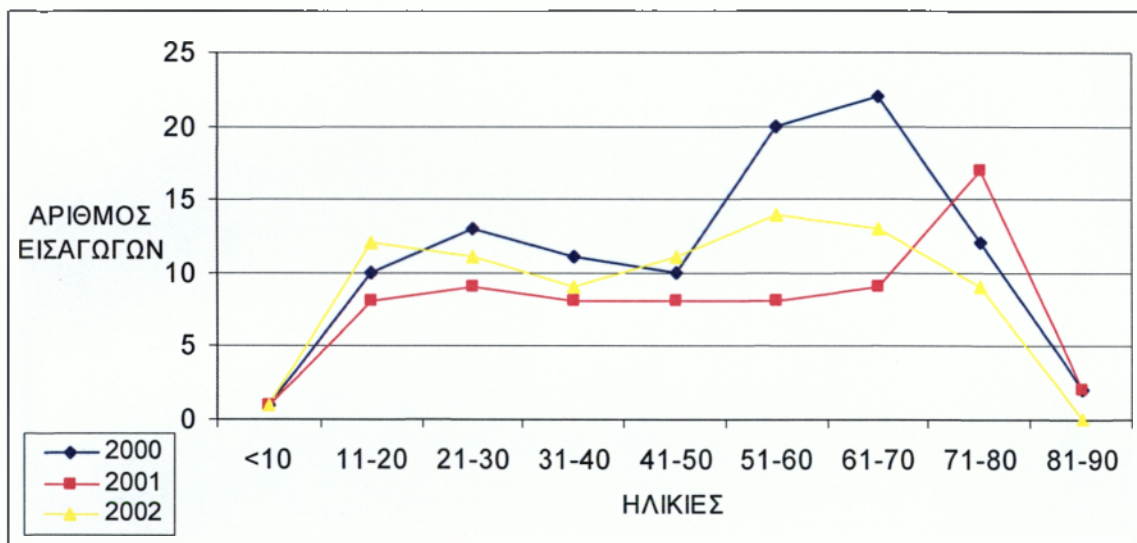
Τα άτομα που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών ήταν διαφόρων ηλικιών. Για την καλύτερη παρουσίαση έγινε διαχωρισμός σε ηλικιακές ομάδες ανά δεκαετία.

ΕΤΟΣ	2000		2001		2002	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
<10	1	0,99%	1	1,42%	1	1,29%
11-20	10	9,9%	8	11,42%	12	15,58%
21-30	13	12,87%	9	12,85%	11	14,28%
31-40	11	10,89%	8	11,42%	9	11,68%
41-50	10	9,9%	8	11,42%	11	14,28%
51-60	20	19,8%	8	11,42%	14	18,18%
61-70	22	21,78%	9	12,85%	13	16,88%
71-80	12	11,88%	17	24,28%	9	11,68%
81-90	2	1,98%	2	2,85%	-	0%
91>	-	0%	-	0%	-	0%
Σύνολο	101	100%	70	100%	77	100%

Πίνακας 2-15-3: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών που έγιναν στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» ανάλογα με την ηλικία για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Μητρώο ασθενών ΜΕΘ Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Οι ασθενείς με ηλικία κάτω των 10 ήταν παιδιά που μεταφέρθηκαν στο Νοσοκομείο σε ημέρα εφημερίας ώστε να του παρασχεθούν οι πρώτες βοήθειες και στη συνέχεια διακομίστηκαν στο Καραμανδάνειο Νοσοκομείο Παίδων Πατρών όπου υπάρχουν οι ανάλογες υποδομές για παιδιά. Ασθενείς με ηλικία 91 και πάνω δεν υπήρξαν και οι ασθενείς με ηλικίες από 81 ως 90 ήταν πολύ λίγοι. Το 2000 όπως και το 2002 οι εισαγωγές ανά ηλικία είναι μοιρασμένες σε όλες τις ηλικιακές ομάδες με περισσότερους αυτών των 61-70 και 51-60 αντίστοιχα. Αντίθετα το 2001 οι ασθενείς των ηλικιών 71-80 είναι περισσότεροι με μεγάλη διαφορά από τους υπόλοιπους. Το γράφημα που ακολουθεί δείχνει σχηματικά τις ομάδες των ηλικιών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ:



Γράφημα 2-15-4: Αριθμητική μεταβολή των εισαγωγών που έγιναν στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» ανάλογα με την ηλικία για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Μητρώο ασθενών ΜΕΘ Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

15.6 ΤΟΠΟΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

Στο μητρώο ασθενών δεν καταγράφεται ο τόπος διαμονής αλλά το σημείο από το οποίο παρέλαβαν τον ασθενή με το ασθενοφόρο είτε από άλλο Νοσοκομείο είτε από τον τόπο του περιστατικού. Στον επόμενο πίνακα φαίνονται τα σημεία αυτά:

ΕΤΟΣ	2000		2001		2002	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ						
Αττική	5	4,95%	8	11,43%	4	5,19%
Αιτωλοακαρνανίας	18	17,8%	13	18,57%	20	25,97%
Αργολίδας	-	0%	-	0%	1	1,30%
Άρτας	1	0,9%	1	1,43%	-	0%
Αχαΐας	52	51,4%	32	45,71%	33	42,86%
Ευρυτανίας	-	0%	-	0%	2	2,60%
Ζακύνθου	1	0,99%	-	0%	-	0%
Ηλείας	18	17,8%	12	17,14%	12	15,58%
Κέρκυρας	-	0%	1	1,43%	-	0%
Κεφαλληνίας	-	0%	-	0%	2	2,60%
Κόρινθος	-	0%	3	4,29%	1	1,30%
Μεσσηνίας	5	4,95%	-	0%	2	2,60%
Φωκίδας	1	0,99%	-	0%	-	0%
Σύνολο	101	100%	70	100%	77	100%

Πίνακας 2-15-4: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών που έγιναν στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» ανάλογα με τον τόπο προέλευσης για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Μητρώο ασθενών ΜΕΘ Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Επόμενο είναι η πλειοψηφία των περιστατικών που νοσηλεύθηκαν να προέρχεται από το Νομό Αχαΐας. Ακολουθούν ο Νομός Αιτωλοακαρνανίας και ύστερα ο Νομός Ηλείας. Ένας μικρός αριθμός προέρχεται από το Νομό Αττικής. Τα περιστατικά από άλλους νομούς είναι πολύ μικρά και δεν παραμένουν σταθερά στη διάρκεια του χρόνου.

15.7 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ

Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ ήταν ασφαλισμένοι σε διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία. Σε αυτή την παράγραφο θα παρατεθούν ο αριθμός των εισαγωγών ανά ασφαλιστικό φορέα και έτσι υπάρχουν τα παρακάτω στοιχεία:

ΕΤΟΣ	2000		2001		2002	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
ΤΑΜΕΙΟ						
ΟΓΑ	20	19,8%	22	31,42%	22	28,57%
ΙΚΑ	29	28,71%	23	32,85%	20	25,97%
Δημόσιο	5	4,95%	7	10%	2	2,59%
ΤΕΒΕ	3	2,97%	3	4,28%	4	5,19%
Άποροι	1	0,99%	1	1,42%	4	5,19%
Πρόνοιας	1	0,99%	1	1,42%	5	6,49%
Ανασφάλιστοι	-	0%	1	1,42%	2	2,59%
Λοιπά	33	32,67%	10	14,28%	10	12,98%
Αλλοδαποί	9	8,91%	2	2,85%	3	3,89%
Σύνολο	101	100%	70	100%	77	100%

Πίνακας 2-15-5: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών που έγιναν στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Μητρώο ασθενών ΜΕΘ Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού του νομού Αχαΐας είναι αστικός το ΙΚΑ είναι ο κυρίαρχος ασφαλιστικός φορέας για το 2000 και το 2001 ενώ το 2002 είναι ο ΟΓΑ με διαφορά μόλις ενός περιστατικού από το ΙΚΑ. Ο αριθμός των αλλοδαπών ασθενών σε ορισμένες περιπτώσεις ξεπερνά ακόμα και τον αριθμό των ασφαλισμένων του Δημοσίου όπως συμβαίνει το 2000 και το 2002. Επίσης, το 2000 μεγάλος είναι ο αριθμός των εισαχθέντων από άλλα μικρότερα ταμεία π.χ. ΤΑΠ-ΟΤΕ που όμως συνολικά αποτελούν ένα αξιόλογο ποσοστό.

15.8 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Τα περιστατικά τα οποία εξυπηρετούνται συχνότερα από τη ΜΕΘ είναι:

- Αναπνευστικές ανεπάρκειες
- Καρδιακές ανεπάρκειες
- Πνευμονίες
- Δηλητηριάσεις από φυτοφάρμακα
- Παγκρεατίτιδες
- Τοξιναιμία κήσης
- Αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια

- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Κακώσεις θώρακα
- Ρίξεις κοιλιακών σπλάχνων (ήπατος, σπλήνας)
- Σηπτικές χειρουργικές επεμβάσεις
- Πνευμονική εμβολή
- Λιπώδης εμβολή

Δεν γίνεται γενικός διαχωρισμός των περιστατικών σε παθολογικά, ορθοπεδικά, καρδιολογικά κλπ. και ούτε υπάρχει ακριβής καταμέτρηση περιστατικών για κάθε κατηγορία. Γενικά όμως είναι τέτοια που σχετίζονται με τις κλινικές και τα ιατρεία που έχει το Νοσοκομείο.

15.9 ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Για να υπολογίσουμε τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας διαιρούμε τις συνολικές ημέρες νοσηλείας των ασθενών με τις συνολικές εισαγωγές του έτους που μας ενδιαφέρει. Αυτός ο δείκτης μας βοηθά να βρούμε πόσες περίπου ημέρες διαρκεί η νοσηλεία ενός ασθενούς σε ένα νοσηλευτικό τμήμα ή μονάδα και επομένως να συμπεράνουμε το επίπεδο της νοσηλείας που παρέχεται.

Για το 2000 η Μ.Δ.Ν. είναι:

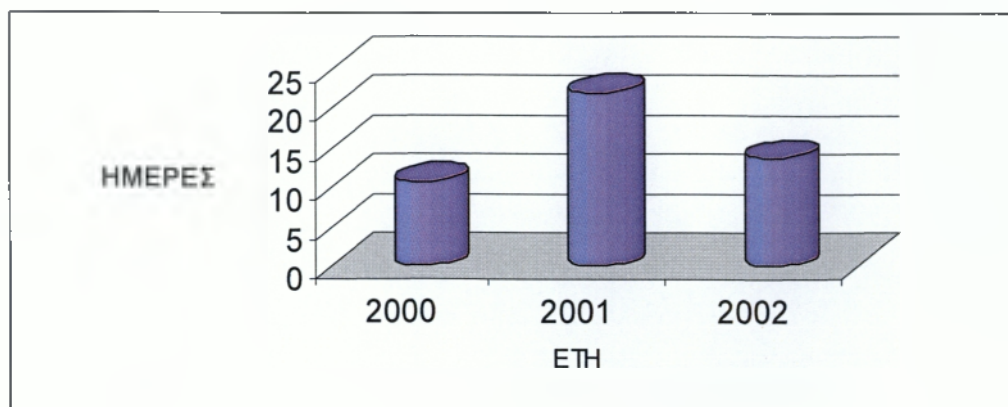
$$\text{Μ.Δ.Ν.} = \frac{\text{Συνολικές ημέρες νοσηλείας}}{\text{Συνολικός αριθμός εισαγωγών}} = \frac{1.082 \text{ ημέρες}}{101 \text{ εισαγωγές}} = 10,7 \text{ ημέρες}$$

Με την ίδια διαδικασία για τα άλλα δύο έτη βρίσκουμε:

για το 2001 Μ.Δ.Ν. = 22 ημέρες (1.540 ημέρες/70 εισαγωγές)

για το 2002 Μ.Δ.Ν. = 13,7 ημέρες (1.056 ημέρες/77 εισαγωγές).

Στο γράφημα που ακολουθεί φαίνεται σχηματικά η πορεία της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας για τα εξεταζόμενα έτη:



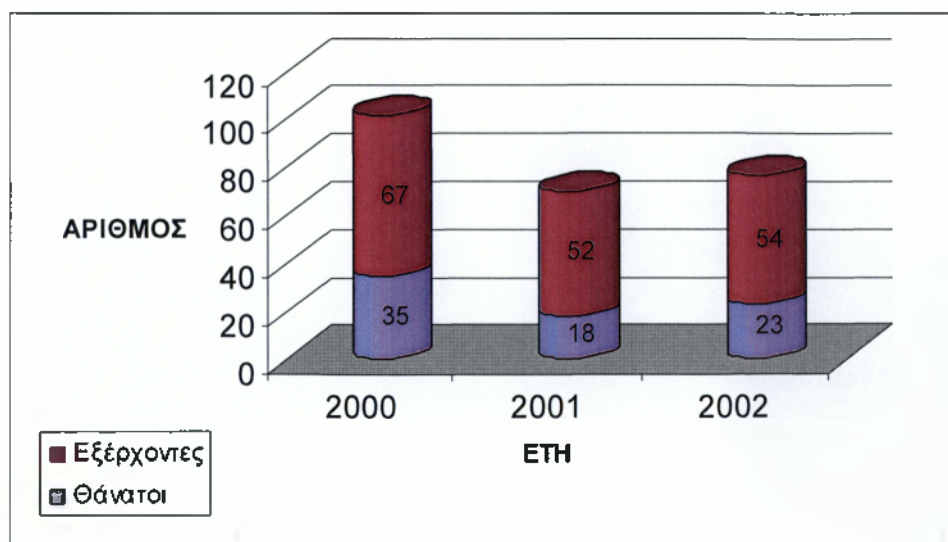
Γράφημα 2-15-5: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Γραφείο Κίνησης Ασθενών Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Αυτό που παρατηρείται είναι ότι το 2001 που τα περιστατικά ήταν τα λιγότερα από τα άλλα δύο έτη η Μ.Δ.Ν. είναι υψηλότερη και μάλιστα με μεγάλη διαφορά από τα άλλα έτη. Το συμπέρασμα που μπορεί να εξαχθεί είναι ότι το 2001 νοσηλεύθηκαν βαριά περιστατικά που απαιτούσαν πολυήμερη νοσηλεία. Χαρακτηριστικό είναι περιστατικό το 2001 όπου ασθενής νοσηλεύτηκε για 4,5 μήνες στη ΜΕΘ. Το 2000 και το 2002 η Μ.Δ.Ν. παρέμεινε πιο σταθερή.

15.10 ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Όπως προαναφέρθηκε η έκβαση της ασθένειας στη ΜΕΘ μπορεί να σημαίνει έξοδο από τη ΜΕΘ ή θάνατο. Το παρακάτω γράφημα απεικονίζει τον αριθμό των ασθενών που κατέληξαν και αυτών που βγήκαν από τη ΜΕΘ:



Γράφημα 2-15-6: Έκβαση νοσηλείας στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Μητρώο Ασθενών ΜΕΘ Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»

Το ποσοστό των ασθενών που κατέληξαν είναι ανάλογο προς την πορεία του αριθμού των εισαγωγών που έγιναν στη ΜΕΘ. Δηλαδή το 2000 η θνησιμότητα έφτασε το 35,6% όταν τα συνολικά περιστατικά ήταν 101, το 2001 μειώθηκε σε 25,7% όταν τα περιστατικά μειώθηκαν και με την αύξησή τους το 2002 αυξήθηκε και το ποσοστό θνησιμότητας στο 29,8%.

ΜΕΘ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ

15.11 ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΑΝΑ ΜΗΝΑ

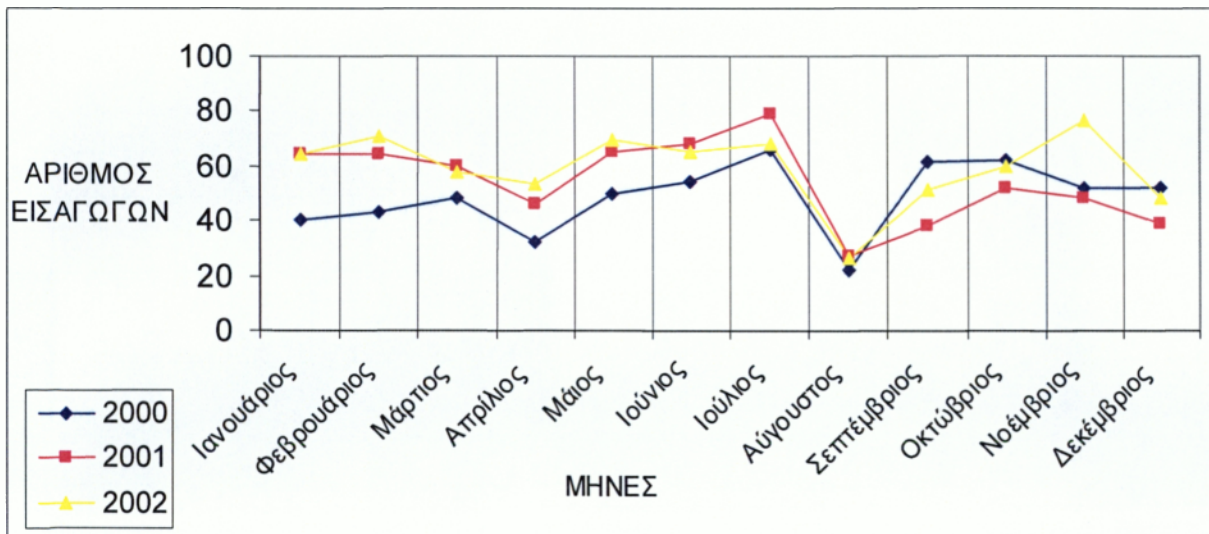
Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι εισαγωγές που έγιναν για τα έτη 2000, 2001 και 2002 στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών:

ΕΤΟΣ	2000		2001		2002	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
Ιανουάριος	40	6,87%	64	9,84%	64	9,01%
Φεβρουάριος	43	7,38%	64	9,84%	71	10%
Μάρτιος	48	8,24%	60	9,23%	58	8,16%
Απρίλιος	32	5,49%	46	7,07%	53	7,46%
Μάιος	50	8,59%	65	10%	69	9,71%
Ιούνιος	54	9,27%	68	10,4% ⁶	65	9,15%
Ιούλιος	66	11,34%	79	12,15%	68	9,57%
Αύγουστος	22	3,78%	27	4,15%	26	3,66%
Σεπτέμβριος	61	10,48%	38	5,84%	51	7,18%
Οκτώβριος	62	10,65%	52	8%	60	8,45%
Νοέμβριος	52	8,93%	48	7,38%	77	10,84%
Δεκέμβριος	52	8,93%	39	6%	48	6,76%
Σύνολο	582	100%	650	100%	710	100%

Πίνακας 2-15-6: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή ανάλογα με το μήνα εισαγωγής στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Μητρώο ασθενών ΜΕΘ Ευρωκλινικής Αθηνών

Παρατηρείται ότι και τα τρία έτη ο μήνας με τις λιγότερες εισαγωγές είναι ο Αύγουστος. Το 2000 και το 2001 ο μήνας με τις περισσότερες εισαγωγές είναι ο Ιούλιος και το 2002 ο Νοέμβριος. Είναι επόμενο ο μήνας Ιούλιος να έχει τις περισσότερες εισαγωγές αφού το καλοκαίρι είναι πιο συνηθισμένο να γίνονται τα περισσότερα ατυχήματα. Αντίστοιχα τον Αύγουστο οι εισαγωγές είναι αρκετά μειωμένες αφού είναι περίοδος που οι κάτοικοι του νομού Αττικής φεύγουν για διακοπές. Στο επόμενο γράφημα φαίνονται σχηματικά οι μεταβολές στις εισαγωγές των μηνών κάθε έτους:



Γράφημα 2-15-7: Αριθμητική μεταβολή των εισαγωγών ανά μήνα που έγιναν στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Γραφείο Κίνησης Ασθενών Ευρωκλινικής Αθηνών

15.12 ΤΟΠΟΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

Όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής παρελήφθησαν από κάποιο σημείο του Νομού Αττικής. Το γεγονός αυτό είναι λογικό εφόσον εκεί διαμένει το μεγαλύτερο ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού και δεν είναι εύκολο να γίνει απευθείας εισαγωγή στη ΜΕΘ από κάποιο άλλο σημείο της Ελλάδας.

Σημαντικό είναι ότι διακομιδές από δημόσια νοσοκομεία δεν επιτρέπονται να γίνουν και οι διακομιδές από ιδιωτικές κλινικές δεν είναι συνηθισμένες.

15.13 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών ήταν ασφαλισμένοι στην Interamerican και ένα μικρό ποσοστό τους ήταν ασφαλισμένοι σε κάποιο από τα ταμεία που έχουν σύμβαση με την κλινική για τέτοιου είδους νοσηλεία.

15.14 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Τα περιστατικά που εισήχθησαν στη ΜΕΘ μπορούν να ενταχθούν σε κάποιες γενικές κατηγορίες για να είναι δυνατό να εξαχθούν συμπεράσματα. Η κατηγοριοποίηση αυτή φαίνεται στον επόμενο πίνακα:

ΕΤΟΣ	2000		2001		2002	
	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό	Αριθμός	Ποσοστό
ΕΙΔΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ						
Αγγειοχειρουργικά	37	6,36%	27	4,15%	26	3,66%
Αιματολογικά	1	0,17%	-	0%	1	0,14%
Γαστρεντερολογικά	1	0,17%	-	0%	-	0%
Γενικής χειρουργικής	22	3,78%	18	2,77%	40	5,63%
Γναθοχειρουργικά	2	0,34%	1	0,15%	2	0,28%
Θωρακοχειρουργικά	48	8,25%	43	6,62%	51	7,18%
Καρδιολογικά	21	3,61%	19	2,92%	11	1,55%
Καρδιοχειρουργικά	320	54,98%	519	79,85%	420	59,15%
Νευρολογικά-Ψυχιατρικά	10	1,72%	5	0,77%	19	2,68%
Νευροχειρουργικά	48	8,25%	30	4,62%	38	5,35%
Νεφρολογικά	-	0%	2	0,31%	-	0%
Ορθοπαιδικά	6	1,03%	10	1,54%	7	0,99%
Ουρολογικά	3	0,52%	2	0,31%	1	0,14%
Παθολογικά	26	4,47%	20	3,08%	14	1,97%

Πνευμονολογικά	29	4,98%	7	1,08%	12	1,69%
Πολυτραυματίες	6	1,03%	5	0,77%	6	0,85%
ΩΡΛ	2	0,34%	2	0,31%	2	0,28%
Σύνολο	582	100%	710	100%	650	100%

Πίνακας 2-15-7: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των περιστατικών της ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Γραφείο Κίνησης Ασθενών Ευρωκλινικής Αθηνών

Τα καρδιοχειρουργικά περιστατικά υπερτερούν έναντι των άλλων αφού στην Ευρωκλινική υπάρχει μόνο Καρδιοχειρουργική Κλινική και επομένως εκεί εισάγονται τα περισσότερα περιστατικά. Αμέσως μετά ακολουθούν τα νευροχειρουργικά, θωρακοχειρουργικά και αγγειοχειρουργικά. Οι αναλογίες αυτές παραμένουν σταθερές και τα τρία έτη.

15.15 ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

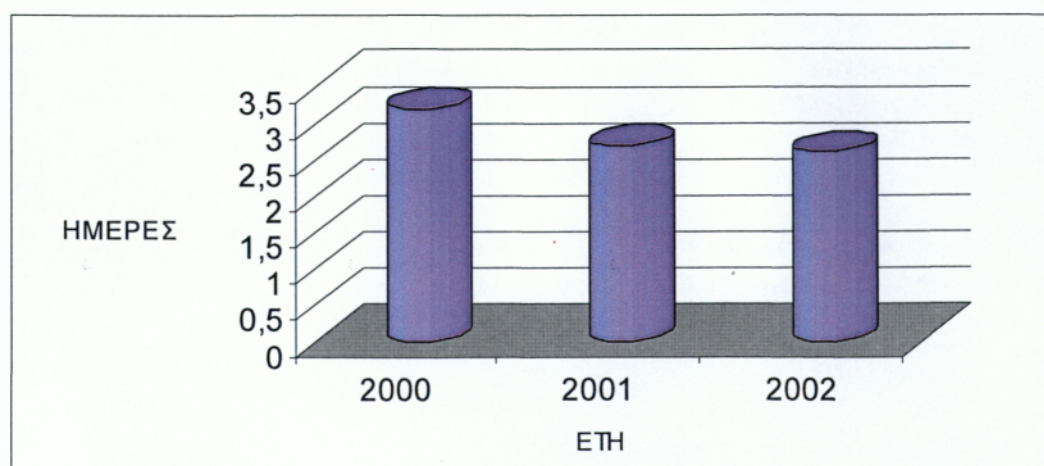
Για να υπολογίσουμε τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας διαιρούμε τις συνολικές ημέρες νοσηλείας των ασθενών με τις συνολικές εισαγωγές του έτους που μας ενδιαφέρει. Αυτός ο δείκτης μας βοηθά να βρούμε πόσες περίπου ημέρες διαρκεί η νοσηλεία ενός ασθενούς σε ένα νοσηλευτικό τμήμα ή μονάδα και επομένως να συμπεράνουμε το επίπεδο της νοσηλείας που παρέχεται.

Για το 2000 η Μ.Δ.Ν. είναι:

$$\text{Μ.Δ.Ν.} = \frac{\text{Συνολικές ημέρες νοσηλείας}}{\text{Συνολικός αριθμός εισαγωγών}} = \frac{1.882 \text{ ημέρες}}{582 \text{ εισαγωγές}} = 3,2 \text{ ημέρες}$$

Με την ίδια διαδικασία για τα άλλα δύο έτη βρίσκουμε ότι για το 2001 Μ.Δ.Ν.= 2,7 ημέρες (1.799 ημέρες/650 εισαγωγές) και το 2002 Μ.Δ.Ν.=2,6 ημέρες (1.839 ημέρες/710 εισαγωγές).

Το γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζει αυτή τη μεταβολή:



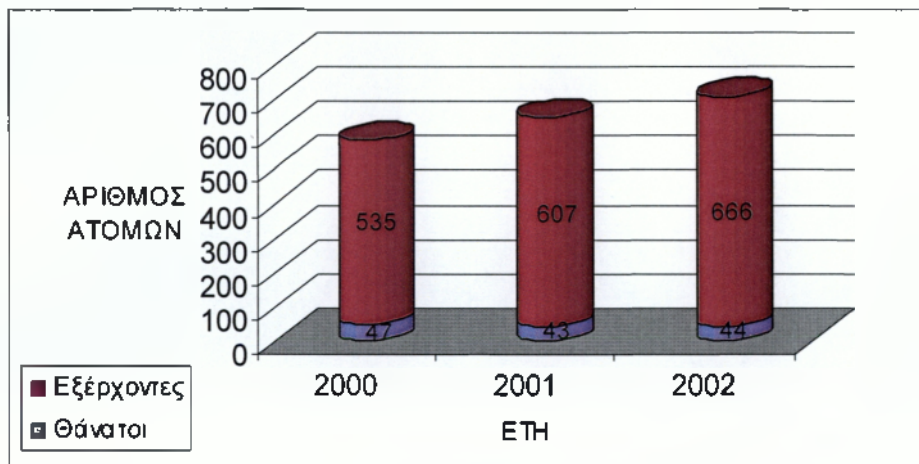
Γράφημα 2-15-8: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Γραφείο Κίνησης Ασθενών Ευρωκλινικής Αθηνών

Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας μειώθηκε πολύ από το 2000 στο 2001. Από το 2001 στο 2002 εξακολούθησε να μειώνεται αλλά όμως οριακά. Γνωρίζοντας ότι τα περιστατικά αυξάνονταν κάθε έτος και συνδυάζοντάς το με τη διαρκώς μειούμενη Μ.Δ.Ν. συμπεραίνουμε ότι η φροντίδα καλυτέρευσε με την πάροδο των ετών γι' αυτό και δεν ήταν απαραίτητη η παραμονή στη ΜΕΘ για πολύ χρόνο.

15.16 ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Στο επόμενο γράφημα φαίνονται πόσοι από τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ κατέληξαν και πόσοι βγήκαν από αυτή:



Γράφημα 2-15-9: Έκβαση νοσηλείας στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών για τα έτη 2000, 2001 και 2002

Πηγή: Γραφείο Κίνησης Ασθενών Ευρωκλινικής Αθηνών

Η αναλογία ποσοστού θνησιμότητας και αριθμού εισαγωγών είναι αντιστρόφως ανάλογη. Καθώς αυξάνονται τα περιστατικά μειώνεται ταυτόχρονα ο αριθμός των ασθενών που κατέληξαν στη ΜΕΘ. Το έτος 2000 το ποσοστό θνησιμότητας ήταν 8,07% με 47 θανάτους, το 2001 μειώθηκε σε 6,61% με 43 θανάτους και το 2002 έφτασε το 6,19% με 44 θανάτους. Τα 2 τελευταία έτη οι ασθενείς που κατέληξαν αυξήθηκαν κατά 1 αλλά πρέπει να λάβουμε υπόψη τον αυξημένο αριθμό εισαγωγών.

15.17 ΣΥΓΚΡΙΣΗ

Τα στοιχεία για τις συνολικές εισαγωγές και τον διαχωρισμό των εισαγωγών στη ΜΕΘ δεν είναι συγκρίσιμα γιατί δόθηκαν μόνο από τον Άγιο Ανδρέα. Παρόλα αυτά θα μπορούσαμε να παρατηρήσουμε ότι οι εισαγωγές στη ΜΕΘ αποτελούν ένα απειροελάχιστο ποσοστό των συνολικών εισαγωγών για κάθε έτος. Για τα τρία εξεταζόμενα έτη ο αριθμός των εισαγωγών στη ΜΕΘ μειώθηκε ενώ ο αριθμός των συνολικών εισαγωγών στο Νοσοκομείο αυξανόταν συνεχώς. Σχετικά με το διαχωρισμό των εισαγωγών στη ΜΕΘ βλέπουμε ότι ενώ αρχικά οι περισσότερες εισαγωγές γίνονται από το ΤΕΠ τον επόμενο χρόνο το μεγαλύτερο ποσοστό έχουν οι εισαγωγές από διακομιδές από άλλα νοσοκομεία ενώ το τρίτο έτος επανερχόμαστε στο ΤΕΠ σαν κύριο τροφοδότη των περιστατικών της ΜΕΘ.

Οι εισαγωγές ανά μήνα στη ΜΕΘ κάθε Νοσοκομείου παρουσιάζουν αρκετές διαφορές. Στον Άγιο Ανδρέα δεν υπάρχει κάποιος μήνας που να παρουσίαζε σταθερά τα λιγότερα ή τα περισσότερα περιστατικά για τα εξεταζόμενα έτη. Μάλιστα υπήρχε μεγάλη απόκλιση ως προς το ρυθμό εισαγωγής περιστατικών μεταξύ των μηνών με τη μεγαλύτερη και τη μικρότερη κίνηση. Το Σεπτέμβριο του 2000 εισήχθησαν το 12,88% των συνολικών περιστατικών του έτους ενώ το Φεβρουάριο μόλις το 2,97%. Αντίστοιχα ήταν τα ποσοστά και για τα άλλα δυο έτη. Στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής ο μήνας με τις σταθερά λιγότερες εισαγωγές ήταν ο Αύγουστος. Αυτό είναι επόμενο αφού ο Νομός Αττικής την περίοδο του Αυγούστου μένει με λίγους κατοίκους λόγω θερινών διακοπών. Και εδώ όμως οι μήνες με τις περισσότερες εισαγωγές για κάθε έτος είναι διαφορετικοί. Αν εξαιρέσουμε όμως τον Αύγουστο που ο μέσος όρος εισαγωγών μειώνεται κατά πολύ υπάρχει μια κανονικότητα στο ρυθμό εισαγωγών.

Παρατηρώντας τους ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα σε σχέση με το φύλο, συμπεραίνουμε ότι ο αριθμός των γυναικών ασθενών παρέμεινε σχεδόν σταθερός τα τρία έτη. Αντίθετα, στους άντρες υπάρχει μεγάλη μείωση από το 2000 στο 2001 και αύξηση από το 2001 στο 2002. Μάλιστα το 2000 οι άντρες ασθενείς είναι διπλάσιοι από τις γυναίκες.

Οι ασθενείς που εισάγονται στη ΜΕΘ παρουσιάζουν πολύ ετερογενή χαρακτηριστικά. Η ηλικία των ασθενών ποικίλλει από τη μικρότερη ως τη μεγαλύτερη δυνατή. Οι ηλικίες των περισσότερων ασθενών της ΜΕΘ του Αγίου

Ανδρέα κατά τα 2 πρώτα έτη τουλάχιστο ήταν πάνω από 50. Το 2002 οι περισσότεροι ασθενείς ήταν κάτω από 50 ετών. Οι ασθενείς ηλικίας κάτω των 10 ετών δεν παρέμειναν στη Μονάδα για πολύ αφού διασωληνώθηκαν και μεταφέρθηκαν στο Καραμανδάνειο Νοσοκομείο Παίδων που διαθέτει ειδική Μονάδα.

Όπως είναι αναμενόμενο ο κύριος όγκος των περιστατικών στη ΜΕΘ του Νοσοκομείου προέρχεται από το Νομό στον οποίο βρίσκεται το καθένα. Στην Ευρωκλινική, χωρίς να δίνονται αναλυτικά στοιχεία, γνωρίζουμε μόνο ότι τα περισσότερα περιστατικά παρελήφθησαν από το Νομό Αττικής. Στον Άγιο Ανδρέα, που υπάρχουν αναλυτικά στοιχεία, διαπιστώνουμε ότι και εδώ ο Νομός Αχαΐας κατέχει τα πρωτεία στην εισαγωγή ασθενών στη ΜΕΘ. Ακολουθούν οι όμοροι Νομοί Αιτωλοακαρνανίας και Ηλείας. Περιστατικά υπήρξαν και από Νομούς της Πελοποννήσου καθώς και από νησιά του Ιονίου αλλά ήταν ελάχιστα και δεν παρουσιάστηκαν και τα τρία εξεταζόμενα έτη. Ένα μικρό αλλά αξιοσημείωτο ποσοστό στις εισαγωγές κατέχει και ο Νομός Αττικής.

Ούτε και για τον ασφαλιστικό φορέα των ασθενών έχουμε αναλυτικά στοιχεία στην Ευρωκλινική. Οι περισσότεροι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ ήταν ασφαλισμένοι στην Interamerican. Οι υπόλοιποι ήταν ασφαλισμένοι σε κάποιο από τα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία έχουν σύμβαση με την Ευρωκλινική. Στη ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα οι περισσότεροι ασθενείς για το 2000 και το 2002 ήταν ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ και για το 2001 στον ΟΓΑ. Ο Νομός Αχαΐας αποτελείται κυρίως από αστικό πληθυσμό γι' αυτό τα δύο έτη άλλα και το τρίτο, με πολύ μικρή διαφορά από τον ΟΓΑ, οι νοσηλευόμενοι ήταν ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ.

Το είδος των περιστατικών που εξυπηρετούν οι ΜΕΘ είναι διαφορετικό ανάλογα με τις κλινικές και τα ιατρεία που έχει κάθε Νοσοκομείο. Επειδή η Ευρωκλινική έχει μόνο Καρδιοχειρουργική Κλινική και πολλά ιατρεία είναι επόμενο να έχει περισσότερες κατηγορίες περιστατικών. Εκτός από τα καρδιοχειρουργικά περιστατικά που με συντριπτική πλειοψηφία είναι τα περισσότερα λόγω της ύπαρξης της Καρδιοχειρουργικής Κλινικής, πολλά είναι και όσα εντάσσονται στην κατηγορία των χειρουργικών π.χ. νευροχειρουργικά ή θωρακοχειρουργικά. Στον Άγιο Ανδρέα τα αντιμετωπιζόμενα περιστατικά είναι περίπου συγκεκριμένα καθώς δεν υπάρχουν εξειδικευμένα τμήματα.

Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας είναι πολύ διαφορετική στις δύο Μονάδες. Στον Άγιο Ανδρέα από 10,7 ημέρες το 2000 αυξήθηκε απότομα στις 22 ημέρες για το 2001 και μειώθηκε πάλι απότομα στις 13,7 ημέρες για το 2002. Η νοσηλεία πολύ

επιβαρημένων περιστατικών επηρεάζει άμεσα το μέσο όρο των ημερών νοσηλείας και του προκαλεί μία τέτοια αύξηση. Ανάλογη βέβαια είναι και η μεταβολή του κόστους νοσηλείας για τους ασθενείς. Στην Ευρωκλινική η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας στη ΜΕΘ είναι πολύ μικρότερη και συνεχώς μειωνόταν. Τα τρία έτη μειώθηκε από 3,3 ημέρες σε 2,8 και τέλος σε 2,6 ημέρες για κάθε ασθενή με άμεσες επιπτώσεις στο κόστος νοσηλείας.

Η θνησιμότητα είναι ένα βασικό στοιχείο της νοσολογικής κίνησης μιας κλινικής και ειδικότερα στη ΜΕΘ. Στον Άγιο Ανδρέα η αυξομείωση του ποσοστού θνησιμότητας ακολουθεί την αυξομείωση των περιστατικών τα έτη 2000, 2001 και 2002. Όπως ειπώθηκε και προηγουμένα, εφόσον η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας το 2001 ήταν πολύ υψηλή και συμπεραίνουμε ότι εκείνο το έτος νοσηλεύθηκαν βαριά περιστατικά με το χαμηλό ποσοστό θνησιμότητας (25,71%) σε σχέση με τα άλλα δύο έτη αποδεικνύεται ότι θεραπεύτηκαν πολλά από τα περιστατικά. Το 2000 οι θάνατοι ήταν περίπου οι μισοί (34,65%) σε σχέση τους ασθενείς που η κατάσταση της υγείας τους βελτιώθηκε και βγήκαν από τη ΜΕΘ. Τέλος, το 2002 το ποσοστό θανάτων είναι 29,87%. Γενικότερα όλα τα ποσοστά θνησιμότητας είναι υψηλά. Στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής τα ποσοστά είναι πολύ πιο χαμηλά και μειώνονταν συνεχώς τα τρία έτη. Έτσι από 8% το 2000 έγινε 6,61% για το 2001 και μειώθηκε πάλι σε 6,19% για το 2002. Η μείωση αυτή είναι αντιστρόφως ανάλογη με την συνεχή αύξηση των περιστατικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16

ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

16.1 ΓΕΝΙΚΑ

Οι δείκτες είναι αριθμητικές σχέσεις που έχουν σαν στόχο την αξιολόγηση της λειτουργίας μίας νοσηλευτικής μονάδας, και ειδικότερα της ΜΕΘ στην περίπτωση που εξετάζουμε, και να διαπιστώσουν κατά πόσο είναι αποδοτική ή όχι. Οι δείκτες που θα χρησιμοποιηθούν για να αναλυθεί η αποδοτικότητα των ΜΕΘ του Γ.Ν.Π. «Ο Άγιος Ανδρέας» και της Ευρωκλινικής Αθηνών είναι οι εξής:

- Δείκτες χρησιμοποίησης-κατανάλωσης:
 - i. Χρήση υπηρεσιών ΜΕΘ
 - ii. Αναλογία εισαγωγών (νοσηλευθέντων)-πληθυσμού (σε 1.000 κατοίκους)
 - iii. Αναλογία κλινών ΜΕΘ-πληθυσμού (σε 1.000 κατοίκους)
- Δείκτες εισροών και επάρκειας:
 - i. Αναλογία απασχολούμενων ανά κλίνη ΜΕΘ
 - ii. Αναλογία ιατρών ανά κλίνη ΜΕΘ
 - iii. Αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνη ΜΕΘ
 - iv. Αναλογία νοσηλευτών ανά ιατρό
- Δείκτες επάρκειας χώρων:
 - i. Αναλογία οικοδομικού χώρου ανά κλίνη
- Δείκτες εκροών:
 - i. Συνολικές ημέρες νοσηλείας
 - ii. Αριθμός εισαγωγών-νοσηλευθέντων (εξεληθόντες-θάνατοι)
 - iii. Μέση διάρκεια νοσηλείας
 - iv. Μέση κάλυψη νοσοκομειακών κλινών
 - v. Μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης (σε ημέρες)
 - vi. Εισαγωγές ανά απασχολούμενο άτομο
 - vii. Αριθμός εξυπηρετούμενων ασθενών ανά κλίνη κατά τη διάρκεια μιας περιόδου.¹⁰⁹

¹⁰⁹ Σούλης, Σ., *Οικονομική της υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1998, σελ. 345-350

Οι δείκτες χρησιμοποίησης-κατανάλωσης είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν μόνο για τον Άγιο Ανδρέα όπου ο πληθυσμός που χρησιμοποιεί την ΜΕΘ είναι πιο εύκολο να υπολογιστεί. Στην περίπτωση της Ευρωκλινικής υπάρχει δυσκολία στο να βρεθεί συγκεκριμένος πληθυσμός αφού τη ΜΕΘ χρησιμοποιούν όχι μόνο ασφαλισμένοι της Interamerican αλλά και ασφαλισμένοι ασφαλιστικών ταμείων με ειδικές συμβάσεις που έχουν συνάψει με την Ευρωκλινική. Τα περιστατικά που εισάγονται στη ΜΕΘ διακρίνονται σε γενικά και καρδιοχειρουργικά. Για τα γενικά περιστατικά οι ασφαλισμένοι των παρακάτω ασφαλιστικών ταμείων μπορούν να εξυπηρετηθούν:

- Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος
- Ταμεία Τραπεζών Αγροτικής, Εθνική και Τράπεζας της Ελλάδος
- ΕΔΟΕΑΠ

Για τα καρδιοχειρουργικά περιστατικά τα ασφαλιστικά ταμεία είναι:

- ΙΚΑ
- ΟΓΑ
- ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ-ΤΑΕ)
- ΤΥΔΚΥ
- Δημόσιο
- ΔΑΠ/ΔΕΗ
- ΕΥΔΑΠ
- ΤΣΜΕΔΕ
- ΕΔΟΕΑΠ
- ΤΑΠΕΤΕ (Εμπορική Τράπεζα)
- ΗΣΑΠ
- ΣΔΑ (Αεροπορία, Στρατός Ξηράς, Ναυτικό, Λιμενικό)¹¹⁰

Είναι επόμενο να μην είναι εφικτό να προβλεφθεί κάποιος αριθμός ατόμων που θα χρησιμοποιούσε αυτή τη ΜΕΘ και άρα δεν είναι δυνατός και ο υπολογισμός ενός τέτοιου δείκτη.

¹¹⁰ www.euroclinic.gr

Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»

16.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ-ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ

i. Χρήση υπηρεσιών ΜΕΘ

$$\frac{\text{Συνολικός αριθμός ημερών νοσηλείας έτους A}}{\text{Πληθυσμός έτους A}}$$

Ο πληθυσμός που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες της ΜΕΘ θεωρείται ο Νομός της Αχαΐας, δηλαδή 327.316 κάτοικοι, που τουλάχιστον τις ημέρες της εφημερίας εξυπηρετούνται μόνο από τον Άγιο Ανδρέα. Έτσι έχουμε:

$$\text{Για το 2000 : } \frac{1.082}{327.316} = 0,003$$

$$\text{Για το 2001 : } \frac{1.540}{327.316} = 0,004$$

$$\text{Για το 2002 : } \frac{1.056}{327.316} = 0,003$$

Από τα αποτελέσματα συμπεραίνουμε ότι το 2000 αντιστοιχούν 3 περίπου ημέρες νοσηλείας για κάθε 1.000 άτομα (0,003 ημέρες το άτομο) αναλογικά με τον πληθυσμό τον οποίο καλύπτει η ΜΕΘ. Το 2001 η αναλογία αυξήθηκε στις 4 ημέρες και το 2002 μειώθηκε πάλι στις 3 ημέρες νοσηλείας. Όσο αυξάνεται ο δείκτης σημαίνει ότι λιγότεροι ασθενείς χρησιμοποιούν τη ΜΕΘ και, αντίθετα, όσο μειώνεται τόσο περισσότεροι τη χρησιμοποιούν. Έτσι από το 2000 στο 2001 μειώθηκε η χρήση των υπηρεσιών που προσφέρει η ΜΕΘ και από το 2001 στο 2002 αυξήθηκε.

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

$$\frac{\text{Αριθμός εισαγωγών ΜΕΘ έτους A * 1.000}}{\text{Πληθυσμός έτους A}}$$

$$\text{Για το 2000 : } \frac{101 * 1.000}{327.316} = 0,3 \text{ νοσηλευθέντες ανά 1.000 κατοίκους}$$

$$\text{Για το 2001 : } \frac{70 * 1.000}{327.316} = 0,21 \text{ νοσηλευθέντες ανά 1.000 κατοίκους}$$

$$\text{Για το 2002 : } \frac{77 * 1.000}{327.316} = 0,23 \text{ νοσηλευθέντες ανά 1.000 κατοίκους}$$

Ενώ η αναλογία ανά νοσηλευθέντες αρχικά μειώθηκε, το επόμενο έτος αυξήθηκε πάλι. Εφόσον ο πληθυσμός που χρησιμοποίησε τη ΜΕΘ παρέμεινε σταθερός ο δείκτης μεταβάλλεται ανάλογα με την αυξομείωση των περιστατικών.

iii. Αναλογία κλινών ΜΕΘ - πληθυσμού (σε 1.000 κατοίκους)

$$\frac{\text{Αριθμός κλινών ΜΕΘ έτους A} * 1.000}{\text{Πληθυσμός έτους A}}$$

$$\text{Για το 2000 : } \frac{4 * 1.000}{327.316} = 0,012$$

$$\text{Για το 2001 : } \frac{4 * 1.000}{327.316} = 0,012$$

$$\text{Για το 2002 : } \frac{4 * 1.000}{327.316} = 0,012$$

Αυτό που παρατηρείται είναι ότι, για να στρογγυλοποιήσουμε το δείκτη, σε 10.000 κατοίκους αντιστοιχούσαν περίπου 1,2 κλίνες. Ο δείκτης παρέμεινε σταθερός γιατί τα επόμενα δύο έτη δεν άλλαξε ο αριθμός των κλινών.

16.3 ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΙΣΡΟΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

i. Αναλογία απασχολούμενων ανά κλίνη ΜΕΘ

$$\frac{\text{Αριθμός απασχολούμενων έτους A}}{\text{Αριθμός κλινών έτους A}}$$

$$\text{Για το 2000 : } \frac{17}{4} = 4,3 \text{ ή } 4 \text{ απασχολούμενοι ανά κλίνη}$$

$$\text{Για το 2001 : } \frac{18}{4} = 4,5 \text{ ή } 5 \text{ απασχολούμενοι ανά κλίνη}$$

$$\text{Για το 2002 : } \frac{22}{4} = 5,5 \text{ ή } 6 \text{ απασχολούμενοι ανά κλίνη}$$

Παρατηρούμε ότι υπάρχει μία σταθερή αύξηση του προσωπικού που απασχολείται ανά κλίνη για κάθε έτος έστω και αν αυτή η αύξηση είναι ελάχιστη (1 άτομο το έτος).

ii. Αναλογία ιατρών ανά κλίνη ΜΕΘ

$$\frac{\text{Αναλογία ιατρών έτους A}}{\text{Αριθμός κλινών έτους A}}$$

$$\text{Για το 2000 : } \frac{4}{4} = 1 \text{ ιατρός ανά κλίνη ΜΕΘ}$$

$$\text{Για το 2001 : } \frac{4}{4} = 1 \text{ ιατρός ανά κλίνη ΜΕΘ}$$

$$\text{Για το 2002 : } \frac{4}{4} = 1 \text{ ιατρός ανά κλίνη ΜΕΘ}$$

Από αυτό το δείκτη προκύπτει ότι και τα τρία έτη αντιστοιχεί ένας γιατρός σε κάθε κλίνη. Στην πραγματικότητα όμως αφού στο αριθμό των γιατρών περιλαμβάνεται και η Διευθύντρια η οποία δεν κάνει εφημερίες οπότε το τμήμα υποστήριζαν 3 γιατροί και η αναλογία ήταν μικρότερη από 1.

iii. Αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνη ΜΕΘ

Αριθμός νοσηλευτών έτους A

Αριθμός κλινών έτους A

$$\text{Για το 2000 : } \frac{13}{4} = 3,25 \text{ ή } 3 \text{ νοσηλευτές ανά κλίνη}$$

$$\text{Για το 2001 : } \frac{14}{4} = 3,5 \text{ ή } 4 \text{ νοσηλευτές ανά κλίνη}$$

$$\text{Για το 2002 : } \frac{18}{4} = 4,5 \text{ ή } 5 \text{ νοσηλευτές ανά κλίνη}$$

Όπως παρατηρείται η αλλαγή στην αύξηση του προσωπικού οφείλεται στους νοσηλευτές και όχι στους γιατρούς που παραμένουν σταθεροί. Η καλύτερη αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνη για τη ΜΕΘ είναι 1 νοσηλευτής ανά μία κλίνη κάτι που υπερκαλύπτεται και τα τρία έτη αφού ανά κλίνη ΜΕΘ αντιστοιχούν 3, 4 και 5 νοσηλευτές για τα έτη 2000, 2001 και 2002. Ενώ, εκ πρώτης όψεως, η αναλογία μοιάζει ικανοποιητική στην πραγματικότητα δεν είναι. Αυτό συμβαίνει γιατί πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι το νοσηλευτικό προσωπικό εκτελεί 3 βάρδιες και ότι παίρνει άδειες. Γνωρίζοντας ότι στην πρωινή βάρδια υπάρχουν 3 νοσηλευτές, στην απογευματινή 2 και στη νυχτερινή άλλοι 2 και δε λάβουμε υπόψη την Προϊσταμένη που εργάζεται μόνο στο τακτικό ωράριο ο αριθμός τους ανά κλίνη είναι λιγότερος από 1 που δεν είναι ικανοποιητικό.

iv. Αναλογία νοσηλευτών ανά ιατρό

Αριθμός νοσηλευτών έτους A

Αριθμός ιατρών έτους A

$$\text{Για το 2000 : } \frac{13}{4} = 4,4 \text{ ή } 4 \text{ νοσηλευτές ανά ιατρό}$$

$$\text{Για το 2001 : } \frac{14}{4} = 3,5 \text{ ή } 3 \text{ νοσηλευτές ανά ιατρό}$$

$$\text{Για το 2002 : } \frac{18}{4} = 4,5 \text{ ή } 5 \text{ νοσηλευτές ανά ιατρό}$$

Εφόσον ο αριθμός των γιατρών παραμένει σταθερός και τα τρία έτη οποιαδήποτε μεταβολή οφείλεται στους νοσηλευτές, Έτσι το 2000 αναλογούν 4 νοσηλευτές ανά ιατρό, το 2001 3 νοσηλευτές και το 2002 5 νοσηλευτές. Ακόμα και αν δεν λάβουμε υπόψη τη Διευθύντρια δεν υπάρχει αξιόλογη μεταβολή.

16.4 ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΧΩΡΩΝ

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

$$\frac{\text{Δομημένος χώρος}}{\text{Αριθμός κλινών έτους A}}$$

$$\text{Για το 2000 : } \frac{515,91}{4} = 128,97$$

$$\text{Για το 2001 : } \frac{515,91}{4} = 128,97$$

$$\text{Για το 2002 : } \frac{515,91}{4} = 128,97$$

Επειδή ο αριθμός των χρησιμοποιούμενων κλινών παρέμεινε σταθερός και τα τρία χρόνια είναι επόμενο να μην αλλάξει και το αποτέλεσμα του δείκτη. Το μέγεθος των 128,97 τ.μ. που φαίνονται να αντιστοιχούν σε κάθε κλίνη ΜΕΘ είναι πολύ ικανοποιητικό ίσως μάλιστα και υπερβολικό. Ωστόσο πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι χώρο καταλαμβάνουν άλλες 4 κλίνες που δεν χρησιμοποιούνται κάτι που θα μείωνε τον οικοδομικό χώρο ανά κλίνη σε 64,5 τ.μ. (515,91 τ.μ./8 κλίνες) μέγεθος που είναι εξίσου ικανοποιητικό αφού ξεπερνά τα 30 τ.μ. μεικτού χώρου ανά κλίνη που κρίνεται αναγκαίος.

16.5 ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΠΡΩΝ

i. Συνολικές ημέρες νοσηλείας

Για το 2000 : 1.082 ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ

Για το 2001 : 1.540 ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ

Για το 2002 : 1.056 ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ

ii. Αριθμός εισαγωγών-νοσηλευθέντων (εξεληθόντες+θάνατοι)

Για το 2000 : 67+35=101

Για το 2001 : 52+18=70

Για το 2002 : 54+23=77

iii. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.)

$$\frac{\text{Συνολικές ημέρες νοσηλείας}}{\text{Συνολικό αριθμός νοσηλευόμενων}}$$

$$\text{Για το 2000 : } \frac{1082}{101} = 10,7 \text{ ημέρες}$$

$$\text{Για το 2001 : } \frac{1540}{70} = 22 \text{ ημέρες}$$

$$\text{Για το 2002 : } \frac{1056}{77} = 13,7 \text{ ημέρες}$$

Η Μ.Δ.Ν. από το 2000 στο 2001 αυξήθηκε κατά 12 περίπου ημέρες και το 2002 μειώθηκε απότομα στις 14 περίπου ημέρες. Αν συνδυαστεί η αύξηση της Μ.Δ.Ν. του 2001 με τις συνολικές ημέρες νοσηλείας και τον αριθμό εισαγωγών του έτους θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι το 2001 τα περιστατικά που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ ήταν βαριά γι' αυτό και η νοσηλεία τους απαιτούσε μακρά παραμονή στη Μονάδα αφού το 2001 εισήχθησαν τα λιγότερα περιστατικά.

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

$$\frac{\text{Μέσος ημερήσιος αριθμός νοσηλευόμενων}^1 \text{ έτους A} * 100}{\text{Αριθμός κλινών έτους A}}$$

όπου (1) = Μέσος ημερήσιος αριθμός νοσηλευομένων =

$$\frac{\text{Συνολικές ημέρες νοσηλείας έτους A}}{\text{Συνολικές ημέρες ττο έτους (365)}}$$

$$\text{Για το 2000 : } \frac{1.082}{365} = 2,96$$

$$\text{οπότε } \frac{2,96 * 100}{4} = 74\%$$

$$\text{Για το 2001 : } \frac{1.540}{365} = 4,21$$

$$\text{οπότε } \frac{4,21 * 100}{4} = 105,25\%$$

$$\text{Για το 2002 : } \frac{1.056}{365} = 2,89$$

$$\text{οπότε } \frac{2,89 * 100}{4} = 72,25\%$$

Παρατηρούμε ότι τα έτη 2000 και 2002 η πληρότητα κλινών κυμαίνεται στο 72%-74% ποσοστό που φαίνεται μικρό γιατί η ΜΕΘ καλύπτει μικρό ποσοστό των ασθενών του Νοσοκομείου. Το 2001 η πληρότητα ξεπερνά το 100%. Αυτό σημαίνει ότι αυτό το έτος νοσηλεύθηκαν υπεράριθμοι ασθενείς κάτι που δεν επιτρέπεται να γίνεται στη ΜΕΘ γιατί έτσι απασχολείται το προσωπικό με τη φροντίδα περισσότερων ασθενών και κινδυνεύει η ζωή του υπεράριθμου ασθενή αλλά και όλων των υπόλοιπων.

ν. Μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης (σε ημέρες)

$$P_e = \frac{\text{Συνολικές ημέρες έτους A (365)}}{(\text{Ρυθμός εισροής ασθενών})P_k} - \text{ΜΔΝ έτους A}$$

$$\text{όπου } P_k = \frac{365 * \text{Πληρότητα}}{100 * \text{ΜΔΝ}}$$

$$\text{Για το 2000 : } P_k = \frac{365 * 74}{100 * 10,7} = \frac{27.010}{1.070} = 25,24$$

$$\text{οπότε } P_e = \frac{365}{25,24} - 10,7 = 14,46 - 10,7 = 3,76$$

$$\text{Για το 2001 : } P_k = \frac{365 * 105,25}{100 * 22} = \frac{38.416,25}{2.200} = 17,46$$

$$\text{οπότε } P_e = \frac{365}{17,46} - 22 = 20,9 - 22 = -1,1$$

$$\text{Για το 2002 : } P_k = \frac{365 * 72,25}{100 * 13,7} = \frac{26.371,25}{1.370} = 19,24$$

$$\text{οπότε } P_e = \frac{365}{25,24} - 13,7 = 18,97 - 13,7 = 5,27$$

Το 2001 το αποτέλεσμα του δείκτη είναι αρνητικό αφού η πληρότητα της ΜΕΘ το συγκεκριμένο έτος είναι μεγαλύτερη από 100% οπότε και δεν έμεινε καμία κλίνη κενή. Άρα αυτό το έτος δεν υπάρχει τέτοιο θέμα αφού όχι μόνο η πληρότητα της ΜΕΘ έφτασε το 100% αλλά νοσηλεύθηκαν και 3 υπεράριθμοι ασθενείς. Τα έτη 2000 και 2002 ο δείκτης μας δείχνει ότι οι κλίνες έμεναν κενές για περίπου 4 και 5 ημέρες αντίστοιχα μέχρι να καλυφθούν ξανά.

vi. Εισαγωγές ανά απασχολούμενο άτομο

$$\frac{\text{Αριθμός εισαγωγών έτους A}}{\text{Αριθμός απασχολούμενων έτους A}}$$

$$\text{Για το 2000 : } \frac{101}{17} = 5,9 \text{ ή } 6 \text{ ασθενείς ανά απασχολούμενο άτομο}$$

$$\text{Για το 2001 : } \frac{70}{18} = 3,8 \text{ ή } 4 \text{ ασθενείς ανά απασχολούμενο άτομο}$$

$$\text{Για το 2002 : } \frac{77}{22} = 3,5 \text{ ή } 4 \text{ ασθενείς ανά απασχολούμενο άτομο}$$

Τα αποτελέσματα του δείκτη δείχνουν ότι από το 2002 ως το 2001 η αναλογία μειώθηκε και από το 2001 ως το 2002 παραμένει σταθερή. Αυτό οφείλεται στο αυξανόμενο προσωπικό που φροντίζει όλο και λιγότερους ασθενείς και άρα παρέχει καλύτερη φροντίδα.

vii. Αριθμός εξυπηρετούμενων ασθενών ανά κλίνη κατά τη διάρκεια μιας περιόδου

$$I_{pi} = (P / B) * (t / 365)$$

όπου

P = αριθμός νοσηλευομένων

B = αριθμός κλινών

t = διάρκεια αναφοράς : εβδομάδα, μήνας, έτος

$$\text{Για το 2000 : } I_{pi} = (101 / 4) * (365 / 365) = 25,25 \text{ ή } 25 \text{ ασθενείς ανά κλίνη}$$

$$\text{Για το 2001 : } I_{pi} = (70 / 4) * (365 / 365) = 17,5 \text{ ή } 18 \text{ ασθενείς ανά κλίνη}$$

$$\text{Για το 2002 : } I_{pi} = (77 / 4) * (365 / 365) = 19,25 \text{ ή } 19 \text{ ασθενείς ανά κλίνη}$$

Με αυτό τον δείκτη είναι δυνατό να βρούμε πόσοι ασθενείς νοσηλεύτηκαν ανά κλίνη για κάποια χρονική περίοδο που μπορεί να είναι έτος, μήνας ή και εβδομάδα. Στην προκειμένη περίπτωση το 2000 νοσηλεύτηκαν 25 ασθενείς ανά κλίνη, το 2001 18 ασθενείς και το 2002 19 ασθενείς. Από το 2000 στο 2001 ο δείκτης μειώθηκε κατά πολύ ενώ από το 2001 στο 2002 αυξήθηκε οριακά. Αν θέλαμε να βρούμε πόσοι ασθενείς νοσηλεύτηκαν κατά μέσο όρο σε μία κλίνη τον Σεπτέμβριο και εφαρμόσουμε τον δείκτη θα βρούμε:

$$I_{\rho_1} = (101/4) * (30/365) = 25,25 * 0,08 = 2,02 \text{ ή } 2 \text{ ασθενείς ανά κλίνη}$$

$$I_{\rho_1} = (70/4) * (30/365) = 17,5 * 0,08 = 1,4 \text{ ή } 1 \text{ ασθενής ανά κλίνη}$$

$$I_{\rho_1} = (77/4) * (30/365) = 19,25 * 0,08 = 1,54 \text{ ή } 2 \text{ ασθενείς ανά κλίνη}$$

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

16.6 ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΙΣΡΟΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

i. Αναλογία απασχολούμενων ανά κλίνη ΜΕΘ

$$\frac{\text{Αριθμός απασχολούμενων έτους A}}{\text{Αριθμός κλινών έτους A}}$$

$$\text{Για το 2000 : } \frac{25}{12} = 2,08 \text{ ή } 2 \text{ απασχολούμενοι ανά κλίνη}$$

$$\text{Για το 2001 : } \frac{28}{12} = 2,3 \text{ ή } 2 \text{ απασχολούμενοι ανά κλίνη}$$

$$\text{Για το 2002 : } \frac{33}{12} = 2,75 \text{ ή } 3 \text{ απασχολούμενοι ανά κλίνη}$$

Το προσωπικό που αναλογεί σε κάθε κλίνη είναι 2 άτομα ανά κλίνη και η αύξηση παρατηρείται από το 2001 στο 2002 όπου αντιστοιχούν 3 άτομα σε κάθε κλίνη. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη μεγάλη αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού.

ii. Αναλογία ιατρών ανά κλίνη ΜΕΘ

$$\frac{\text{Αναλογία ιατρών έτους A}}{\text{Αριθμός κλινών έτους A}}$$

$$\text{Για το 2000: } \frac{3}{12} = 0,25 \text{ ιατρός ανά κλίνη ΜΕΘ}$$

$$\text{Για το 2001: } \frac{3}{12} = 0,25 \text{ ιατρός ανά κλίνη ΜΕΘ}$$

$$\text{Για το 2002: } \frac{8}{12} = 0,6 \text{ ιατρός ανά κλίνη ΜΕΘ}$$

Από αυτό το δείκτη προκύπτει ότι και τα τρία έτη δεν αντιστοιχεί ούτε ένας γιατρός σε κάθε κλίνη. Αυτό βέβαιο δεν είναι απαραίτητο αφού οι γιατροί δεν έχουν την άμεση φροντίδα του ασθενή και άρα δε είναι αναγκαίο να υπάρχει αντιστοιχία 1/1. Είναι θετικό όμως που η αναλογία αυξάνεται διαρκώς.

iii. Αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνη ΜΕΘ

$$\frac{\text{Αριθμός νοσηλευτών έτους A}}{\text{Αριθμός κλινών έτους A}}$$

$$\text{Για το 2000: } \frac{21}{12} \approx 1,75 \text{ ή } 2 \text{ νοσηλευτές ανά κλίνη}$$

$$\text{Για το 2001: } \frac{24}{12} = 2 \text{ νοσηλευτές ανά κλίνη}$$

$$\text{Για το 2002: } \frac{24}{12} = 2 \text{ νοσηλευτές ανά κλίνη}$$

Η αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνη είναι σταθερή και για τα τρία έτη και είναι πολύ καλή αφού η καλύτερη αναλογία θεωρείται 1 νοσηλευτής ανά 1 κλίνη ΜΕΘ. Σε αυτή την περίπτωση ο αριθμός αυτός υπερκαλύπτεται. Και πάλι όμως αφού γνωρίζουμε ότι ο αριθμός των νοσηλευτών σε κάθε βάρδια είναι πολύ μικρός στην πραγματικότητα δεν αντιστοιχεί ούτε ένας νοσηλευτής ανά κλίνη.

iv. Αναλογία νοσηλευτών ανά ιατρό

$$\frac{\text{Αριθμός νοσηλευτών έτους A}}{\text{Αριθμός ιατρών έτους A}}$$

$$\text{Για το 2000: } \frac{21}{3} = 7 \text{ νοσηλευτές ανά ιατρό}$$

$$\text{Για το 2001: } \frac{24}{3} = 8 \text{ νοσηλευτές ανά ιατρό}$$

Για το 2002 : $\frac{24}{8} = 3$ νοσηλευτές ανά ιατρό

Ενώ από το 2000 και το 2001 ο δείκτης κινήθηκε ανοδικά παρατηρούμε ότι το 2002 το αποτέλεσμα του δείκτη μειώθηκε κατακόρυφα. Αυτό οφείλεται στην μεγάλη αύξηση των γιατρών για το 2002 και την παραμονή σε σταθερά επίπεδα του αριθμού των νοσηλευτών.

16.7 ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΧΩΡΩΝ

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

$$\frac{\text{Δομημένος χώρος}}{\text{Αριθμός κλινών έτους A}}$$

Για το 2000 : $\frac{250}{12} = 20,8$

Για το 2001 : $\frac{250}{12} = 20,8$

Για το 2002 : $\frac{250}{12} = 20,8$

Ο αριθμός των κλινών που χρησιμοποιούνταν παρέμεινε σταθερός και τα τρία έτη είναι επόμενο να μην αλλάξει και το αποτέλεσμα του δείκτη. Τα 20,8 τ.μ. που αντιστοιχούν σε κάθε κλίνη είναι πολύ λιγότερα από όσα απαιτούνται (30 τ.μ.) για να πληρούν τις προδιαγραφές.

16.8 ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΡΟΩΝ

viii. Συνολικές ημέρες νοσηλείας

Για το 2000 : 1.884 ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ

Για το 2001 : 1.799 ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ

Για το 2002 : 1.839 ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ

ix. Αριθμός εισαγωγών-νοσηλευθέντων (εξεληθόντες+θάνατοι)

Για το 2000 : 535+47=582

Για το 2001 : 607+43=650

Για το 2002 : 666+44=710

χ. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.)

$$\frac{\text{Συνολικές ημέρες νοσηλείας}}{\text{Συνολικός αριθμός νοσηλευόμενων}}$$

$$\text{Για το 2000 : } \frac{1.882}{582} = 3,2 \text{ ημέρες}$$

$$\text{Για το 2001 : } \frac{1.799}{650} = 2,7 \text{ ημέρες}$$

$$\text{Για το 2002 : } \frac{1.839}{710} = 2,6 \text{ ημέρες}$$

Η Μ.Δ.Ν. κατά τη διάρκεια των εξεταζομένων ετών μειωνόταν συνεχώς. Το 2000 έφτανε τις 3,2 ημέρες και το 2001 ακολούθησε μία αρκετά μεγάλη μείωση στις 2,7 ημέρες. Από το 2001 στο 2002 η μείωση ήταν οριακή σε 2,6 ημέρες. Λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό των περιστατικών παρατηρούμε ότι όσο αυξάνονταν τα περιστατικά τόσο μειώνονταν οι ημέρες νοσηλείας δηλαδή η σοβαρότητα των περιστατικών μειωνόταν.

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

$$\frac{\text{Μέσος ημερήσιος αριθμός νοσηλευόμενων}^1 \text{ έτους A} * 100}{\text{Αριθμός κλινών έτους A}}$$

όπου (1) = Μέσος ημερήσιος αριθμός νοσηλευομένων =

$$\frac{\text{Συνολικές ημέρες νοσηλείας έτους A}}{\text{Συνολικές ημέρες έτους (365)}}$$

$$\text{Για το 2000 : } \frac{1.884}{365} = 5,16$$

$$\text{οπότε } \frac{5,16 * 100}{12} = 43\%$$

$$\text{Για το 2001 : } \frac{1.799}{365} = 4,92$$

$$\text{οπότε } \frac{4,92 * 100}{12} = 41\%$$

$$\text{Για το 2002 : } \frac{1.839}{365} = 5,03$$

$$\text{οπότε } \frac{5,03 * 100}{12} = 42\%$$

Και τα τρία έτη η πληρότητα των κλινών παρέμεινε πολύ χαμηλή σε ποσοστό κάτω από 50%. Αυτό μπορεί να σημαίνει είτε οι κλίνες ΜΕΘ είναι περισσότερες από ότι πραγματικά χρειάζεται η Κλινική είτε ότι τα περιστατικά που νοσηλεύθηκαν δεν ήταν βαριά γεγονός πιο πιθανό που επιβεβαιώνεται και από τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας που είναι πολύ χαμηλή.

xii. Μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης (σε ημέρες)

$$P_e = \frac{\text{Συνολικές ημέρες έτους A (365)}}{(\text{Ρυθμός εισροής ασθενών})P_k} - \text{ΜΔΝ έτους A}$$

$$\text{όπου } P_k = \frac{365 * \text{Πληρότητα}}{100 * \text{ΜΔΝ}}$$

$$\text{Για το 2000 : } P_k = \frac{365 * 43}{100 * 3,2} = \frac{15.695}{320} = 49$$

$$\text{οπότε } P_e = \frac{365}{49} - 3,2 = 7,44 - 3,2 = 4,24$$

$$\text{Για το 2001 : } P_k = \frac{365 * 41}{100 * 2,7} = \frac{14.965}{270} = 55,42$$

$$\text{οπότε } P_e = \frac{365}{55,42} - 2,7 = 6,58 - 2,7 = 3,88$$

$$\text{Για το 2002 : } P_k = \frac{365 * 42}{100 * 2,6} = \frac{15.330}{260} = 58,96$$

$$\text{οπότε } P_e = \frac{365}{58,96} - 2,6 = 6,19 - 2,6 = 3,59$$

Το 2000 και το 2001 μία κλίνη παρέμενε κενή για περίπου 4 ημέρες και το 2002 για 3,5 περίπου ημέρες. Ζητούμενο για την αποδοτική λειτουργία της ΜΕΘ είναι οι κλίνες να μένουν κενές όσος το δυνατόν λιγότερο διάστημα. Η συνεχής μείωση του δείκτη φανερώνει την αύξηση της αποδοτικής λειτουργίας αφού οι κλίνες μένουν κενές όλο και λιγότερες ημέρες.

xiii. Εισαγωγές ανά απασχολούμενο άτομο

$$\frac{\text{Αριθμός εισαγωγών έτους A}}{\text{Αριθμός απασχολούμενων έτους A}}$$

$$\text{Για το 2000 : } \frac{582}{25} = 23,28 \text{ ή } 23 \text{ ασθενείς ανά απασχολούμενο άτομο}$$

Για το 2001 : $\frac{650}{28} = 23,21$ ή 23 ασθενείς ανά απασχολούμενο άτομο

Για το 2002 : $\frac{710}{33} = 21,51$ ή 22 ασθενείς ανά απασχολούμενο άτομο

Όπως γίνεται φανερό εφόσον το προσωπικό που απασχολείται στη ΜΕΘ αυξανόταν συνέχεια επόμενο ήταν να μειώνεται και ο αριθμός των ασθενών που αναλογεί σε κάθε εργαζόμενο παρόλο που ταυτόχρονα αυξάνονταν και οι ασθενείς. Με τη μείωση της αναλογίας κάθε μέλος του προσωπικού φρόντιζε όλο και λιγότερα άτομα με αποτέλεσμα το επίπεδο της φροντίδας να βελτιώνεται.

xiv. Αριθμός εξυπηρετούμενων ασθενών ανά κλίνη κατά τη διάρκεια μιας περιόδου

$$I_{pi} = (P / B) * (t / 365)$$

όπου

P = αριθμός νοσηλευομένων

B = αριθμός κλινών

t = διάρκεια αναφοράς : εβδομάδα, μήνας, έτος

Για το 2000 : $I_{pi} = (582 / 12) * (365 / 365) = 48,5$ ή 49 ασθενείς ανά κλίνη

Για το 2001 : $I_{pi} = (650 / 12) * (365 / 365) = 54,1$ ή 54 ασθενείς ανά κλίνη

Για το 2002 : $I_{pi} = (710 / 12) * (365 / 365) = 59,1$ ή 59 ασθενείς ανά κλίνη

Είναι εμφανές ότι μία κλίνη ΜΕΘ εξυπηρετούσε χρόνο με χρόνο όλο και περισσότερους ασθενείς. Η αύξηση αυτή παρέμεινε σταθερή και από το 2000 στο 2001 και από 2001 στο 2002. Έτι το 2000 εξυπηρετήθηκαν 49 ασθενείς, το 2001 54 ασθενείς και το 2002 59 ασθενείς που σημαίνει αύξηση 5 ασθενών κάθε φορά. Αν θέλαμε να βρούμε πόσοι ασθενείς νοσηλεύτηκαν κατά μέσο όρο σε μία κλίνη τον Απρίλιο και εφαρμόσουμε τον δείκτη θα βρούμε:

$$I_{pi} = (582 / 12) * (30 / 365) = 48,5 * 0,08 = 3,88$$
 ή 4 ασθενείς ανά κλίνη

$$I_{pi} = (650 / 12) * (30 / 365) = 54,1 * 0,08 = 4,3$$
 ή 4 ασθενής ανά κλίνη

$$I_{pi} = (710 / 12) * (30 / 365) = 59,1 * 0,08 = 4,7$$
 ή 5 ασθενείς ανά κλίνη

16.9 ΣΥΓΚΡΙΣΗ

Δείκτες χρησιμοποίησης-κατανάλωσης

Στην πρώτη αυτή κατηγορία δεικτών δεν υπάρχουν στοιχεία και για τα δύο Νοσοκομεία οπότε δεν μπορεί να γίνει σύγκριση. Θα μπορούσαμε όμως να πούμε ότι όσον αφορά τον Άγιο Ανδρέα παρατηρούμε ότι οι κλίνες που υπάρχουν είναι ελάχιστες και δεν επαρκούν για να εξυπηρετήσουν ούτε το ελάχιστο του πληθυσμού του Νομού Αχαΐας. Βέβαια υπάρχουν και οι 15 κλίνες του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών αλλά εφόσον στις ΜΕΘ εισάγονται και ασθενείς από άλλους Νομούς το πρόβλημα επιδεινώνεται.

Δείκτες εισροών και επάρκειας

Οι δείκτες αυτού του είδους, στη συγκεκριμένη περίπτωση, ασχολούνται με τις αριθμητικές αναλογίες προσωπικού και κλινών ΜΕΘ. Γενικά, οι αναλογίες κάθε κατηγορίας προσωπικού αλλά και συνολικά σε σχέση με τις κλίνες είναι καλύτερες στον Άγιο Ανδρέα από ότι στην Ευρωκλινική. Ο κυριότερος λόγος που υπάρχει αυτή η μεγάλη διαφορά είναι ο αριθμός των κλινών ΜΕΘ κάθε Νοσοκομείου και δευτερευόντως οι μικρές αυξήσεις σε προσωπικό.

Οι συνολικά απασχολούμενοι στη ΜΕΘ ανά κλίνη ΜΕΘ στον Άγιο Ανδρέα αυξάνονται από 4 σε 5 και έπειτα σε 6 για τα έτη που μελετώνται εδώ. Ουσιαστικά η μόνη μεταβολή που συνέβη αυτά τα τρία έτη ήταν μόνο στον αριθμό των νοσηλευτών. Στην Ευρωκλινική το 2000 και το 2001 ο δείκτης είναι 2 και το 2002 γίνεται 3. Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στην αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού για τον Άγιο Ανδρέα αλλά και του ιατρικού κυρίως στην περίπτωση της Ευρωκλινικής.

Επειδή ο αριθμός των γιατρών στον Άγιο Ανδρέα δεν αλλάζει επόμενο είναι να παραμένει σταθερή η αναλογία γιατρών ανά κλίνη σε 1 ενώ στην Ευρωκλινική ο δείκτης από 0,25 τα έτη 2000 και 2001 να γίνεται 0,6 το 2002. Εφόσον άλλαξε μόνο ο αριθμός των γιατρών και όχι των κλινών σιγά σιγά η αναλογία γιατρού ανά κλίνη πλησιάζει τη μονάδα.

Στους νοσηλευτές ανά κλίνη στον Άγιο Ανδρέα υπάρχει μια προοδευτική αύξηση από 3 σε 4 και έπειτα σε 5 νοσηλευτές. Η αναλογία αυτή είναι πολύ ικανοποιητική. Αλλά και στην Ευρωκλινική είναι ικανοποιητική γιατί και τρία εξεταζόμενα έτη αντιστοιχούν 2 νοσηλευτές σε μία κλίνη ΜΕΘ. Το συνεχώς

αυξανόμενο νοσηλευτικό προσωπικό δημιουργεί καλύτερες αναλογίες. Η αύξηση του είναι όμως αναγκαίο να συνεχίσει γιατί θεωρώντας δεδομένο το γεγονός ότι οι νοσηλευτές εργάζονται σε βάρδιες αντιστοιχεί πολύ λιγότερο από ένας νοσηλευτής σε κάθε κλίνη και απομακρύνεται η αναλογία αυτή από τα θεσπισμένα πρότυπα.

Ο δείκτης στον οποίο υπερτερεί αναλογικά η Ευρωκλινική είναι αυτόν της αντιστοιχίας νοσηλευτών ανά γιατρό τουλάχιστον τα δύο πρώτα έτη. Και εδώ υπάρχει σταθερή αύξηση του δείκτη τα τρία από 3 νοσηλευτές ανά γιατρό το 2000 σε 4 νοσηλευτές το 2001 και 5 το 2002. Στην Ευρωκλινική ο μικρός αριθμός γιατρών και ο μεγάλος αριθμός νοσηλευτών για τα έτη 2000 και 2001 τοποθετεί 7 νοσηλευτές να αναλογούν σε κάθε γιατρό το 2000 και 8 το 2001. Το 2002 που αυξάνονται πολύ οι γιατροί υπάρχει κατακόρυφη μείωση στους 3 νοσηλευτές ανά γιατρό.

Δείκτης επάρκειας χώρων

Η διαφορά στα τετραγωνικά μεικτού χώρου που αναλογούν σε κάθε κλίνη ΜΕΘ στα δύο Νοσοκομεία είναι πολύ μεγάλη. Στον Άγιο Ανδρέα η αντιστοιχία είναι πολύ μεγαλύτερη με 128,97 τ.μ. ανά κλίνη για τις 4 κλίνες που λειτουργούν, μέγεθος πολύ ικανοποιητικό. Όμως, όπως προαναφέρθηκε, αν λαμβάναμε υπόψη και τις 8 κλίνες που υπάρχουν τότε ο μεικτός οικοδομικός χώρος ανά κλίνη θα ήταν 64,48 τ.μ. που και πάλι θα ήταν ένα επαρκές μέγεθος. Αντίθετα, στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής το μέγεθος αυτό είναι πολύ μικρό. Έτσι, σε κάθε κλίνη αντιστοιχούν 20,8 τ.μ. που δεν αγγίζει το όριο των 30 τ.μ. ανά κλίνη.

Δείκτες εκροών

Οι συνολικές ημέρες νοσηλείας στον Άγιο Ανδρέα είναι αντιστρόφως ανάλογες με τον αριθμό των περιστατικών που εισήχθησαν. Το 2001 που υπήρχαν τα λιγότερα περιστατικά (70) οι συνολικές ημέρες νοσηλείας ήταν οι περισσότερες γεγονός που σημαίνει ότι τα περιστατικά ήταν τα πιο βαριά από τα άλλα δύο έτη. Το 2000 με 101 περιστατικά οι ημέρες νοσηλείας ήταν 1.082 και το 2002 με 77 περιστατικά ήταν 1.056. Στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής ενώ τα δύο πρώτα έτη η αναλογία συνολικών ημερών νοσηλείας και περιστατικών είναι ανάλογη το τρίτο έτος γίνεται ανάλογη. Αρχικά το 2000 με 582 περιστατικά οι ημέρες νοσηλείας είναι 1.884 και το 2001 που αυξάνονται τα περιστατικά σε 650 οι συνολικές ημέρες νοσηλείας μειώνονται 1.799. Το 2002 που και πάλι αυξάνονται τα περιστατικά σε 710 οι ημέρες νοσηλείας αυξάνονται και αυτές σε 1.839.

Έξοδος από τη ΜΕΘ σημαίνει είτε βελτίωση της υγείας είτε θάνατος. Ο αριθμός των θανάτων στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής είναι πολύ μικρός σε σχέση με αυτούς που εξήλθαν. Στον Άγιο Ανδρέα οι θάνατοι είναι αναλογικά περισσότεροι από την Ευρωκλινική και ένα έτος μάλιστα σχεδόν το 1/3 των ασθενών κατέληξε. Στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής οι θάνατοι είναι αναλογικά πολλοί λιγότεροι.

Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας διαφέρει πολύ στις δύο ΜΕΘ. Στον Άγιο Ανδρέα υπάρχει απότομη αύξηση από το 2000 στο 2001 και μετά μια απότομη μείωση το 2002. Ειδικά το 2001 παρατηρούμε ότι τα λιγότερα περιστατικά έχουν τις περισσότερες ημέρες νοσηλείας. Περίπου 15,5 ημέρες είναι ο μέσος όρος παραμονής ενός ασθενούς στη ΜΕΘ γι' αυτά τα τρία έτη. Στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής ο μέσος όρος παραμονής ασθενούς των ετών 2000, 2001 και 2002 είναι 2,8 ημέρες αριθμός πολύ χαμηλός. Η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας συνεχώς μειώνεται, πιο πολύ από το 2000 στο 2001 και οριακά από το 2001 στο 2002, κάτι που σημαίνει λιγότερες δαπάνες.

Σημαντικό είναι να αναφερθούμε στο ποσοστό πληρότητας των κλινών των ΜΕΘ το οποίο δείχνει και την αποδοτικότητα που έχει η ΜΕΘ. Στη ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα το ποσοστό αυτό είναι σχετικά υψηλό για κάθε έτος. Το 2001 μάλιστα ξεπερνά το 100% αφού τότε υπήρξαν 3 υπεράριθμοι ασθενείς. Βέβαια οι υπεράριθμοι αυτοί ασθενείς υπήρξαν για λίγο και όχι καθ' όλη τη διάρκεια του έτους. Το 2000 και το 2002 το ποσοστό πληρότητας ήταν 74% και 72% αντίστοιχα. Στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής το ποσοστό πληρότητας ήταν χαμηλό και σχετικά σταθερό και για τα τρία έτη και κυμαινόταν στο 43%, 41% και 42% αντίστοιχα. Στη σημαντική απόσταση των ποσοστών για τις δύο ΜΕΘ συμβάλλουν αναλογικά ο αριθμός των εισαγόμενων περιστατικών, των κλινών και η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας. Δηλαδή στην Ευρωκλινική τα περιστατικά που εισήχθησαν ήταν πολλά, οι κλίνες ήταν επίσης πολλές αλλά οι ασθενείς νοσηλεύθηκαν για πολύ λίγες ημέρες. Στον Άγιο Ανδρέα τα περιστατικά ήταν αναλογικά λιγότερα, οι κλίνες λίγες αλλά οι ασθενείς νοσηλεύθηκαν για πολλές ημέρες.

Οι κλίνες στη ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα έμειναν κενές για χρονικό διάστημα που κυμαίνεται από 4 έως 5 ημέρες. Μάλιστα, το 2001 ο δείκτης του μέσου χρόνου αδράνειας κλίνης ήταν αρνητικός γιατί οι κλίνες όχι μόνο δεν έμειναν κενές, τουλάχιστον για κάποιο διάστημα, και αλλά νοσηλεύτηκαν και 3 υπεράριθμοι ασθενείς εκείνο το έτος. Βέβαια, το συγκεκριμένο έτος δε σημαίνει ότι καμία κλίνη δεν υπήρξε ούτε μία στιγμή κενή. Σε περιόδους όμως έντονης κινητικότητας στη

ΜΕΘ όπου όλες οι κλίνες είναι κατειλημμένες ακόμα και ένας ακόμα υπεράριθμος ασθενής μπορεί να δώσει αυτό το αρνητικό αποτέλεσμα στο δείκτη. Στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής ο αριθμός των ημερών που μένει κενή μία κλίνη μειώνεται από 4,3 ημέρες το 2000 σε 3,9 το 2001 και τελικά σε 3,6 το 2002. Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των περιστατικών φανερώνει ότι εφόσον για τις ίδιες μέρες κάθε έτος υπάρχουν περισσότερα περιστατικά θα μειώνεται ο χρόνος αδράνειας μιας κλίνης. Ο δείκτης του μέσου χρόνου αδράνειας κλίνης βρίσκεται σε συνάρτηση με τον αυξανόμενο αριθμό περιστατικών αφού όσο αυξάνονται τα περιστατικά τόσο μειώνεται ο χρόνος που μένει κενή μία κλίνη.

Ταυτόχρονα με την αύξηση των περιστατικών υπάρχει και αύξηση προσωπικού για να καλύπτει να τις διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες φροντίδας όλο και περισσότερων ασθενών. Έτσι, στον Άγιο Ανδρέα το 2000 αντιστοιχούσαν 6 ασθενείς σε κάθε μέλος του προσωπικού ενώ τα άλλα δύο έτη αντιστοιχούσαν 4 ασθενείς. Στην Ευρωκλινική το 2000 και το 2001 αντιστοιχούσαν 23 ασθενείς και το 2002 22 ασθενείς.

Κάθε κλίνη μπορεί να εξυπηρετήσει ένα συγκεκριμένο αριθμό ασθενών για κάθε χρονική περίοδο. Στη ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα ο αριθμός εξυπηρετούμενων ασθενών ανά κλίνη ακολουθεί την αυξομείωση των περιστατικών που περιέθαλψε η Μονάδα. Δηλαδή το 2000 με 101 περιστατικά κάθε κλίνη εξυπηρέτησε 25 ασθενείς το 2001 με 70 περιστατικά εξυπηρέτησε 18 ασθενείς και το 2002 με 77 περιστατικά εξυπηρέτησε 19 περιστατικά. Στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής που υπάρχει συνεχής αύξηση περιστατικών τα 3 έτη και καθόλου μείωση κάθε κλίνη εξυπηρέτησε 48, 54 και 59 ασθενείς αντίστοιχα για κάθε έτος.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 17**Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α Τ Α - Π Ρ Ο Τ Α Σ Ε Ι Σ****17.1 ΕΙΔΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ****Μέρος 1^ο**

- Οι ΜΕΘ δημιουργήθηκαν για να καλύψουν ένα σημαντικό κενό στη συστηματική φροντίδα των βαρέως πασχόντων ασθενών και συνεχίζουν να αναπτύσσονται λόγω της μεγαλύτερης χρησιμοποίησης των νοσοκομείων και της αύξησης της σύνθεσης του πληθυσμού.
- Οι ασθενείς που εισάγονται στη ΜΕΘ βρίσκονται σε πολύ κρίσιμη κατάσταση και η ζωής τους σε άμεσο κίνδυνο που χωρίς τη φροντίδα που παρέχεται στη ΜΕΘ δεν θα είχαν καμιά ελπίδα επιβίωσης.
- Οι ΜΕΘ είναι ο καταλληλότερος χώρος για την άσκηση της Εντατικής Ιατρικής αφού συνδυάζει συνεχή παρακολούθηση, υψηλή τεχνολογία και ειδικευμένο προσωπικό.
- Οι ΜΕΘ διακρίνονται σε πολυδύναμες και ειδικές ανάλογα με τι είδος των περιστατικών που νοσηλεύουν.
- Η αποδοτικότητα μιας ΜΕΘ εξαρτάται από τον αριθμό των κλινών, του πληθυσμού που εξυπηρετεί αλλά κυρίως από την ετοιμότητά της να δεχθεί το βαρύ και μη προγραμματισμένο περιστατικό.
- Το μέγεθος της ΜΕΘ και οι χώροι που θα περιλαμβάνει εξαρτώνται από το μέγεθος του Νοσοκομείου και τα είδος των περιστατικών που νοσηλεύονται.
- Η ΜΕΘ πρέπει να βρίσκεται κοντά στο ΤΕΠ, τα χειρουργεία και τα διαγνωστικά εργαστήρια.
- Το προσωπικό που εργάζεται στη ΜΕΘ πρέπει να είναι εξειδικευμένο στην αντιμετώπιση των βαρέων περιστατικών και να βρίσκεται σε διαρκή ετοιμότητα όλο το 24ωρο.
- Για να βγει ένας ασθενής από τη ΜΕΘ σημαίνει ότι η υγεία του βελτιώθηκε τόσο που μπορούσε να νοσηλευτεί σε κοινή νοσοκομειακή κλίνη.

- Η ΜΕΘ είναι το τμήμα εκείνο του Νοσοκομείου με το μεγαλύτερο κόστος νοσηλείας που οφείλεται κυρίως στον τεχνολογικό εξοπλισμό και γενικά το αναλώσιμο υγειονομικό υλικό.
- Ο περιορισμός του κόστους στη ΜΕΘ μπορεί να γίνει με σωστή παρακολούθηση και διαχείριση των διαθέσιμων πόρων αφού τεθεί σαν πρώτη προτεραιότητα η ζωή του ασθενή.

Μέρος 2^ο

- Το Νοσοκομείο του Αγίου Ανδρέα λειτουργεί από τη δεκαετία του '70 αντίθετα από την Ευρωκλινική που ξεκίνησε τη λειτουργία της πρόσφατα και λειτουργεί από το 1998.
- Η διοικητική διάρθρωση καθώς και η οργάνωση των υπηρεσιών διαφέρει πολύ στα δύο Νοσοκομεία με σκοπό να εξυπηρετήσει όσο το δυνατόν καλύτερα τη σωστή λειτουργία του κάθε ιδρύματος.
- Η ΜΕΘ όμως στον Άγιο Ανδρέα δεν προβλεπόταν από την κατασκευή του Νοσοκομείου και λειτουργεί από το 1997. Στην Ευρωκλινική, ακριβώς επειδή κατασκευάστηκε πρόσφατα, λειτουργεί από την αρχή.
- Η ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα αποτελεί χώρο εκπαίδευσης νέων γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων και αυτή είναι ικανοποιητική αφού η εκπαίδευση γίνεται σε πολλά επίπεδα κάτι που δεν έχει η ΜΕΘ της Ευρωκλινικής.
- Και οι δύο ΜΕΘ είναι πολυδύναμες και οι κλίνες καλύπτουν το 0,7% των συνολικών κλινών στον Άγιο Ανδρέα και το 10% στην Ευρωκλινική αλλά στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής τα περιστατικά είναι κατά κύριο λόγο καρδιοχειρουργικά εφόσον μόνο τέτοια Κλινική υπάρχει.
- Η θέση της ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα είναι αρκετά ικανοποιητική καθώς γειτνιάζει με τα χειρουργεία και είναι κοντά στα εργαστήρια και το ΤΕΠ. Η ΜΕΘ της Ευρωκλινικής βρίσκεται κοντά μόνο στα χειρουργεία αλλά ούτε κοντά στο ΤΕΠ ούτε στα εργαστήρια.
- Η αντιστοιχία οικοδομικού χώρου ανά κλίνη ΜΕΘ ξεπερνά κατά πολύ τα διεθνή πρότυπα στον Άγιο Ανδρέα ενώ στην Ευρωκλινική η αντιστοιχία είναι μικρότερη.

- Το προσωπικό, κυρίως νοσηλευτικό, που υπάρχει στις δύο Μονάδες είναι ανεπαρκές και έως τώρα καλύπτει οριακά τις ανάγκες τους.
- Η εισαγωγή ασθενών στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής απαιτεί μια πιο αυστηρή πολιτική αφού δεν μπορεί να εισαχθεί ο οποιοσδήποτε όπως γίνεται στον Άγιο Ανδρέα. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας το επισκεπτήριο είναι περιορισμένου χρόνου και προτού δοθεί εξιτήριο από το Νοσοκομείο γίνεται μεταφορά του ασθενή σε άλλο όροφο ή κλινική για να επανέλθει ομαλά στην καθημερινότητα.
- Μία από τις βασικότερες και ουσιαστικότερες διαφορές είναι η κοστολόγηση των υπηρεσιών. Η μη ύπαρξη κοστολόγησης στον Άγιο Ανδρέα και η εφαρμογή του κλειστού νοσηλίου δεν επιτρέπει την εμφάνιση του πραγματικού κόστους ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα για το αν η λειτουργία της ΜΕΘ και γενικότερα του Νοσοκομείου είναι αποδοτική. Στην Ευρωκλινική είναι απαραίτητη η κοστολόγηση αφού η αποδοτικότητα κρίνει τη λειτουργία ή μη της μονάδας και γενικότερα της Κλινικής.
- Η σταδιακή αύξηση των περιστατικών στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής για την τριετία 2000-2002 συνδυάστηκε με μείωση της θνησιμότητας και της σοβαρότητάς τους. Στη ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα τα περιστατικά σημείωσαν μείωση με αντίστοιχη αύξηση της σοβαρότητας τους καθώς και αύξηση των ποσοστών θνησιμότητας για την ίδια τριετία.,
- Η προέλευση της πλειοψηφίας των περιστατικών των ΜΕΘ ήταν από τους νομούς στους οποίους βρίσκονται τα Νοσοκομεία αλλά επειδή στον Άγιο Ανδρέα υπάρχουν και αρκετά περιστατικά από άλλους νομούς οι λίγες κλίνες που διαθέτει η ΜΕΘ δεν επαρκούν για να εξυπηρετήσουν τόσο πληθυσμό.
- Το ιατρικό και κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό αυξάνεται διαρκώς στις δύο Μονάδες και ταυτόχρονα βελτιώνεται η αναλογία τους σε σχέση με τις κλίνες.
- Η πληρότητα της ΜΕΘ της Ευρωκλινικής είναι αρκετά χαμηλή αλλά σε αυτό συμβάλλει η μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας και της ακόλουθης περιόδου κατά την οποία μένει κενή μία κλίνη παρ' όλη την αύξηση των περιστατικών. Η ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα έχει υψηλή πληρότητα που συνδυάζεται με το μειωμένο χρόνο μιας κενής κλίνης.

- Η εμπλοκή με οποιοδήποτε τρόπο με τη ΜΕΘ δημιουργεί περίπλοκες και δυσάρεστες ψυχολογικές καταστάσεις που κάθε ομάδα, ασθενείς, συγγενείς ή προσωπικό, τις εκδηλώνει με διαφορετικούς τρόπους.

17.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Επιθυμητό θα ήταν οι δύο ΜΕΘ να είχαν περισσότερους χώρους κάτι που όμως τεχνικά δεν είναι εφικτό λόγω έλλειψης χώρου. Στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ο χώρος που προβλεπόταν για τη ΜΑΦ και δεν λειτουργεί εάν δεν είναι στα σχέδια να λειτουργήσει.
- Η συνεχής συντήρηση και η ανανέωση του βιοτεχνολογικού εξοπλισμού σε εύλογο χρονικό διάστημα είναι απαραίτητη να λειτουργεί καλύτερα και να έχει μεγαλύτερη διάρκεια ζωής αλλά και να υπάρχει στις Μονάδες ότι πιο σύγχρονο που θα βοηθά το προσωπικό να παρέχει καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες.
- Απαραίτητο θα ήταν στη ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα να απασχοληθεί ως μόνιμο προσωπικό ένας τραυματιοφορέας και ένας γραμματέας για να αναλάβει τη γραφική εργασία που μέχρι σήμερα κάνουν κατά κύριο λόγο οι νοσηλεύτες.
- Πρέπει να δίνονται κίνητρα στο προσωπικό που εργάζεται στη ΜΕΘ για να παραμένουν σε αυτές και να αποδίδουν τα μέγιστα.
- Η δημιουργία ΜΑΦ στον Άγιο Ανδρέα είναι απαραίτητη γιατί έτσι θα αποσυμφορηθεί λίγο η ΜΕΘ που είναι συνεχώς πλήρης και πολλά περιστατικά διακομίζονται σε άλλα νοσοκομεία.
- Η λειτουργία και των άλλων 4 κλινών που υπάρχουν στη ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα είναι απαραίτητη για να μη χρειάζεται να διώχνονται ασθενείς που έχουν ανάγκη μία τέτοια κλίνη με ακόλουθη αύξηση του προσωπικού.
- Το σημαντικότερο όλων στη ΜΕΘ του Αγίου Ανδρέα είναι να υπάρξει αναλυτική κοστολόγηση. Με αυτόν τον τρόπο θα είναι δυνατό να προβλεφθούν οι δαπάνες και να υπάρξει καλύτερη διαχείριση των εσόδων.

17.3 ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ανάγκη για ειδική φροντίδα των βαρέως πασχόντων ασθενών με την αλματώδη ανάπτυξη της τεχνολογίας κατόρθωσε να γίνει πραγματικότητα. Έτσι ασθενείς που μέχρι λίγα χρόνια ήταν καταδικασμένοι τώρα μπορούν να υποστηριχθούν κατάλληλα και να επιζήσουν νοσηλευόμενοι σε ειδικές μονάδες. Και ενώ τα παλιότερα χρόνια η δημιουργία αυτών των Μονάδων δεν θεωρούνταν απαραίτητη, σήμερα δεν υπάρχει νοσηλευτικό ίδρυμα που μη διαθέτει Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είτε ανήκει στο δημόσιο τομέα είτε στον ιδιωτικό.

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» και της Ευρωκλινικής Αθηνών, που αναλύθηκαν πιο πάνω, είναι δύο σύγχρονες Μονάδες που λειτούργησαν πρόσφατα. Η κάθε μία παρουσιάζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα σε διάφορα πεδία που αφορούν στην οργάνωση, τη δομή και τη λειτουργία τους. Δεν θα μπορούσαμε να προτείνουμε κάποια από τις δύο ΜΕΘ, και κατ' επέκταση κάποιο από τα δύο Νοσοκομεία, ως την καλύτερη από την άλλη από άποψη παροχής υπηρεσιών. Εξάλλου δεν ήταν ο σκοπός αυτής της εργασίας. Το σημαντικό ήταν να παρουσιαστούν κατά πόσο ανταποκρίνονται στις διεθνείς απαιτήσεις και κατά πόσο μοιάζουν ή διαφέρουν μεταξύ τους.

Η σημαντικότερη διαπίστωση που προκύπτει από την παραπάνω ανάλυση είναι η έλλειψη χώρων και προσωπικού, αποτέλεσμα που ίσως να μην είναι παράξενο. Η λειτουργία της ΜΕΘ της Ευρωκλινικής είναι πιο συγκροτημένη αφού οι προϋποθέσεις για τη λειτουργία της είναι πιο αυστηρές όπως ισχύει γενικότερα στον ιδιωτικό τομέα και όχι μόνο στην Ευρωκλινική. Κανείς όμως δεν θα μπορούσε να αμφισβητήσει το κοινωνικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου αφού δεν υπάρχουν περιορισμοί στην περίθαλψη άσχετα από την ασφαλιστική κάλυψη των ασθενών.

Για το Νοσοκομείο του Αγίου Ανδρέα ειδικότερα, το θέμα της έλλειψης συστήματος κοστολόγησης, που ισχύει και στο δημόσιο τομέα υγείας γενικότερα, και επομένως της άγνοιας για το τι πραγματικά δαπανάται, δεν επιτρέπει εκτίμηση της αποδοτικότητας και εξαγωγή σχετικών συμπερασμάτων. Ίσως στο μέλλον η σύγκριση δαπανών μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα υγείας που θα είναι εφικτή να μπορούσε να αποτελέσει ιδέα ανάλυσης για κάποια άλλη πτυχιακή εργασία.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΑ**Ευρετήριο χαρτών**

- Γεωγραφική θέση Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», 53
- Γεωγραφική θέση Ευρωκλινικής Αθηνών, 69

Ευρετήριο σχεδίων

- Σχέδιο γενικό ΜΕΘ, 25
- Σχέδιο ΜΕΘ Ευρωκλινικής Αθηνών, 95
- Σχέδιο ΜΕΘ Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», 90

Ευρετήριο οργανογραμμάτων

- Διάρθρωση υπηρεσιών Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», 59
- Διάρθρωση υπηρεσιών Ευρωκλινικής Αθηνών, 74
- Διοικητική υπηρεσία Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», 66
- Διοικητική υπηρεσία Ευρωκλινικής Αθηνών, 79
- Ιατρική υπηρεσία Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», 63
- Ιατρική υπηρεσία Ευρωκλινικής Αθηνών, 74
- Νοσηλευτική υπηρεσία Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», 65
- Νοσηλευτική υπηρεσία Ευρωκλινικής Αθηνών, 78

Ευρετήριο γραφημάτων

- Αριθμητική κατανομή κατά επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού της ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 100
- Αριθμητική κατανομή κατά επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού της ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 104
- Αριθμητική κατανομή εισαγωγών στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 115
- Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» ανάλογα με το φύλο για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 118
- Αριθμητική μεταβολή των εισαγωγών ανά μήνα που έγιναν στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 124

- Αριθμητική μεταβολή των εισαγωγών ανά μήνα που έγιναν στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 117
- Αριθμητική μεταβολή των εισαγωγών που έγιναν στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» ανάλογα με την ηλικία για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 119
- Έκβαση νοσηλείας στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 128
- Έκβαση νοσηλείας στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 123
- Μέση Διάρκεια Νοσηλείας στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 127
- Μέση Διάρκεια Νοσηλείας στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 122
- Ποσοστιαία κατανομή κατά επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού της ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για το έτος 2003, 99
- Ποσοστιαία κατανομή κατά επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού της ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών για το έτος 2003, 103

Ευρετήριο πινάκων

- Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή ανάλογα με το μήνα εισαγωγής στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 116
- Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή ανάλογα με το μήνα εισαγωγής στη ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 124
- Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή δαπανών ανά ασφαλιστικό φορέα για νοσηλεία στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 111
- Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του προσωπικού της ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 102
- Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του προσωπικού της ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών κατά επίπεδο εκπαίδευσης για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 103
- Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του προσωπικού της ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 99

- Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του προσωπικού της ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» κατά επίπεδο εκπαίδευσης για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 99
- Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών που έγιναν στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» ανάλογα με την ηλικία για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 118
- Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών που έγιναν στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» ανάλογα με τον τόπο προέλευσης για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 120
- Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών που έγιναν στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 121
- Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των περιστατικών της ΜΕΘ της Ευρωκλινικής Αθηνών για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 126
- Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των συνολικών εισαγωγών στη ΜΕΘ του Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 115
- Βιοτεχνολογικός εξοπλισμός ΜΕΘ Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», 91
- Βιοτεχνολογικός εξοπλισμός ΜΕΘ Ευρωκλινικής Αθηνών, 95
- Δαπάνες ΜΕΘ Ευρωκλινικής Αθηνών για τα έτη 2000, 2001 και 2002, 113
- Στελέχωση ΜΕΘ Γ.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» για το έτος 2003, 98
- Στελέχωση ΜΕΘ Ευρωκλινικής Αθηνών για το έτος 2003, 102

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

- ΑΛΕΞΙΑΣ, Γ., *Λόγος περί ζωής και θανάτου-Η ιατρική πράξη ως μορφή κοινωνικής αλληλεπίδρασης στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000
- ΑΣΚΗΤΟΠΟΥΛΟΥ, Ε., *Επείγουσα και εντατική ιατρική*, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991
- ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Α., ΣΤΡΑΤΑΚΟΣ, Γ., *Η ιστορία ενός μουσείου ιστορίας της ιατρικής*, Αχαϊκές Εκδόσεις
- ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ, Ν., *Η ανάγκη επικοινωνίας του ασθενή στη ΜΕΘ*, 2^η Επιστημονική Ημερίδα Η Νοσηλευτική στις ΜΕΘ στον 21^ο αιώνα, Αθήνα 1999
- ΚΑΣΣΙΚΟΥ, Ι., *Επισκεπτήριο ασθενών στη ΜΕΘ*, 2^η Επιστημονική Ημερίδα Η Νοσηλευτική στις ΜΕΘ στον 21^ο αιώνα, Αθήνα 1999
- ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ, Κ., *Τεχνολογία στις επιστήμες υγείας και πρόνοιας*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2002
- ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ, Χ., *Στρατηγικές μείωσης του κόστους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό Νοσηλευτική, τόμος 34, τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1995
- ΛΕΥΤΑΚΗΣ, Α., *Κόστος νοσηλείας σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, 1^ο Επιστημονικό Συμπόσιο, Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική-Εξελιξείς-Προβληματισμοί-Προοπτικές, Πάτρα 2002
- ΜΑΡΑΣΛΗΣ, Α., *Ιατρική και γιατροί στην Πάτρα*, Εκδόσεις Μαρασλή, Αθήνα 1978
- ΝΟΜΙΚΟΣ, Ν.Α., *Διδακτικές σημειώσεις ΟΔΜΥ ΙΙΙ*, Αθήνα 1998
- ΠΛΑΤΗ Δ., Χ., *Η Νοσηλευτική στις σύγχρονες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, τόμος 32, τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 1993
- ΡΟΥΣΣΟΣ, Χ., *Εντατική θεραπεία-Συμπλήρωμα*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1998
- ΣΟΥΛΗΣ, Σ., *Οικονομική της υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1998
- ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΑΟΥ, Κ., *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας*, Περιοδικό Ιπποκράτεια, τόμος 3, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1999

Ξένη βιβλιογραφία από μετάφραση

YATES, A.K., MOORHEAD, P.J., ADAMS, A.P., *Εντατική θεραπεία*, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Μετάφραση-Επιμέλεια: Τσαγκαδόπουλος, Δ., Κρητικός, Α.

Ξένη βιβλιογραφία

BAIN, W.H., TAYLOR, K.M., *Handbook of intensive care*, Wright PSG, Bristol 1983

CIVETTA, M.J., TAYLOR, N.R., KIRBY, R.R., *Critical Care*, Third Edition, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1997

CLOCHESY, J.M., BREU, C., CARDIN, S., RUBY, B.E., WHITTAKER, A.A., *Critical Care Nursing*, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1993

TINKER, J., BROWNE, R.G.D., SIBBALD, J.W., *Critical care: standards, audit and ethics*, Arnold, London 1996

Διαδίκτυο

<http://www.e-peloponnisos.gr/gr.images/map/patra.htm>

<http://www.euroclinic.gr>

<http://www.icu.gr/pages/presentations/Sav%206/Roussos.files./frame.htm>

[http://www.icu.gr/pages/vasika keimena.htm](http://www.icu.gr/pages/vasika_keimena.htm)

<http://www.interamerican.gr>

<http://www.pepagnh.gr/intesivecare/skopoi.htm>

ПАРТИМА



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
15 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1987

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
15

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. Α38/οίκ. 19185

Αντιμέρωση του Οργανισμού του ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ».

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των παραγράφων 1, 2, 3 και 4 του άρθρου 10 του Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/Α/1983).

2. Το 87/1986 Π.Δ. «Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων» (ΦΕΚ 32/Α/1986).

3. Την απόφαση 20/28.3.86 του Διοικητικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ», αποφασίζουμε:

Άρθρο 1.

Ο Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ», όπως αυτός ισχύει με το 187/1981 Π.Δ. «περί τροποποίησης και συμπλήρωσης του Οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ» (ΦΕΚ 53/Α/1981), τροποποιώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής.

Άρθρο 2.

Ναιική μορφή — Επωνυμία — Έδρα — Στραγίδα.

1. Το Νοσοκομείο αυτό, που υπάγεται στις διατάξεις του Ν. Δ/τος 2592/83 «περί οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως» (ΦΕΚ 254/Α/83) και αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, εδρεύει, από τις διατάξεις του Ν.Δ. αυτού «όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε» με τα άρθρα 1 και 2 της απόφασης του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», οφείλει ως Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο και φέρει την επωνυμία ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ».

2. Έδρα της κεντρικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου είναι η πόλη της Πάτρας.

3. Το Νοσοκομείο έχει στραγίδα προσηλυτή στην οποία αναγράφονται σε επάλληλους κύκλους «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ — ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ — ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ» και στη μέση το Εθνόσημο.

Άρθρο 3.

Σκοπός.

Σκοπός του Νοσοκομείου είναι:

α) Η παροχή, στο πλαίσιο και στην έκταση της διαδραστικής της Ιατρικής του Υπηρεσίας, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, σύστημα 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 ειδικευσης, συνεχούς εκπαίδευσης γιατρών καθώς 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, εξετάσματα και λοιπές αιμοτέρες για παροχή υπηρεσιών.

γ) Οι πρόσδοι από την ίδια αυτού περιουσία.

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

Άρθρο 5.

Δύναμη κρεβάτιων.

Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου ορίζεται σε πενήντα πέντε (55) κρεβάτια.

Άρθρο

Διάρθρωση Υπηρεσιών

- 1. Το Νοσοκομείο 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 λαβιμικές και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου.
- 3. Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε άλλη υπηρεσία από αυτή που υπάγεται κατά κλάδο και κατηγορία, σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής, υπάγεται ιεραρχικά στην υπηρεσία που υπηρετεί.

Άρθρο

Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας

1. Η Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου διαρθρώνεται:

α) Στους τομείς:

- α1. Παθολογικό με δύναμη διακρίσιμα κενήματα (250) κρεβάτια.
- α2. Χειρουργικό με δύναμη διακρίσιμα κενήματα πέντε (275) κρεβάτια.
- α3. Ψυχιατρικό με δύναμη είκοσι πέντε (25) κρεβάτια.
- α4. Βρογχοπνευμονικό.

β) Στα διατομεακά τμήματα:

- β1. Ημερήσιας Νοσηλείας
- β2. Επειγόντων Περιστατικών

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) Αιματολογικό
- α4. Ένα (1) Γαστρεντερολογικό
- α5. Ένα (1) Δερματολογικό
- α6. Ένα (1) Νεφρολογικό
- α7. Ένα (1) Ρευματολογικό

β) Μονάδες:

- β1. Τεχνητού Βεφρού
- β2. Διμοδυναμικής
- β3. Βιφροπλάτων
- β4. Μεσογαστρικής Αναίμιαιας
- β5. Ενδοσκοπήσεων
- β6. Σπυριοθεραπείας
- β7. Ισθμίας Φορητής Περιτοναϊκής Διύλισης

Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

α) Τμήματα:

- α1. Ένα (1) Γενικής Χειρουργικής
- α2. Ένα (1) Ορθοπαιδικό
- α3. Ένα (1) Ουρολογικό
- α4. Ένα (1) Οφθαλμολογικό
- α5. Ένα (1) Απορινολαρυγγολογικό
- α6. Ένα (1) Μαιευτικό - Γυναικολογικό
- α7. Ένα (1) Πλαστικής Χειρουργικής
- α8. Ένα (1) Γναθοχειρουργικό
- α9. Ένα (1) Αναισθησιολογικό

β) Μονάδες:

- β1. Εντατικής Θεραπείας
- β2. Ανάνηψης

α) Τμήματα:

- α1. Ένα (1) Μικροβιολογικό
- α2. Ένα (1) Πυρηνικής Ιατρικής
- α3. Ένα (1) Ακτινοβιολογικό
- α4. Ένα (1) Αξονικής Τομογραφίας
- α5. Ένα (1) Αιματολογικό
- α6. Ένα (1) Αιμοδοσίας
- α7. Ένα (1) Βιοχημικό
- α8. Ένα (1) Ιατρικής Φυσικής και Τεχνολογίας
- α9. Ένα (1) Φαρμακευτικό

β) Μονάδες:

- β1. Τοξικολογική
- β2. Ιατροβιολογική

3. Στους τομείς λειτουργούν τακτικά εξωτερικά ιατρεία αντίστοιχων ειδικοτήτων με τις ειδικότητες των γιατρών που υπηρετούν στο Νοσοκομείο.

4. Πανεπιστημιακές Κλινικές, Εργαστήρια και Μονάδες που εγκαθίστανται στο Νοσοκομείο, σύμφωνα με το άρθρο 13 του Ν. 1397/83, υπάγονται στους αντίστοιχους τομείς της Ιατρικής Υπηρεσίας.

Άρθρο Β

Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

1. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) τομείς 1ο, 2ο και 3ο που ο καθένας διαρθρώνεται σε τμήματα ως ακολούθως:

- α) Ο 1ος τομέας σε επτά (7) τμήματα, που καλύπτουν τον Παθολογικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- β) Ο 2ος τομέας σε οκτώ (8) τμήματα, που καλύπτουν τον Χειρουργικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- γ) Ο 3ος τομέας σε πέντε (5) τμήματα, που καλύπτουν αντίστοιχα τον Βρογχοπνευμονικό τομέα, τα Εξωτερικά Ιατρεία, τα Διατομεακά τμήματα (Ημερήσιας Νοσηλείας και Επειγόντων Περιστατικών), τον Ψυχιατρικό τομέα και τα Χειρουργεία της Ιατρικής Υπηρεσίας.

2. Στο Νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή που αποτελείται από:

- α) Τον Διευθυντή - τρία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ως Πρόεδρο.
 - β) Ένα (1) Προϊστάμενο τμήματος από κάθε τομέα.
 - γ) Ένα (1) Διευθυντή τμήματος από κάθε τομέα.
- Τα μέλη (β) και (γ) εκλέγονται για δύο (2) χρόνια με μυστική σφραγίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό του αντίστοιχου τομέα που συνεχίζεται με πρόσληψη του Προϊσταμένου αυτού. Τα μέλη της Νοσηλευτικής Επιτροπής εκλέγονται με μυστική σφραγίδα του Αντιπρόεδρου μεταξύ των υπό στοιχείων (β) μελών και τον Γραμματέα μεταξύ των υπό στοιχείων (γ) μελών.

Η Νοσηλευτική Επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά την οργάνωση και λειτουργία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και εισηγείται σχετικά με τον Πρόεδρό της στα αριθμότα όργανα του Νοσοκομείου.

Άρθρο Γ

1. Η Διοικητική Υπηρεσία του Νοσοκομείου αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) Υποδιευθύνσεις:

- α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού, β) Υποδιεύθυνση Οικονομικού
- γ) Υποδιεύθυνση Τεχνικού

Κάθε Υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αποτελεί γραφεία, όπως στις ακόλουθες παραγράφους.

2. Η Υποδιεύθυνση Διοικητικού στα τμήματα:

- α. Προσωπικού
- β. Γραμματείας
- γ. Ίνωσης Αρρώστων
- δ. Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
- ε. Κοινωνικής Υπηρεσίας
- στ. Παραϊατρικών Σκαγγελμάτων (Τεχνολόγων)

3. Η Υποδιεύθυνση Οικονομικού στα τμήματα:

- α. Οικονομικού
- β. Πληροφορικής - Οργάνωσης
- γ. Διατροφής

και στα Αυτοτελή Γραφεία:

- α. Επιστασίας
- β. Ιματισμού

4. Η Υποδιεύθυνση Τεχνικού στα τμήματα:

- α. Τεχνικού
- β. Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

Άρθρο 10
Αρμοδιότητες Υπηρεσιών

Οι αρμοδιότητες κάθε υπηρεσίας του Νοσοκομείου ορίζονται ως ακολούθως:

1. Αρμοδιότητες Ιατρικής Υπηρεσίας είναι:

Η κρούση και προσταγή της υγείας, της έρευνας και της εκπαίδευσης, η παροχή υπηρεσιών Υγείας και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

2. Αρμοδιότητες Φαρμακευτικού Τμήματος:

Έχει την ευθύνη για τον προγραμματισμό προμηθειών, την φύλαξη, την ταξινόμηση, την παρασκευή ιδιοσκευασμάτων, τον έλεγχο, την χορήγηση, την διανομή, την διακίνηση και διαχείριση του φαρμακευτικού και λοιπού υλικού αρμοδιότητας του Ε.Ο.Φ. Ακόμη έχει την ευθύνη του Επιστημονικού ελέγχου του συνταγολογίου, της εκτέλεσης οποιασδήποτε συνταγής που θα ζητήσει το ιατρικό τμήμα καθώς και του ελέγχου των προεκτέλεση συνταγών.

3. Αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι:

Η παροχή νοσηλείας στους αρρώστους, σύμφωνα με τα διδάγματα της νοσηλευτικής και στο πλαίσιο των κατευθύνσεων των υπευθύνων σε κάθε περίπτωση γιατρών, η πρόωση και προσταγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης στον τομέα αυτό και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

4. Αρμοδιότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας είναι:

ε) Τμήμα Προσωπικού: Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του Νοσοκομείου, καθώς και για την εποπτεία και έλεγχο του προσωπικού όλων των υπηρεσιών του Νοσοκομείου.

δ) Τμήμα Γραμματείας: Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την οργάνωση της γραμματειακής στήριξης σύμφωνα με τις αποφάσεις της Διοίκησης και των άλλων υπηρεσιών του Νοσοκομείου, την τήρηση του γενικού πρωτοκόλλου, την διακίνηση της αλληλογραφίας και την αντιμετώπιση κάθε προβλήματος για την διασφάλιση του έργου του Νοσοκομείου.

ε) Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας: Η φροντίδα για την έδωση εισοδημάτων για την εισαγωγή των αρρώστων, την έδωση των εξοφλημάτων και την τήρηση κατάλληλων αναμονής εισαγωγής των ασθενών και την έδωση κάθε φορά κρεβατιών και ενημερώνει τους αρρώστους για την κίνηση τους σύμφωνα με την σειρά στον κατάλογο αναμονής. Φροντίζει για την λογιστική παρακολούθηση της μερίδας των νοσηλευόμενων, την χρήση βασικών νοσηλείας, την έδωση των δελτίων παροχής υπηρεσιών. Τηρεί βιβλία ασθενών και κατέχει κάθε πληροφορία για αυτούς. Εκπίπτει της

λεπτομερή στατιστικά στοιχεία της νοσηλευτικής κίνησης.

Στηρίζεται κτισσοποιητικά στους αρρώστους όταν τα ζητούν, μετά από υποβολή σχετικής αίτησης.

δ) Τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων: Η ευθύνη και φροντίδα για την γραμματειακή στήριξη των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, την υποδοχή και εξυπηρέτηση των προσερχόμενων σ' αυτά αρρώστων. Τηρεί τα αρχεία και τα βιβλία κίνησης των εξωτερικών ιατρείων. Ρυθμίζει την σειρά προσέλευσης των αρρώστων και προγραμματίζει την επανεξέτασή τους με προσυνεννόηση. Στήριξη κτισσοποιητικά στους αρρώστους όταν τα ζητούν, μετά από υποβολή σχετικής αίτησης. Σημειώνει το καινούριο για τις ώρες λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και για τον τρόπο λειτουργίας τους.

ε) Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας: Η ευθύνη και φροντίδα για την συμπάρταση στους νοσηλευόμενους στο Νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα, την αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση και γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης Κοινωνικής Πολιτικής της Πολιτείας.

στ) Τμήμα Παραϊατρικών Σκαγγελμάτων (Τεχνολόγων): Συντάσσονται οι δραστηριότητες των τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων, των τεχνολόγων χειριστών - εμφανιστών, των εργοθεραπευτών, των ορθοπαιδικών και φυσικοθεραπευτών, όπως αυτές εξειδικεύονται στον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του Νοσοκομείου.

ζ) Τμήμα Οικονομικού: Η φροντίδα για την μελέτη των οικονομικών αναγκών του Ιδρύματος και την εισήγηση για την εγκαίρως επεξεργασία των κρατάσεων για την κατάρτιση του προσωπικού του Ιδρύματος, την πραγματοποίηση των δαπανών, την εκκαθάριση των αποδοχών προσωπικού και λοιπών αποζημιώσεων, την προμήθεια, διαχείριση και φύλαξη των εφοδίων και υλικών που χρειάζονται για την λειτουργία του Νοσοκομείου, την κατάρτιση του ισολογισμού και απολογισμού, την τήρηση των λογιστικών βιβλίων καθώς και την είσπραξη των εσόδων του Νοσοκομείου, την ευθύνη για την διαφύλαξη της περιουσίας του Ιδρύματος και την τήρηση των οικονομικών στατιστικών στοιχείων.

η) Τμήμα Πληροφορικής - Οργάνωσης: Η ευθύνη για την οργάνωση και λειτουργία της μηχανογράφησης, της επεξεργασίας και τήρησης μηχανογραφικών στατιστικών στοιχείων, της παροχής και διακίνησης πληροφοριών στις υπηρεσίες του Νοσοκομείου, στο Γραφείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Δοσολογιών και στους άλλους αρμόδιους φορείς και κάθε άλλη συναφή εργασία.

θ) Τμήμα Διατροφής: Ανήκουν οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την διαμόρφωση διατροφικών σχημάτων ασθενών και προσωπικού και με την κληροφόρηση και εκπαίδευση των νοσηλευόμενων ασθενών και των ασθενών των εξωτερικών ιατρείων, που έχουν ανάγκη από ειδική διατροφική αγωγή. Στο τμήμα διατροφής εντάσσονται επίσης οι επιστημονικές, οργανωτικές, εκπαιδευτικές και διοικητικές δραστηριότητες όλων όσων ασχολούνται με τα τρόφιμα από την προμήθεια μέχρι την κατανομή τους.

ι) Γραφείο Ξενοδοχίου: Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την καθαριότητα των χώρων του Νοσοκομείου και την εποπτεία των γενικών εργασιών και μεταφορών.

ια) Γραφείο Ιματισμού: Η φύλαξη, η διανομή, η εκδιόρθωση και η καθαριότητα του ιματισμού του προσωπικού του Νοσοκομείου καθώς και του ιματισμού για εξυπηρέτηση των νοσηλευόμενων.

ιβ) Τμήμα Τεχνικού: Η ευθύνη για τον προγραμματισμό και την εισήγηση της εκτέλεσης των απαραίτητων έργων ανάπτυξης, συντήρησης, αναβάθμισης και διαρκούς βελτίωσης των κτιριακών

και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του Ιδρύματος και για την προμήθεια του απαραίτητου εξοπλισμού. Καρπίζει μελέτες για την εκτέλεση έργων επιβλέπει την εκτέλεσή τους και έχει την φροντίδα για την κοινοτική και κοστική παραλαβή τους. Ε ευθύνη για την ομαλή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παροχής αερίων, των εγκαταστάσεων παροχής νάρκασης 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.

γ) Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας: Ε ευθύνη και φροντίδα της ορθολογικής χρήσης του ιατρικού επιστημονικού εξοπλισμού, καθώς και η οργανωμένη τεχνική υποστήριξή του. 5. Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών, όπως καθορίζονται με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, ασκούνται σύμφωνα με όσα λεπτομερώς ορίζονται με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του Νοσοκομείου και εφόσον δεν έχει εκδοθεί εσωτερικός 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

Ε Ιατρική Υπηρεσία στελεχώνεται:

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

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΒ

ΚΛΑΔΟΣ ΠΒ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ - ΧΗΜΙΚΩΝ

Έννέα (9) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΒ ΒΙΟΛΟΓΩΝ

Τρεις (3) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΒ ΦΥΣΙΚΩΝ ΠΑΤΗΡΩΝ

Τρεις (3) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΒ ΦΑΡΜΑΚΟΔΙΝΩΝ

Έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΒ ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ

Δύο (2) θέσεις

5) Από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α

ΚΛΑΔΟΣ ΑΒ ΒΟΗΘΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΤΩΝ

Οκτώ (8) θέσεις

Άρθρο 12

Στελέχωση Βοηθητικής Υπηρεσίας

Η Βοηθητική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΒ

ΚΛΑΔΟΣ ΠΒ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ - ΤΡΙΩΝ

Είκοσι πέντε (25) θέσεις

Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΒ

ΚΛΑΔΟΣ ΤΒ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ - ΤΡΙΩΝ

Διακόσιες (200) θέσεις

Οι θέσεις αυτές κατά τον αριθμό που δεν μπορούν να κληρωθούν με υπαλλήλους του κλάδου αυτού, θα πληρωθούν με υπαλλήλους του κλάδου ΔΒ ίδιων ειδικοτήτων.

ΚΛΑΔΟΣ ΤΒ ΜΑΙΩΝ

Πενήντα πέντε (55) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΒ ΕΠΙΣΤΕΛΕΤΩΝ - ΤΡΙΩΝ

δέκα πέντε (15) θέσεις

Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΒ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΒ ΑΣΒΕΣΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ

Διακόσιες είκοσι οκτώ (228) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΒ ΑΡΡΕΣΤΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ (ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ)

οέκα εννέα (19) θέσεις

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

Δ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΒ

ΚΛΑΔΟΣ ΥΒ ΒΟΗΘΗΤΩΝ ΕΠΙΣΤΕΛΕΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Εκατόν είκοσι δύο (122) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Βοηθών θαλάμων, Μεταφορών ασθενών, Νεκροτόμων, Σαβανωτών. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμονται στις ειδικότητες:

- Βοηθών θαλάμων : Τριάντα (30) θέσεις
- Μεταφορών ασθενών : Είκοσι επτά (27) θέσεις
- Νεκροτόμων : Τρεις (3) θέσεις
- Σαβανωτών : Μία (1) θέση

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

Άρθρο 13

Στελέχωση Διοικητικής Υπηρεσίας

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

Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΒ

ΚΛΑΔΟΣ ΠΒ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΙ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΙ

δέκα (10) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΒ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ

πέντε (5) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Ηλεκτρονικών - Μηχανικών, Μηχανολόγων - Μηχανικών, Ηλεκτρολόγων - Μηχανικών, Πολιτικών - Μηχανικών, Αρχιτεκτόνων. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμονται στις ειδικότητες:

- Ηλεκτρονικών - Μηχανικών : Μία (1) θέση
- Ηλεκτρολόγων - Μηχανικών : Μία (1) θέση

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

ΚΛΑΔΟΣ ΠΒ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ

δύο (2) θέσεις

Οι θέσεις του κλάδου αυτής καταλαμβάνονται από μία (1) στις

ειδικότητες: Στατιστικής και Βιοστατιστικής

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΚΟΙΤΑΧΩΣΙΑΣ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

Δέκα (10) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΠΕ ΠΑΡΑΦΟΡΤΙΣΤΩΝ

Δύο (2) θέσεις

Οι θέσεις του κλάδου αυτού κατανομούνται ανά μία (1) στις ειδικότητες: α) Επιστήμης των Υπολογιστών και β) Μηχανικών Η/Υ.

Β ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΔΟΞΙΟΤΕΧΝΙΑΣ

Δέκα πέντε (15) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ

Δέκα (10) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Οκτώ (8) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΣΟΙΝΟΚΟΜΙΚΗΣ ΑΣΙΤΟΤΗΤΩΝ

Οκτώ (8) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΟΡΘΟΠΕΔΙΩΝ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ (ΤΕ) ΓΑΛΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ (ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ)

Τριάντα πέντε (35) θέσεις

Οι θέσεις αυτές κατά τον αριθμό που δεν μπορούν να πληρωθούν με υπαλλήλους του κλάδου αυτού, θα πληρούνται με υπαλλήλους του κλάδου ΔΕ Παρασκευαστών.

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΤΡΑΙΛΟΔΟΤΙΑΣ - ΑΣΤΙΝΟΔΟΤΙΑΣ (ΣΕΡΙΣΤΩΝ - ΕΜΦΑΝΙΣΤΩΝ)

Είκοσι πέντε (25) θέσεις

Οι θέσεις αυτές κατά τον αριθμό που δεν μπορούν να πληρωθούν με υπαλλήλους του κλάδου αυτού, θα πληρούνται με υπαλλήλους του κλάδου ΔΕ Ιεριστών - Σφραμιστών.

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΟΝΟΜΙΑΣ

Δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΠΑΡΑΦΟΡΤΙΣΤΩΝ

Τρείς (3) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Πληροφορικής, Ηλεκτρονικού υπολογιστικών συστημάτων. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

— Πληροφορικής : Μία (1) θέση

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

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Μία (1) θέση

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Χημικών, Εργοδηγών Δομικών Έργων, Ηλεκτρονικών - Τεχνικών, Μηχανολόγων, Σχεδιαστών και Ηλεκτρολόγων. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

— Μηχανολόγων : Μία (1) θέση

— Ηλεκτρολόγων : Μία (1) θέση

— Ηλεκτρονικών - Τεχνικών : Τέσσερις (4) θέσεις

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

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΥΓΙΕΙΑΣ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΜΑΓΚΙΡΩΝ

Μία (1) θέση

Γ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ - ΔΟΞΙΟΤΕΧΝΙΑΣ

Πενήντα τέσσερις (54) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Διοικητικού - Λογιστικού, Ξιπρακτόρων, Αποθηκείων. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

— Διοικητικού - Λογιστικού : Είκοσι πέντε (25) θέσεις

— Ξιπρακτόρων : Μία (1) θέση

— Αποθηκείων : Μία (1) θέση

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

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΑΚΤΥΛΟΓΡΑΦΩΝ

Έξι (6) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΓΥΡΩΝ

Μία (1) θέση

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Η/Υ

Τέσσερις (4) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Προγραμματιστών Ηλεκτρονικών Υπολογιστών, Αυτοματισμού - Ηλεκτρονικών Υπολογιστών, Ιεριστών Ηλεκτρονικών Υπολογιστών, Ιεριστών διατηρητικών μηχανών. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

— Προγραμματιστών : Μία (1) θέση

— Ιεριστών διατηρητικών μηχανών : Μία (1) θέση

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

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΤΡΑΥΡΟΘΕΤΩΝ

Είκοσι (20) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΧΗΜΙΚΩΝ

Δύο (2) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΜΑΓΚΙΡΩΝ

δέκα (10) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΩΝ

Τριάντα (30) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΥΣΙΣΤΩΝ - ΕΜΦΑΝΙΣΤΩΝ

Είκοσι (20) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΤΕΧΝΙΚΩΝ

Εβδομήντα (70) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Υδραυλικών, Ηλεκτροσυγκολλητών - Οξυγονοκολλητών, Θερμαστών, Μηχανοτεχνικών, Εργοδηγών, Ηλεκτρολόγων, Ηλεκτροτεχνικών, Αποστειρωτών - Ελαστικών, Ψυκτικών, Ξυλουργών, Ελαστοχηματιστών, Οικοδόμων, Οδηγών αυτοκινήτων, Σουρέων, Κοπριών - Ραπριών - Ραζεριών και άλλες συναφείς ειδικότητες. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

— Υδραυλικών : Τρεις (3) θέσεις

— Θερμαστών : Τέσσερις (4) θέσεις

— Μηχανοτεχνικών : Τρεις (3) θέσεις

— Εργοδηγών : Τρεις (3) θέσεις

— Ηλεκτρολόγων : Μία (1) θέση

— Ηλεκτροτεχνικών : Πέντε (5) θέσεις

— Αποστειρωτών - Χημικών : Πέντε (5) θέσεις

— Ψυκτικών : Μία (1) θέση

— Ξυλουργών : Μία (1) θέση

— Ελαστοχηματιστών : Μία (1) θέση

— Οικοδόμων : Μία (1) θέση

— Οδηγών αυτοκινήτων : Δύο (2) θέσεις

— Κοπριών - Ραπριών - Ραζεριών : Τέσσερις (4) θέσεις

— Σουρέων : Μία (1) θέση

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε

φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

Α. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ - ΥΣ

ΚΛΑΔΟΣ ΥΣ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Είκοσι έξι (26) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες : Ελητήρων, Θυρωρών, Συνοδών ανελκυστήρων, Ταξινομήν ιματισμού. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

- Ελητήρων : Δύο (2) θέσεις
- Θυρωρών : Εννέα (9) θέσεις
- Συνοδών ανελκυστήρων: Δύο (2) θέσεις

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

ΚΛΑΔΟΣ ΥΣ ΦΥΛΑΚΩΝ - ΕΥΠΕΡΦΥΛΑΚΩΝ

δέκα (10) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΥΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ

Σιατόν δέκα επτά (17) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Σαβαριστών - τριών, Πλυτών - τριών, Πρεσσαδόρων - Σιβερατών. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

- Σαβαριστών - τριών : Επάρντα δύο (2) θέσεις
- Πλυτών - τριών : Δέκα (10) θέσεις
- Πρεσσαδόρων - Σιβερατών: Έξι (6) θέσεις

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

ΚΛΑΔΟΣ ΥΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΣΤΙΑΣΕΩΣ

Ογδόντα έξι (86) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Βοηθών μαγειρών, Πλυτών - τριών σκευών μαγειρείου, Τραπεζοκόμων. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

- Βοηθών μαγειρών : Πέντε (5) θέσεις
- Πλυτών - τριών σκευών μαγειρείου: Τρεις (3) θέσεις
- Τραπεζοκόμων : Τριάντα πέντε (35) θέσεις

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

ΚΛΑΔΟΣ ΥΣ ΣΦΥΓΙΩΝ

δέκα πέντε (15) θέσεις

2. 90. ΣΙΣ ΜΕ ΜΙΣΘΟ ΕΠΙΘΕΣΕ

δύο (2) θέσεις Διευκρίτων

Άρθρο 14

Προσόντα Διορισμού

1. Τα προσόντα διορισμού που απαιτούνται κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα καθορίζονται με την ΔΙΟΔ/Φ01/23/4205/30-86 απόφαση του Υπουργού Προεδρίας της Κυβέρνησης "Καθορισμός προσόντων διορισμού" (Προσυναπόφαση - Ελαβόλητο)(ΦΕΚ 318/Β/86).
2. Για τον κλάδο ΠΣ Λογοθεραπευτών, Πτυχιούχο ή Δίπλωμα Λογοθεραπείας ή Λογοκεδικής ή Λογοπαθολογίας (SPEECH AND LANGUAGE PATHOLOGIST) ή Θεραπείας λόγου ή Αγωγή Λόγου, αντίστοιχης σχολής Α.Σ.Ι. της ημεδαπής ή σχολής αντίστοιχης ειδικότητας της αλλοδαπής, ισοτιμίας βαθμίδας με Α.Σ.Ι. της ημεδαπής. Σε περίπτωση που δεν υπάρχουν υποψήφιοι με τα προσόντα στις θέσεις αυτές, μπορεί να προσλαμβάνονται πτυχιούχοι φιλοσοφίας Σχολής με Ρετιροαίτιωση ενός έτους τουλάχιστον στη Λογοθεραπεία και Ομιολογία.
3. Για τον διορισμό σε θέσεις του κλάδου ΤΣ Ορθοκτιστών απαιτείται πτυχία σχολής Ορθοκτικής ημεδαπής ή ισοτιμίας σχολής της αλλοδαπής.
4. Για τις θέσεις Διευκρίτων με μισθό εντάξης απαιτείται επί πλόν των τυκικών προσόντων και άδεια άσκησης Διευκρίτων στον Άρειο Πάγο.

15. 1986/86

Προϋποθέσεις Υποψηφίων

1. Στην Ιατρική Υπηρεσία προΐσταται η Επιστημονική Επιτροπή του άρθρου 12 του Ν. 1397/83, η οποία έχει μόνο επιστημονικές αρμοδιότητες. Στους τομείς και τα τμήματα αυτής οι προϊστάμενοι ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 3 και 4 του άρθρου 11 του Ν. 1397/83.
 2. Στο Φαρμακευτικό τμήμα προΐσταται υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΒ του κλάδου Φαρμακοκόμων.
 3. Στη Νοσηλευτική Υπηρεσία προΐσταται:
 - α) Στη Διεύθυνση, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΒ ή ΤΣ του κλάδου Νοσηλευτών - τριών.
 - β) Στους τομείς, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΒ ή ΤΣ του κλάδου Νοσηλευτών - τριών.
 - γ) Στα τμήματα, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΒ ή ΤΣ του κλάδου Νοσηλευτών - τριών ή της κατηγορίας ΤΣ του κλάδου Μαιών για τα Μαιευτικά τμήματα και εφόσον δεν υπάρχει, υπάλληλος της κατηγορίας ΔΣ του κλάδου Αδελφών Νοσοκόμων με βαθμό α'.
 4. Στη Διοικητική Υπηρεσία προΐσταται:
 - α) Στη Διεύθυνση και στις Υποδιευθύνσεις Διοικητικού και Οικονομικού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΒ του κλάδου Διοικητικού - Λογιστικού.
 - β) Στην Υποδιεύθυνση Τεχνικού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΣ του κλάδου Μηχανικών.

Για τις περιπτώσεις α και β, αν δεν υπηρετούν υπάλληλοι με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΒ, προΐστανται υπάλληλοι με βαθμό α' της κατηγορίας ΤΣ ή ΔΣ των αντιστοίχων κλάδων.

 - γ) Σε καθένα από τα τμήματα Προσωπικού, Γραμματείας, Κίνησης Αρρώστων και Γραμματείας Ξεναγείων Ιατρείων, υπάλληλοι με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΒ του κλάδου Διοικητικού - Λογιστικού ή της κατηγορίας ΤΣ του κλάδου Διοίκησης Νοσοκομείων ή της κατηγορίας ΔΣ του κλάδου Διοικητικού - Λογιστικού.
 - δ) Στο τμήμα Οικονομικού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΣ του κλάδου Διοικητικού - Λογιστικού ή της κατηγορίας ΤΣ του κλάδου Λογιστικής.
 - ε) Στο τμήμα Τεχνικού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΣ του κλάδου Μηχανικών ή της κατηγορίας ΤΣ του κλάδου Τεχνολογικών Εφαρμογών.
 - στ) Στο τμήμα Πληροφορικής - Οργάνωσης, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΒ ή ΤΣ του κλάδου Πληροφορικής.
 - ζ) Στο τμήμα Διατροφής, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΒ του κλάδου Διαιτολόγων.
 - η) Στο τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΤΣ του κλάδου Κοινωνικών Λειτουργών.
 - θ) Στο τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΒ του κλάδου Μηχανικών ή της κατηγορίας ΤΣ του κλάδου Τεχνολογικών Εφαρμογών.
 - ι) Στο τμήμα Παραϊατρικών Επαγγελματιών (Τεχνολόγων), υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΤΣ του κλάδου Ιατρικών Επαγγελματιών ή του κλάδου Ραδιολογίας - Διαιτολογίας ή του κλάδου Ουρτολογίας ή του κλάδου Ορθοπαιδικής ή του κλάδου Ορθοπαιδικής ή του κλάδου Ορθοπαιδικής ή της κατηγορίας ΔΣ του κλάδου Παρασκευαστών ή του κλάδου ΔΣ Ιατρικών Επαγγελματιών.
 - ια) Στα αποσπαστικά γραφεία Βιολογίας και Ιματισμού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΤΣ του κλάδου Διοίκησης Νοσοκομείων ή της κατηγορίας ΔΣ του κλάδου Διοικητικού - Λογιστικού.
5. Οι υπάλληλοι που θα προΐστανται στα Φαρμακευτικό τμήμα, στη Νοσηλευτική Υπηρεσία, στη Διοικητική Υπηρεσία και τις Οργανικές Υποδιευθύνσεις αυτών, σύμφωνα με τις παραγράφους 2,3 και 4 του παρόντος άρθρου, ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9 του Ν. 1586/86 "Βαθμολογική διάταξη των θέσεων του Δημοσίου, Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α." (ΦΕΚ 37/Α/86).

Άρθρο 16

Κέντρα Άμεσης Βοήθειας

1. Για Νοσοκομείο λειτουργεί, ως οργανική μονάδα του, το Συντονιστικό Κέντρο διακίνησης ασθενών (Σ.Α.Β.) που έχει συσταθεί με το Π.Δ/γμα 1082/81 (ΦΕΚ 262/Α/81).

2. Οι υπηρεσίες του Κέντρου Άμεσης Βοήθειας στελεχώνεται με το παρακάτω προσωπικό:

- α) Από γιατρούς που κατέχουν θέσεις κλάδου γιατρών Β.Σ.Υ. που συνιστώνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 25 του Ν. 1397/83, στον κλάδο γιατρών Β.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κατανέμονται σ'αυτά.
β) Από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις:

Β1. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ**ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ - ΤΡΙΩΝ**

Δέκα (10) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΤΕ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Δύο (2) θέσεις

Β2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ**ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΟΔΗΓΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ - ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ ΑΣΘΕΚΩΝ**

Στατόν οαράντα (140) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ - ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΣ

Οκτώ (8) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΠΑΙΔΙΟΨΑΛΦΩΣΕΩΝ - ΤΡΙΩΝ

Είκοσι (20) θέσεις

ΚΛΑΔΟΣ ΔΕ ΤΕΧΝΙΚΟΣ

Πέντε (5) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Μηχανοτεχνιτών - Αυτοκινήτων, Ηλεκτροτεχνιτών-αυτοκινήτων και θανοποιών - Βαρέων αυτοκινήτων. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

- Μηχανοτεχνιτών - αυτοκινήτων : Μία (1) θέση
— Ηλεκτροτεχνιτών-αυτοκινήτων : Μία (1) θέση

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

Β3. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΕ**ΚΛΑΔΟΣ ΥΕ ΠΡΟΨΟΠΙΩΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ**

Έξι (6) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Καθαριστών - τριών, Πλυντών - τριών. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

- Καθαριστών - τριών : Δύο (2) θέσεις
— Πλυντών - τριών : Μία (1) θέση

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

3. Τα απαιτούμενα τυπικά προσόντα διορισμού, των παραπάνω συνισταμένων θέσεων είναι:

- α) Για τον κλάδο ΔΕ Οδηγών ασθενοφόρων - Μεταφορών ασθενών, εκπαιδευμένο λιμκείου ή εξετάξιου Γυμνασίου και επαγγελματική άδεια οδήγησης Γ' ή Δ' κατηγορίας και ικανή σωματική διάπλαση.
β) Για τους υπόλοιπους κλάδους τα τυπικά προσόντα διορισμού είναι αυτά που ορίζονται από τις διατάξεις του άρθρου 14 της απόφασης αυτής.

4. Τον Κέντρον Άμεσης Βοήθειας προϊστάται υπάλληλος με βαθμό της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου Διοίκησης Νοσοκομείων ή της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου Διοικητικού - Λογιστικού.

Άρθρο 17

1. Στο προσωπικό που εφημερεύει κέρα από το κανονικό επάριο εργασίας του, παρέχεται δωρεάν τροφή κατά το διάστημα της εργασίας του:

2. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μπορεί να παρέχεται τροφή σ'όλο το προσωπικό του Νοσοκομείου με καταβαλή αντιτίμου που ισούται με το ποσό που καθορίζεται κάθε φορά για το ημερήσιο εφόδιο τροφής των νοσηλευόμενων.

Άρθρο 18

Μεταβατικές Διατάξεις

1. Επτά την πρώτη εφαρμογή του παρόντος Οργανισμού στους κλάδους που οι θέσεις κατανέμονται σε περισσότερες από μία ειδικότητες κατατάσσονται ή εντάσσονται οι υπηρετούντες, κατά τη 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 οποιοδήποτε τρόπο αποχώρηση των υπαλλήλων που τις κατέχουν.

2. Το μόνιμο προσωπικό, εκτός του ιατρικού, που υπηρετεί σε οργανικές θέσεις κατά τη δημοσίευση της απόφασης αυτής, κατατάσσεται 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 Νοσοκομείο κατά τη δημοσίευση της απόφασης αυτής με οποιαδήποτε σχέση εργασίας εντάσσεται σε θέσεις που παραμένουν 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 οποιοδήποτε τρόπο, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1476/84 (ΦΕΚ 136/Α/84) όπως συμπληρώθηκαν με το άρθρο 14 του Ν. 1540/85 (ΦΕΚ 67/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 νόμιμα προσόντα ή δεν υποβάλουν αίτηση για ένταξη, εξαιρουμένου να υπηρετούν σε προσωρινές θέσεις που συνιστώνται με απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου, 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 6-11- 1986

Γ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ

Γ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ

Άρθρο 1ο

Σκοπός

1. Σκοπός της κλινικής είναι η επί του ιδιόκτητου κτιρίου της και επί άλλων ιδιόκτητων αυτής ή μη, κτιρίων εκμετάλλευση ιδιωτικής Γενικής κλινικής, η οποία θα έχει ως αντικείμενο δραστηριότητας της την πρόληψη, διάγνωση, νοσηλεία και θεραπεία ασθενών άνω των 14 ετών και την εν γένει αποκατάσταση της υγείας τους.
2. Η σύσταση και λειτουργία τμημάτων προς εκμετάλλευση ιατρικών μηχανημάτων σύγχρονης τεχνολογίας, καθώς και διαφόρων ιατρικών εργαστηρίων προς διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία οργάνων ή παθήσεων του ανθρώπου, για την εξυπηρέτηση των νοσηλευόμενων στην κλινική αλλά και εξωτερικών ασθενών, υπό μόνης της κλινικής ή και σε συνεργασία με ιατρούς αναλόγων ειδικοτήτων όπως π.χ. Μικροβιολογικού - Αιματολογικού - Βιοχημικού, Ακτινολογικού - Ακτινοδιαγνωστικού και Μαγνητικού τομογράφου, υπερήχων, Αιμοδυναμικού - Αγγειογραφικού κλπ.
3. Η πραγματοποίηση εκδηλώσεων και άλλων ενεργειών με σκοπό την προαγωγή της ιατρικής επιστήμης.
4. Η εκπαίδευση ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, καθώς και η οργάνωση επιστημονικών σεμιναρίων και συνεδρίων.

Άρθρο 2ο

Προσωπικό

Το προσωπικό κατά κατηγορία και αριθμό σε σχέση και προς τη δύναμη των κλινών καθορίζεται από τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις περί ιδιωτικών κλινικών.

Άρθρο 3ο

Λειτουργική Διάρθρωση

1. Το Διοικητικό Συμβούλιο της ΑΕ με την επωνυμία: ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ Α.Ε. με απόφαση του, εγκεκριμένη από το αρμόδιο και από τον εκάστοτε ισχύοντα νόμο, προβλεπόμενο όργανο, διορίζει τον Διευθύνοντα Σύμβουλο της κλινικής.
2. Στο διοικητικό Συμβούλιο και Διευθύνοντα Σύμβουλο υπάγεται η γραμματεία του Δ.Σ. και Δ/ντος Συμβούλου, η οποία απασχολείται με την γραμματειακή στήριξη των στελεχών της Διοίκησης, επικοινωνεί και προβαίνει σε ενέργειες (συγκέντρωση απαιτούμενων εγγράφων και κατάθεση τους στην Επιστημονική Επιτροπή) με τους ιατρούς που επιθυμούν συνεργασία με την κλινική καθώς και την υλοποίηση των αποφάσεων της Επιστημονικής Επιτροπής στους ενδιαφερόμενους ιατρούς και τις αρμόδιες υπηρεσίες της κλινικής.

- Επεξεργάζεται, σχεδιάζει και συντάσσει νέες διαδικασίες.
- Ελέγχει την τήρηση των διαδικασιών και φροντίζει για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων στη Διοίκηση.
- Έχει την ευθύνη μέτρησης των δεικτών ποιοτικού ελέγχου.
- Φροντίζει για τη συλλογή και αξιολόγηση των ερωτηματολογίων ασθενών και την παρουσίασή τους στην Διοίκηση.
- Η Νομική Υπηρεσία έχει την ευθύνη παροχής νομικών συμβουλών στη Διοίκηση καθώς και την εκπροσώπηση ενώπιον Δικαστικών Αρχών.

Άρθρο 4ο

Η κλινική απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

- i. Ιατρική
- ii. Νοσηλευτική
- iii. Διοικητική

Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τρεις Υπηρεσίες είναι ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Διευθύνοντα Σύμβουλο και τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου της κλινικής.

Άρθρο 5ο

Η Διοικητική Υπηρεσία της κλινικής, διαρθρώνεται σε Διευθύνσεις, Τμήματα και Γραφεία ως εξής:

- Διεύθυνση Προσωπικού
- Τμήμα Οικονομικού
 - Λογιστήριο
 - Τμήμα Κοστολόγησης
 - Λογιστήριο Ασθενών
 - Ταμείο
 - Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων
 - Τμήμα Προμηθειών
 - Αποθήκες
 - Τμήμα Οικονομικών Σχέσεων
- Τμήμα Τεχνικού
- Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

- Τμήμα Πληροφορικής
- Τμήμα Κίνησης Ασθενών
- Τμήμα Γραμματείας
- Τμήμα Υποδοχής – Τηλεφωνικό Κέντρο
- Γραμματείς Τμημάτων
- Τμήμα Ασφαλείας
- Τμήμα Καθαριότητας
- Τμήμα Ιατρικών Αρχείων
- Parking

Η Διοικητική Υπηρεσία διευθύνεται από τον **Διοικητικό Διευθυντή** και κατά την απουσία του ή σε περίπτωση κωλύματος του ορίζεται με απόφαση της Διοίκησης αναπληρωτής ή αναπληρωτές του.

Ο **Διοικητικός Διευθυντής** υπάγεται ιεραρχικά στον Διευθύνοντα Σύμβουλο.

Αρμοδιότητες:

Ο διοικητικός Διευθυντής έχει ως κύριο έργο την καλή οργάνωση και παρακολούθηση της εύρυθμης λειτουργίας της Διοικητικής Υπηρεσίας και τον συντονισμό των τμημάτων της.

- Συντονίζει και δραστηριοποιεί την Διοικητική Υπηρεσία και εισηγείται στη Διοίκηση τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν για την καλύτερη λειτουργία της.
- Φροντίζει για την εκτέλεση των αποφάσεων της Διοίκησης, για τα συμφέροντα της κλινικής και τη διαφύλαξη της περιουσίας της.
- Εκπροσωπεί την κλινική στις μετά τρίτων σχέσεις και συναλλαγές στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων που του έχουν ανατεθεί από τη Διοίκηση.
- Καθορίζει στόχους για τη βελτίωση της αποδοτικότητας της Διοικητικής Υπηρεσίας και σε συνεργασία με τους επιμέρους προϊστάμενους, παρακολουθεί και εποπτεύει την υλοποίηση των στόχων.
- Συνεργάζεται με τους Διευθυντές της Ιατρικής και Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σε οργανωτικά και λειτουργικά θέματα της κλινικής.
- Είναι μέλος της Διοικητικής Επιτροπής της κλινικής.
- Εκτελεί κάθε άλλη υπηρεσία που του αναθέτει η Διοίκηση.

ΑΡΘΡΟ 9

Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Η διάρθρωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας αποτελείται από :

- Μία (1) Νοσηλευτική Διεύθυνση
- Μια (1) Υποδιεύθυνση με δύο (2) Νοσηλευτικούς Τομείς
- Δύο (2) Ειδικές Υπηρεσίες

Οι Νοσηλευτικοί Τομείς διαχωρίζουν τα περιστατικά ανάλογα με τη διάγνωση εισαγωγής και περιλαμβάνουν τα Νοσηλευτικά Τμήματα, τα Χειρουργεία και τις Μονάδες.

Οι Ειδικές Υπηρεσίες υποστηρίζουν το έργο της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης στο επίπεδο της στελέχωσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών, της τοποθέτησης και της αξιολόγησης του προσωπικού, στον έλεγχο ποιότητας της παρεχόμενης Νοσηλευτικής Φροντίδας, μέσω της Εκπαίδευσης, καθώς και στον έλεγχο των Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων, μέσω της Επιτροπής Ελέγχου Λοιμώξεων.

Η Επιστημονική Νοσηλευτική Επιτροπή, είναι συμβουλευτικό όργανο της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας στο επίπεδο της διαμόρφωσης πολιτικής του σχεδιασμού και της λήψης αποφάσεων για όλα τα νοσηλευτικά θέματα.

ΑΡΘΡΟ 10

Επιστημονική Νοσηλευτική Επιτροπή

Η Επιστημονική Νοσηλευτική Επιτροπή (ΕΝΕ) της Ευρωκλινικής αποτελείται από:

- I. Τη Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ως Πρόεδρο της
- II. Την Υποδιεύθυνση ΝΥ, τους δύο (2) Νοσηλευτικούς Τομείς
- III. Δύο (2) Προϊστάμενες/νους Νοσηλευτικών Τμημάτων
- IV. Δύο (2) Νοσηλεύτριες/τες Νοσηλευτικών Τμημάτων

Τα μέλη III & IV πρέπει να είναι άτομα κοινής αποδοχής από το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού και εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία από το νοσηλευτικό προσωπικό, της αντίστοιχης βαθμίδας (ΠΕ & ΤΕ). Τα μέλη της ΕΝΕ εκλέγον με μυστική ψηφοφορία μεταξύ των μελών III, Αντιπρόεδρο και Γενικό Γραμματέα μεταξύ των μελών IV. Η θητεία της ΕΝΕ είναι για δύο (2) χρόνια.

Εκπρόσωπος της κατηγορίας ΔΕ, κατόπιν προσκλήσεως, παρευρίσκεται στις εργασίες της ΕΝΕ, όταν συζητείται ή κρίνεται θέμα σχετικό με την κατηγορία αυτή. Μπορεί να εκφράζει γνώμη, χωρίς δικαίωμα ψήφου.