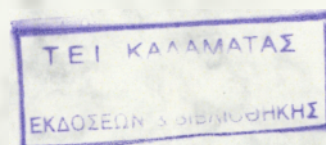


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ : ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ : ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΑΤΝΗ



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ : ΤΣΟΥΝΤΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΒΑΣΙΛΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ



ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2004

*Αφιερωμένο
στους γονείς μου*

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	

Τ Ε Ι Κ Α Λ Α Μ Α Τ Α Σ
Τ Μ Η Μ Α
Ε Κ Δ Ο Σ Ε Ω Ν & Β Ι Β Λ Ι Ο Θ Η Κ Η Σ

	3
	6
	7
	8
1. ΓΕΝΙΚΑ	8
2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	8
3. ΣΚΟΠΟΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΜΕΘ	9
4. ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΣΗ & ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	10
5. ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Α : ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	14
1. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΥΠΑΡΞΗΣ ΜΕΘ	14
2. ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΣΥΝΕΤΕΛΕΣΑΝ ΣΤΗΝ ΙΔΡΥΣΗ ΤΗΣ ΜΕΘ	15
3. ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΜΕΘ	16
4. ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΜΕΘ	17
5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΜΕΝΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ & ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ	18
6. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	20
Β : ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΘ	22
1. ΜΕΡΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	22
2. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	22
3. ΕΙΔΗ ΜΕΘ	24
Γ : ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ	26
1. ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΜΕΘ	26
2. ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕΘ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	27
3. ΧΩΡΟΙ ΜΕΘ	27
4. ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ, ΤΕΧΝΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘ	28
5. ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΙΚΟΝΑ	30
Δ : ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΜΕΘ	31
1. ΓΕΝΙΚΑ	31
2. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	32
3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	32
4. ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	33
Ε : ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΕΞΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ ΜΕΘ	35
1. ΓΕΝΙΚΑ	35
2. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	35
3. ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	36
4. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	37
5. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	37
6. ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ	37

7. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΞΟΔΟΥ	38
8. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ ΜΕΘ	39
ΣΤ : ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ	40
1. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘ	40
2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΘ	41
3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ 1	42
4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΛΥΣΕΙΣ	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΜΕΘ ΤΟΥ Πα.Γ.Ν.ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Α : ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	46
1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	46
2. ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	42
2.1. Η ΧΩΡΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	48
2.2. Η ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΚΑΙ ΦΗΜΗ	48
3. ΣΥΣΤΕΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΟΡΕΙΣ	50
4. ΧΩΡΟΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ	50
4.1. ΚΤΙΡΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑΤΟΣ	50
4.2. ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΧΩΡΩΝ	53
5. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΟΜΗ	53
6. ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	54
6.1. ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	55
6.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	58
6.3. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	60
6.4. ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	61
7. ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ	62
Β : Η ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	64
ΤΟΥ Πα.Γ.Ν.ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	
1. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΘ	65
ΤΟΥ Πα.Γ.Ν.ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	
2. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΜΕΝΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	67
3. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΜΕΘ	67
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ	76
Γ : ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ	77
1. ΜΕΓΕΘΟΣ ΜΕΘ	77
2. ΘΕΣΗ ΜΕΘ	77
3. ΧΩΡΟΙ ΜΕΘ	78
4. ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΜΕΘ	81
Δ : ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΜΕΘ	84
1. ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕΘ	84
2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕΘ	85
Ε : ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΕΘ	86
1. ΚΙΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΘ	86
1.1. ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΚΑΙ ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΤΗ ΜΕΘ	86
1.2. ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΜΕΘ	87
1.3. ΜΗΝΑΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	89
2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΘ	90

2.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	91
2.2.. ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	94
2.3. ΔΙΑΚΟΜΙΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	95
2.4. ΘΑΝΑΤΟΙ	97
3. ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΘ	97
4. ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	102
5. ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ	103
ΣΤ : ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	104
1. ΓΕΝΙΚΑ	104
2. ΔΕΙΚΤΕΣ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ – ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ	105
2.1. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ	105
2.2. ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ	107
3. ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΙΣΡΟΩΝ	113
3.1. ΥΛΙΚΟΙ ΠΟΡΟΙ	113
3.2. ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ ΠΟΡΟΙ	114
4. ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΡΟΩΝ	115
4.1. ΑΠΛΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΡΟΩΝ – ΑΠΟΔΟΣΗΣ	115
4.2. ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ	119
Ζ : ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ	122
1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	122
2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΘ ΤΟΥ Πα.Γ.Ν.ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	126
3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΛΥΣΕΙΣ	127
ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ	129
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ	133
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΚΥΚΛΙΚΩΝ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	134
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	134
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΧΑΡΤΩΝ	134
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	135
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	135
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	135
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ	136
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	137
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	139

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΑ :	Αίθουσα ανάνηψης ή Αφύπνισης
ΔΕ :	Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης
ΔΕΗ :	Δημόσια Επιχείρηση Ηλεκτρισμού
ΔΕΠΑΝΟΜ :	Δημόσια Ανέγερση Νοσηλευτικών Μονάδων
Ε.Σ.Υ. :	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΚΑΒ :	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
Κ.Μ. :	Κινητές Μονάδες
Κ.Μ. :	Κινητές Μονάδες
Μ.Β.Ν. :	Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας
Μ.Δ.Ν. :	Μέση Διάρκεια Νοσηλείας
ΜΕΘ :	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
Μ.Σ.Φ.Π.Κ. :	Μονάδα Συνεχούς Φροντίδας Περιτοναϊκής Κάθαρσης
Μ.Τ.Ν. :	Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
ΜΑΦ :	Μονάδα Αυξημένης ή ενδιάμεσης Φροντίδας
Ν.Π.Δ.Δ. :	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Π.Δ. :	Προεδρικό Διάταγμα
Πα.Γ.Ν.Η. :	Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
ΠΕ :	Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης
Πε.Σ.Υ. :	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
ΣΔ :	Συμβούλιο Διοίκησης
Τ.μ. :	Τετραγωνικά Μετρα
ΤΕ :	Τεχνολογικής Εκπαίδευσης
ΤΕΠ :	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
Υ.Ε. :	Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης
Φ.Ε.Κ. :	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου από τη σπουδάστρια Βασιλάκη Ειρήνη του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Καλαμάτας της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.

Η έρευνα αυτή στηρίχτηκε στο γενικό μητρώο ασθενών για πέντε χρόνια το οποίο ήταν ανώνυμο και ελήφθη από τυχαίο δείγμα 2532 ασθενών την περίοδο 1997 – 2001.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι :

- Να παρουσιάσει στατιστικά στοιχεία των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη συγκεκριμένη, πολυδύναμη, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, καθώς και στοιχεία που αφορούσε η νοσηλεία τους, ώστε να διαπιστωθεί ποιες κατηγορίες περιστατικών χρήζουν εντατικής νοσηλείας.
- Να μελετήσει την αναγκαιότητα ύπαρξης, τις ιδιαιτερότητες και τις υπηρεσίες που μπορεί να παρέχει μία Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, καθώς και τις προϋποθέσεις που απαιτούνται για την κατασκευή και την αποδοτική λειτουργία τους και
- Να εξακριβώσει το κατά πόσο η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου πληροί τις προϋποθέσεις κατασκευής και αποδοτικής λειτουργίας που απαιτούνται.

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κ. Τσουντα Κωνσταντίνο, καθηγητή του τμήματος Δ.Μ.Υ.Π. και εισηγητή αυτής της πτυχιακής, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε όσον αφορά στην εκπόνηση του θέματος. Επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ στον κ. Γεωργόπουλο Δημήτριο, διευθυντή της ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου, την κα. Καλαϊτζάκη Ελένη, Γραμματέα της ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου, την κα. Καμαριωτάκη Μαρία, υπάλληλο της Τεχνικής υπηρεσίας του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου και τον κ. Φυσαράκη Κων/νο, υπάλληλο της στατιστικής υπηρεσίας του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου, για τα πολύτιμα στοιχεία και την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφεραν, καθώς και τη φιλική διάθεση με την οποία με αντιμετώπισαν. Τέλος, ευχαριστώ συγγενείς και φίλους για την ηθική και ψυχολογική υποστήριξη κατά τη συγγραφή αυτής της πτυχιακής εργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. ΓΕΝΙΚΑ

Τα τελευταία είκοσι πέντε χρόνια έχουν σημειωθεί ριζικές αλλαγές στην παροχή ιατρικών φροντίδων σε ασθενείς που υποφέρουν από οξείες και ενδεχομένως απειλητικές για τη ζωή τους καταστάσεις. Η ιατρική ειδικότητα που ασχολείται με το σύνολο αυτών των καταστάσεων ονομάζεται Επείγουσα και Εντατική Ιατρική και έχει ως αντικείμενο καταστάσεις που :

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

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά καθορίζουν :

- ο είδος των περιπτώσεων που αντιμετωπίζει η Επείγουσα και Εντατική Ιατρική,
- τον τόπο όπου αντιμετωπίζονται, δηλαδή εξωνοσοκομειακά ή ενδονοσοκομειακά.

2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η εντατική θεραπεία (Intensive care medicine or critical care medicine) είναι κλάδος της ιατρικής επιστήμης που ασχολείται κατ' εξοχήν με την αντιμετώπιση ασθενών με οξέα απειλητικά νοσήματα για τη ζωή, μέσα σε έναν ειδικά διαμορφωμένο χώρο. Περιλαμβάνει επίσης την ανάνηψη και μεταφορά βαρέως πασχόντων ή πολυτραυματιών, είτε από κάποιο άλλο τμήμα του νοσοκομείου, είτε από έξω. Με άλλα λόγια εντατική θεραπεία είναι η εξάντληση των θεραπευτικών δυνατοτήτων για παροδική υποκατάσταση διαταραγμένων ή

ανεσταλμένων ζωτικών λειτουργιών, με σκοπό την επαναφορά των λειτουργιών αυτών, ώστε να είναι αυτόνομα συμβατές με τη ζωή¹.

Ο καλύτερος ορισμός για τη Μονάδα Εντατικής Φροντίδας που δόθηκε από την Αγγλική Ιατρική Εταιρεία είναι : « Η φροντίδα των αρρώστων που κρίνονται ότι μπορούν να αναρρώσουν, αλλά χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση και που χρειάζονται ή είναι πιθανόν να χρειασθούν τη κατάλληλη χρήση ειδικών τεχνικών από ειδικευμένο προσωπικό²». Από τον ορισμό και μόνο φαίνεται ότι η εντατική φροντίδα περιλαμβάνει εντατική παρακολούθηση και εντατική θεραπεία, η οποία μπορεί να απαιτεί συχνά τη μηχανική βοήθεια των ζωτικών λειτουργιών.

Τέλος, ως Μονάδα Εντατικής Θεραπείας – ΜΕΘ (Intensive Care Unit - ICU) ορίζεται το ειδικά εξοπλισμένο και στελεχωμένο τμήμα του νοσοκομείου, αφιερωμένο στην αντιμετώπιση ασθενών με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα, βαριές κακώσεις ή επιπλοκές.

3. ΣΚΟΠΟΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΜΕΘ

Ο αντικειμενικός σκοπός της Εντατικής Θεραπείας είναι η παρακολούθηση, ο έλεγχος και η θεραπεία των ανεπαρκουσών ζωτικών λειτουργιών του σώματος. Η διαταραχή ενός βιολογικού συστήματος μπορεί να δημιουργήσει επιπλοκές στα άλλα, γι' αυτό η θεραπεία του ασθενούς απαιτεί λεπτομερή και ολοκληρωμένη γνώση των λειτουργιών του σώματος και σε φυσιολογική και σε παθολογική κατάσταση³.

Ένας από τους πολλούς ορισμούς του σκοπού που έχουν δοθεί για τη ΜΕΘ είναι ο ακόλουθος : Σκοπός της ΜΕΘ είναι η παροχή συνεχούς, ολοκληρωμένης και εκτάκτου ανάγκης νοσηλευτικής φροντίδας σε βαριά πάσχοντες αρρώστους, η διατήρηση και η διάσωση της ζωής, καθώς και η διατήρηση της λειτουργικότητας σε επεισόδια κρίσης.³ Πιο απλά σκοπός της ΜΕΘ είναι να

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

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

³ A.K. Yates, P.J. Moorhead, A.P. Adams, «ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ». Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1990, πρόλογος

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

προσφέρει την πιο εξειδικευμένη φροντίδα σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς με τη χρήση σύγχρονου εξοπλισμού από εξειδικευμένο προσωπικό.

4. ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η ιστορική εξέλιξη των ΜΕΘ σχετίζεται με την ανάπτυξη των αιθουσών μετεγχειρητικής ανάνηψης ή με την εμφάνιση της επιδημίας πολιομυελίτιδας στις αρχές του 1950, όταν η χρήση της μηχανικής αναπνοής είχε σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της θνησιμότητας. Όμως, η εντατική θεραπεία δεν περιορίζεται στη μετεγχειρητική ανάνηψη ή τη χρήση των αναπνευστήρων. Τη δεκαετία 1960-70 αναπτύχθηκαν οι μονάδες εμφραγμάτων για την αντιμετώπιση των αρρυθμολογικών επιπλοκών των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου. Στη δεκαετία 1970-80 οι Gram(-) λοιμώξεις, η σήψη και η σηπτική καταπληξία και η βαρύτητα των εκδηλώσεών τους άρχισαν να αναγνωρίζονται. Στο διάστημα 1980-90 το ενδιαφέρον της εντατικής θεραπείας στράφηκε στην παθοφυσιολογική αντιμετώπιση του συνδρόμου της πολλαπλής οργανικής ανεπάρκειας. Σήμερα, η εντατική θεραπεία είναι ξεχωριστή ειδικότητα με ευρύ φάσμα νοσημάτων τα οποία έχουν ως κοινό παρονομαστή τη μεγάλη βαρύτητα, τις αναπτυσσόμενες επιπλοκές και την απειλή της ζωής. Στις μέρες μας η Εντατική Θεραπεία δεσπόζει της ενδονοσοκομειακής ιατρικής. Δεν νοείται να υπάρχει νοσοκομείο χωρίς Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

5. ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η εργασία αυτή αποτελείται από δύο κεφάλαια :

- Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια γενική αναφορά περί Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, και πιο συγκεκριμένα χωρίζεται σε 6 υποκεφάλαια εκ των οποίων το πρώτο αναφέρεται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και ειδικότερα στην αναγκαιότητα ύπαρξης τους, στους λόγους που συνετέλεσαν στην ίδρυση τους, στις αρμοδιότητες τους, στις παραμέτρους ανάπτυξης τους, στα αντιμετωπιζόμενα περιστατικά και τις ιδιαιτερότητες

τους και τέλος, στην προοπτική και τα αποτελέσματα της θεραπείας. Στο δεύτερο υποκεφάλαιο γίνεται διάκριση των ΜΕΘ και ειδικότερα γίνεται διαχωρισμός των μερών της Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής, των Μονάδων Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής και των ειδών της ΜΕΘ. Στο τρίτο υποκεφάλαιο αναλύονται οι κατασκευαστικές αρχές όπως το μέγεθος της ΜΕΘ, η θέση της ΜΕΘ στο νοσοκομείο, χώροι ΜΕΘ και εγκαταστάσεις, τεχνικός εξοπλισμός και συστήματα ΜΕΘ. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η στελέχωση της ΜΕΘ σε ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η διαδικασία εισαγωγής και εξαγωγής του ασθενούς στη ΜΕΘ και πιο συγκεκριμένα αναφέρονται οι ενδείξεις και αντενδείξεις της εισαγωγής, η διαδικασία εισαγωγής, καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς, το επισκεπτήριο ασθενών, η διαδικασία εξόδου και το κόστος νοσηλείας του ασθενή στη ΜΕΘ. Τέλος στο έκτο υποκεφάλαιο καταγράφονται κάποιες βασικές διαπιστώσεις όπως πλεονεκτήματα, μειονεκτήματα, συμπεράσματα και προτάσεις όλων των ανωτέρω.

- Το δεύτερο κεφάλαιο αποτελείται από επτά υποκεφάλαια τα οποία παρουσιάζουν ειδικότερα στοιχεία για το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου καθώς και τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του νοσοκομείου αυτού. Πιο συγκεκριμένα στο πρώτο υποκεφάλαιο αναφερόμαστε στο Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου όπου και γίνεται μία ιστορική αναδρομή σχετικά με την ίδρυση και λειτουργία του νοσοκομείου, επίσης γίνεται αναφορά για τη θέση και τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό, τους συσχετιζόμενους με το νοσοκομείο φορείς, τη χωροκατανομή και το μέγεθος, τη διάρθρωση των υπηρεσιών και το ιδιοκτησιακό του καθεστώς. Στο δεύτερο υποκεφάλαιο γίνεται αναφορά στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου και πιο συγκεκριμένα στη δημιουργία και λειτουργία της ΜΕΘ, στα αντιμετωπιζόμενα περιστατικά και στην επιστημονική της δραστηριότητα. Στο τρίτο υποκεφάλαιο αναλύονται οι κατασκευαστικές αρχές της ΜΕΘ όπως το μέγεθος, τη θέση, τους χώρους και τον εξοπλισμό της. Στο τέταρτο υποκεφάλαιο γίνεται μία προσπάθεια ανάλυσης τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά του προσωπικού της ΜΕΘ. Στο πέμπτο υποκεφάλαιο απεικονίζεται η νοσολογική κίνηση των ασθενών της ΜΕΘ και πιο συγκεκριμένα στοιχεία όπως ο διαχωρισμός εισαγωγών ΜΕΘ,

μήνας εισαγωγής, δημογραφικά στοιχεία ασθενών, Μέση Διάρκεια Νοσηλείας, διακομιδές και θάνατοι ασθενών, νοσολογικά στοιχεία ασθενών, κόστος λειτουργίας και επισκεπτήριο. Στο έκτο υποκεφάλαιο σας παραθέτω κάποιους δείκτες αποδοτικότητας όπως τους δείκτες χρησιμότητας και λειτουργικότητας, δείκτες εισροών και δείκτες εκροών. Τέλος, στο έβδομο και τελευταίο υποκεφάλαιο καταγράφονται τα προβλήματα της ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου, τα γενικά συμπεράσματα όλης της πτυχιακής εργασίας καθώς και οι προτάσεις και λύσεις που θεωρώ ότι είναι απαραίτητες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

A. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΥΠΑΡΞΗΣ ΜΕΘ

Όπως αναφέραμε και παραπάνω 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. Στην κρίσιμη φάση, η βασική πάθηση είναι δευτερεύουσας σημασίας και η θεραπευτική και νοσηλευτική αντιμετώπιση συγκεντρώνεται στις ζωτικά απαραίτητες λειτουργίες (αναπνοή, κυκλοφορία, ομοιόσταση). Αυτό είναι αναγκαίο γιατί, ανεξάρτητα από την αιτιολογία της βασικής πάθησης που μπορεί να είναι χειρουργική, παθολογική, γυναικολογική ή άλλης φύσης, οι επιπλοκές που έχουν επιπτώσεις στις ζωτικές λειτουργίες βαδίζουν πάνω σε συγκεκριμένα, σχεδόν τα ίδια, πρότυπα. Επίσης, οι επιπλοκές αυτές απαιτούν πολυδύναμη μεν αλλά μη ειδική, όσον αφορά την βασική πάθηση, 24ωρη παρακολούθηση και αντιμετώπιση των ζωτικών λειτουργιών. Ως εκ τούτου απαιτείται η συνεχής επιτόπια παρουσία ειδικευμένης σ' αυτά τα προβλήματα ομάδας γιατρών και νοσηλευτών, καθώς και η δυνατότητα χρησιμοποίησης υψηλής τεχνολογίας ιατρικού εξοπλισμού. Γι' αυτούς τους λόγους, οι ΜΕΘ αποτελούν την πιο προχωρημένη μορφή των μονάδων Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής.

Διαβάζοντας κάποιος απλά και μόνο τον ορισμό της ΜΕΘ διαπιστώνει αμέσως την ιδιομορφία του τμήματος αυτού, καθώς και το εύρος των νοσηλευτικών υπηρεσιών που μπορεί να προσφέρει. Μιλάμε για ένα τμήμα στο οποίο η κατάσταση της υγείας κάθε ασθενούς εξατομικεύεται και παρακολουθείται στενά 24 ώρες το 24ωρο από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό με εξειδικευμένες γνώσεις. Εδώ μπορούν να νοσηλευθούν ασθενείς οι οποίοι απαιτούν εντατική παρακολούθηση, συστηματική υποστήριξη, έγκαιρη διάγνωση και φυσικά έγκαιρη θεραπεία. Όλα τα βαριά περιστατικά, όλων των ειδικοτήτων μεταφέρονται και νοσηλεύονται στη ΜΕΘ, η οποία είναι κατάλληλα διαμορφωμένη, εξοπλισμένη και στελεχωμένη. Δεν θα ήταν υπερβολή να ειπωθεί ότι οι ΜΕΘ, με όλες αυτές τις δυνατότητες που προσφέρουν, δίνουν τη τελική

απάντηση στο ερώτημα της συνέχισης ή μη της ζωής ενός ανθρώπου. Εάν ένας ασθενής καταλήξει μέσα σε αυτή τη μονάδα, αφού προηγουμένως έχει δεχθεί όλες τις ιατρικές επεμβάσεις που θα μπορούσε να αντέξει ο οργανισμός του, σημαίνει ότι δεν θα υπήρχε πλέον καμία ελπίδα για να διατηρηθεί στη ζωή ο άνθρωπος αυτός. Κλείνοντας τη παράγραφο αυτή θα ήθελα να τονίσω για μία ακόμα φορά τη τεράστια σημασία της ΜΕΘ για τον βαριά πάσχοντα ασθενή αφού μπορεί αυτοδύναμα να του προσφέρει 24ωρη παρακολούθηση και μηχανική υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών του.

2. ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΣΥΝΕΤΕΛΕΣΑΝ ΣΤΗΝ ΙΔΡΥΣΗ ΤΗΣ ΜΕΘ¹

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

- A)** Οι επιπτώσεις του τεχνικού πολιτισμού στην υγεία του ανθρώπου.
- B)** Η πρόοδος της ιατρικής και ειδικότερα η αλματώδης εξέλιξη της χειρουργικής και αναισθησιολογίας και
- Γ)** Η τελειοποίηση των μηχανικών μέσων υποστήριξης και παρακολούθησης του ανθρώπινου οργανισμού.

Επίσης, ώθηση στην ίδρυση ΜΕΘ έδωσαν και τα ακόλουθα :

- α)** Η αύξηση του αριθμού των ανθρώπων οι οποίοι λαμβάνουν μεγάλες δόσεις δηλητηριωδών φαρμάκων για λόγους αυτοκτονίας. Η αύξηση αυτών των περιπτώσεων οφείλεται κυρίως στον αγχώδη τρόπο ζωής.
- β)** Η τεράστια αύξηση των ατυχημάτων, ιδίως των τροχαίων. Οι κρανιοεγκεφαλικοί τραυματισμοί που προκαλούνται συνήθως, κατέστησαν επιτακτική την ανάγκη οργάνωσης της ανανήψεως και της θεραπείας των τραυματιών.
- γ)** Η ιατρική πείρα, η οποία απέδειξε ότι ασθενείς πάσχοντες από βαριά αναπνευστική ανεπάρκεια δύναται να βελτιωθούν με τη χρήση ειδικών μηχανημάτων υποστήριξης της αναπνευστικής λειτουργίας και

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

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

Κλείνοντας αξίζει να αναφέρουμε ότι σοβαρές μελέτες έδειξαν ότι το ποσοστό θνησιμότητας των βαρέων πασχόντων δύναται να μειωθεί αξιόλογα με τη σωστή χρήση των σύγχρονων τεχνικών μέσων που είναι διαθέσιμα στις Μ.Ε.Θ.

3. ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΜΕΘ¹

Οι κύριες αρμοδιότητες της Μονάδας είναι οι εξής :

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

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

4. ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΜΕΘ¹

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας δεν χρειάζεται να ανήκουν υποχρεωτικά σε ένα μόνο νοσηλευτικό ίδρυμα, αλλά μπορεί να είναι κατάλληλα τοποθετημένες χωροταξικά, ώστε να εξυπηρετούν μέρος ή ολόκληρη μία 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 Μ.Ε.Θ. ανέρχονται στο 3 – 5% του συνόλου των κρεβατιών,
- ανάλογα με το πληθυσμό που καλύπτει η νοσηλευτική ενότητα, ένα κρεβάτι ΜΕΘ αναλογεί σε πληθυσμό 3000 ατόμων.

- **Μέγεθος ΜΕΘ**

Ως ελάχιστος αναγκαίος χώρος μιας ΜΕΘ θεωρούνται τα 30 m² μικτού χώρου ανά κρεβάτι, αριθμός που όμως πρέπει να προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε νοσοκομείου.

— **Ειδικές ΜΕΘ :** Εκτός από τις γενικές ΜΕΘ, που αντιμετωπίζουν κάθε είδος παθολογικό ή χειρουργικό περιστατικό, υπάρχουν και Ειδικές Μονάδες, ανάλογα με τις επιμέρους ειδικεύσεις του νοσοκομείου, οι οποίες αφορούν :

- ◆ οξείες καρδιολογικές καταστάσεις (μονάδες στεφανιαίων)
- ◆ βαριά εγκαύματα
- ◆ νευρολογικά νοσήματα
- ◆ λευχαιμίες, απλαστικές 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

¹ Ελένη Ασκητοπούλου «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», εκδ. Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 29 – 30

αποτελούν οι μονάδες για παιδιά και νεογνά, που διαφέρουν από αυτές των ενηλίκων λόγω των ιδιαίτερων απαιτήσεων τους σε ιατρικό / νοσηλευτικό προσωπικό και σε εξοπλισμό.

5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΜΕΝΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ

Τα συνήθη νοσήματα τα οποία αντιμετωπίζονται στη ΜΕΘ αφορούν τις παρακάτω νοσολογικές οντότητες: την αντιμετώπιση και ανάνηψη κάθε μορφής καταπληξίας (shock), την οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, την αντιμετώπιση του πολυτραυματία ασθενούς, ανεπάρκειες από τα διάφορα οργανικά συστήματα (καρδιαγγειακή, οξεία νεφρική ανεπάρκεια, οξέα αιματολογικά και επείγοντα γαστρεντερολογικά νοσήματα, οξείες μεταβολικές και ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες), δηλητηριάσεις, περιβαλλοντικές βλάβες, σοβαρές λοιμώξεις, σήψη, χειρουργικά ορθοπαιδικά, γυναικολογικά, νευροχειρουργικά και επείγοντα νευρολογικά περιστατικά, μετεγχειρητικές επιπλοκές, καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις οργάνων κ.λπ.

Ορθά η ΜΕΘ χαρακτηρίζεται ως **το νοσοκομείο μέσα στο νοσοκομείο** για να υποδηλωθεί η μεγάλη σπουδαιότητά της όσον αφορά το φάσμα και τη βαρύτητα των νοσημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει.

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

- A)** Αντιπροσωπεύουν αυξημένη και πιθανά άμεση απειλή για τη ζωή του ασθενούς.
- B)** Απαιτούν άμεση και ενδεχομένως πολυδύναμη αντιμετώπιση μέσα σε ιεραρχημένα και κωδικοποιημένα πλαίσια, ανεξάρτητα από τα αίτια που προκάλεσαν αυτή την απειλητική για τη ζωή του ασθενούς κατάσταση και που μπορεί να ήταν παθολογικά, χειρουργικά, γυναικολογικά κτλ.¹

Η εντατική θεραπεία είναι μία ειδικότητα που απαιτεί γνώση όλων των θεμάτων της κλινικής ιατρικής και των εφαρμογών τους στο βαριά ασθενή. Οι

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

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

νοσοκόμες, οι γιατροί και οι τεχνικοί που ασχολούνται με αυτή χρειάζονται μεγάλη εξειδίκευση λόγω της συνεχούς προόδου της ιατρικής και της τεχνολογίας. Μέσα στη Μ.Ε.Θ. απαιτείται συνεχής παρουσία ειδικευμένης ομάδας ιατρών και νοσηλευτών, καθώς και η δυνατότητα χρησιμοποίησης σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού.

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

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Α) Χρειάζονται εντατική παρακολούθηση και καταγραφή των ζωτικών λειτουργιών τους,
- Β) Είναι βαριάς γενικής καταστάσεως με πολλές όμως ελπίδες να θεραπευθούν,
- Γ) Χρειάζονται συνεχή ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα¹ και
- Δ) Για να εξασφαλισθεί ικανοποιητική φυσιολογική λειτουργία είναι αναγκαία συχνά εξωτερική μηχανική βοήθεια.

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

¹ Κ. Παλακώστα – Παπαδημητρίου, «Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Οργάνωση», περιοδικό Βιοϊατρική τεχνολογία, Οκτ. – Δεκ. 1984, τομ. 46, τευχ. 4, σελ.514

² A.K.Yates, P.J. Moorhead, A.D. Adams, «Εντατική Θεραπεία», Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1990, Πρόλογος

6. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Για πολλούς βαρέως πάσχοντες οι ΜΕΘ αναμφίβολα σώζουν ζωές. Τέτοια παραδείγματα αφορούν ασθενείς μετά από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μεταμοσχεύσεις οργάνων, πολυτραυματίες, φαρμακευτικές δηλητηριάσεις, σύνδρομο Guillain Barret κ.ά. Επίσης, η επιλεγμένη εισαγωγή ασθενών υψηλού κινδύνου, όπως οι μετεγχειρητικοί ασθενείς, συνοδεύεται από μικρή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Περισσότερο βαρέως ασθενείς παρουσιάζουν μεγαλύτερη θνησιμότητα κατά τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ, αλλά και στο άμεσο διάστημα μετά την έξοδό τους. Σε αυτούς περιλαμβάνονται οι ασθενείς με σοβαρή σήψη, ανοσοκαταστολή, νεοπλασματική νόσο, πολυοργανική ανεπάρκεια και βαρεία χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια. Στην κατηγορία αυτή η μακροχρόνιος επιβίωση εξαρτάται από την ηλικία και τη βαρύτητα της νόσου και επηρεάζεται από τη διάγνωση.

Η ποιότητα ζωής των ασθενών μετά τη νοσηλεία σε ΜΕΘ παρουσιάζει σημαντικές μεταβολές οι οποίες εξαρτώνται από την προηγούμενη κατάσταση υγείας (αναπνευστική ανεπάρκεια, καρδιακή ανεπάρκεια) και τη βαρύτητα της νόσου για την οποία εισήχθησαν στη ΜΕΘ. Ιδιαίτερη σημασία έχει η ποιότητα ζωής για τους νέους πολυτραυματίες οι οποίοι μετά τη ΜΕΘ έχουν σημαντικές ψυχολογικές διαταραχές, καθώς επίσης και δυσκολίες στην εργασία ή στις κοινωνικές σχέσεις τους. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος τα τελευταία χρόνια αναπτύσσονται προγράμματα αποκατάστασης με επίκεντρο τη ΜΕΘ για τη βοήθεια αυτών των ομάδων ασθενών.

Το κόστος της εντατικής θεραπείας είναι περίπου 3-4 φορές υψηλότερο συγκριτικά με τα συνήθη τμήματα του νοσοκομείου. Στις ΗΠΑ οι ΜΕΘ λαμβάνουν περίπου το 15-20% του συνολικού ετήσιου κεφαλαίου του νοσοκομείου. Λόγω της χρήσης νέων θεραπευτικών τεχνικών και φαρμάκων είναι βέβαιο ότι το κόστος λειτουργίας στη ΜΕΘ θα εξακολουθήσει να ανέρχεται.

Πέρα από το υψηλό κόστος η μη ορθή χρήση των δυνατοτήτων των ΜΕΘ έχει και άλλες συνέπειες. Ο ασθενής μπορεί να υποστεί μεγάλη και μη αναγκαία ταλαιπωρία και απώλειες της αξιοπρέπειάς του, ενώ οι συγγενείς μπορεί επίσης να υφίστανται σημαντικές συναισθηματικές πιέσεις. Άλλοτε πάλι μπορεί η

θεραπεία να παρατείνει απλά τη διεργασία του θανάτου ή να διατηρεί μια αμφιβόλου ποιότητας ζωή, ή ακόμη οι κίνδυνοι από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις να υπερβαίνουν το πιθανό όφελος. Γι' αυτό η ΜΕΘ είναι το κατεξοχήν τμήμα του νοσοκομείου όπου σε καθημερινή βάση η ιατρική ηθική, ο τρόπος επιλογής των ασθενών που θα εισαχθούν, η ευθανασία και η αφαίρεση ή διακοπή μιας θεραπείας αποτελούν ανυπέρβλητες δυσκολίες. Από πρακτικής πλευράς υπάρχουν περιπτώσεις στη ΜΕΘ όπου όλες οι θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων και των πιο σύνθετων και δαπανηρών, δεν μπορούν να αλλάξουν την πρόγνωση. Πέρα από το οικονομικό κόστος, το συναισθηματικό «κόστος» στους συγγενείς αλλά και στο προσωπικό, να διατηρεί τον ασθενή «ζωντανό» μέχρι το τέλος, είναι βαρύ. Η οικογένεια και οι φίλοι γίνονται αιχμάλωτοι της τεχνολογίας, όταν η υποστηρικτική θεραπεία, αντί να σώσει μια ζωή καθυστερεί τον αναπόφευκτο επικείμενο θάνατο.

Όπως και να έχουν τα θέματα της ηθικής, η ΜΕΘ δεν παύει να είναι το κομμάτι εκείνο του νοσοκομείου με τις αυστηρότερες τεχνικές προδιαγραφές και τις περισσότερες ανάγκες σε εξοπλισμό, τελευταίας τεχνολογίας. Τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται καθημερινά είναι πολλά και η καλή λειτουργία τους είναι απόλυτα αναγκαία για τη ζωή των ασθενών. Στις επόμενες ενότητες θα γνωρίσουμε κάποια από αυτά, θα δούμε τις ιδιαιτερότητές τους και τις δυσκολίες που υπάρχουν για να βρίσκονται σε καλή λειτουργία.

B. ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΘ

1. ΜΕΡΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ¹

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

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

2. ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ²

Οι επιμέρους Μονάδες της Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής μπορεί να χωρισθούν σε :

- *Κινητές Μονάδες (ΚΜ)*, που παρέχουν προνοσοκομειακή επείγουσα θεραπευτική αντιμετώπιση σε άτομα που κατά τεκμήριο δεν μπορούν να προσφύγουν στο νοσοκομείο, λόγω αντικειμενικής αδυναμίας (π.χ. ατυχήματα).
- *Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών(ΤΕΠ)*, που παρέχει ενδονοσοκομειακή επείγουσα ιατρική βοήθεια σε άτομα που είτε προσφεύγουν στο νοσοκομείο γιατί υποκειμενικά ή και αντικειμενικά πιστεύουν ότι απειλείται η ζωή τους, είτε μεταφέρονται εκεί από τις κινητές μονάδες.

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

² Ίδια έρευνα.

- *Αίθουσα Ανάνηψης ή Αφύπνισης (AA)*, όπου παρέχεται ενδονοσοκομειακή εντατική παρακολούθηση και φροντίδα κατά το πρώτο χρονικό διάστημα μετά την αναισθησία και την εγχείρηση.
- *Μονάδα Αυξημένης ή Ενδιάμεσης Φροντίδας (ΜΑΦ)*, όπου παρέχεται ενδονοσοκομειακή εντατική 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.

Ανάλογα με το βαθμό ετοιμότητας από πλευράς προσωπικού, εξοπλισμού, δυνατότητας εκτέλεσης επεμβατικών και μη διεργασιών καθώς και εκπαίδευσης του προσωπικού τους, οι μονάδες στις ΗΠΑ έχουν χωρισθεί σε τέσσερις κατηγορίες (βλέπε Πίνακα 2-1).

Κατηγορία μονάδας	Παρουσία ιατρού	Σχέση νοσηλευτριών / ασθενών	Monitoring	Εκπαίδευση και έρευνα
1	Επί 24ώρου βάσεως στη μονάδα	1 : 1	Επεμβατικό και μη	Απαραίτητη προϋπόθεση
2	Επί 24ώρου βάσεως στο νοσοκομείο	1 : 1 έως 1 : 3	Επεμβατικό και μη	Μη υποχρεωτική
3	Διαθέσιμος επί 24ώρου βάσεως στο νοσοκομείο	1 : 2 έως 1 : 4	Περιορισμένο επεμβατικό	Μη υποχρεωτική
4	Σε ετοιμότητα	1 : 4	Μη επεμβατικό	Μη υποχρεωτική

Πίνακας 2-1 : Ταξινόμηση των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας σε τέσσερις κατηγορίες σύμφωνα με τις προτάσεις της επιτροπής του ΝΙΗ των ΗΠΑ (JAMA, 1983).

Πηγή : Βιβλίο Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής

3. ΕΙΔΗ ΜΕΘ¹

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

Α. *Πολυδύναμες ή Γενικές*. Είναι οι ΜΕΘ που έχουν τη δυνατότητα να νοσηλεύουν ασθενείς όλων των ειδικοτήτων. Ο τύπος αυτός αποσκοπεί στη συνολική κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου, ανεξαρτήτως αν υπάρχουν Ειδικές Μονάδες. Ο καταμερισμός σε επιμέρους μονάδες π.χ. χειρουργικές, παθολογικές κτλ. επιφέρει μεγαλύτερο κόστος λειτουργίας και απαιτεί επιπλέον εξοπλισμό. Η κάλυψη των Γενικών ΜΕΘ από εντατικολόγους σε 24ωρη βάση έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την έκβαση των ασθενών και ελαττώνει το κόστος νοσηλείας τους. Αυτές οι Μονάδες διακρίνονται σε επιπέδου I, II και III ανάλογα με το είδος του νοσοκομείου που καλύπτουν.

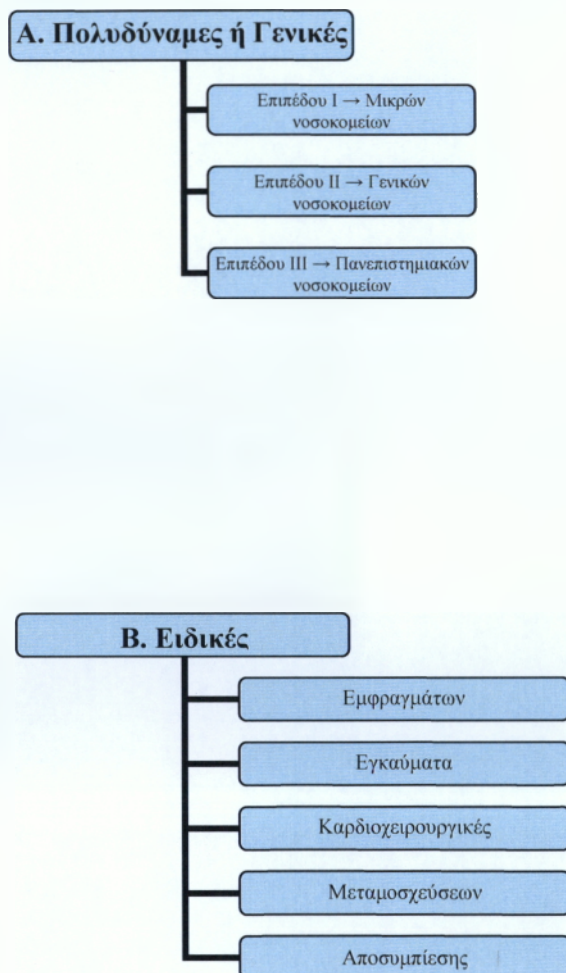
- ΜΕΘ επιπέδου I : Καλύπτουν μικρά τοπικά νοσοκομεία και λειτουργούν κυρίως ως Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (Μ.Α.Φ.). Έχουν δυνατότητα στενής νοσηλευτικής παρακολούθησης, άμεσης αναζωογόνησης και μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής.
- ΜΕΘ επιπέδου II : Αφορούν μεγαλύτερα γενικά νοσοκομεία (δευτεροβάθμιας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

Β. *Ειδικές ΜΕΘ* : Δέχονται να νοσηλεύουν ειδικού φάσματος περιστατικά (π.χ. Μονάδα Εμφραγμάτων, Εγκυμάτων, Καρδιοχειρουργική, Μεταμοσχεύσεων, Αποσυμπίεσης κτλ.). Η αναγκαιότητα των Μονάδων αυτών

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

υπαγορεύεται από τις ιδιαίτερες τοπικές ανάγκες και εξειδικευμένες υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο.

Στη συνέχεια ακολουθεί το Σχήμα 3-1 στο οποίο απεικονίζονται γραφικά τα είδη των ΜΕΘ, που μπορεί κάποιος να συναντήσει, για ευκολότερη κατανόηση.



Σχήμα 3-1 : Γραφική απεικόνιση των ειδών της ΜΕΘ

Πηγή : Βιβλίο Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής

Γ. ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

1. ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΜΕΘ

Το 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 ασύμφωρες,
- ♦ ανώτερο μέγεθος ΜΕΘ : διεθνώς θεωρείται σκόπιμο οι ΜΕΘ να μην υπερβαίνουν τα 15 κρεβάτια, για να μην διογκώνονται τα οργανωτικά και διοικητικά τους προβλήματα.

Πρέπει να τονισθεί 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 ασύμφωρες. Γενικά η αποδοτικότητα της ΜΕΘ δεν καθορίζεται από τον απόλυτο αριθμό των κρεβατιών της. Περισσότερο σημαντική είναι η διαρκής ετοιμότητα της σε προσωπικό και εξοπλισμό η οποία της επιτρέπει να δεχθεί το βαρύ και μη προγραμματισμένο περιστατικό. Δηλαδή, σε μία μονάδα πρέπει να υπάρχουν συνεχώς ελεύθερα κρεβάτια, ενώ ταυτόχρονα διατηρείται σε ετοιμότητα η συνολική υποδομή σε προσωπικό και τεχνικό εξοπλισμό. Με το σκεπτικό αυτό, νοσοκομεία μικρότερα των 250 κρεβατιών θα πρέπει να αναπτύξουν αριθμό κρεβατιών ΜΕΘ ανάλογο ή με το έργο του νοσοκομείου (ιατρική ειδίκευση και εκπαιδευτικό προσωπικό) ή τη θέση του (βιομηχανική και συγκοινωνιακή φόρτιση), κτλ. Επίσης, το ανώτερο μέγεθος της ΜΕΘ που αναφέρεται δεν είναι απόλυτο και σε ιδιαίτερες περιπτώσεις μπορεί να κριθεί σκόπιμη μία περιορισμένη αύξηση του αριθμού αυτού. Ακόμα αν κριθεί αναγκαίο, λόγω αύξησης του μεγέθους της ΜΕΘ, να χωρισθεί μία ομάδα ασθενών, αυτοί πρέπει να είναι οι ασθενείς με οξεία στεφανιαία νόσο, οι οποίοι θα νοσηλεύονται σε μονάδες εμφραγμάτων ή στεφανιαίων.

2. ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕΘ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ¹

Οι διάφορες μονάδες Εντατικής Ιατρικής είναι σκόπιμο να βρίσκονται στη μεγαλύτερη δυνατή οριζόντια γειννίαση μεταξύ τους και ταυτόχρονα κοντά στα χειρουργεία. Όταν αυτό όμως δεν είναι εφικτό, πρέπει να εξασφαλίζεται η απρόσκοπτη και κατά αποκλειστικότητα οριζόντια και κάθετη επικοινωνία τους. Η διάταξη αυτή, πέρα από τη προφανή της αναγκαιότητα, έχει το μεγάλο προτέρημα της οικονομίας σε τεχνικό εξοπλισμό και στη γενικότερη υποδομή, καθώς ορισμένα μηχανήματα (π.χ. ακτινολογικά, αερίων αίματος, κτλ.) μπορούν να χρησιμοποιούνται από περισσότερες μονάδες.

Ο βαριά άρρωστος της εντατικής κινδυνεύει σε κάθε μετακίνηση και πρέπει αυτό να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στο σχεδιασμό των χώρων και των διαδρόμων από το τμήμα επειγόντων περιστατικών, από και προς το χειρουργείο και τα διάφορα εργαστήρια. Επίσης πρέπει να τονιστεί ότι ανεξαρτήτως του είδους της η Μονάδα θα πρέπει να βρίσκεται μακριά από θορύβους και πολυσύχναστες περιοχές του νοσοκομείου.

Είναι απαραίτητο να υπάρχει εύκολη επικοινωνία και πρόσβαση με το χειρουργείο, το τμήμα επειγόντων, τα απεικονιστικά εργαστήρια και ιδίως τον αξονικό τομογράφο. Στις περιπτώσεις που αυτό δεν είναι εφικτό, θα πρέπει να λαμβάνονται στοιχειώδη μέτρα της πιο απρόσκοπτης επικοινωνίας με αυτά τα τμήματα.

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

3. ΧΩΡΟΙ ΜΕΘ²

Κατά το σχεδιασμό της ΜΕΘ είναι σημαντικό να προβλέπονται, αφενός, οδοί διακίνησης καθαρού και ακάθαρτου υλικού και, αφετέρου, να περιορίζονται κατά

¹ Ελένη Ασκητοπούλου «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», εκδ. Λίτσα, Αθήνα 1991, σελ. 32 - 33

² Ιδία έρευνα σελ. 33

το δυνατόν οι απαραίτητες διαδρομές του προσωπικού στους χώρους εργασίας.

Οι λειτουργικά αναγκαίοι χώροι είναι :

- *Χώροι ασθενών*, που είναι διαρρυθμισμένοι ή σε έναν ενιαίο χώρο ή σε δωμάτια με ένα κρεβάτι, τα οποία όμως καταλαμβάνουν περισσότερο χώρο και απαιτούν σημαντικά περισσότερο νοσηλευτικό προσωπικό. Γι ' αυτό είναι προτιμότερο οι ενιαίοι χώροι με περισσότερα κρεβάτια, αλλά με τουλάχιστον μία απομόνωση ανά 5 κρεβάτια. Ο χώρος της απομόνωσης πρέπει να περιλαμβάνει ξεχωριστό προθάλαμο, με χώρο ακάθαρτου υλικού, και να πληροί τις προϋποθέσεις έτσι ώστε να χρησιμοποιείται τόσο για σηπτικά όσο και άσηπτα περιστατικά (ασθενείς με μειωμένη ανοσοκαταστολή, π.χ. λευχαιμίες). Μεταξύ των διαφόρων χώρων των ασθενών πρέπει να εξασφαλίζεται η οπτική και ακουστική επικοινωνία.
- *Βοηθητικοί χώροι*, οι οποίοι πρέπει να περιλαμβάνουν :
 - Προθάλαμο εισόδου, με πρόβλεψη για αλλαγή ενδυμασίας και απολύμανσης των χεριών προσωπικού και επισκεπτών.
 - Χώρο καθαρού υλικού, για την εργασία των αδελφών, για αποθήκευση αναλώσιμου και μη υλικού, αποστειρωμένων προμηθειών, φαρμάκων, καθαρών τροχήλατων τραπεζιδίων, κτλ.
 - Χώρο αποθήκευσης ιματισμού
 - Χώρο αποθήκευσης – συντήρησης τεχνικού εξοπλισμού.
 - Χώρο ακάθαρτου υλικού.
 - Χώρο ανάπαυσης προσωπικού.
 - Γραφεία ιατρών και προϊσταμένης.
 - Χώρο μικρού εργαστηρίου για αέρια αίματος, ηλεκτρολύτες, αιματοκρίτη, δοκιμασίες πήκτικότητας κτλ.

4. ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ, ΤΕΧΝΙΚΟΣ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘ

Η είσοδος της τεχνολογίας σ ' όλες τις επιστήμες κρίθηκε απαραίτητη για να καλύψει τις συνεχείς αυξανόμενες ανάγκες.

Οι μηχανολογικές, ηλεκτρικές και ηλεκτρονικές εγκαταστάσεις των ΜΕΘ πρέπει να γίνονται με ιδιαίτερα αυστηρές προδιαγραφές ποιότητας και να είναι κατασκευάσιμες. Συνεχείς όμως επισκευές στους χώρους εργασίας σημαίνουν την αχρήστευση των ιδιαίτερα δαπανηρών κρεβατιών.

Το είδος και το σύνολο του εξοπλισμού μιας ΜΕΘ εξαρτάται από το επίπεδο της. Σε γενικές όμως γραμμές ο εξοπλισμός χωρίζεται σε 2 κατηγορίες : το γενικό και τον ειδικό εξοπλισμό. Στον γενικό εξοπλισμό περιλαμβάνονται μηχανήματα όπως : καρδιακής ανανήψεως, τεχνητός βηματοδότης, τεχνητής αναπνοής, καρδιογράφος κτλ. Στον ειδικό εξοπλισμό περιλαμβάνεται ο εξοπλισμός κάθε κλίνης και δωματίου της ΜΕΘ και περιλαμβάνει : μηχανήμα σύνδεσης με την κεντρική παροχή οξυγόνου, εντοιχισμένο μανόμετρο για τη λήψη της αρτηριακής επίσης, συσκευή για εισπνευστική θεραπεία.

Ειδικότερα, κάποιες κατηγορίες μηχανημάτων είναι οι εξής :

— Μηχανήματα που αφορούν στη μελέτη ζωτικών σημείων – monitor είναι ο απηνιδοτής.

— Μηχανήματα που αφορούν τη χορήγηση υγρών και φαρμάκων είναι οι ηλεκτρολύτες, οι αντλίες με μπαταρία, οι μικροαντλίες ηλεκτροκίνητες και η ειδική αντλία έγχυσης διαλύματος μορφίνης επισκληριδίως σε αρρώστους με χρόνιο πόνο.

— Μηχανήματα που έχουν σχέση με την αναπνευστική υποστήριξη του αρρώστου είναι οι μηχανικοί αναπνευστήρες.

Τα συχνότερα συστήματα που χρησιμοποιούνται, διακρίνονται σε γενικά και ειδικά κατά νόσο. Τα κυριότερα γενικά συστήματα ενηλίκων είναι τα APS, APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) II, APACHE III, SAPS (Simplified Acute Physiology Score)II, SAPS III, MPM0 (Mortality Prediction Model), MPM24 ,ενώ τα συχνότερα ειδικά, π.χ. για το τραύμα είναι τα Trauma Index, Trauma Score, TRISS, CRAMS, Hannover Intensive Score, ενώ στα παιδιά χρησιμοποιείται το σύστημα PRISM.

Τα παραπάνω συστήματα έχουν επιλεγεί στην κλινική πράξη για τους παρακάτω λόγους:

- Έχουν δυνατότητα εφαρμογής σε γενικό πληθυσμό ασθενών ΜΕΘ.
- Έτυχαν ευρείας αποδοχής στη βιβλιογραφία.

- Δεν περιέχουν παραμέτρους ιατρικών πράξεων οι οποίες θα διαφοροποιούσαν τα αποτελέσματα και θα καταργούσαν την δυνατότητα σύγκρισης των ΜΕΘ μεταξύ τους.
- Διακρίνονται από απλότητα πρωτοκόλλων και ως εκ τούτου χρησιμοποιούνται ευρέως.
- Περιλαμβάνουν παραμέτρους αντικειμενικές, εύκολα μετρούμενες, περιορισμένες σε αριθμό και κυρίως, μη εξαρτώμενες από την υποκειμενική εκτίμηση του καταγράφοντος.

5. ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ο τύπος, το μέγεθος και η θέση της ΜΕΘ, βασίζεται στην πολιτική υγείας, στη δομή του νοσοκομείου και τα γεωγραφικά δεδομένα της περιοχής. Με εξαίρεση τις στεφανιαίες μονάδες και τις νεογνικές ΜΕΘ, οι βαρέως πάσχοντες ασθενείς εισάγονται στην εντατική μονάδα του νοσοκομείου και αντιμετωπίζονται από ειδικούς εντατικολόγους.

Ο αριθμός των κρεβατιών της ΜΕΘ σε ένα νοσοκομείο κυμαίνεται σε 4-10% του συνολικού αριθμού. Η ΜΕΘ επιβάλλεται να βρίσκεται πλησίον των σχετικά κρίσιμων περιοχών του νοσοκομείου όπως επείγοντα ιατρεία, χειρουργεία. Επίσης, προβλέπεται να υπάρχει άμεση πρόσβαση σε ακτινολογικά εργαστήρια και αξονικό τομογράφο. Η ΜΕΘ πρέπει να διαθέτει ευρυχωρία ώστε να επιτυγχάνεται εύκολη πρόσβαση στον ασθενή. Ο χώρος για κάθε κρεβάτι πρέπει να είναι 5-10 τ.μ. και η ύπαρξη ορισμένων δωματίων των 10-15 τ.μ. είναι αναγκαία για περιπτώσεις μεταδοτικών λοιμώξεων. Η περιοχή των ασθενών πρέπει να εκτείνεται σε ανοικτή μεγάλη επιφάνεια με φυσικό φως, κεντρικό νοσηλευτικό σταθμό με σωστή αρχιτεκτονική ώστε να διευκολύνεται η νοσηλευτική παρακολούθηση.

Κάθε κρεβάτι είναι εξοπλισμένο με αναπνευστήρες, καρδιοσκοπία (μόνιτορς), συσκευές αναρρόφησης, 2 παροχές πεπιεσμένου αέρα και 3 οξυγόνου, αρκετές πρίζες, μηχανισμούς και θέσεις ανάρτησης μηχανικών συσκευών με τέτοιο τρόπο ώστε να μην παρακωλύεται η νοσηλεία. Άλλα τμήματα της ΜΕΘ περιλαμβάνουν χώρους εργαστηρίου, βιβλιοθήκης, ανάπαυσης, συλλογής ακαθάρτων ειδών κ.ά.

Δ. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΜΕΘ

1. ΓΕΝΙΚΑ

Η στελέχωση της ΜΕΘ περιλαμβάνει ειδικά εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό το οποίο έχει εξειδικευθεί στην επείγουσα και εντατική θεραπεία και του οποίου η ποιότητα πιστοποιείται σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες με τη χορήγηση ειδικού διπλώματος κατόπιν εξετάσεων (European diploma in intensive care). Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελείται από πεπειραμένους νοσηλευτές με ικανότητα παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς, εκτέλεσης επειγόντων παρεμβάσεων (διασωλήνωσης) και συλλογής αιμοδυναμικών παραμέτρων. Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται μέσα από καλά οργανωμένα σεμινάρια και παρακλινική άσκηση. Η αριθμητική σχέση νοσηλευτικού προσωπικού ανά ασθενή κυμαίνεται από 1:1 μέχρι 1:2 ανάλογα με τη ΜΕΘ. Οι φυσιοθεραπευτές, οι κλινικοί φαρμακοποιοί, οι τεχνολόγοι ιατρικών οργάνων αποτελούν επίσης αναπόσπαστο τμήμα για την εύρυθμη λειτουργία της ΜΕΘ. Οι πρώτοι ασχολούνται με τη φυσιοθεραπεία του αναπνευστικού συστήματος και χειρίζονται επίσης τους αναπνευστήρες, οι δεύτεροι έχουν σοβαρό ρόλο στον καθορισμό και την επιλογή των φαρμακευτικών ουσιών που θα χρησιμοποιηθούν στη θεραπεία, ενώ οι τρίτοι ασχολούνται με τη συντήρηση και ανάπτυξη των πολυσύνθετων ιατρικών μηχανημάτων (αναπνευστήρων, ειδικών μόνιτορς, ηλεκτρονικών υπολογιστών κ.λπ.) τα οποία είναι απαραίτητα για την παθοφυσιολογική παρακολούθηση των βαρέως πασχόντων.

2. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ¹

Στις ΜΕΘ παρέχεται εξ ορισμού 24ωρη ιατρική κάλυψη από ειδικευμένο και επαρκές προσωπικό. Η κάλυψη αυτή εξασφαλίζεται, αφενός, από μια βασική και ειδικευμένη στη ΜΕΘ ιατρική ομάδα που εργάζεται σε μόνιμη βάση και, αφετέρου, από ιατρικό προσωπικό, που μια έστω και ολιγόμηνη μαθητεία στη

¹ Ελένη Ασκητοπούλου «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», εκδ. Λίτσα, Αθήνα 1991, σελ. 31

ΜΕΘ αποτελεί μέρος της εκπαίδευσης του. Επίσης υπάρχει κάλυψη από συμβούλους ιατρούς, από όλες τις ειδικότητες που διαθέτει το νοσοκομείο.

Ορισμένα από τα χαρακτηριστικά που πρέπει να παρουσιάζει ένας γιατρός της ΜΕΘ είναι :

1. Θα είναι αυτός που θα μείνει δίπλα στο κρεβάτι του αρρώστου για ώρες παρακολουθώντας τον προσεκτικά για να ανακαλύψει τυχόν αλλαγές στην κατάσταση του προτού προλάβουν και προκαλέσουν ανεπανόρθωτες βλάβες.

2. Θα είναι αυτός που θα δει τον άρρωστο σφαιρικά και μπορεί να συντονίσει τους ειδικούς που μπορούν να αναλάβουν τα καθέκαστα συστήματα.

3. Θα είναι αυτός που θα κρατήσει την ποιότητα του προσωπικού, μηχανημάτων, μεθόδων και κανόνων τακτικής για την υψηλή απόδοση στη λειτουργικότητα της μονάδας.

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

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ¹

Οι ανάγκες τις ΜΕΘ σε νοσηλευτικό προσωπικό είναι μεγάλες και η εξεύρεση του δύσκολη. Είναι αναμφισβήτητο ότι οι μονάδες «κρατιούνται» από τις νοσηλεύτριες, οι οποίες αντιμετωπίζουν σκληρές συνθήκες δουλειάς που απαιτούν συνεχή, ενεργητική και υπεύθυνη παρουσία. Αυτό σημαίνει ότι για να υπάρξει υψηλή νοσηλευτική στάθμη, πρέπει να εξασφαλισθεί διαρκής εκπαίδευση και ορισμένα «προνόμια», όπως χώροι ανάπαυσης και παραμονής, γραφεία με στοιχειώδης ανέσεις, συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα κτλ. Είναι επίσης σημαντικό, στα βασικά κριτήρια επιλογής του νοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ να περιληφθεί, εκτός από την ειδική εκπαίδευση (για

¹ Ελένη Ασκητοπούλου «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», εκδ. Λίτσα, Αθήνα 1991, σελ. 32

τουλάχιστον 6 – 12 μήνες) στην Εντατική Θεραπεία και η προσωπικότητα του ατόμου. Ο αριθμός και η σύνθεση της νοσηλευτικής ομάδας εξαρτώνται από τον αριθμό των κρεβατιών και το είδος των περιστατικών που η ΜΕΘ περιθάλπει. Είναι διεθνώς απαράδεκτο ότι η αναγκαία σχέση συνεχούς και 24ωρης νοσηλευτικής κάλυψης είναι 1 νοσηλεύτρια ανά 1 κρεβάτι. Στην πράξη αυτό σημαίνει ότι ο καθοριστικός δεν είναι ο απόλυτος αριθμός, που προβλέπει ο κάθε οργανισμός νοσοκομείου, αλλά η οργανωτική ευελιξία, που εξασφαλίζει την συνεχή παρουσία νοσηλευτριών, ανεξάρτητα από κάθε είδους άδειες ή αργίες.

4. ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ¹

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

- *Τεχνικό προσωπικό* : Όλες οι μονάδες Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής, και οι ΜΕΘ ιδιαίτερα, είναι τμήματα με υψηλή συγκέντρωση πολύπλοκου, ευαίσθητου και πολύ ακριβού τεχνικού εξοπλισμού. Η συνεχής παρουσία, ειδικευμένου και μη, τεχνικού προσωπικού είναι απαραίτητη για τη σωστή συντήρηση και επιτόπου επισκευή του εξοπλισμού, γιατί έτσι αυξάνεται σημαντικά τόσο το ποσοστό άμεσης χρήσης, όσο και ο χρόνος ζωής αυτού του εξοπλισμού.
- *Προσωπικό εργαστηρίων* : Είναι αυτονόητο ότι για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά οι μονάδες Εντατικής Ιατρικής πρέπει να έχουν κατά προτεραιότητα την υπεύθυνη και διαρκής κάλυψη των άλλων τμημάτων του νοσοκομείου και ιδιαίτερα των εργαστηρίων. Υπάρχει όμως μια σειρά εξετάσεων που είναι τόσο συχνές στη ΜΕΘ, ώστε από ένα στάδιο και μετά πρέπει να προβλέπεται η εργαστηριακή αυτοτέλεια τους με τη παρουσία παρασκευαστών (ακτινολογικού και βιοχημικού εργαστηρίου), τουλάχιστον κατά την πρωινή βάρδια.
- *Φυσικοθεραπευτές* : Η ΜΕΘ πρέπει να έχει συνεχή κάλυψη από φυσικοθεραπευτές τόσο στο κανονικό ωράριο όσο και στις απογευματινές ώρες, αργίες και σαββατοκύριακα. Οι φυσικοθεραπευτές

¹ Ελένη Ασκητοπούλου «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», εκδ. Λίτσα, Αθήνα 1991, σελ. 32

είναι αναγκαίοι για την πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών, κυρίως από το αναπνευστικό και κινητικό σύστημα.

Ε. ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΕΞΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ ΜΕΘ

1. ΓΕΝΙΚΑ

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

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

2. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ¹

Οι κυριότερες ενδείξεις εισαγωγής στη ΜΕΘ είναι :

- Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια (ανεξάρτητα αιτιολογίας),
- Οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, κόματα κάθε είδους (από νευρολογικές, ενδοκρινολογικές, μεταβολικές ή άλλες αιτίες),
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις,
- Πολυτραυματίες – πολυκαταγματίες,
- Shock κάθε προέλευσης,
- Δυνητικά θανατηφόρες αρρυθμίες,
- Μετεγχειρητικές επιπλοκές (διαταραχές πήξης, περιτονίτιδα, παγκρεατίτιδα, αιμορραγίες από το γαστρεντερικό, κτλ.),

¹ Δ. Μπιλάλης, «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», Σημειώσεις, Αθήνα 1983, σελ. 11 - 12

- Σήψη,
- Οξεία νεφρική ανεπάρκεια,
- Βαριές διαταραχές ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας,
- Εγκαύματα,
- Βαριές μορφές εκλαμψίας,
- Βαριές μορφές εμβολής,
- Καρδιοχειρουργικοί ασθενείς (πρώτα 24ωρα),
- Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου,
- Ανακοπή και αναζωογόνηση,
- Οξείες δηλητηριάσεις,
- Status epilepticus,
- Κάθε παθολογική ή χειρουργική κατάσταση που αποτελεί απειλή για τη ζωή του ασθενούς (π.χ. βαριές διαταραχές στη ρύθμιση της θερμοκρασίας, τέτανος κτλ.)

3. ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ¹

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 μian ανεκτή ζωή. Αυτές οι περιπτώσεις είναι φανερό ότι δεν 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 καρδιοπάθειες στα τελικά στάδια,
- Ο εγκεφαλικός θάνατος (εκτός από περιπτώσεις που οι ασθενείς πρόκειται να γίνουν δότες οργάνων για μεταμοσχεύσεις).

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

¹ Δ. Μπιλάλης, «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», Σημειώσεις, Αθήνα 1983, σελ. 11 - 12

4. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Υπάρχουν 5 πιθανοί τρόποι εισαγωγής ασθενούς σε μία ΜΕΘ. Οι τρόποι αυτοί θα απεικονισθούν σχηματικά για ευκολότερη κατανόησης.

- Επείγοντα, εξωτερικά ιατρεία → Γραφείο κίνησης → ΜΕΘ
- Κλινική → ΜΕΘ
- Χειρουργείο → ΜΕΘ
- ΕΚΑΒ (από τον τόπο του περιστατικού) → ΜΕΘ
- ΕΚΑΒ (από άλλο νοσοκομείο) → ΜΕΘ.

5. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει :

- ❖ Λουτρά καθαριότητας επί κλίνης.
- ❖ Αλλαγή θέσεως του ασθενούς ανά 24ωρο όταν έχει απώλεια συνειδήσεως.
- ❖ Καθαριότητα στόματος.
- ❖ Σίτιση ασθενούς.
- ❖ Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή αυτών.
- ❖ Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλόμενων υγρών.
- ❖ Συνεχής παρακολούθηση των monitors και της γενικότερης κλινικής εικόνας του ασθενούς.
- ❖ Χορήγηση φαρμάκων.

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

6. ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ¹

Είναι αναμφισβήτητο ότι κάθε ασθενής θεωρείται ως βασικό στήριγμα στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του, τους θεράποντες ιατρούς και το

¹ Ι. Κασσικού, «Επισκεπτήριο ασθενών στη ΜΕΘ», Πρακτικά, 2^η Επιστημονική ημερίδα «Η νοσηλευτική στις ΜΕΘ τον 21^ο αιώνα», Αθήνα 1999, σελ. 47 - 52

νοσηλευτικό προσωπικό, που επιμελείται τη γενικότερη νοσηλεία του. Παράλληλα όμως χρειάζεται και τη συμπαράσταση των αγαπημένων προσώπων του, συγγενικών ή φιλικών. Όταν ο ασθενής όμως νοσηλεύεται σε ΜΕΘ η κατάσταση περιπλέκεται κάπως, καθώς η επαφή με τα συγγενικά του πρόσωπα είναι περιορισμένη.

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

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

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

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

7. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΞΟΔΟΥ

Υπάρχουν τρεις πιθανές εκδοχές εξόδου από τη ΜΕΘ¹. Οι εκδοχές αυτές θα απεικονισθούν σχηματικά για λόγους ευκολίας στην κατανόηση.

◆ ΜΕΘ → Κλινική

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

♦ ΜΕΘ → Επιστροφή στην οικία

♦ ΜΕΘ → Ενδεχόμενο θάνατο

8. ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ ΜΕΘ¹

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

Το κόστος νοσηλείας ενός ασθενούς στη ΜΕΘ αφορά τους κάτωθι τομείς :

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

¹ Ε. Μουλούδη, Δ. Γεωγόπουλος, «Ο ρόλος της ΜΕΘ στο σύγχρονο Νοσοκομείο», Περιοδικό «Ιατρική του σήμερα», Ιαν. – Απρ. 2001, Τεύχος 30, σελ. 8

ΣΤ. ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ

ΜΕΡΟΥΣ Ι

Ι. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘ¹

Πλεονεκτήματα : Οι ΜΕΘ είναι τμήματα τα οποία :

- σώζουν ζωές, που με τη συμβατική θεραπευτική αντιμετώπιση αποδεδειγμένα θα ήταν καταδικασμένες,
- παρέχουν διαρκή περίθαλψη από ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό,
- παρέχουν πολύπλευρη και πολυδύναμη νοσηλεία με σφαιρική αντιμετώπιση του ασθενούς,
- συγκεντρώνουν όλους τους προβληματικούς ασθενείς και διευκολύνουν το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού των άλλων τμημάτων του νοσοκομείου,
- παρέχουν εξαιρετικές συνθήκες εκπαίδευσης για ιατρούς 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 και
- συγκεντρώνουν και συγχρόνως μπορούν να αποσβέσουν, λόγω συνεχούς και όχι ευκαιριακής χρήσης, ακριβό τεχνικό εξοπλισμό.

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

- προβλήματα ιατρικής αρμοδιότητας,

¹ Ελένη Ασκητοπούλου «Ελείγουσα και Εντατική Ιατρική», εκδ. Λίτσα, Αθήνα 1991, σελ. 25 - 26

- πτώση της ποιότητας νοσηλείας των άλλων τμημάτων από την απουσία του ερεθίσματος που προσφέρει ο προβληματικός ασθενής,
- βαριές συνθήκες εργασίας του προσωπικού,
- τάση για «υπερθεραπεία» του ασθενούς,
- υποκατάσταση της έννοιας της επιβίωσης του ασθενούς με εκείνη της τεχνικά και δυνατά φυσικής,
- κίνδυνο διασποράς λοιμώξεων (ιδιαίτερα οι ΜΕΘ),
- υψηλό κόστος ανάπτυξης και λειτουργίας, γιατί οι μονάδες αυτές απαιτούν :
 - ❖ υπεύθυνη, συνεχή, και κατ ' αποκλειστικότητα συνεχή παρουσία νοσηλευτών ανά κρεβάτι 1 : 1 έως 1 : 3,
 - ❖ εκπαιδευτικό πρόγραμμα για νοσηλευτές και γιατρούς, συστηματικό, συνεχές και υψηλού επιπέδου,
 - ❖ συνεχή παρουσία ή κάλυψη από παρασκευαστές και τεχνικούς,
 - ❖ πολλούς βοηθητικούς χώρους,
 - ❖ πολυδάπανο τεχνικό εξοπλισμό για προωθημένη διερεύνηση και αντιμετώπιση του προβληματικού ασθενούς (π.χ. αναπνευστική βοήθεια, αιμοδυναμικό monitoring κτλ.) και
 - ❖ εργαστηριακή αυτοδυναμία στις βασικές εξετάσεις.

2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΘ¹

- Η έλλειψη κρεβατιών εντατικής ιατρικής είναι τεράστια στον ελληνικό χώρο. Ένας ολόκληρος πληθυσμός ασθενών, όπως και τα παιδιά, δεν καλύπτονται από κανένα είδος εξειδικευμένης εντατικής ιατρικής.
- Η παρουσία των ιατρών στις μονάδες είναι ευκαιριακή και παράλληλη με άλλη δραστηριότητα. Υπεύθυνη, συνεχής και κατ ' αποκλειστικότητα ιατρική παρουσία στη μονάδα εξασφαλίζεται μόνο σε τρία νοσοκομεία.
- Η αναγκαία ελάχιστη σχέση συνεχούς παρουσίας μιας αδελφής ανά δύο κρεβάτια είναι εξασφαλισμένη σε ελάχιστες μονάδες. Επίσης το εκπαιδευτικό πρόγραμμα των αδελφών είναι ευκαιριακό.

¹ Δ. Μπιλαλής, «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», Σημειώσεις, Αθήνα 1983, σελ. 5 - 7

- Παρασκευαστές – τεχνικοί – γραμματείς δεν προβλέπονται.
- Η έλλειψη των βοηθητικών ιδιαίτερα χώρων είναι εντυπωσιακή.
- Μόνο μια μονάδα στη χώρα μας πληροί τις ελάχιστες διεθνείς προδιαγραφές των 30 τ.μ. μεικτού χώρου ανά κρεβάτι.
- Ο τεχνολογικός εξοπλισμός παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών είναι συνήθως επαρκείς ιδιαίτερα στις στεφανιαίες μονάδες. Είναι όμως τελείως ανεπαρκής οι τεχνολογικές δυνατότητες μιας πιο προχωρημένης διερεύνησης και αντιμετώπισης του προβληματικού αρρώστου (αναπνευστική βοήθεια κτλ.).
- Σπάνια προβλέπεται η αναγκαία εργαστηριακή αυτονομία των μονάδων στις βασικές εξετάσεις.
- Είναι γεγονός ότι πολλά νοσοκομεία τόσο στο κέντρο όσο και στην επαρχία διαθέτουν τεχνολογικό εξοπλισμό σε πλήρη αδράνεια.
- Η υπευθυνότητα, ο καθορισμός αρμοδιοτήτων και η διεύθυνση μονάδων είναι μεμονωμένα κατοχυρωμένες μέσα στους οργανισμούς των νοσοκομείων.
- Η νομοθετική κάλυψη των αδελφών, που από τη φύση της δουλειάς τους έχουν πολύ διευρυμένες ευθύνες και δραστηριότητες, είναι ανύπαρκτη.

3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Οι ΜΕΘ αποτελούν πολύ σημαντικά τμήματα των νοσοκομείων επειδή μπορούν να προσφέρουν 24ώρη παρακολούθηση και μηχανική υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών ενός ανθρώπου.
- Είναι μονάδες που νοσηλεύουν βαριά περιστατικά όλων των ειδικοτήτων γι ' αυτό πρέπει να είναι κατάλληλα διαμορφωμένες, εξοπλισμένες και στελεχωμένες.
- Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του βαριά αρρώστου στην εντατική, που κινδυνεύει σε κάθε μετακίνηση, πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στο σχεδιασμό των χώρων και των διαδρόμων από το τμήμα των επειγόντων, από και προς το χειρουργείο και τα διάφορα εργαστήρια, ιδίως τον αξονικό τομογράφο.

- Η μονάδα πρέπει να βρίσκεται μακριά από θορύβους και πολυσύχναστες περιοχές του νοσοκομείου.
- Ο αριθμός των κρεβατιών μιας ΜΕΘ εξαρτάται από το μέγεθος του νοσοκομείου και τον τύπο των ασθενών που νοσηλεύει η μονάδα.
- Η αποδοτικότητα μιας μονάδας δεν καθορίζεται τόσο από τον αριθμό των κρεβατιών, όσο από την ετοιμότητα της να δεχθεί το βαρύ και μη προγραμματισμένο περιστατικό.
- Παρατηρείται μια τάση αποφυγής του προσωπικού να στελεχώσει μια ΜΕΘ λόγω της ιδιαιτερότητας του περιβάλλοντος της.
- Η στελέχωση απαιτεί εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ικανό να αντιμετωπίσει έκτακτα περιστατικά.
- Το προσωπικό των ΜΕΘ πρέπει να έχει συνεχή επιμόρφωση για να είναι σε συνεχή επαφή με τις σύγχρονες επιστημονικές μεθόδους.
- Οι ΜΕΘ ουσιαστικά «κρατιούνται» από τις νοσηλεύτριες οι οποίες προσφέρουν συνεχές, ενεργητικό και υπεύθυνο έργο.
- Η ιδανική αναλογία νοσηλεύτριας ανά κλίνη είναι 1:1.
- Η ύπαρξη μόνιμου παραϊατρικού προσωπικού θεωρείται απολύτως αναγκαία για τη σωστή λειτουργία μιας ΜΕΘ.
- Προκύπτει υψηλό κόστος ανάπτυξης και λειτουργίας μιας ΜΕΘ λόγω του εξειδικευμένου προσωπικού που απαιτείται και της χρήσης εξοπλισμού τελευταίας τεχνολογίας.
- Το κόστος νοσηλείας ασθενή στη ΜΕΘ είναι πολύ δύσκολο να υπολογισθεί. Σε γενικές γραμμές προκύπτει ότι κοστίζει 3 – 4 φορές περισσότερο από τη νοσηλεία ασθενή σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου.

4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΛΥΣΕΙΣ

- ◆ Αύξηση των κρεβατιών εντατικής ιατρικής ώστε να καλύπτεται όσο το δυνατόν περισσότερος πληθυσμός.
- ◆ Εξασφάλιση συνεχούς και κατ ' αποκλειστικότητα παρουσίας ιατρικού προσωπικού στις μονάδες.
- ◆ Ύπαρξη κινήτρων ώστε οι μονάδες να προσελκύσουν προσωπικό.

- ◆ Η παραπάνω πρόταση σε συνδυασμό με τη πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού ίσως μπορέσουν να καλύψουν την ελάχιστη σχέση νοσηλεύτριας : ασθενή, που ισχύει διεθνώς.
- ◆ Αύξηση, όπου το επιτρέπει η αρχιτεκτονική διαρρύθμιση, των βοηθητικών χώρων των μονάδων.
- ◆ Αξιοποίηση του τεχνολογικού εξοπλισμού σε μονάδες που βρίσκεται σε αδράνεια.
- ◆ Έγερση καθηκοντολογίου του προσωπικού ώστε οι αρμοδιότητες να είναι σαφώς καθορισμένες.
- ◆ Δημιουργία κέντρων κόστους ώστε να γίνει πιο εύκολος ο υπολογισμός του κόστους νοσηλείας μέσα σε μία ΜΕΘ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

**Η ΜΕΘ ΤΟΥ Πα.Γ.Ν.
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**

Α. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Με την προσπάθεια καθιέρωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη χώρα μας το 1983, επιχειρήθηκε για πρώτη φορά η άρση των ανισοτήτων μεταξύ κέντρου και περιφέρειας, με την πλήρη και ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας στους Έλληνες πολίτες μέσα και έξω από το Νοσοκομείο, με την δυνατότητα πρόσβασης των χρηστών, την ποιοτική αναβάθμιση και την σωστότερη λειτουργία των Μονάδων Υγείας .

Η άμβλυνση αυτή επιχειρήθηκε με τον Ν. 1397/83 , την ανέγερση και λειτουργία νέων μονάδων (κέντρα υγείας και νέα Νοσοκομεία) δίδοντας βάρος στην πρωτοβάθμια φροντίδα, σύμφωνα με την διατύπωση της στρατηγικής, Υγεία για όλους μέχρι το 2000, της ΠΟΥ (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας), αλλά ταυτόχρονα και με την εξειδικευμένη και υψηλού επιπέδου παροχή υπηρεσιών υγείας (δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια).

Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο στρατηγικής ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας εντάχθηκε και η ανέγερση και λειτουργία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ) . Η σύμβαση κατασκευής του Νοσοκομείου κυρώθηκε με τον Νόμο 1398/7-10-83 και ανατέθηκε στην κατασκευάστρια Γερμανική εταιρεία Philipp Holzmann AG με επιβλέπουσα αρχή την Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων (ΔΕΠΑΝΟΜ).

2. ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Η συνολική οικοπεδική έκταση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου έχει έκταση 395.390 τ.μ. περίπου, βρίσκεται σε λοφώδη έξαρση του εδάφους, στις παρυφές της πόλης και περιβάλλεται από τους πιο κάτω δρόμους :

- Την Επαρχιακή οδό Ηρακλείου – Βουτών η οποία αποτελεί την κύρια πρόσβαση προς τα χωριά : Βούτες, Αγ. Μύρων, Ασίτες, Πρινιά, Αγ. Βαρβάρα κτλ.
- Την Επαρχιακή οδό Ηρακλείου – Σταυρακίων η οποία αποτελεί την κύρια πρόσβαση προς τα χωριά : Σταυράκια, Αγ. Μύρωνα, Ασίτες, Πρινιά, Αγ. Βαρβάρας.

Το Νοσοκομείο διαθέτει 3 εισόδους :

- ✓ Την κύρια είσοδο που βρίσκεται επί της περιφερειακής οδού Ηρακλείου – Βουτών.
- ✓ Την είσοδο του αμφιθεάτρου η οποία εξυπηρετεί περισσότερο τους φοιτητές της ιατρικής και
- ✓ Την είσοδο των Επειγόντων Περιστατικών.

Στο οικόπεδο του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου επικρατεί το πράσινο. Το κτίριο είναι περιτριγυρισμένο από γκαζόν, λουλούδια, θάμνους και δέντρα πράγμα το οποίο κάνει το περιβάλλον ευχάριστο όχι μόνο στην αισθητική του χώρου αλλά προχωρώντας ακόμη περισσότερο και στην ψυχολογία του ασθενή ο οποίος έρχεται τις περισσότερες φορές όχι για καλό σκοπό στο νοσοκομείο. Στο οικόπεδο, επίσης, του νοσοκομείου υπάρχει και κίосκι καθώς και παγκάκια σε περίπτωση που κάποιος θέλει να ξεκουραστεί σε ένα πιο ευχάριστο κλίμα από αυτό του νοσοκομείου ή σε περίπτωση που θέλει να δροσιστεί κτλ. Και τέλος, για τα μικρά παιδιά υπάρχει παιδική χαρά (η οποία εντάσσεται στο παιδικό σταθμό) και βρίσκεται δίπλα στη κεντρική είσοδο του νοσοκομείου όπου μπορούν να παίζουν και να περνάνε ξένοιαστες στιγμές. Ο χώρος του οικοπέδου έχει περιφραχθεί με συρμάτινη περίφραξη ούτως ώστε να διαχωριστεί από τα υπόλοιπα τμήματα. Η πίσω πλευρά του νοσοκομείου επικοινωνεί και με το οικόπεδο της Ιατρικής Σχολής.

Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου λειτουργούσε ως Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου αλλά για το λόγο ότι όλα τα νοσοκομεία στην Κρήτη ονομάζονταν Περιφερειακά, καταργήθηκε η ονομασία αυτή.

2.1. Η χωροθέτηση του Νοσοκομείου

Το Ηράκλειο βρίσκεται περίπου στο γεωμετρικό κέντρο βάρους του διαμερίσματος ως απέχουσα ίσες περίπου αποστάσεις από τις πρωτεύουσες και τις κύριες πόλεις των νομών του Διαμερίσματος (Χανιά, Ρέθυμνο, Λασιθί), (βλ. Χάρτη 2-1).

2.2. Η υφιστάμενη παράδοση και φήμη

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

Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου έχει αποκτήσει πλέον γενική αποδοχή στις συνειδήσεις των κατοίκων του διαμερίσματος εφόσον για πολλά χρόνια αποτέλεσε ίσως το σημαντικότερο Νοσηλευτικό Κέντρο της Κρήτης. Συγχρόνως το Ιατρικό Επιστημονικό δυναμικό έχει καθιερωθεί για τις υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας που προσφέρει.

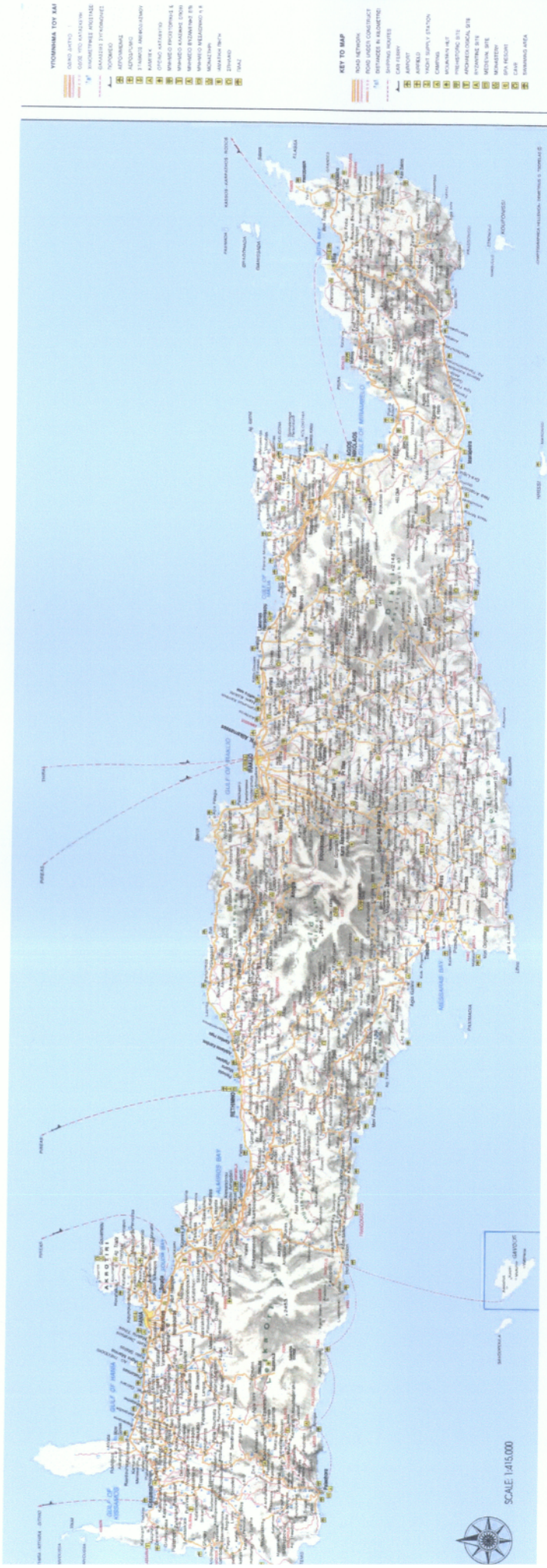
Η ακριβής θέση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου φαίνεται στο χάρτη 2-2.



Χάρτης 2-2 : Γεωγραφική θέση Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου

Πηγή : Διαδίκτυο

Χάρτης 2-1 : Γεωγραφική θέση Ηνωμένου Βασιλείου και της Αγγλίας στην Ευρώπη



3. ΣΥΣΤΕΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΟΡΕΙΣ

- Το Διοικητήριο του ΕΚΑΒ
- Ίδρυμα Σταύρου Νιάρχου (δωρεά) το οποίο είναι ξενώνας ατόμων με νεοπλασίες.
- Παιδικό Σταθμό (για τα παιδιά των Εργαζομένων)
- Προνήπιο (για τα παιδιά των εργαζομένων)
- Νήπιο (για τα παιδιά των εργαζομένων)
- Παιδική χαρά

4. ΧΩΡΟΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ

4.1. Τα κτίρια του νοσοκομειακού συγκροτήματος

Τα κτίρια που περιλαμβάνει το Νοσοκομειακό συγκρότημα είναι τα εξής :

- i. Το κτίριο Α'
- ii. Το κτίριο Β'
- iii. Το κτίριο Γ'
- iv. Το κτίριο Δ'
- v. Το κτίριο Ε'
- vi. Το κτίριο Ζ'
- vii. Το κτίριο Η'
- viii. Το κτίριο Θ'
- ix. Το κτίριο Ι'
- x. Το κτίριο Κ'

Το νοσοκομείο χωρίζεται σε 10 πτέρυγες και στεγάζει σχεδόν όλα τα νοσηλευτικά, διαγνωστικά και θεραπευτικά κέντρα του νοσοκομείου καθώς και αρκετά τμήματα υποδομής (αποθήκες,, μαγειρείο κτλ.). Ακόμη στο χώρο αυτό στεγάζονται το κτίριο του ΕΚΑΒ (Διοικητήριο), μία παιδική χαρά, ένας παιδικός σταθμός για τα παιδιά των εργαζομένων, ένα προνήπιο, ένα νήπιο, μία εκκλησία και ένα κτίριο το οποίο είναι δωρεά, το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος και λειτουργεί ως ξενώνας ατόμων με νεοπλασίες. Οι χώροι που περιλαμβάνει το κάθε κτίριο φαίνονται αναλυτικά παρακάτω :

ΚΤΙΡΙΟ Α

Ισόγειο

Παιδιατρική κλινική

Πρόωρα

1^{ος} Όροφος

Γυναικολογική – Μαιευτική κλινική

Μαιευτήριο

2^{ος} Όροφος

Ουρολογική κλινική

Κλινική χειρουργικής Παίδων

3^{ος} Όροφος

ΩΡΛ κλινική

Οφθαλμολογική κλινική

4^{ος} Όροφος

Γαστρεντερολογική κλινική

Δερματολογική κλινική

Ρευματολογική κλινική

ΚΤΙΡΙΟ Β

Ισόγειο

Παιδοαιματολογική κλινική

Χημειοθεραπεία

1^{ος} Όροφος

Α Ορθοπαιδική κλινική

Β Ορθοπαιδική κλινική

2^{ος} Όροφος

Χειρουργική – Ογκολογική κλινική

Χειρουργείο

3^{ος} Όροφος

Γενική χειρουργική και Καρδιάς –

Θώρακος – Αγγείων

ΚΤΙΡΙΟ Γ

Ισόγειο

ΚΤΙΡΙΟ Δ

Υπόγειο

Διοικητική Υπηρεσία

Εξωτερικά Ιατρεία

Ισόγειο

Διοικητική Υπηρεσία

Εξωτερικά Ιατρεία

1^{ος} Όροφος

Διοικητική Υπηρεσία

Εξωτερικά Ιατρεία

ΚΤΙΡΙΟ Ε

Υπόγειο

Φυσιοθεραπεία

Τράπεζα Αίματος

Ακτινοθεραπεία

Φαρμακείο

Νεκροτομείο

Κεντρική Αποστείρωση

Κουζίνα

Κεντρική αποθήκη

Επείγοντα Περιστατικά

Ιατρική Φωτογραφία

Απολύμανση κλινών

Εγκαταστάσεις Υπηρεσίας

Ισόγειο

Ακτινοδιαγνωστικό

Πυρηνική Ιατρική

Τεχνητός Νεφρός

Παθολογοανατομικό

Βιοχημικό

Αιματολογικό

Ψυχιατρική κλινική
ΜΕΠΚ
1^{ος} Όροφος
Αναισθησιολογική κλινική
Κλινική Παθολογίας – Ογκολογίας
ΜΕΘ
2^{ος} Όροφος
Καρδιολογική κλινική
Νεφρολογική κλινική
Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης
3^{ος} Όροφος
Α Παθολογική κλινική
Αιματολογική
4^{ος} Όροφος
Πνευμονολογική κλινική
Νευρολογική κλινική
Ενδοκρινολογική κλινική

Μαγνητικός Τομογράφος
Αξονικός Τομογράφος
Στεφανιογραφεία
Εστιατόριο
ΚΤΙΡΙΟ *Ζ
Υπόγειο - Υπογείου
Εγκαταστάσεις Υπηρεσίας
Υπόγειο
Πλυντήριο
Εγκαταστάσεις Υπηρεσίας
Συντήρηση εγκαταστάσεων
ΚΤΙΡΙΟ *Η
Ισόγειο
Πειραματόζωα
ΚΤΙΡΙΟ *Θ
Ισόγειο
Θυρωρείο
ΚΤΙΡΙΟ *Ι
Ισόγειο
Παιδικός Σταθμός
ΚΤΙΡΙΟ *Κ
Υπόγειο - Ισόγειο
Διαμονή Νοσοκόμων
Διαμονή Ιατρών

Τέλος, το νοσοκομειακό συγκρότημα περιλαμβάνει τρεις χώρους στάθμευσης :

- Ένα μικρό χώρο στάθμευσης ευθεία της πύλης του νοσοκομείου, στο βάθος, όπου χρησιμοποιείται από τους επισήμους.
- Ένα μεγάλο χώρο στάθμευσης δεξιά της πύλης του νοσοκομείου ο οποίος είναι για το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου.
- Και τέλος, ένας ακόμη μεγαλύτερο χώρο στάθμευση ο οποίος μισθώνεται και βρίσκεται εκτός και έναντι του νοσοκομείου ο οποίος διατίθεται για τους πελάτες του νοσοκομείου.

4.2. Δείκτες επάρκειας χώρων

Το συνολικό εμβαδόν των κτιριακών εγκαταστάσεων του Νοσοκομείου είναι 118.855 τ.μ., μη συμπεριλαμβανομένου των επιφανειών του Ναού, του Παιδικού Σταθμού, του προνήπιου, του νήπιου, του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος και του ΕΚΑΒ. Αν θεωρηθεί ότι σε ολόκληρη αυτή την επιφάνεια θα είναι δυνατόν να αναπτυχθεί το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου τότε για κάθε μία από τις 720 σημερινές υπάρχουσες κλίνες αντιστοιχεί εμβαδόν 165τμ. (118855τμ./720τμ.).

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

5. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΟΜΗ

Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου ιδρύθηκε με το Π.Δ./γμα 186/85 «Ίδρυση Γενικού Νοσοκομείου» (Φ.Ε.Κ. 75/Α/85) και αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, που υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ/τος 2592/53 «περί οργανώσεως της Ιατρικής αντίληψης» (Φ.Ε.Κ. 254/Α/53), όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν μεταγενέστερα και στις διατάξεις του 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (Φ.Ε.Κ. 143/Α/83), οργανώνεται και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις της κατάστασης αυτής.

Η ανάπτυξη του νοσοκομείου, στα πλαίσια του οργανισμού αυτού, γίνεται σταδιακά με αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου με τις κάθε φορά αποφάσεις και κατευθύνσεις του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Το Νοσοκομείο διοικείται από το Διοικητή (manager) και το Συμβούλιο Διοίκησης. Η θητεία του Σ.Δ. είναι 5 έτη. Ο διοικητής είναι πρόεδρος του και κάθε απόφαση αυτού και του Σ.Δ. θα πρέπει να εναρμονίζεται και να συμφωνεί απόλυτα με τον οργανισμό του νοσοκομείου. Ο Διοικητής προϊστάται όλων των υπηρεσιών του Νοσοκομείου, των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών

Ιατρείων που υπάγονται σε αυτό, συντονίζει και ελέγχει το έργο τους και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του Σ.Δ. και εκπροσωπεί όλους τους τομείς του Νοσοκομείου.

6. ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου απαρτίζεται από τις εξής υπηρεσίες :

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

Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τέσσερις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στο πρόεδρο του Δ.Σ. του νοσοκομείου. 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.

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

Ένα συνοπτικό οργανόγραμμα των υπηρεσιών του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου απεικονίζεται παρακάτω στο οργανόγραμμα 6.

6.1. Ιατρική Υπηρεσία

Η Ιατρική Υπηρεσία αποτελείται από κλινικά και εργαστηριακά τμήματα και μονάδες του Ε.Σ.Υ. καθώς και από πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες και διαρθρώνεται στους τομείς Παθολογικό, Χειρουργικό, Ψυχιατρικό, Εργαστηριακό και Κοινωνικής Ιατρικής.

Στο πρώτο στάδιο ανάπτυξης του νοσοκομείου σε κάθε τομέα λειτουργούν οι πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες που εγκαθίσταται σε αυτό, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 13 του Ν. 1397/83. Στο στάδιο αυτό ο κάθε κλινικός τομέας λειτουργεί με τον αριθμό των κρεβατιών που ορίζεται με την κοινή απόφαση, που προβλέπουν οι διατάξεις αυτές, συνολικά για τις αντίστοιχες πανεπιστημιακές κλινικές που εντάσσονται σε αυτόν.

ΤΟΜΕΙΣ:

- α1 . Παθολογικό
 - α1α . Α Παθολογικό
 - α1β . Β Παθολογικό
- α2 . Χειρουργικό
 - α2α . Α Χειρουργικό
 - α2β . Β Χειρουργικό
- α3 . Εργαστηριακό
 - α3α . Α Εργαστηριακό
 - α3β . Β Εργαστηριακό
- α4 . Κοινωνικής Ιατρικής
- α5 . Ψυχιατρικό με δύναμη

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

Α . Α Παθολογικός τομέας

α) Τμήματα :

- α1 . Παθολογία
- α2 . Ενδοκρινολογία
- α3 . Πνευμονολογία
- α4 . Δερματολογία

- α5 . Νεφρολογία
- α6 . Ρευματολογία
- α7 . Καρδιολογία
- α8 . Γαστρεντερολογία
- α9 . Αιματολογία
- α10 . Ογκολογία
- α11 . Νευρολογία
- α12 . Ογκολογία Μεταμόσχευσης Μυελού

Β . Β Παθολογικός τομέας

α) Τμήματα :

- β1 . Παιδιατρική
- β2 . Παιδ/κή Νευρολογία
- β3 . Παιδο – Αιματολογία – Ογκολογία
- β4 . Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας
- β5 . Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Παίδων
- β6 . Παιδ/κή Παιδο – Αιματολογία – Ογκολογία
- β7 . Αιμ/γία Παιδο – Αιματολογία – Ογκολογία

Γ . Α Χειρουργικός Τομέας

α) Τμήματα :

- γ1 . Γενική Χειρουργική
- γ2 . Χειρουργική Ογκολογία
- γ3 . Αγγειοχειρουργική
- γ4 . Θωρακοχειρουργική
- γ4α . Χειρ. Θωρ. Καρδιοχ/κης
- γ5 . Ουρολογία
- γ6 . Μαιευτική – Γυναικολογία
- γ7 . Παιδοχειρουργική
- γ8 . Πλαστική χειρουργική

Δ . Β Χειρουργικός Τομέας

α) Τμήματα :

- δ1 . Ορθοπαιδική

- δ2 . Οφθαλμολογία
- δ3 . Ωρλ/γία
- δ4 . Αναισθησιολογία
- δ5 . ΜΕΘ
- δ6 . Οδοντιατρική
- δ7 . Γναθοχειρουργική
- δ8 . Νευροχειρουργική

Ε . Ά Εργαστηριακός Τομέας

α) Τμήματα :

- ε1 . Ακτινοδιαγνωστική
- ε2 . Ακτινοθεραπευτική
- ε3 . Πυρηνική Ιατρική

ΣΤ . Β Εργαστηριακός τομέας

α) Τμήματα :

- στ1 . Ιατρικής Βιοπαθολογίας
- στ2 . Αιματολογίας
- στ 3 . Μονάδα αιμοδοσίας
- στ4 . Κλινικής Χημείας – Βιοχημείας
- στ5 . Ανοσολογίας – Ιστοσυμβατότητας
- στ6 . Παθολογοανατομίας – Ιστοσυμβατότητας
- στ7 . Κυτταρολογίας
- στ8 . Ιατροδικαστική – Τοξικολογία
- στ9 . Κλινικής Ιολογίας
- στ10 . Κλινικής Φαρμακολογίας

Ζ . Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής

α) Τμήματα :

- ζ1 . Κοινωνικής Ιατρικής
- ζ2 . Ιατρικής της εργασίας
- ζ3 . Γενική Ιατρική

Η. Ψυχιατρικός Τομέας

α) Τμήματα :

η1 . Ψυχιατρική

η2 . Παιδοψυχιατρικής

Στο πρώτο στάδιο ανάπτυξης του νοσοκομείου σε κάθε τομέα λειτουργούν οι πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες που εγκαθίστανται σε αυτό, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 13 του Ν. 1397/83. Στο στάδιο αυτό ο κάθε κλινικός τομέας λειτουργεί με τον αριθμό κρεβατιών που ορίζεται με τη κοινή απόφαση, που προβλέπουν οι διατάξεις αυτές, συνολικά με τις αντίστοιχες πανεπιστημιακές κλινικές που εντάσσονται σε αυτόν. Στο οργανόγραμμα 6-1 φαίνεται η διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας.

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ



Οργανόγραμμα 6-1 : Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας

Πηγή : Διαδίκτυο

6.2. Νοσηλευτική Υπηρεσία

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται σε επτά (7) τομείς τον 1^ο , 2^ο , 3^ο , 4^ο , 5^ο , 6^ο και 7^ο που ο καθένας διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα ως ακολούθως :

ι) Ο 1^{ος} και 2^{ος} τομέας διαρθρώνονται σε έξι (6) τμήματα ο καθένας, που καλύπτουν τον παθολογικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας,

ii) Ο 3^{ος} και 4^{ος} τομέας διαρθρώνονται σε τέσσερα (4) τμήματα ο καθένας, που καλύπτουν το χειρουργικό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας, εκτός του αναισθησιολογικού τμήματος και της μονάδας ανάνηψης,

iii) Ο 5^{ος} τομέας διαρθρώνεται σε πέντε (5) τμήματα που καλύπτουν τον Ψυχιατρικό τομέα και τον τομέα της Κοινωνικής Ιατρικής της Ιατρικής Υπηρεσίας,

iv) Ο 6^{ος} τομέας διαρθρώνεται σε πέντε (5) τμήματα που καλύπτουν τα εξωτερικά ιατρεία, τα διατομεακά τμήματα και τον εργαστηριακό τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας και

v) Ο 7^{ος} τομέας σε τέσσερα (4) τμήματα που καλύπτουν το αναισθησιολογικό τμήμα, την μονάδα ανάνηψης, τη κεντρική αποστείρωση και τα χειρουργεία της Ιατρικής υπηρεσίας.

Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου μπορεί να μεταφέρονται νοσηλευτικά τμήματα από τον ένα νοσηλευτικό τομέα στον άλλο, μέσα στα πλαίσια του κατώτερου και ανώτερου ορίου διάρθρωσης αυτών.

Στο νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή που αποτελείται από :

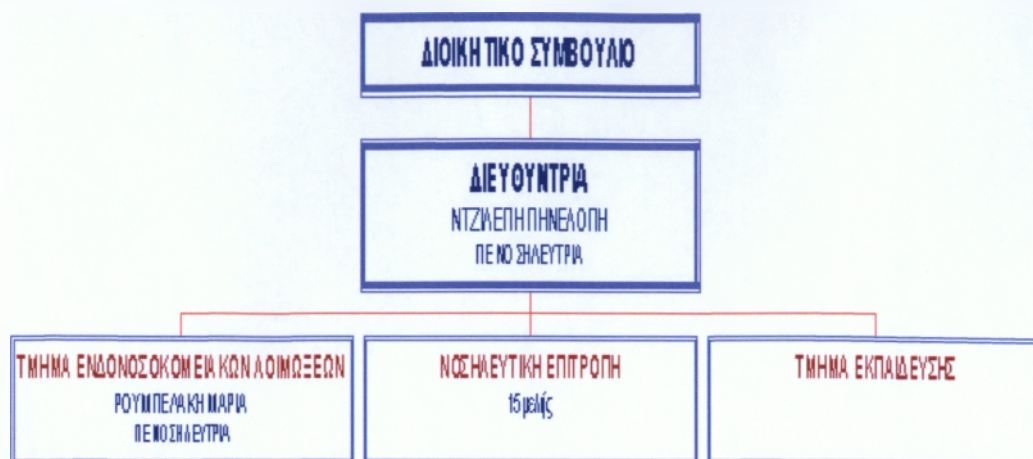
α) Τον Διευθυντή – Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ως πρόεδρο,

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

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

Τα μέλη (β) και (γ) εκλέγονται για δύο χρόνια με μυστική ψηφοφορία από το νοσηλευτικό προσωπικό του αντίστοιχου τομέα που συνέρχεται με πρόσκληση του προϊσταμένου αυτού. Τα μέλη της νοσηλευτικής επιτροπής εκλέγουν με μυστική ψηφοφορία τον αντιπρόεδρο μεταξύ των υπό στοιχείων (β) μελών και το 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 πρόεδρο της στα αρμόδια όργανα του νοσοκομείου. Στο Οργανόγραμμα 6-2 που ακολουθεί φαίνεται σχηματικά η διάρθρωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΠΕΠΑΓΝΗ



Οργανόγραμμα 6-2 : Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Πηγή : Διαδίκτυο

6.3. Διοικητική Υπηρεσία

Η Διοικητική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) Υποδιευθύνσεις :

- α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού
- β) Υποδιεύθυνση Οικονομικού

Κάθε υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή γραφεία, όπως παρουσιάζονται παρακάτω :

A. Υποδιεύθυνση Διοικητικού

α) *Τμήματα :*

- α1 . Προσωπικού
- α2 . Γραμματείας
- α3 . Κίνησης Αρρώστων
- α4 . Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
- α5 . Κοινωνικής Υπηρεσίας
- α6 . Παραϊατρικών Επαγγελματιών (Τεχνολόγων).

B. Υποδιεύθυνση Οικονομικού

α) Τμήματα :

β1 . Οικονομικού

β2 . Πληροφορικής και Οργάνωσης

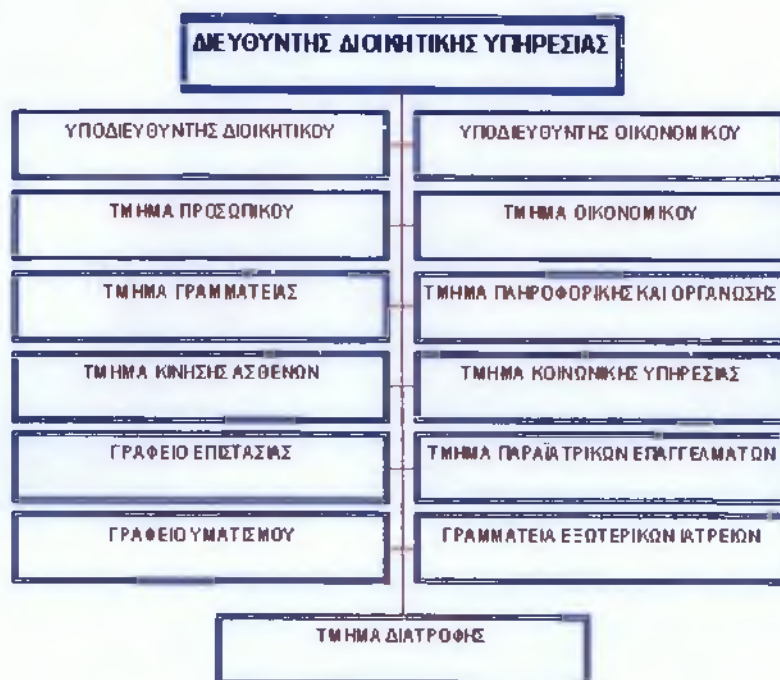
β3 . Διατροφής

β) Αυτοτελή γραφεία :

β1 . Επιστάσις

β2 . Ιματισμού

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ



Σχεδιάγραμμα 6-3 : Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας

Πηγή : Ιδία έρευνα

6.4. Τεχνική Υπηρεσία

Η τεχνική Υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται σε :

Α. Διεύθυνση Τεχνικού

α) Τμήματα :

α1 . Τεχνικού

α2 . Βιοϊατρικής τεχνολογίας.



Οργανόγραμμα 6-4 : Διάρθρωση Τεχνικής Υπηρεσίας

Πηγή : Ιδία έρευνα

7. ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ

Η συνολική οικοπεδική έκταση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου αριθμείται σε 395.390 τ.μ. και κατά συνέπεια και τα κτίσματα που βρίσκονται σε αυτήν ανήκουν στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και στην Ιατρική Σχολή.

Β. Η ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ Π.Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

1. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ Μ.Ε.Θ. ΤΟΥ Π.Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου άρχισε τη λειτουργία της στις 9.4.1992 υπό τη Διεύθυνση της Καθ. Ελένης Ασκητοπούλου που ουσιαστικά επωμίσθηκε το δύσκολο έργο της οργάνωσης και λειτουργίας και το οποίο έφερε σε πέρας με εξαιρετική επιτυχία. Στα πρώτα χρόνια της λειτουργίας της ΜΕΘ η Αναισθησιολογική Κλινική προσέφερε σημαντική βοήθεια. Από το 1998 η ΜΕΘ του Π.Γ.Ν.Η είναι αυτόνομο τμήμα με Διευθυντή τον Αναπληρωτή Καθηγητή Δημήτριο Γεωργόπουλο.

Η ΜΕΘ έχει τη δυνατότητα να νοσηλεύει περιστατικά από όλο το φάσμα των βαρέως πασχόντων (πολυδύναμη) εκτός στεφανιαίων ασθενών. Δέχεται εισαγωγές από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, το Χειρουργείο, όλες τις Κλινικές του Νοσοκομείου, από όλα τα Νοσοκομεία της Κρήτης καθώς επίσης και από την ευρύτερη Υγειονομική Περιφέρεια της Δωδεκανήσου.

Η ΜΕΘ διαθέτει 10 κρεβάτια και διακομίζει ασθενείς με εγκαύματα, παιδιά και καρδιοπαθείς που χρειάζονται νοσηλεία για πάνω από 48 ώρες στις αντίστοιχες μονάδες εγκαυμάτων, εντατικής θεραπείας παιδών και στην εντατική θεραπείακαρδιοπαθών.

Ο εξοπλισμός της ΜΕΘ είναι σύγχρονης τεχνολογίας και περιλαμβάνει πλήρη συστήματα παρακολούθησης και υποστήριξης των βασικών λειτουργιών του βαρέωςπάσχοντος.

Σε κλινικό επίπεδο η ΜΕΘ συνεργάζεται με όλες τις ειδικότητες του Νοσοκομείου ενώ σε ερευνητικό έχει συνεργαστεί ως τώρα με την Αναισθησιολογική και Πνευμονολογική Κλινική, επιθυμεί δε να επεκτείνει αυτή τη συνεργασία με άλλες κλινικές του Π.Γ.Ν.Η.

Η ΜΕΘ έχει 1 Διευθυντή, 4 επιμελητές (2ΕΑ και 2ΕΒ) και 4 εξειδικευμένους γιατρούς. Εκπαιδεύει γιατρούς άλλων ειδικοτήτων στα πλαίσια της βασικής

εκπαίδευσης της ειδικότητας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ΜΕΘ μπορεί να δεχτεί γιατρούς από οποιαδήποτε άλλη ειδικότητα. Ιδιαίτερα αξίζει να τονισθεί το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και προσφοράς του νοσηλευτικού προσωπικού της ΜΕΘ που νομίζω ότι είναι ένα από τα καλύτερα στον Ελλαδικό χώρο. Παραμένει οξύ το πρόβλημα της πλήρους ανάπτυξης και εξοπλισμού όλων των κρεβατιών της ΜΕΘ, γεγονός το οποίο απαιτεί περαιτέρω στελέχωση της τόσο με ιατρικό όσο με νοσηλευτικό προσωπικό.

Στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου γίνεται προσπάθεια ορθολογικής αντιμετώπισης των βαρέως πασχόντων με τους εξής τρόπους :

- Διαμορφώνεται ο χώρος για την καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών, με περισσότερες παροχές ρεύματος, οξυγόνου, αέρος και κενού, διαμορφώνονται αποθηκευτικοί χώροι αναλώσιμου υλικού και εξασφαλίζεται γραφείο ιατρών, με δυνατότητα διανυκτέρευσης στο χώρο της ΜΕΘ.
- Προμηθεύεται αναγκαίος εξοπλισμός για την παρακολούθηση και αντιμετώπιση, λίγων μόνο, βαρέως πασχόντων.
- Η αύξηση του αριθμού των ιατρών (ειδικευμένων ή μη) που συνεργάζονται στη ΜΕΘ, μόνο όμως σε προσωρινή βάση, επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση και αντιμετώπιση των νοσηλευομένων και τον πλήρη έλεγχο της χορηγούμενης αγωγής από το προσωπικό της ΜΕΘ.
- Η μείωση των λειτουργικών κλινών της ΜΕΘ, εξασφαλίζει τη καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών, δεδομένου του περιορισμένου διαθέσιμου χώρου, της ανάγκης μιας ελάχιστης απόστασης μεταξύ των κλινών (σύμφωνα με τις διεθνείς πρακτικές απαιτείται απόσταση 3 μέτρων) και τη διευκόλυνση της μετακίνησης του προσωπικού, του εξοπλισμού και των κλινικών.
- Η στενή συνεργασία ιατρών όλων των ειδικοτήτων (ανάλογα με τη φύση του κάθε περιστατικού) διευκολύνει την ομαλή αντιμετώπιση του ασθενούς.

Ιδιαίτερα πρέπει να τονιστεί ότι για τη βέλτιστη λειτουργία της ΜΕΘ απαιτήθηκε και παραμένει αναγκαία και πολύτιμη η συνεργασία όλων των ιατρών του Νοσοκομείου. Έτσι είναι δυνατή η αμεσότητα τόσο της διάγνωσης όσο και της θεραπείας των τόσο ευαίσθητων πασχόντων και αποφεύγεται η διακομιδή τους, με τους αναπόφευκτους κινδύνους, έξοδα και ταλαιπωρία.

Σκοπός πάντα παραμένει η συνεχής βελτίωση της παροχής υπηρεσιών και της σχέσης πασχόντων – θεράποντος για την επίτευξη βέλτιστων αποτελεσμάτων.

2. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΜΕΝΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Η ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου η οποία λειτουργεί σε νοσοκομείο 720 κλινών, δεν εξυπηρετεί μόνο το Παθολογικό Τομέα, αλλά και όλες τις κλινικές και ιδιαίτερα τις : Χειρουργική, Ορθοπαιδική, τα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) κτλ. Επίσης, λειτουργεί και ΜΕΘ ειδικά για τους καρδιοπαθείς η οποία διαθέτει επίσημα 8 + 1 κρεβάτια (σύνολο 9). Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των καρδιολογικών, και όχι μόνο, περιστατικών που εισήλθαν στη ΜΕΘ και προέρχονται από το νοσοκομείο, με μικρή μείωση των περιστατικών από τη περιφέρεια.

Αναλυτικότερα για τη λειτουργία της ΜΕΘ μπορούμε να αναφέρουμε ότι από τα έτη 1997 – 2001 παρατηρείται σταδιακή αύξηση των εισαγωγών των ασθενών. Οι πολυπληθέστερες διαγνώσεις που παρατηρούνται είναι οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, εγκεφαλική αιμορραγία, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, καρκίνος, πολυτραυματίες, δηλητηριάσεις, μετεγχειρητική παρακολούθηση, ανεύρυσμα, πνευμονία, σηπτικό shock, ανακοπή, μηνιγγίτιδα και πολλά άλλα. Πολλά από αυτά τα περιστατικά χρειάστηκαν μηχανική υποστήριξη είτε ήταν χρόνια πάσχοντες ασθενείς είτε όχι. Εδώ πρέπει να τονισθεί ότι ο αριθμός των διακομιδών είναι σχετικά μικρός πράγμα το οποίο δείχνει ότι υπάρχει πολύ καλός εξοπλισμός και ικανοποιητικό τόσο ιατρικό όσο και νοσηλευτικό προσωπικό.

3. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΜΕΘ

Τη ΜΕΘ απαρτίζουν :

- 1 Διευθυντής,
- 2 Επιμελητές Α
- 4 Επιμελητές Β
- 4 Ειδικευόμενοι ιατροί,

1 Προϊσταμένη,
33 Νοσηλευτές - τριες
5 τραυματιοφορείς και
1 φυσικοθεραπεύτρια

Οι Ειδικευόμενοι στην Εντατική Ιατρική συνιστούν 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 περισσότερα από το γεγονός ότι η έναρξη της εκπαίδευσης δεν συμπίπτει χρονικά μεταξύ των εκπαιδευομένων. Παρά τους περιορισμούς αυτούς όμως ο ειδικευόμενος / η στην Εντατική Ιατρική στο τέλος της εκπαίδευσης του / της θα πρέπει να έχει επιτύχει τους σκοπούς του προγράμματος εκπαίδευσης στην Εντατική Ιατρική. Οι σκοποί και τα αντικείμενα του προγράμματος εκπαίδευσης στην Εντατική Ιατρική της Κλινικής Εντατικής Θεραπείας του Πανεπιστημίου Κρήτης είναι:

- i. Γνώσεις (Βασικές και εφαρμοσμένες)
- ii. Ικανότητες
- iii. Στάση-Συμπεριφορά
- iv. Επικοινωνία
- v. Συνεργασία
- vi. Διοίκηση
- vii. Διδασκαλία
- viii. Επαγγελματισμός

i. Γνώσεις (Βασικές και εφαρμοσμένες)

Με δεδομένο ότι υπάρχουν βασικές γνώσεις φυσιολογίας, παθοφυσιολογίας και φαρμακολογίας ο ειδικευόμενος / η θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίζει τα σύνθετα προβλήματα του ασθενούς στη ΜΕΘ. Ειδικά:

- Ασθενής με αναπνευστική νόσο
- Ασθενής με καρδιο-αγγειακή νόσο

- Ασθενής με νευρολογική νόσο
- Ασθενής με νόσο του γαστρεντερικού συστήματος
- Ασθενής με αιματολογική νόσο
- Ασθενής με ηπατική νόσο
- Ασθενής με ρευματολογική νόσο
- Θρεπτική υποστήριξη
- Ασθενής με μεταβολική - ενδοκρινολογική νόσο
- Ασθενής με νευρομυϊκή νόσο
- Τραύμα
- Σήψη
- Τοξικολογία / Δηλητηριάσεις
- Εγκαύματα και βλάβες από ηλεκτρικό ρεύμα
- Ψυχολογικά θέματα
- Διοικητικά θέματα
- Ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας
- Ηθικά θέματα
- Διαχείριση πληροφοριών
- Μεταφορά ασθενούς
- Αντιμετώπιση του πόνου

ii. Ικανότητες

Ο ειδικευόμενος / η κατά την εκπαίδευση του θα πρέπει να αναπτύξει ικανότητες που σχετίζονται με την κατανόηση, τις ενδείξεις, τους περιορισμούς, τις επιπλοκές και την εμπειρική προσέγγιση των παρακάτω

- Τεχνικές ικανότητες
- Ικανότητες σκέψης

a. Τεχνικές ικανότητες

1) Διευθέτηση αεραγωγού

- I) Τεχνικές αναρρόφησης
- II) Στοματοφαρυγγικός αεραγωγός

1) Διευθέτηση αεραγωγού

- I) Τεχνικές αναρρόφησης
- II) Στοματοφαρυγγικός αεραγωγός
- III) Ρινοφαρυγγικός αεραγωγός
- IV) Στοματοτραχειακή διασωλήνωση
- V) Ρινοτραχειακή διασωλήνωση
- VI) Διασωλήνωση με τη βοήθεια ινοπτικού βρογχοσκοπίου
- VII) Χειρουργική διευθέτηση αεραγωγού
- VIII) Φαρμακολογία του αεραγωγού (τοπική αναισθησία, καταστολή, μυοχάλαση)

2) Μηχανικός αερισμός

Ο ειδικευόμενος / η θα πρέπει να εμβαθύνει στις αρχές λειτουργίας των αναπνευστήρων και στους διάφορους τρόπους μηχανικής υποστήριξης.

3) Χορήγηση O₂

4) Αγγειακές γραμμές

Ο ειδικευόμενος / η θα πρέπει επίσης να αποσαφηνίσει τα οφέλη και τους κινδύνους από την τοποθέτηση φλεβικών και αρτηριακών γραμμών

5) Αιμοδυναμική παρακολούθηση

Ο ειδικευόμενος / η θα πρέπει να είναι ικανός να εφαρμόσει τις διάφορες τεχνικές της αιμοδυναμικής παρακολούθησης και επίσης να γνωρίζει τους κινδύνους, τις επιπλοκές και τους περιορισμούς κάθε μεθόδου και να είναι σε θέση να ερμηνεύσει τα αποτελέσματα.

Ειδικότερα :

I) Μη αιματηρά παρακολούθηση

- ◆ Μετρήσεις βασισόμενες στην τεχνική Doppler
- ◆ Μετρήσεις θερμοκρασίας
- ◆ Κορεσμός Hb, διαδερμική παρακολούθηση αερίων αίματος
- ◆ Παρακολούθηση σφυγμού

- ◆ Ηλεκτροκαρδιογράφημα

II) Αιματηρά παρακολούθηση

- Καθετηριασμός δεξιών κοιλοτήτων
- Πιέσεις
- Καρδιακή παροχή
- Κορεσμός μικτού φλεβικού

6) Προστασία και υποστήριξη νεφρικής λειτουργίας

7) Διαγνωστική και θεραπευτική παρακέντηση

8) Τοποθέτηση θωρακο-σωλήνα

9) Αποκλεισμός μεσοπλεύριων νεύρων

10) Επείγουσα παρακέντηση περικαρδίου

11) Βηματοδότηση προσωρινή

12) Οσφυνωτιαία παρακέντηση

13) Παρακολούθηση ενδοκράνιας πίεσης

14) Τεχνικές αιμοδιήθησης

15) Ενδο-αορτική αντλία

16) Πλασμαφαίρεση

17) Διαγνωστική και θεραπευτική βρογχοσκόπηση

18) Τοποθέτηση γαστρο-οισοφάγειου σωλήνα (Sengstaken-Blakermore)

19) Τοποθέτηση ρινογαστρικού ή ρινο-νησιδικού σωλήνα

20) Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης

21) Μέτρηση ενδο-κοιλιακής πίεσης

22) Εξέταση υγρών κατά Gram

23) Εκτίμηση ιζήματος ούρων

β. Ικανότητες σκέψης

Ο ειδικευόμενος / η θα πρέπει να είναι ικανός :

- 1) να αποσαφηνίσει το αντικείμενο μάθησης που απορρέει από ένα συγκεκριμένο πρόβλημα ασθενούς,
- 2) να ανατρέχει στις πηγές μάθησης (βιβλία, μονογραφίες, περιοδικά, internet),

- 3) να αξιολογεί την προσπάθεια που καταβάλει και να σχεδιάζει τρόπους περαιτέρω βελτίωσης σε όλους τους τομείς,
- 4) να εφαρμόζει κανόνες βασιζόμενους σε ενδείξεις από τη βιβλιογραφία και
- 5) να καθορίζει την αξία και εφαρμοσιμότητα των παραπάνω δεδομένων

iii. Στάση / Συμπεριφορά

Ο ειδικευόμενος / η στην Εντατική Ιατρική θα πρέπει να εκτιμήσει τις ιδιαίτερες συνθήκες της ειδικότητας και η στάση του / της έναντι των ασθενών, της οικογένειας των, των συναδέλφων του / της και της κοινωνίας να διαμορφωθεί κατάλληλα :

1) Έναντι των ασθενών και της οικογένειας.

Να αναγνωρίσει την επίδραση που έχει το περιβάλλον της ΜΕΘ.

Να πλησιάσει, επικοινωνήσει και υποστηρίξει τόσο τους ασθενείς όσο και το οικογενειακό περιβάλλον τους

2) Έναντι των συναδέλφων

Να συμβάλλει παραγωγικά στην επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων σε όλα τα επίπεδα (εκπαίδευση, κλινικές υπηρεσίες, έρευνα) λαμβάνοντας υπό όψη ότι η φύση της ειδικότητας απαιτεί τη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων

3) Έναντι της κοινωνίας

Να προάγει στο γενικό πληθυσμό το έργο των ΜΕΘ και τη σπουδαιότητα που έχουν στη διατήρηση της υγείας

4) Έναντι του εαυτού του / της

Να αναγνωρίσει τους περιορισμούς του / της τόσο στη γνώση όσο και στις άλλες ικανότητες που επιδεικνύει και να προσπαθήσει να βελτιωθεί με κατάλληλες ενέργειες

iv. Επικοινωνία

Η παροχή υψηλής ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών από τον ειδικό εντατικολόγο προϋποθέτει αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς, με γιατρούς άλλων

ειδικοτήτων και με τους υπόλοιπους επαγγελματίες της υγείας. Η άριστη επικοινωνία και διαπροσωπικές σχέσεις είναι απαραίτητες για τη συλλογή πληροφοριών από τους ασθενείς ή την οικογένεια και τη σωστή ενημέρωση αυτών.

Με το τέλος της εκπαίδευσης ο ειδικευόμενος / η θα πρέπει:

1. Να αναγνωρίσει ότι η αποτελεσματική επικοινωνία είναι βασικό συστατικό του ολοκληρωμένου γιατρού.
2. Να οικοδομήσει σχέσεις εμπιστοσύνης που βασίζονται στην ειλικρίνεια και εμπιστευτικότητα με τους ασθενείς / οικογένεια.
3. Να είναι ικανός / η να συλλέγει πληροφορίες όχι μόνο για την τρέχουσα κατάσταση του ασθενούς αλλά και για τη γενικότερη στάση ζωής του / της
4. Να εκτιμά κατά πόσο παράγοντες όπως ηλικία, οικονομική κατάσταση, πολιτισμικό επίπεδο μπορούν να επηρεάσουν την πορεία της νόσου
5. Να είναι ικανός / η να ενημερώνει την οικογένεια των ασθενών έτσι ώστε να κατανοήσουν το πρόβλημα σε όλες του τις διαστάσεις
6. Να κατανοήσει τη σπουδαιότητα της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών της υγείας και να αποσαφηνίσει στην οικογένεια των ασθενών το ρόλο τους στη φροντίδα των ασθενών
7. Να είναι ικανός / η να επικοινωνεί αποτελεσματικά με ανθρώπους που έχουν συναισθήματα θυμού, δείχνουν επιθετικότητα ή έχουν διαφορετικό εθνικό - πολιτισμικό υπόβαθρο.
8. Να μπορεί να επικοινωνεί αποτελεσματικά με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

v. Συνεργασία

Η φύση της ειδικότητας της Εντατικής Ιατρικής επιβάλλει τη συνεργασία μεταξύ πολλών επαγγελματιών της υγείας με διαφορετικό υπόβαθρο εκπαίδευσης.

Με το τέλος της εκπαίδευσης ο ειδικευόμενος / η θα πρέπει να είναι ικανός / η:

1. Να αναγνωρίζει και να περιγράφει το ρόλο, την ειδικότητα και τους περιορισμούς όλων των μελών της ομάδας που εργάζεται στη ΜΕΘ.
2. Να σχεδιάζει και να εφαρμόζει τη θεραπεία των ασθενών σε συνεργασία με τα μέλη της ομάδας.
3. Να διαδραματίζει ενεργό ρόλο στις συναντήσεις της ομάδας και να δέχεται,

σέβεται και συζητά τη γνώμη των άλλων μελών.

4. Να περιγράψει κατά πόσο το εθνικό σύστημα υγείας επηρεάζει τη λειτουργία των ΜΕΘ σε όλα τα επίπεδα και

5. Να επικοινωνεί αποτελεσματικά με τα μέλη της ομάδας με σκοπό να επιλυθούν τυχόν διαφορές και εάν υπάρχει ανάγκη να αναλάβει ηγετικό ρόλο

vi. Διοίκηση

Ο / Η Εντατικολόγος στην ουσία καθημερινά εξασκεί διοίκηση μια και εμπλέκεται στη λήψη αποφάσεων που χρησιμοποιούν ανθρώπινο δυναμικό και πόρους που κατά κανόνα έχουν υψηλό κόστος. Η χρησιμοποίηση των δυνατοτήτων του συστήματος υγείας και η διαχείριση των πόρων θα πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε το όφελος για τον ασθενή να είναι το μέγιστο με λογικό κόστος. Φυσικά εξυπακούεται η ενεργός συμβολή του / της στην περαιτέρω οργάνωση της λειτουργίας της ΜΕΘ.

Με το τέλος της εκπαίδευσης ο ειδικευόμενος / η θα πρέπει να είναι ικανός / η:

1. Να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο θα συμβάλει στην οργάνωση της ΜΕΘ (καθημερινή κλινική πράξη, τοπικό, επαρχιακό, εθνικό επίπεδο).
2. Να κατανοήσει τη δομή, τη λειτουργία και πόρους του εθνικού συστήματος υγείας και να διαδραματίζει ενεργό ρόλο στη λειτουργία του και στη βελτίωση του.
3. Να λαμβάνει κλινικές αποφάσεις βασιζόμενος σε ισχυρές ενδείξεις που ωφελούν τους ασθενείς και το πληθυσμό που υπηρετεί ιατρικά.
4. Να διαδραματίζει ενεργό ρόλο στο σχεδιασμό της λειτουργίας της ΜΕΘ, στη εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος και στην αξιολόγηση του συνολικού προγράμματος λειτουργίας

vii. Διδασκαλία

Ο / Η Εντατικολόγος θα πρέπει να είναι διαρκώς σε διαδικασία μάθησης και να χρησιμεύει σαν μοντέλο για άλλους συναδέλφους. Μέσα από τη διδασκαλία ο / η Εντατικολόγος συμβάλει στην αναγνώριση του ρόλου της ΜΕΘ στο σύστημα υγείας

και βελτιώνει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Με το τέλος της εκπαίδευσης ο ειδικευόμενος / η θα πρέπει να είναι ικανός / η:

Κλινικά

1. Να θέτει ένα κλινικό ερώτημα
2. Να αναγνωρίζει και να ορίζει το χάσμα που υπάρχει μεταξύ της γνώσης και της εξειδίκευσης σε σχέση με την κλινική ερώτηση
3. Να σχεδιάζει τρόπους για να εξαφανίσει το χάσμα
 - α) Να ανατρέχει στη σχετική με την κλινική ερώτηση βιβλιογραφία
 - β) Να εκτιμά κριτικά τη βιβλιογραφία
 - γ) Να αναπτύξει ένα ατομικό σύστημα για να αποθηκεύσει τις σχετικές πληροφορίες
 - δ) Να συμβουλευτεί άλλους με τρόπους που προάγουν τη συλλογική εργασία

Ερευνητικά

1. Να θέτει μια ερευνητική ερώτηση
2. Να αναπτύξει μια ερευνητική πρόταση για να απαντήσει στο ερώτημα
 - α) Να ανατρέχει στη σχετική με το ερευνητικό ερώτημα βιβλιογραφία
 - β) Να εκτιμά κριτικά τη βιβλιογραφία
 - γ) Να συμβουλευτεί και να συνεργάζεται με τους κατάλληλους ειδικούς
 - δ) Να προτείνει την κατάλληλη μεθοδολογία για να απαντήσει το ερώτημα

Εκπαιδευτικά

1. Να κατανοήσει τις ιδιαιτερότητες εκπαίδευσης που εμφανίζουν ατομικά οι εκπαιδευόμενοι
2. Να αναπτύξει το προσωπικό σύστημα εκπαίδευσης βασισμένος στις γενικές αρχές της μάθησης

viii. Επαγγελματισμός

Με το τέλος της εκπαίδευσης ο ειδικευόμενος / η θα πρέπει

1. Να έχει συμπεριφορά συμβατή με τις κύριες αρχές του επαγγελματισμού
2. Να χρησιμοποιεί τέτοιες στρατηγικές ώστε να διατηρεί και να βελτιώνει περαιτέρω αυτές τις αρχές.
3. Διαρκώς να αξιολογεί τις ικανότητες και γνώσεις του / της και να γνωρίζει τις αδυναμίες και περιορισμούς του / της.

4. Να χρησιμοποιεί τεχνικές και στρατηγικές που να τον / την βοηθούν να βελτιώνει τις επαγγελματικές σχέσεις
5. Να εξισορροπεί τον προσωπικό με τον επαγγελματικό του / της ρόλο και να προσπαθεί να αμβλύνει τις όποιες συγκρούσεις απορρέουν από αυτούς του δύο ρόλους
6. Να γνωρίζει και να κατανοεί τους επαγγελματικούς, νομικούς και ηθικούς κώδικες που σαν γιατρός είναι υποχρεωμένος / η να τηρεί.
7. Να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τη μη επαγγελματική συμπεριφορά, βασιζόμενος / η στους τοπικούς / εθνικούς κανόνες

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

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

- ✓ Η συνεργασία όλων των ιατρών του νοσοκομείου με τους ιατρούς της ΜΕΘ συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας νοσηλείας της Μονάδας, διότι εξασφαλίζεται ολιστική αντιμετώπιση της κατάστασεως του ασθενούς.
- ✓ Πρόκειται για πολυδύναμη ΜΕΘ η οποία εξυπηρετεί όλους τους τομείς του νοσοκομείου.
- ✓ Προσφέρεται ικανοποιητική εκπαίδευση του ειδικευόμενου ιατρικού προσωπικού με πρακτική και θεωρητική διδασκαλία.
- ✓ Η επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των ιατρών του νοσοκομείου συμβάλει στην αποσυμφόρηση της ΜΕΘ.
- ✓ Ο αριθμός των κλινών δεν είναι ικανοποιητικός σε σχέση με τον πληθυσμό του νομού, πράγμα το οποίο σημαίνει την αντιμετώπιση λιγότερων περιστατικών.
- ✓ Το ιατρικό προσωπικό (και συγκεκριμένα οι ειδικευόμενοι ιατροί) διαθέτει γνώσεις, ικανότητες, συμπεριφορά, επικοινωνία, συνεργασία, διοίκηση, διδασκαλία και επαγγελματισμό.

Γ. ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

1. ΜΕΓΕΘΟΣ ΜΕΘ

Το μέγεθος της ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου είναι 658 τ.μ. περίπου. Αυτό σημαίνει ότι σε κάθε κλίνη αντιστοιχούν 65,8 τ.μ. μεικτού χώρου (658 τ.μ. / 10 κλίνες). Το μέγεθος αυτό κρίνεται ικανοποιητικό εάν αναλογισθεί κανείς ότι ως ελάχιστος αναγκαίος χώρος μιας ΜΕΘ θεωρούνται τα 30 τ.μ. μεικτού χώρου.

Όσον αφορά τον απόλυτο αριθμό των κρεβατιών προκύπτει ότι 1 κρεβάτι της ΜΕΘ αντιστοιχεί σε 72 νοσοκομειακά κρεβάτια (720/10) και αυτή η σχέση θεωρείται μη ικανοποιητική διότι με τα δεδομένα αυτά η ΜΕΘ καλύπτει σχεδόν το 1,4% του συνόλου των νοσηλευόμενων ασθενών στο νοσοκομείο εάν αναλογισθεί κανείς ότι ιδανική θεωρείται η αναλογία 3 – 5 % του συνόλου των κλινών του νοσοκομείου.

Τέλος, με οικονομοτεχνικές μελέτες που έχουν διενεργηθεί σχετικά με τον αριθμό των κλινών και την πληρότητα και εδώ η ΜΕΘ του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου είναι εντός των δεδομένων ορίων (βλ. κεφάλαιο 1, παραγρ. 3.1). Η Μονάδα διαθέτει 8 + 2 κλίνες (σύνολο 10) και η πληρότητα της είναι περίπου στο 70% (ακριβώς στο όριο) άρα θεωρείται οικονομικά συμφέρουσα. Επίσης πρέπει να πούμε ότι σε κάθε κρεβάτι της ΜΕΘ αντιστοιχεί πληθυσμός 26490 ατόμων (264906 πληθυσμός / 10 κλίνες) για τα έτη 1997 – 2000 και 29249 ατόμων (292489 / 10) για το έτος 2001. Η αναλογία αυτή θεωρείται ανεπίτρεπτη καθώς η αναλογία που αντιστοιχεί εδώ είναι 3000 άτομα ανά 1 κρεβάτι της ΜΕΘ.

2. ΘΕΣΗ ΜΕΘ

Παρόλο που σαν μέγεθος η ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου πληροί τα περισσότερα standards σαν πλήθος κλινών όμως είναι αρκετά ανεπαρκής αλλά και σαν θέση στο κτιριακό συγκρότημα είναι αρκετά απομονωμένη.

Συγκεκριμένα η ΜΕΘ βρίσκεται στο πρώτο όροφο του Γ' κτιρίου πράγμα το οποίο συνεπάγει ότι για να φτάσει κάποιος εκεί πρέπει να περάσει τα κτίρια Α' και Β' και αναφερόμαστε σε αρκετά μεγάλη απόσταση όπου είναι πολύ δύσκολο να καλυφθεί από ηλικιωμένους πόσο μάλλον από άτομα με κινητικά προβλήματα. Το Γ' κτίριο βρίσκεται στο τέλος του διαδρόμου (που οδηγεί στις κλινικές) και μετά από όλα τα εργαστήρια. Και εδώ πρέπει να σημειωθεί άλλο ένα μειονέκτημα: η ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου βρίσκεται σε αρκετά μεγάλη απόσταση από τα εργαστήρια όπως Μαγνητικό Τομογράφο, Αξονικό Τομογράφο, Σπινθηρογράφημα κτλ. Όσον αφορά την απόσταση από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, αυτή είναι ακόμη μεγαλύτερη καθώς τα ΤΕΠ βρίσκονται στο Υπόγειο του κτιρίου. Κάτι τέτοιο αποτελεί μειονέκτημα σε περίπτωση μεταφοράς του ασθενή από τα ΤΕΠ στη ΜΕΘ του νοσοκομείου λόγω χάσιμο χρόνου.

Τα πλεονεκτήματα της ΜΕΘ είναι ότι υπάρχει ξεχωριστή ΜΕΘ καρδιοπαθών και αυτό είναι καλό διότι οι χρόνιοι ασθενείς δε θα έχουν καμία επαφή με τους πολυτραυματίες κτλ. οι οποίοι βιώνουν καθημερινά τον πόνο και την τραγωδία με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται ψυχολογικά και ίσως αυτό να έχει αντίκτυπο στη γενικότερη πορεία της υγείας τους. Επίσης οι καρδιοπαθείς είναι σύνηθες περιστατικό και αποτελεί ξεχωριστή φροντίδα και θεραπεία από τα υπόλοιπα. Ακόμη στη ΜΕΘ βρίσκονται και χειρουργεία οπότε και δεν χρειάζεται η μεταφορά των ασθενών σε άλλο κτίριο για να εγχειριστούν. Τέλος, ο χώρος όπου έχει «φτιαχτεί» η ΜΕΘ είναι ιδικά διαμορφωμένος ώστε να απομονώνονται κάθε είδους θόρυβοι και να υπάρχει ησυχία. Ανέκαθεν η θέση της ΜΕΘ επιβάλλεται να είναι απομονωμένη ή ξεχωριστή από τις υπόλοιπες κλινικές, μακριά από θορύβους και μετακινήσεις επισκεπτών.

3. ΧΩΡΟΙ ΜΕΘ

Η ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου είναι αρκετά επαρκής όσον αφορά τους βοηθητικούς χώρους που περιλαμβάνει. Συγκεκριμένα η μονάδα περιλαμβάνει τους εξής χώρους :

- ◆ 11κλινο Παθολογικό
- ◆ Εργαστήριο

- ◆ Γραφείο Προϊσταμένης
- ◆ Γραφείο Διευθυντή
- ◆ Γραφείο ιατρών
- ◆ Στάση Αδελφής
- ◆ Στάση τρόλεϊ
- ◆ Μόνωση
- ◆ Προθάλαμο
- ◆ Θάλαμος ακτινοβολιών
- ◆ Θάλαμος νεκρών
- ◆ Αέρια έκτακτης ανάγκης
- ◆ Αποθήκη
- ◆ Αποθήκη καθαρών
- ◆ Αποθήκη ακαθάρτων
- ◆ Είδη καθαριότητας
- ◆ Ανάπαυση προσωπικού
- ◆ Διανυκτέρευση ιατρών
- ◆ Σεμινάρια
- ◆ Διάδρομοι
- ◆ Όφφις
- ◆ Ντούς
- ◆ Αποδυτήρια επισκεπτών
- ◆ Τουαλέτες Επισκεπτών
- ◆ Τουαλέτες προσωπικού

Σε αυτό το σημείο πρέπει να επισημάνουμε ότι όλες οι αίθουσες κλιματίζονται πράγμα το οποίο είναι πάρα πολύ σημαντικό γιατί ο κλιματισμός δίνει τη δυνατότητα ελέγχου της θερμοκρασίας άνω ή κάτω της επικρατούσης, επίσης ελέγχει την υγρασία με ταυτόχρονο φιλτράρισμα του αέρα. Οι χώροι της ΜΕΘ απεικονίζονται στο σχεδιάγραμμα 3-1 που ακολουθεί.

4. ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΜΕΘ

Για τη σωστή λειτουργία της ΜΕΘ απαιτούνται κάποια εξειδικευμένα μηχανήματα, τα οποία δεν διαθέτει κανένα άλλο τμήμα του νοσοκομείου. Ο χειρισμός των μηχανημάτων αυτών γίνεται από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό της μονάδας. Κάποια από αυτά απαιτούν ικανή εμπειρία από το προσωπικό. Λανθασμένη χρήση τους ίσως και να εγκυμονεί μεγάλους κινδύνους και μπορεί να αποβεί μοιραία για τη ζωή των νοσηλευομένων στη ΜΕΘ. Στον πίνακα 4-1 που ακολουθεί φαίνεται αναλυτικά ο εξοπλισμός της ΜΕΘ.

ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ \ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΑΞΙΑ
DOPLER ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ	1	11566,25
TRAMSCOPE 12C	3	
ΑΝΑΛΥΤΗΣ	1	
ΑΝΑΛΥΤΗΣ ΑΕΡΙΩΝ	2	
ΑΝΑΛΥΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ	1	
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑΣ	12	8100000
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑΣ UV2	13	
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑΣ ΒΙΡΑΡ	5	
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑΣ Ν. ΜΗΧ / ΜΑ	3	
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑΣ ΦΟΡΗΤΟΣ ΜΟΝΑΔΑΣ	1	3999999
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑΣ - ΣΥΜΠΙΕΣΤΗΣ	1	
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ	1	
ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ	15	
ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΗΣ ΕΜΒΟΛΗΣ	2	2423
ΑΝΤΛΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ	2	
ΑΝΤΛΙΑ ΕΓΧΥΣΗΣ	81	
ΑΝΤΛΙΑ ΕΓΧΥΣΗΣ ΕΚΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ	1	

ΑΝΤΛΙΑ ΕΝΔΟΑΟΡΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ	1	
ΑΠΙΝΙΔΩΤΗ	2	
ΔΙΑΦΑΝΟΣΚΟΠΙΟ	5	
ΖΥΓΟΣ (ΑΚΡΙΒΕΙΑΣ)	1	
ΗΛ. ΠΙΕΣΟΜΕΤΡΟ	3	
ΘΕΡΜΑΙΝΟΜΕΝΟ ΣΤΡΩΜΑ	1	
ΙΝΟΟΠΤΙΚΟ ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΙΟ ΚΑΙ ΦΩΤΕΙΝΗ ΠΗΓΗ	1	9349,96
ΚΑΠΝΟΓΡΑΦΟΣ	1	
ΚΑΠΝΟΓΡΑΦΟΣ ΟΞΥΜΕΤΡΟ	1	1646100
ΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΟΣ	4	3280
ΚΑΤΑΓΡΑΦΙΚΟ	3	
ΚΑΤΑΓΡΑΦΙΚΟ ΟΞΥΜΕΤΡΟΥ	1	
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΟΝΙΤΟΡ	4	12032
ΚΛΙΒΑΝΟΣ	1	
ΜΗΧ / ΜΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ	3	
ΜΗΧ / ΜΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ	3	
ΜΗΧ / ΜΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ	4	
ΜΟΝΙΤΟΡ	19	12032
ΜΟΝΙΤΟΡ (BRAIN PRESURE)	1	
ΜΟΝΙΤΟΡ (CPD)	1	
ΝΕΦΕΛΟΠΟΙΗΤΗΣ	2	
ΟΞΥΜΕΤΡΟ9		
ΠΑΛΜΙΚΟ ΟΞΥΜΕΤΡΟ	1	1000
ΠΑΛΜΙΚΟ ΟΞΥΜΕΤΡΟ CRITICON	1	
ΠΗΓΗ ΨΥΧΡΟΥ ΦΩΤΙΣΜΟΥ	1	
ΠΡΟΒΟΛΕΑΣ	1	
ΠΡΟΣΟΜΟΙΩΤΗΣ	1	
ΠΡΟΣΟΜΟΙΩΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ	2	
ΣΠΕΙΡΟΜΕΤΡΟ	2	700
ΣΥΣΚΕΥΗ ΘΕΡΜΑΝΣΗΣ	3	

ΣΥΣΚΕΥΗ ΘΕΡΜΑΝΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	2	
ΣΥΣΚΕΥΗ ΠΑΡ. ΚΑΡ. ΠΑΡ.	1	
ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ	1	
ΥΠΕΡΗΧΟΣ	1	
ΦΟΡΗΤΟΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑΣ ΒΙΡΑΡ (ΠΝΟΗ)	1	7272,19
ΦΥΤΟΚΕΝΤΡΟΣ	4	

Πίνακας 4-1 : Εξοπλισμός ΜΕΘ Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου και κόστος αγοράς αυτού.

Πηγή : Γραφείο Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

Δ. ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΜΕΘ

1. ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕΘ

Η ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου στελεχώνεται με το εξής προσωπικό :

- α) Διοικητικό προσωπικό
- β) Ιατρικό προσωπικό
- γ) Νοσηλευτικό προσωπικό
- δ) Βοηθητικό Νοσηλευτικό

Στο πίνακα 1-1 που ακολουθεί παρουσιάζεται η στελέχωση της Μονάδας..

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ \ ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ
ΙΑΤΡΙΚΟ	10
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	33
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ	1
ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ	5
ΣΥΝΟΛΟ	49

Πίνακας 1-1 : Αριθμητική κατανομή του προσωπικού ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου

Πηγή : Προϊσταμένη ΜΕΘ Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου

Παρατηρούμε ότι το προσωπικό είναι αρκετά ικανοποιητικό σε σχέση με τις κλίνες και τον αριθμό των ασθενών. Το ιατρικό προσωπικό φτάνει το ποσοστό 1 : 1 (δηλαδή 1 ιατρός ανά κρεβάτι), ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ακριβώς 1 : 3 (δηλαδή ανά κλίνη, 3 νοσηλεύτες), πράγμα το οποίο μπορούμε να πούμε ότι ξεπερνάει τα δεδομένα που έχουν αναλογία 1 : 1 ή το πολύ 2 : 1..

2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕΘ

Μια μέθοδος για να ελέγξουμε τη ποιοτική ανάλυση του προσωπικού της ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου είναι να διαχωρίσουμε το προσωπικό ανάλογα με το μορφωτικό του επίπεδο όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 2-1 που ακολουθεί.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΠΕ	ΤΕ	ΔΕ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ			
ΙΑΤΡΙΚΟ	10	-	-
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	-	30	3
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ	1	-	-
ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ	-	-	5
Σύνολο	11	30	8

Πίνακας 2-1 : Αριθμητική κατανομή του προσωπικού ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης

Πηγή : Ιδία έρευνα

Με βάση το πίνακα λοιπόν παρατηρούμε ότι το προσωπικό της ΜΕΘ έχει ένα αρκετά ικανοποιητικό ποιοτικό επίπεδο. Το μεγαλύτερο ποσοστό του προσωπικού ανήκει στη κατηγορία Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (κάτι τέτοιο συμβαίνει διότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι το πιο πολυπληθές), ακολουθεί το προσωπικό με Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση (εξαιτίας του ιατρικού προσωπικού) και τέλος το προσωπικό με Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (συνήθως είναι το βοηθητικό προσωπικό).

Ε. ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΜΕΘ

1. ΚΙΝΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΘ

Η καταγραφή, επεξεργασία και παρουσίαση στοιχείων για τη κίνηση των ασθενών της ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου αποτελεί τον κύριο σκοπό του κεφαλαίου αυτού της εργασίας. Θα εξετασθεί η περίοδος 1997 – 2001. Κατά το διάστημα 2002 – 2003 δεν υπάρχουν καθόλου στατιστικά στοιχεία ή κάποια από αυτά είναι ελλιπείς, σχετικά με το μητρώο ασθενών, για άγνωστους λόγους. Έτσι για τα υπόλοιπα έτη θα μελετηθούν οι συνολικές εισαγωγές του νοσοκομείου και της ΜΕΘ, θα γίνει διαχωρισμός εισαγωγών με βάση τους ασθενείς που εισήχθησαν κατευθείαν στη ΜΕΘ και εκείνους που από κάποια κλινική του νοσοκομείου μεταφέρθηκαν στη Μονάδα, θα εξετασθεί ο μήνας εισαγωγής των ασθενών στη ΜΕΘ, των φύλο των ασθενών, η ηλικία τους, ο αριθμός των διακομιδών, νοσολογικά στοιχεία των ασθενών, η θνησιμότητα και τέλος η Μέση Διάρκεια Νοσηλείας τους.

1.1. Συνολικές εισαγωγές και εισαγωγές στη ΜΕΘ

Το 1997 εισήχθησαν στο Πα.Γ.Ν.Η. 36319 άτομα συνολικά, εκ των οποίων το 1,2% (433 άτομα) νοσηλεύτηκε στη ΜΕΘ ενώ το 98,9% (35886) στις άλλες κλινικές του νοσοκομείου. Το 1998 εισήχθησαν στο Νοσοκομείο 37068 άτομα εκ των οποίων το 1,4% (515 άτομα) νοσηλεύτηκε στη Μονάδα. Το 1999 εισήχθησαν 39074 άτομα εκ των οποίων το 1,4% (557 άτομα) νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ. Το 2000 εισήχθησαν 41486 άτομα εκ των οποίων το 1,4% (561 άτομα) νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ. Το 2001 εισήχθησαν 42669 άτομα εκ των οποίων το 1,1% (466 άτομα) νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ. Κατά τα έτη 2002 – 2003 όπως επισημάναμε και παραπάνω δεν υπάρχουν μηχανογραφημένα στοιχεία σχετικά με το μητρώο ασθενών της ΜΕΘ και όσον αφορά το 2004 είναι το τρέχον έτος και για το λόγο αυτό δεν υπάρχουν συνολικά ετήσια ποσοστά προς σύγκριση. Στον πίνακα 1-1 που ακολουθεί φαίνονται οι εισαγωγές αριθμητικά και ποσοστιαία.

ΕΤΟΣ ΚΛΙΝΙΚΗ	1997	1998	1999	2000	2001
ΜΕΘ	433 (1,2 %)	515 (1,4%)	557 (1,4%)	561 (1,4%)	466 (1,1%)
ΛΟΙΠΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	35886 (98,8%)	36553 (98,6%)	38517 (98,6%)	40925 (98,6%)	42233 (98,9%)
ΣΥΝΟΛΟ	36319 (100%)	37068 (100%)	39074 (100%)	41486 (100%)	42699 (100%)
Μ.Τ.Ν	9768	11145	11989	12482	11154
Μ.Σ.Φ.Π.Κ.	881	1086	1216	1617	1921
Μ.Β.Ν.	1612	2513	3076	2444	2543
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	48580	51812	55355	58029	58317

Πίνακας 1-1 : Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των συνολικών εισαγωγών και των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου τα έτη 1997-2001.

Πηγή : Στατιστική Υπηρεσία Πα.Γ.Ν.Η.

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι συνολικές εισαγωγές στο νοσοκομείο, διαχρονικά αυξήθηκαν και ανάλογη αύξηση παρατηρείται και στις εισαγωγές των ασθενών στη ΜΕΘ. Εδώ πρέπει να υπενθυμίσω ότι τα κρεβάτια της Μονάδας αυξήθηκαν από 8 σε 10 γεγονός που δικαιολογεί την αύξηση αυτή των εισαγωγών.

1.2. Διαχωρισμός εισαγωγών ΜΕΘ

Σκοπός μας εδώ είναι να δούμε πόσοι ασθενείς εισήχθησαν κατ' ευθείαν στην ΜΕΘ, πόσοι νοσηλεύονταν ήδη στο νοσοκομείο και εισήχθησαν αργότερα στη ΜΕΘ, πόσοι εισήχθησαν από άλλο νομό, και τέλος, πόσοι από άλλο νοσοκομείο.

ΕΤΗ ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ	ΕΤΗ				
	1997	1998	1999	2000	2001
ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ	264 (61%)	328(63,7%)	367(65,9%)	386 (68,8%)	332 (71,2%)
ΚΑΤ' ΕΥΘΕΙΑΝ	125 (28,9%)	130 (25,2%)	139 (25%)	123 (21,9%)	78 (16,7%)
ΑΛΛΟ ΝΟΜΟ	1 (0,2%)	25 (4,8%)	15 (2,7%)	17 (3%)	24 (5,2%)
ΑΛΛΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	1 (0,2%)	7 (1,4%)	22 (3,9%)	15 (2,7%)	13 (2,8%)
ΑΓΝΩΣΤΟ	42 (9,7%)	25 (4,9%)	14 (2,5%)	20 (3,6%)	19 (4,1%)
ΣΥΝΟΛΟ	433	515	557	561	466

Πίνακας 1-2 : Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή της προέλευσης των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου τα έτη 1997 - 2001

Πηγή : Γραμματεία ΜΕΘ Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου



Ραβδόγραμμα 1-2 : Αριθμητική κατανομή της προέλευσης εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου τα έτη 1997 - 2001

Πηγή : Ιδία έρευνα

Από το παραπάνω ραβδόγραμμα παρατηρούμε ότι οι εισαγωγές που γίνονται στη ΜΕΘ από κάποια άλλη κλινική του νοσοκομείου είναι σχεδόν οι διπλάσιες από τις εισαγωγές που γίνονται κατ' ευθείαν στη ΜΕΘ χωρίς να νοσηλεύεται ο

ασθενείς. Συνήθως αυτά τα περιστατικά έρχονται από τα ΤΕΠ όπου γίνεται διάγνωση και στέλνονται επειγόντως στη ΜΕΘ. Τέτοια περιστατικά είναι τα τροχαία, δηλητηριάσεις κτλ.

Από τα 433 άτομα που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα το 1997 το 28,9% (125 άτομα) ήταν ασθενείς που εισήχθησαν κατ' ευθείαν σ' αυτή. Ομοίως για το 1998 από τα 515 άτομα που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα το 25,2% (130 άτομα) εισήχθησαν κατ' ευθείαν στη ΜΕΘ. Το 1999 από τα 557 άτομα που νοσηλεύτηκαν, εισήχθησαν κατ' ευθείαν στη Μονάδα το 25% (139 άτομα). Το 2000 νοσηλεύθηκαν στη Μονάδα 561 άτομα από τα οποία το 21,9% (123 άτομα) εισήχθη κατ' ευθείαν σ' αυτή. Τέλος, το έτος 2001 από τα 466 άτομα που νοσηλεύτηκαν, κατ' ευθείαν εισήχθησαν στη Μονάδα (μέχρι τον Οκτώβριο) το 16,7% (78 άτομα). Τέλος, με μία γρήγορη ματιά στο ραβδόγραμμα μπορεί κάποιος να παρατηρήσει την αυξανόμενη πορεία των ενδονοσοκομειακών μετακινήσεων των ασθενών προς τη ΜΕΘ σε αντίθεση με τη μείωση των κατ' ευθείαν εισαγωγών στη ΜΕΘ ανά έτος.

1.3. ΜΗΝΑΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Η ροή εισαγωγής των ασθενών στη ΜΕΘ κάποιους μήνες του χρόνου είναι αυξημένη ενώ κάποιους άλλους μειωμένη. Στον πίνακα 1-3 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι εισαγωγές που σημειώθηκαν καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου, για τα έτη 1997 – 2001.

Για το έτος 1997 παρατηρούμε ότι ο μήνας με το μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών ήταν ο Ιανουάριος, ενώ με το μικρότερο ο Αύγουστος. Για το 1998 ο μήνας με το μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών ήταν ο Ιούλιος, ενώ με το μικρότερο ο Απρίλιος. Για το έτος 1999 ο μήνας με τις περισσότερες εισαγωγές ήταν ο Απρίλιος, ενώ με τις λιγότερες ο Φεβρουάριος. Όσον αφορά το έτος 2000 ο μήνας με τις περισσότερες εισαγωγές ήταν ο Ιανουάριος ενώ με τις λιγότερες ο Οκτώβριος. Τέλος, για το έτος 2001 ο μήνας με τις περισσότερες εισαγωγές ήταν ο Αύγουστος ενώ με τις λιγότερες ήταν ο Οκτώβριος χωρίς να γνωρίζουμε τα ποσοστά του Νοεμβρίου και Δεκεμβρίου. Παρατηρούμε λοιπόν ότι όλοι σχεδόν οι μήνες αναφέρθηκαν πράγμα το οποίο είναι λογικό καθώς η ασθένεια ή

οτιδήποτε σχετικό με αυτήν δεν έχει να κάνει με το χρόνο, το τόπο και (λιγότερο) με την ηλικία.

ΕΤΟΣ ΜΗΝΑΣ	1997	1998	1999	2000	2001
Ιανουάριος	48	38	45	65	53
Φεβρουάριος	38	39	36	39	52
Μάρτιος	40	46	53	51	46
Απρίλιος	34	25	55	62	37
Μάιος	29	43	49	48	43
Ιούνιος	32	58	54	38	46
Ιούλιος	30	51	42	51	50
Αύγουστος	26	47	53	45	56
Σεπτέμβριος	37	32	42	46	47
Οκτώβριος	43	44	43	21	36
Νοέμβριος	34	47	44	55	-
Δεκέμβριος	42	45	41	40	-
ΣΥΝΟΛΟ	433	515	557	561	466

Πίνακας 1-3 : Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών με βάση το μήνα εισαγωγής στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου τα έτη 1997 – 2001.

Πηγή : Γραμματεία ΜΕΘ Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου.

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΘ

Στην παράγραφο αυτή θα παρουσιασθούν στοιχεία που αφορούν το φύλο και την ασθένεια των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο κατά τα έτη 1997 – 2001. Επίσης θα ασχοληθούμε με την Μέση Διάρκεια Νοσηλείας αυτών, τις διακομιδές τους σε άλλο νοσοκομείο καθώς και το ποσοστό θνησιμότητας κάθε έτους.

2.1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενών

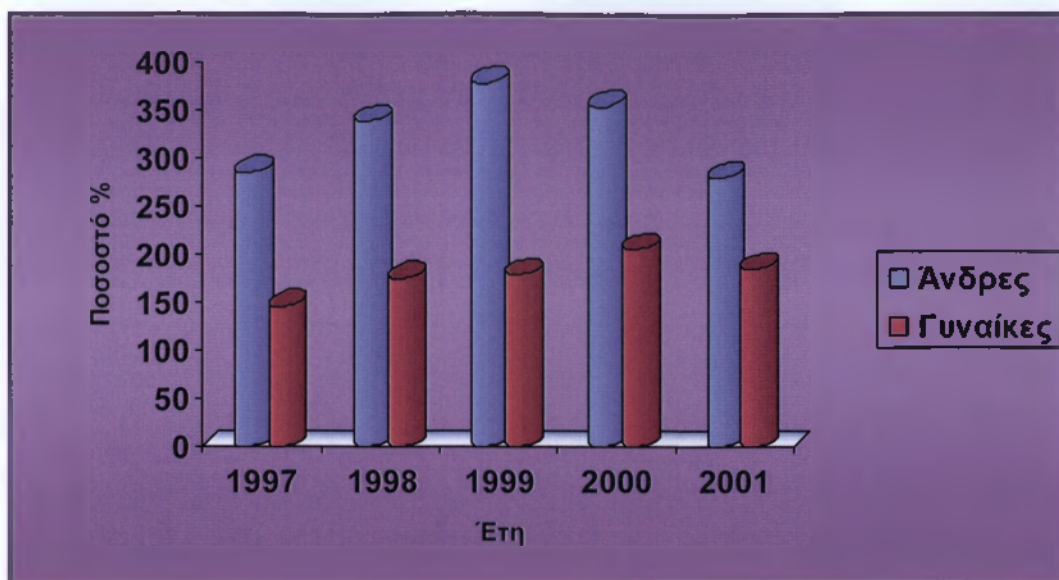
ι. Φύλο

Από τα 433 άτομα που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα το 1997, το 66,1% (286 άτομα) ήταν άνδρες ενώ το 33,9% (147 άτομα) ήταν γυναίκες. Το 1998 από τα 515 άτομα που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα το 65,8% (339 άτομα) των ασθενών ήταν άνδρες και το 34,2% (176 άτομα) γυναίκες. Για το έτος 1999 από τα 557 άτομα που νοσηλεύτηκαν το 67,9% (378 ήταν άνδρες) ενώ το 32,1% (179 άτομα) γυναίκες. Το 2000 από τα 561 άτομα που νοσηλεύτηκαν, το 63,3% (355 άτομα) ήταν άνδρες ενώ το 36,7% (206 άτομα) γυναίκες. Τέλος, για το 2001 από τα 466 άτομα που νοσηλεύτηκαν (έως τον Οκτώβριο), το 60,3% (281 άτομα) ήταν άνδρες ενώ το 39,7% (185 άτομα) γυναίκες. Συνολικά, λοιπόν, για τα έτη 1997 – 2001 νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα 1755 (64,8%) άνδρες και 953 (35,2%) γυναίκες. Τα παραπάνω στοιχεία απεικονίζονται στον πίνακα και στο ραβδόγραμμα 2-1-ι που ακολουθεί.

ΕΤΗ \ ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
1997	286 (66,1%)	147 (33,9%)
1998	339 (65,8%)	176 (34,2%)
1999	378 (67,9%)	179 (32,1%)
2000	355 (63,5%)	206 (36,7%)
2001	281 (60,3%)	185 (35,2%)
ΣΥΝΟΛΟ	1639 (64,7%)	893 (35,3%)

Πίνακας 2-1-ι : Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση το φύλο του ασθενούς τα έτη 1997 – 2001

Πηγή : Γραμματεία ΜΕΘ



Ραβδόγραμμα 2-1-i : Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση το φύλο κατά τα έτη 1997 – 2001.

Πηγή : Ιδία έρευνα

Είναι εμφανές το γεγονός ότι το ανδρικό φύλο υπερέχει σε όλα τα έτη από το γυναικείο. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες είναι μακροβιότερα όντα από τους άνδρες. Το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η οδήγηση και τα εργατικά ατυχήματα είναι μερικά από τα αίτια που συμβαίνει κάτι τέτοιο. Όσον αφορά την αναλογία ανά έτος παρατηρούνται αυξομειώσεις και στους άνδρες και στις γυναίκες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών παρατηρείται το 1999 (και κατά συνέπεια και το μικρότερο των γυναικών), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών σημειώνεται το 2001 (άρα και το μικρότερο για τους άνδρες).

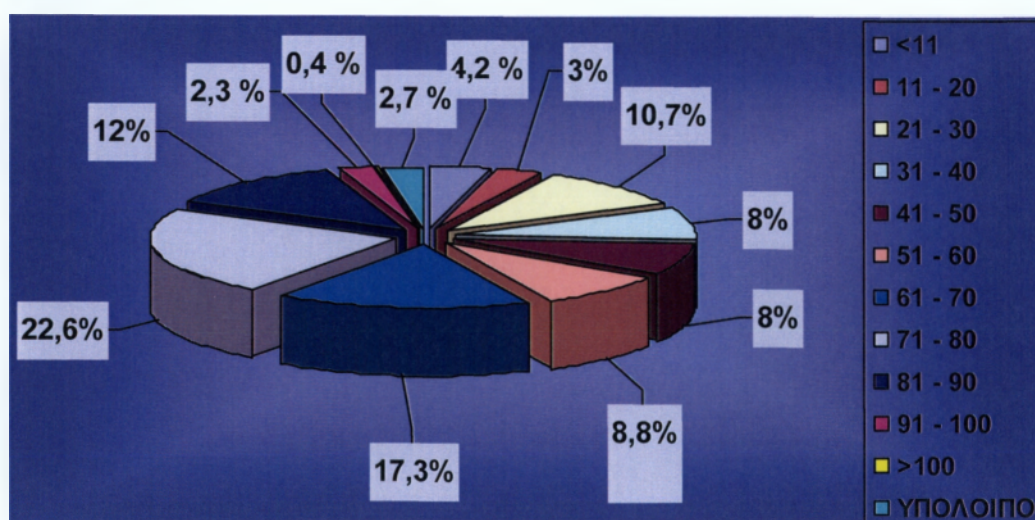
ii. ηλικιακή κατανομή

Στη ΜΕΘ του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου νοσηλεύτηκαν άτομα διαφόρων ηλικιών. Άλλες βέβαια ηλικίες εμφανίζονται πιο συχνά και άλλες λιγότερο. Για την εξαγωγή πληρέστερων συμπερασμάτων έγινε διαχωρισμός των ηλικιών ανά δεκαετία π.χ. 11-20, 21-30, 31-40, κτλ. Τα ποσοστά ηλικίας εισαγωγής παρουσιάζονται παρακάτω στο πίνακα 2-1-ii.

ΕΤΟΣ ΗΛΙΚΙΕΣ	1997 - 2001	1997 - 2001
	Αριθμός	Ποσοστό
>11	106	4,2%
11 - 20	76	3%
21 - 30	271	10,7%
31 - 40	202	8%
41 - 50	203	8%
51 - 60	222	8,8%
61 - 70	437	17,3%
71 - 80	571	22,6%
81 - 90	305	12%
91 - 100	58	2,3%
>100	9	0,4%
Σύνολο	2460	97,3%
Άγνωστο	72	2,7%
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	2532	100%

Πίνακας 2-1-ii : Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών, στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου, με βάση την ηλικία του ασθενούς, τα έτη 1997 - 2001

Πηγή : Γραμματεία ΜΕΘ Ηρακλείου.



Πίτα 2-1-ii : Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών, στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου, με βάση την ηλικία του ασθενούς, τα έτη 1997 - 2001

Πηγή : Γραμματεία ΜΕΘ Ηρακλείου.

Από τα στοιχεία που απεικονίζονται στην πίνα 2-1-ii αλλά και του πίνακα 2-1-ii προκύπτει το εξής : το μεγαλύτερο ποσοστό εισαγωγών όλων των ετών ήταν ηλικίας 71 – 80 και ακολουθεί η δεκαετία 61 – 70. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί εάν σκεφτεί κανείς ότι η 20ετία 61 – 80 είναι η πιο κρίσιμη ηλικία καθώς εκεί ανάμεσα βρίσκεται και ο μέσος όρος θνησιμότητας. Το μικρότερο ποσοστό εισαγωγής στη ΜΕΘ το έχουν τα άτομα που βρίσκονται στο εκατοστό έτος της ηλικίας τους και άνω, πράγμα το οποίο ακούγεται λογικό διότι είναι λίγοι αυτοί που περνούν το εκατοστό έτος ζωής.

2.2. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας

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

Έτσι για τα έτη 1997 - 1999 η Μ.Δ.Ν των ασθενών υπολογίζεται ως εξής :

1997

$$\text{Μ.Δ.Ν.} = \frac{\text{ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ} \quad 2078}{\text{ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ} \quad 433} = \underline{\quad\quad\quad} = \mathbf{4,8 \text{ ΗΜΕΡΕΣ}}$$

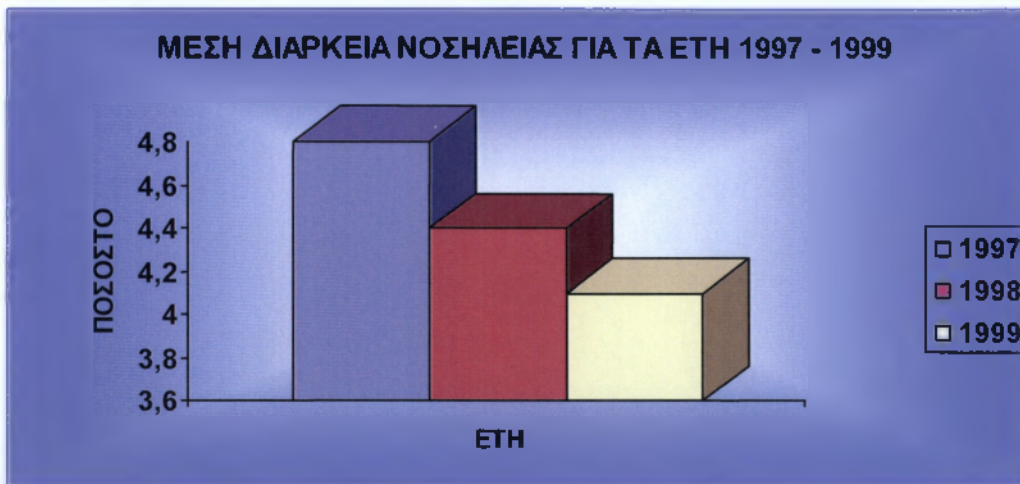
1998

$$\text{Μ.Δ.Ν.} = \frac{\text{ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ} \quad 2266}{\text{ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ} \quad 515} = \underline{\quad\quad\quad} = \mathbf{4,4 \text{ ΗΜΕΡΕΣ}}$$

1999

$$\text{Μ.Δ.Ν.} = \frac{\text{ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ} \quad 2284}{\text{ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ} \quad 557} = 4,1 \text{ ΗΜΕΡΕΣ}$$

Για τα έτη 2000 – 2001 δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία για τις ημέρες νοσηλείας των ασθενών καθώς σε άλλους αναγράφονται οι ημέρες νοσηλείας και σε άλλους όχι. Στο ραβδόγραμμα 2-2 που ακολουθεί φαίνεται σχηματικά η Μ.Δ.Ν. για τα 3 έτη.



Ραβδόγραμμα 2-2 : Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου για τα έτη 1997 – 1999

Πηγή : Γραμματεία ΜΕΘ Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου

Αυτό που παρατηρούμε από το σχεδιάγραμμα είναι ότι η Μ.Δ.Ν. διαχρονικά μειώνεται. Ενώ το 1997 ήταν 4,8 περίπου το 1998 μειώθηκε στις 4,1 περίπου ενώ το 1999 έφτασε τις 4,1 μέρες. Η μείωση αυτή μπορεί να φαίνεται αμελητέα αλλά είναι πολύ σημαντική για το νοσοκομείο.

2.3. Διακομιδές ασθενών

Υπάρχουν φορές όπου η ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου αδυνατεί να καλύψει κάποιες ανάγκες της ευρύτερης περιφέρειας, λόγω κάποιων ελλείψεων που παρατηρούνται τόσο στο νοσηλευτικό όσο και στο ιατρικό προσωπικό αλλά και

στον εξοπλισμό της ΜΕΘ. Ενδεικτικά παραθέτω τον παρακάτω πίνακα 2-3 με τις διακομιδές που σημειώθηκαν σε άλλα νοσοκομεία πλην του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου.

Τα άτομα που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου ή νοσηλεύτηκαν για κάποιες μέρες μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση τους και έπειτα νοσηλεύτηκαν σε άλλο νοσοκομείο ή ΜΕΘ (Αθήνα, Χανιά, Ρέθυμνο κτλ.) δεν ήταν πολλά σε αριθμό. Για το έτος, λοιπόν, 1997 οι διακομιδές ήταν 14, (δηλ. το 3,2% του συνόλου των εισαγωγών στη ΜΕΘ). Το 1998 οι διακομιδές αυξήθηκαν σε 17 (δηλ. 3,3% του συνόλου των εισαγωγών στη ΜΕΘ). Το 1999 ο αριθμός αυτός μειώθηκε σε 14 (2,7%). Το 2000 έχουμε μείωση του αριθμού αυτού σε 12 (2,2%). Τέλος, το 2001 ο αριθμός των διακομιδών έφτασε στις 11 (2,4%). Στον πίνακα και στο γράφημα 2-3 που ακολουθεί εμφανίζεται το σύνολο των διακομιδών και το αντίστοιχο ποσοστό σε σχέση με τις συνολικές εισαγωγές της ΜΕΘ.

ΔΙΑΚΟΜΙΔΕΣ			
ΕΤΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΑΓΝΩΣΤΟ
1997	14	3,2	9
1998	17	3,3	3
1999	14	2,7	4
2000	12	2,2	3
2001	11	2,4	0
ΣΥΝΟΛΟ	68	13,8	19

Πίνακας 2-3 : Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών με βάση τις διακομιδές που σημειώθηκαν από τη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου τα έτη 1997 – 2001

Πηγή : Γραμματεία ΜΕΘ Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου



Γράφημα 2-3 : Ποσοστιαία κατανομή των διακομιδών της ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση τις διακομιδές που πραγματοποιήθηκαν για τα έτη 1997 – 2001

Πηγή : Ιδία έρευνα.

Με βάση το παραπάνω σχεδιάγραμμα παρατηρούμε μία αυξομείωση των διακομιδών της ΜΕΘ. Το μεγαλύτερο ποσοστό των διακομιδών παρατηρείται το 1998 ενώ το μικρότερο το 2000. Αρχικά, το πρώτο έτος σημειώθηκε μία σημαντική αύξηση ενώ για τα επόμενα δύο χρόνια είχαμε μία συνεχής μείωση όπου και σε εκείνο το σημείο παρατηρείται το μικρότερο ποσοστό διακομιδών και το επόμενο έτος παρατηρήθηκε μία μικρή αύξηση η οποία θα ήταν ίσως και μεγαλύτερη αν είχαμε στοιχεία μέχρι τέλος του έτους.

2.4 Θάνατοι

Το 1997, 107 νοσηλευόμενοι ασθενείς της ΜΕΘ κατέληξαν μέσα σε αυτή. Με άλλα λόγια το ποσοστό θνησιμότητας για το 1997 αγγίζει το 24,7% (107 θάνατοι σε σύνολο 433 εισαγωγών). Το 1998 το ποσοστό αυτό μειώθηκε σε 24,1% δηλαδή καταγράφηκαν 124 θάνατοι. Το ποσοστό για το έτος 1999 συνεχίζει να μειώνεται και φτάνει στο 20,8% δηλαδή απεβίωσαν 116 ασθενείς. Το 2000 όμως έχουμε αύξηση του ποσοστού, το οποίο ανέρχεται σε 24,6% δηλαδή 138 θάνατοι. Τέλος, το 2001 σημειώθηκε και το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων το οποίο ανέρχεται σε 29,2% και να θυμίσω ότι για το 2001 έχουμε στοιχεία μέχρι τον Οκτώβριο οπότε ενδέχεται το ποσοστό αυτό να ανέλθει και άλλο. Στον πίνακα και το γράφημα 2-4 που ακολουθούν εμφανίζεται το ποσοστό θνησιμότητας της ΜΕΘ για τα έτη 1997 – 2001.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΤΗ	ΒΕΛΤΙΩΣΗ	ΘΑΝΑΤΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1997	326	107	24,7%
1998	391	124	24,1%
1999	441	116	20,9%
2000	422	139	24,8%
2001	331	135	29%
ΣΥΝΟΛΟ	1911	621	24,5%

Πίνακας 2-4 : Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή της θνησιμότητας των ασθενών της ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου για τα έτη 1997 – 2001

Πηγή : Γραμματεία ΜΕΘ Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου



Γράφημα 2-4 : Αριθμητική θνησιμότητας των ασθενών της ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου για τα έτη 1997 – 2001

Πηγή : Ιδία έρευνα

3. ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΘ

Στον πίνακα 3-1 που ακολουθεί έχει γίνει διαχωρισμός των περιστατικών από το 1997 – 2001 για την ευκολότερη κατανόηση τους.

ΕΤΟΣ	1997	1998	1999	2000	2001
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ					
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ	93 (21,5%)	92 (17,9%)	110 (19,7%)	186 (33,2%)	108 (23,2%)
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΑ	84 (19,4%)	63 (12,2%)	86 (15,4%)	59 (10,5%)	46 (9,9%)
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ	47 (10,8%)	39 (7,6%)	43 (7,7%)	55 (9,8%)	35 (7,5%)
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ	19 (4,4%)	22 (4,3%)	26 (4,7%)	34 (6,1%)	28 (6%)
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΑ	38 (8,8%)	49 (9,5%)	64 (11,5%)	58 (10,3%)	72 (15,5%)
ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΛΛΑ	121 (28%)	160 (31%)	167 (30%)	129 (23%)	113 (24,2%)
ΑΓΝΩΣΤΟ	31 (7,1%)	90 (17,5%)	61 (11%)	40 (7,1%)	64 (13,7%)
ΣΥΝΟΛΟ	433	515	557	561	466

Πίνακας 3-1 : Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση την αιτία εισαγωγής για τα έτη 1997 – 2001

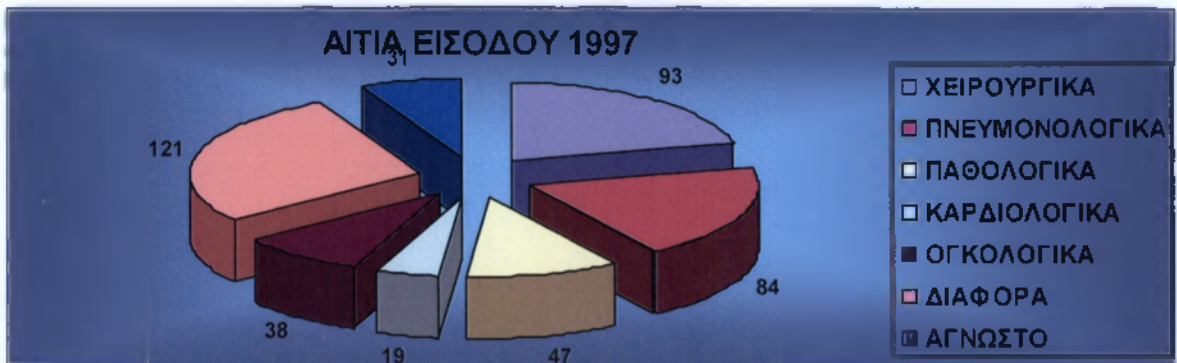
Πηγή : Γραμματεία ΜΕΘ Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου

Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι το έτος 2001 η καταμέτρηση έγινε μέχρι το μήνα Οκτώβριο λόγω μη ύπαρξης στοιχείων για τον υπόλοιπο χρόνο. Άρα με την κοινή λογική οι 466 εισαγωγές θα είχαν ξεπεράσει τις 561 (που αντιστοιχούν στο προηγούμενο έτος) εάν είχαμε όλες τις εισαγωγές μέχρι τέλος του χρόνου.

Ρίχνοντας, λοιπόν, μία μικρή ματιά στον Πίνακα 3-1 που ακολουθεί παρατηρούμε ότι το 1997 τα περιστατικά που αντιμετωπίστηκαν περισσότερο ήταν τα χειρουργικά (93) αλλά αξίζει να επισημάνουμε ότι υπάρχει και ένα σημαντικό ποσοστό 7,1% που δεν αναγραφόταν κάποια διάγνωση στο μητρώο ασθενών, που ίσως αν ήταν γνωστό να άλλαζε τα δεδομένα. Το ίδιο ισχύει και για ο 1998 όπου ο αριθμός των χειρουργικών περιστατικών κυμαίνεται στα ίδια πλαίσια (92) όμως είναι πολύ πιθανόν κάτι τέτοιο να ανατρεπόταν εάν γνωρίζαμε και εδώ τη διάγνωση για τον κάθε ασθενή όπου εδώ μιλάμε για μεγάλο αριθμό που αγγίζει το 17,5%. Και για τα επόμενα έτη παρατηρείται σταδιακή αύξηση των χειρουργικών περιστατικών τα οποία παραμένουν ως τα πιο πολυάριθμα. Αύξηση επίσης παρατηρείται και στα καρδιολογικά περιστατικά ενώ κάποια

σχετική μείωση διακρίνεται στα πνευμονολογικά περιστατικά. Τα περισσότερα από τα περιστατικά που αντιμετωπίζονται στη ΜΕΘ προέρχονται από τα ΤΕΠ, τη Χειρουργική κλινική, τη Πνευμονολογική κοκ.

Στα σχεδιαγράμματα 5-3-1, 5-3-2, 5-3-3, 5-3-4, 5-3-5 που ακολουθούν παρουσιάζονται σχεδιαγραμματικά ανά έτος τα περιστατικά που αντιμετωπίστηκαν.



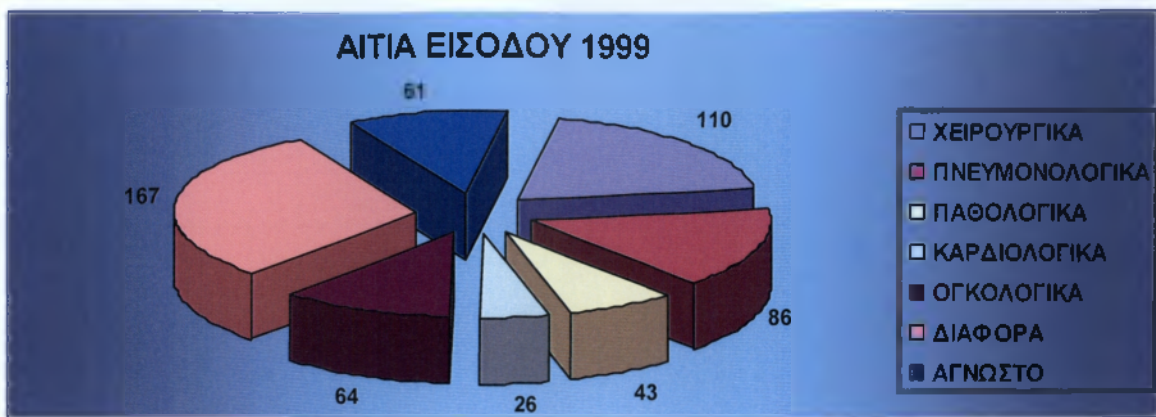
Πίνα 3-1-1 : Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση την αιτία εισαγωγής, το έτος 1997

Πηγή : Γραμματεία ΜΕΘ Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου



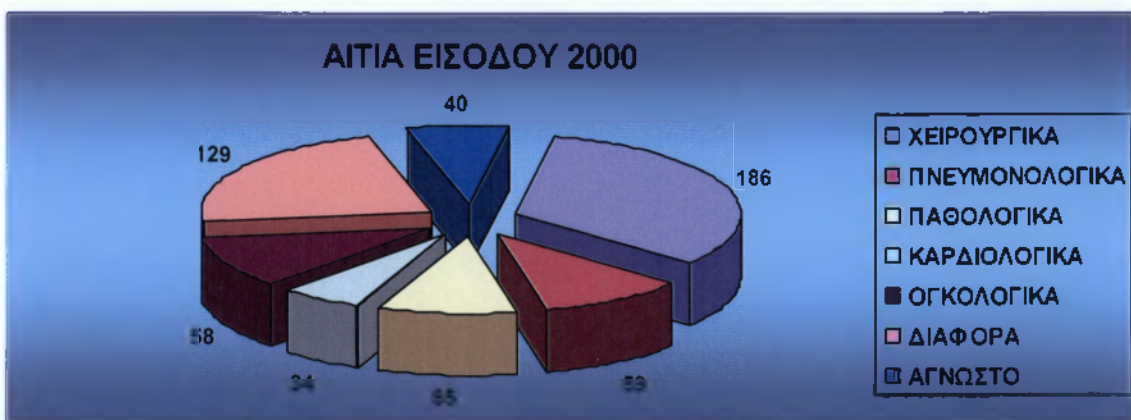
Πίνα 3-1-2 : Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση την αιτία εισαγωγής, το έτος 1998

Πηγή : Ίδια έρευνα



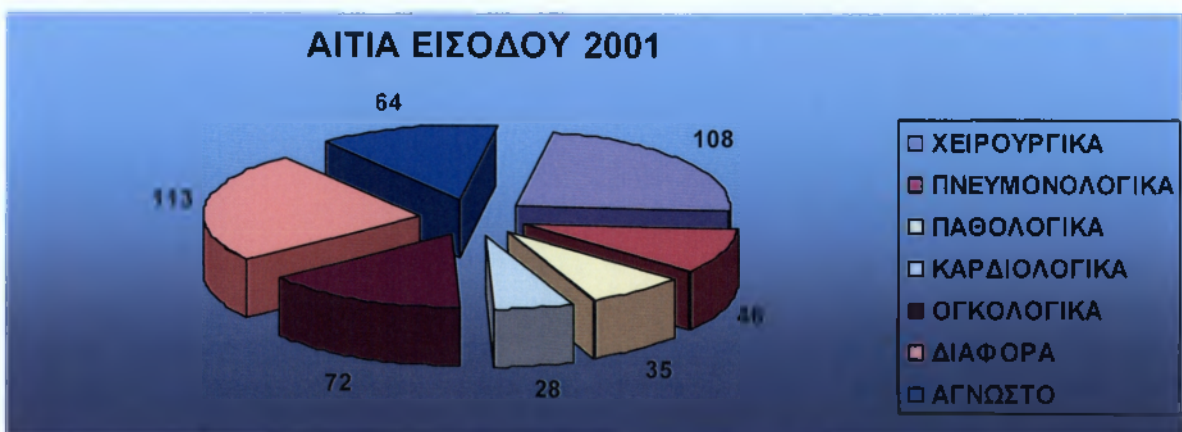
Πίνα 3-1-3 : Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση την αιτία εισαγωγής, το έτος 1999

Πηγή : Ιδία έρευνα



Πίνα 3-1-4 : Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση την αιτία εισαγωγής, το έτος 2000

Πηγή : Ιδία έρευνα



Πίνα 3-1-5 : Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση την αιτία εισαγωγής, το έτος 2001

Πηγή : Ιδία έρευνα

4. ΚΟΣΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Το κόστος λειτουργίας μιας κλίνης της ΜΕΘ είναι περίπου 64.000 ευρώ ποσό που αντιστοιχεί σε κλειστό νοσήλιο. Αυτός που θα επιχειρήσει να κοστολογήσει τη λειτουργία μιας ΜΕΘ πρέπει καταρχήν να λάβει υπόψη του τις δύο ακόλουθες παραμέτρους. Το κόστος λειτουργίας μιας Μονάδας (και όχι μόνο) διακρίνεται σε σταθερό και μεταβλητό.

Το **Σταθερό κόστος** περιλαμβάνει:

- Μηνιαίο μισθό διευθυντή ΜΕΘ, Αναπληρωτή Διευθυντή, Επιμελητή Α', Επιμελητή Β', Ειδικευόμενων, Νοσηλευτών, Βοηθητικού προσωπικού, φυσικοθεραπευτών.
- Ετήσιες εφημερίες διευθυντή (πάγιες), Αναπληρωτή διευθυντή, Επιμελητή Α', Επιμελητή Β' και ειδικευόμενων. Διαφορετικά κόστη λόγω διαφορετικών εφημερίων.

Το **Μεταβλητό κόστος** περιλαμβάνει :

- Εργαστηριακές εξετάσεις που διενεργήθηκαν στους ασθενείς. Για κάθε ασθενή κοστολογείται ένα πακέτο εξετάσεων σε καθημερινή βάση και βγαίνει πολλαπλασιάζοντας το σύνολο των ασθενών επί τη Μ.Δ.Ν. αυτών επί το κόστος πακέτου.
- Αξονικές απλές.
- Αξονικές με σκιαγραφικό υγρό.
- Φάρμακα.
- Υγειονομικό υλικό προερχόμενο από το φαρμακείο.
- Αντιδραστήρια.
- Συντήρηση μηχανημάτων και εγκαταστάσεων.
- Οξυγόνο, Διοξειδίο του Άνθρακα.
- Αναλώσιμο υλικό.
- Αναλώσιμο υγειονομικό υλικό προερχόμενο από τη διαχείριση υλικού.
- Ιματισμός.
- Καθαριότητα ΜΕΘ η οποία διενεργείται από ιδιωτικό συνεργείο και προκύπτει πολλαπλασιάζοντας το συνολικό κόστος καθαριότητας επί τ.μ. ΜΕΘ δια τ.μ. νοσοκομείου συν τα υλικά καθαριότητας (εάν δεν προμηθεύονται απ' το νοσοκομείο).

- Κόστος ΔΕΗ το οποίο προκύπτει πολλαπλασιάζοντας το συνολικό κόστος κατανάλωσης επί τ.μ. ΜΕΘ δια τ.μ. νοσοκομείου.

Από όλα τα παραπάνω καταλαβαίνει κανείς πόσο δύσκολο και σχεδόν ακατόρθωτο είναι να υπολογιστεί το ακριβές κόστος λειτουργίας μιας ΜΕΘ ιδιαίτερα σε νοσοκομεία που δεν διαθέτουν μηχανογράφηση.

5. ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ, λόγω της βαρύτητας της κατάστασης τους, έχουν ιδιαίτερες ανάγκες σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς του νοσοκομείου. Για το λόγο αυτό υπάρχει συγκεκριμένο ωράριο επισκεπτηρίου και έτσι δεν διαταράσσεται η ομαλή νοσηλεία των ασθενών.

Στη Μονάδα του Ηρακλείου το επισκεπτήριο είναι περιορισμένο και συγκεκριμένα επιτρέπεται από τις 18.00 – 18.30. Κατά το διάστημα αυτό οι συγγενείς των ασθενών μπορούν να συνομιλήσουν και με τους θεράποντες ιατρούς του τμήματος για την πορεία της κατάστασης του ασθενούς τους.

Επειδή ο ασθενής έχει προτεραιότητα, το επισκεπτήριο μπορεί καμιά φορά να καθυστερήσει ή και ακόμα να αναβληθεί. Κατά τη διάρκεια του επισκεπτηρίου διατίθεται μπλούζες και ειδικά πατάκια για τα υποδήματα σε αριθμό που αντιστοιχεί για ένα άτομο ανά ασθενή. Αυτό γίνεται για αποφυγή μεταφοράς μικροβίων από και προς τη ΜΕΘ και για λόγους υγιεινής. Εάν υπάρχει δεύτερο άτομο περιμένει να εξέλθει ο πρώτος και μετά εισέρχεται ο δεύτερος.

Είναι εμφανές ότι οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας δεν υποστηρίζουν το ανοικτό επισκεπτήριο παρά τις ευεργετικές ιδιότητες που κάποιοι υποστηρίζουν ότι μπορεί να έχει για τον ασθενή (βλ. Κεφάλαιο 1, παρ. Ε.5). Με το να είναι περιορισμένο το ωράριο ο ασθενής δεν επιβαρύνεται και ούτε φορτίζεται συναισθηματικά στην οξεία βάση της ασθένειάς του.

ΣΤ. ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ¹

1. ΓΕΝΙΚΑ

Οι δείκτες είναι αριθμημένες σχέσεις που στοχεύουν στην αξιολόγηση της λειτουργίας της ΜΕΘ. Με τη χρήση των δεικτών είναι δυνατόν να διαπιστωθεί κατά πόσο η Μονάδα λειτουργεί στα προκαθορισμένα όρια σχεδιασμού.

Η χρήση δεικτών αποδοτικότητας προϋποθέτει :

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

Για την ανάλυση της αποδοτικότητας της ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου θα χρησιμοποιήσουμε τους εξής δείκτες :²

1. Δείκτες Χρησιμότητας – Λειτουργικότητας

1.1. Δείκτες Κατανάλωσης

- α. Χρήση Νοσοκομειακών Φροντίδων
- β. Αναλογία εισαγωγών (νοσηλευθέντων) – πληθυσμό (σε 1000 κατοίκους)

1.2. Δείκτες επάρκειας

- α. Αναλογία απασχολούμενων ανά κλίνες ΜΕΘ
- β. Αναλογία ιατρών ανά κλίνες ΜΕΘ
- γ. Αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνες ΜΕΘ
- δ. Αναλογία νοσηλευτών ανά ιατρό
- ε. Αναλογία κλινών ΜΕΘ προς πληθυσμό

2. Δείκτες Εισροών, οι οποίοι διακρίνονται σε:

2.1. Υλικοί Πόροι (Κτιριακή υποδομή, Εξοπλισμός κτλ.)

- α. Αναλογία οικοδομικού χώρου (τ.μ.) ανά κλίνη

¹ Φώτιος Δρούπαλης, «Σύγχρονες Μονάδες Υγείας», Διδακτικές σημειώσεις, ΤΕΙ Καλαμάτας, Σ.Δ.Ο., Δ.Μ.Υ.Π.

² Σωτήρης Σούλης, «Οικονομική της Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1998, σελ. 345 - 350

2.2. Ανθρώπινοι πόροι (προσωπικό και η ποιότητα του, εξειδίκευση κτλ.)

α. Αναλογία απασχολούμενων στην υγεία προς πληθυσμό

3. Δείκτες Εκροών :

3.1. Απλοί δείκτες εκροών – απόδοσης

α. Συνολικές ημέρες νοσηλείας ή σύνολο Ασθενο – Ημερών.

β. Αριθμός εισαγωγών – νοσηλευομένων (εξεληθέντες – θάνατοι).

γ. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.).

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

ε. Μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης (σε ημέρες).

στ. Εισαγωγές (νοσηλευθέντες) ανά απασχολούμενο άτομο (ιατρό, νοσηλεύτη).

3.2. Δείκτης παραγωγής

α. I_{pi} : Σχέση νοσηλευομένων προς κλίνες (ανά έτος και ανά μήνα).

2. ΔΕΙΚΤΕΣ ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ – ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

2.1. Κατανάλωσης

α. Χρήση Νοσοκομειακών Φροντίδων

ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΗΜΕΡΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΜΕΘ ΕΤΟΥΣ Α

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΕΤΟΥΣ Α

Ως εξυπηρετούμενος πληθυσμός για τη ΜΕΘ υπολογίζονται οι κάτοικοι του νομού Ηρακλείου, οι οποίοι αγγίζουν τους 264906. Έτσι για τα 5 εξεταζόμενα έτη έχουμε :

$$1997 : \frac{2078}{264.906} = 0.008 \text{ (ημέρες νοσηλείας / πληθυσμός)}$$

$$1998 : \frac{2266}{264.906} = 0.009 \text{ (ημέρες νοσηλείας / πληθυσμός)}$$

$$1999 : \frac{2284}{264.906} = 0.009 \text{ (ημέρες νοσηλείας / πληθυσμός)}$$

Για τα υπόλοιπα έτη υπάρχουν ελλιπή στοιχεία σχετικά με τις ημέρες νοσηλείας των ασθενών και για το λόγο αυτό δεν μπορούμε να υπολογίσουμε τους δείκτες για τα έτη αυτά.

Μελετώντας τα αποτελέσματα αυτού του δείκτη συμπεραίνουμε πως το 1997 αντιστοιχούσε 8 ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ για 1000 άτομα (στο 1 άτομο 0,008 ημέρες). Παρομοίως για το 1998 και 1999 αντιστοιχούσε σχεδόν 9 ημέρα (0.9) νοσηλείας στη ΜΕΘ για 1000 άτομα. Αυτό σημαίνει ότι αντιστοιχούσαν περισσότερες ημέρες στη ΜΕΘ για τον ίδιο πληθυσμό, άρα λιγότερα άτομα για νοσηλεία. Επομένως μειώθηκε η χρήση των υπηρεσιών που προσφέρει η ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου.

β. Αναλογία εισαγωγών (νοσηλευθέντων) – πληθυσμού (σε 1000 κατοίκους)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΜΕΘ ΕΤΟΥΣ x1000

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΕΤΟΥΣ Α

$$1997 : \frac{433 \times 1000}{264.906} = 1.6 \text{ νοσηλευθέντες / 1000 κατοίκους}$$

$$1998 : \frac{515 \times 1000}{264.906} = 1.9 \text{ νοσηλευθέντες / 1000 κατοίκους}$$

$$1999 : \frac{557 \times 1000}{264.906} = 2.1 \text{ νοσηλευθέντες / 1000 κατοίκους}$$

$$2000 : \frac{561 \times 1000}{264.906} = 2.1 \text{ νοσηλευθέντες / 1000 κατοίκους}$$

$$2001 : \frac{466 \times 1000}{292.489} = 1.6 \text{ νοσηλευθέντες / 1000 κατοίκους}$$

Άρα σταδιακά αυξήθηκε η αναλογία των νοσηλευθέντων – πληθυσμού.

2.2. Επάρκειας

α. Αναλογία απασχολούμενων ανά κλίνες ΜΕΘ.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΜΕΘ ΕΤΟΥΣ Α

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΜΕΘ ΕΤΟΥΣ Α

$$1997 : \frac{44}{8} = 5,5 \text{ απασχολούμενοι / κλίνη}$$

$$1998 : \frac{45}{8} = 5,6 \text{ απασχολούμενοι / κλίνη}$$

$$1999 : \frac{44}{8} = 5,5 \text{ απασχολούμενοι / κλίνη}$$

$$2000 : \frac{51}{10} = 5,1 \text{ απασχολούμενοι / κλίνη}$$

$$2001 : \frac{42}{10} = 4,2 \text{ απασχολούμενοι / κλίνη}$$

Αυτό που παρατηρείται είναι ότι διαχρονικά μεταβλήθηκε ελάχιστα η αναλογία απασχολούμενων ανά κλίνη και μάλιστα αν στρογγυλοποιηθούν οι αριθμοί (γιατί δεν είναι δυνατόν να πούμε ότι σε κάθε κλίνη αντιστοιχούν 5,5 άτομα) η αναλογία είναι σχεδόν ίδια για τα εξεταζόμενα έτη δηλαδή γύρω στα 5 άτομα ανά κλίνη

β. Αναλογία ιατρών ανά κλίνες ΜΕΘ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΜΕΘ ΕΤΟΥΣ Α

ΑΡΙΘΜΟ ΚΛΙΝΩΝ ΜΕΘ ΕΤΟΥΣ Α

$$1997 : \frac{8}{8} = 1 \text{ ιατρός / κλίνη}$$

$$1998 : \frac{8}{8} = 1 \text{ ιατρός / κλίνη}$$

$$1999 : \frac{8}{8} = 1 \text{ ιατρός / κλίνη}$$

$$2000 : \frac{8}{10} = 0,8 \text{ ιατρός / κλίνη}$$

$$2001 : \frac{8}{10} = 0,8 \text{ ιατρός / κλίνη}$$

Αυτό που προκύπτει από τον παραπάνω δείκτη είναι ότι το 1997 - 1999 αντιστοιχούσε 1 ιατρός ανά κλίνη περίπου (αφού 8 ιατροί ανά 8 κλίνες;). Παρομοίως για το 2000 - 2001 αντιστοιχούσε περίπου 1 ιατρός ανά μία κλίνη

γ. Αναλογία νοσηλευτών ανά κλίνες ΜΕΘ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΤΟΥΣ Α

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΕΤΟΥΣ Α

$$1997 : \frac{36}{8} = 4,5 \text{ νοσηλευτές / κλίνη}$$

$$1998 : \frac{36}{8} = 4,5 \text{ νοσηλευτές / κλίνη}$$

$$1999 : \frac{36}{8} = 4,5 \text{ Νοσηλευτές / κλίνη}$$

$$2000 : \frac{43}{10} = 4,3 \text{ νοσηλευτές / κλίνη}$$

$$2001 : \frac{34}{10} = 3,4 \text{ νοσηλευτές / κλίνη}$$

Ο δείκτης αυτός ελάχιστα μεταβλήθηκε από το 1997 έως το 2001 σημειώνοντας μία μικρή μείωση. Βλέπουμε λοιπόν ότι σε κάθε κλίνη αντιστοιχούν περίπου 4 νοσηλευτές με ελάχιστες μειώσεις. Ο δείκτης αυτός είναι αρκετά επαρκής καθώς ξέρουμε ότι μία ικανοποιητική αναλογία είναι 2 νοσηλευτές ανά κλίνη.

δ. Αναλογία νοσηλευτών ανά ιατρό

ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΤΟΥΣ Α

ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ ΕΤΟΥΣ Α

$$1997 : \frac{36}{8} = 4,5 \text{ νοσηλευτές / ιατρό}$$

$$1998 : \frac{36}{8} = 4,5 \text{ νοσηλευτές / ιατρό}$$

$$1999 : \frac{36}{8} = 4,5 \text{ νοσηλευτές / ιατρό}$$

$$2000 : \frac{43}{8} = 5,4 \text{ νοσηλευτές / ιατρό}$$

$$2001 : \frac{34}{8} = 4,3 \text{ νοσηλευτές / ιατρό}$$

Εάν συγκρίνουμε τις αναλογίες των 5 ετών (1997 – 2001) προκύπτει σχεδόν το ίδιο αποτέλεσμα. Κατά μέσο όρο αντιστοιχούν 4 - 5 νοσηλευτές ανά ιατρό αναλογία αρκετά υψηλή. Τόσο, λοιπόν, το νοσηλευτικό όσο και το ιατρικό (αλλά σε μικρότερη αναλογία) προσωπικό είναι επαρκές.

ε. Αναλογία κλινών ΜΕΘ – πληθυσμός (σε 1000 κατοίκους)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΜΕΘ ΕΤΟΥΣ Α x 1000

ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΕΤΟΥΣ

$$1997 : \frac{8 \times 1000}{264.906} = 0,03 \text{ κλίνες / 1000 κατοίκους}$$

$$1998 : \frac{8 \times 1000}{264906} = 0,03 \text{ κλίνες / 1000 κατοίκους}$$

$$1999 : \frac{8 \times 1000}{264906} = 0,03 \text{ κλίνες / 1000 κατοίκους}$$

$$2000 : \frac{10 \times 1000}{264906} = 0,04 \text{ κλίνες / 1000 κατοίκους}$$

$$2001 : \frac{10 \times 1000}{292489} = 0,03 \text{ κλίνες / 1000 κατοίκους}$$

Τα έτη 1997 – 1999 οι κλίνες της Μονάδας ήταν 8 ενώ από το 2000 – 2001 οι κλίνες ήταν 10. Μελετώντας τα αποτελέσματα του παραπάνω δείκτη προκύπτει ότι σε 100.000 κατοίκους αντιστοιχούν περίπου 3 κλίνες ΜΕΘ για τα έτη 1997 –

2001 (αφού σε 1000 κατοίκους 0,03 κλίνες άρα σε 100.000 κατοίκους 3 κλίνες).
Η αναλογία, λοιπόν, κλινών ΜΕΘ – πληθυσμού παρέμεινε ίδια και πλήρως ανεπαρκής.

3. ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΙΣΠΡΟΩΝ

3.1. Υλικοί Πόροι

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

ΔΟΜΗΜΕΝΟΣ ΧΩΡΟΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΕΤΟΥΣ Α

$$1997 : \frac{658 \text{ τ.μ.}}{8} = 82,25 \text{ τ.μ. / κλίνη}$$

$$1998 : \frac{658 \text{ τ.μ.}}{8} = 82,25 \text{ τ.μ. / κλίνη}$$

$$1999 : \frac{658 \text{ τ.μ.}}{8} = 82,25 \text{ τ.μ. / κλίνη}$$

$$2000 : \frac{658 \text{ τ.μ.}}{10} = 65,8 \text{ τ.μ. / κλίνη}$$

$$2001 : \frac{658 \text{ τ.μ.}}{10} = 65,8 \text{ τ.μ. / κλίνη}$$

Ο δείκτης αυτός είναι επαρκής για όλα τα έτη αφού σύμφωνα με τις μελέτες (βλ. Μέρος Ι, παρ. 3.1) σαν ελάχιστος αναγκαίος χώρος ανά κλίνη σε μία ΜΕΘ θεωρούνται τα 30 τ.μ.

3.2. Ανθρώπινοι πόροι

α. Αναλογία απασχολούμενων στην υγεία ανά πληθυσμό

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΕΤΟΥΣ Α

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΜΕΘ ΕΤΟΥΣ Α

$$1997 : \frac{264906}{44} = 6021 \text{ κάτοικοι / απασχολούμενο}$$

$$1998 : \frac{264906}{45} = 5887 \text{ κάτοικοι / απασχολούμενο}$$

$$1999 : \frac{264906}{44} = 6021 \text{ κάτοικοι / απασχολούμενο}$$

$$2000 : \frac{264906}{51} = 5194 \text{ κάτοικοι / απασχολούμενο}$$

292489

2001 : $\frac{\quad}{42} = 6964$ κάτοικοι / απασχολούμενο

42

4. ΔΕΙΚΤΕΣ ΕΚΡΟΩΝ

4.1. Απλοί δείκτες εκροών – απόδοσης.

α. Συνολικές ημέρες νοσηλείας ή σύνολο Ασθενο – ημερών

1997 : 2078 ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ.

1998 : 2266 ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ.

1999 : 2284 ημέρες νοσηλείας στη ΜΕΘ.

2000 : Ελλιπή στοιχεία.

2001 : Ελλιπή στοιχεία.

β. Αριθμός εισαγωγών – νοσηλευθέντων (εξεληθέντες συν θάνατοι)

1997 : $326 + 107 = 433$

1998 : $391 + 124 = 515$

1999 : $441 + 116 = 557$

2000 : $422 + 139 = 561$

2001 : $331 + 135 = 466$

γ. Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (Μ.Δ.Ν.)

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ – ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ

1997 : $\frac{2078}{433} = 4,8$ ημέρες.

1998 : $\frac{2266}{515} = 4,4$ ημέρες.

$$1999 : \frac{2284}{557} = 4,1 \text{ ημέρες.}$$

Η Μ.Δ.Ν. αρχικά από το 1997 έως το 2001 μειώθηκε από 5 ημέρες περίπου σε 4 ημέρες..

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

$$\frac{\text{ΜΕΣΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΕΤΟΥΣ Α x 100}}{\text{ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ ΕΤΟΥΣ Α}}$$

$$\text{Μέσος ημερήσιος αριθμός νοσηλευομένων : } \frac{\text{Συν. ημέρες νοσηλείας έτους Α}}{\text{Συνολικές ημέρες του έτους (365)}}$$

$$1997 : \text{Μ.Η.Α.Ν.} = \frac{2078}{365} = 5,69$$

$$\text{Πληρότητα : } \frac{5,69 \times 100}{8} = 71,2$$

$$1998 : \text{Μ.Η.Α.Ν.} = \frac{2266}{365} = 6,21$$

$$\text{Πληρότητα : } \frac{6,21 \times 100}{8} = 77,6$$

$$1999 : \text{Μ.Η.Α.Ν.} = \frac{2284}{365} = 6,26$$

$$\text{Πληρότητα} : \frac{6,26 \times 100}{8} = 78,2$$

Όπως παρατηρούμε η πληρότητα των κλινών τα έτη 1997 – 1999 ξεπερνά το 70% όπου θεωρείται το ιδανικό ποσοστό. Σε περίπτωση που το ποσοστό αυτό ξεπερνά το 100% αυτό μπορεί να σημαίνει μόνο ένα πράγμα : στη ΜΕΘ νοσηλεύτηκαν υπεράριθμοι ασθενείς σε φορεία κάτι που σύμφωνα με τις διεθνείς πρακτικές είναι ανεπίτρεπτο γιατί δεν διατρέχει κίνδυνο μόνο η ζωή του υπεράριθμου ασθενή αλλά και όλων των υπόλοιπων ασθενών, αφού το ήδη περιορισμένο προσωπικό επιφορτίζεται τη φροντίδα περισσότερων ασθενών.

ε. Μέσος χρόνος αδράνειας κλίνης (σε ημέρες)

(ο μέσος χρόνος μεταξύ εκκένωσης και κάλυψης μιας κλίνης)

ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΤΟΥ ΕΤΟΥΣ (365)

----- Μ.Δ.Ν. ΕΤΟΥΣ Α
(ΡΥΘΜΟΣ ΕΙΣΡΟΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ) P_k

$$\text{Όπου} : P_k = \frac{365 \times \text{Πληρότητα}}{100 \times \text{Μ.Δ.Ν}}$$

$$1997 : P_k = \frac{365 \times 71,2}{100 \times 4,8} = \frac{25951,5}{480} = 54,1$$

$$P_e = \frac{365}{54,1} - 4,8 = 1,9$$

$$1998 : P_k = \frac{365 \times 77,6}{100 \times 4,4} = \frac{28324}{440} = 64,4$$

$$P_e = \frac{365}{64,4} - 4,4 = 1,3$$

$$1999 : P_k = \frac{365 \times 78,2}{100 \times 4,1} = \frac{28506,5}{410} = 69,6$$

$$P_e = \frac{365}{69,6} - 4,1 = 1,1$$

Σε περίπτωση που οι αριθμοί αυτοί ήταν αρνητική, κάτι τέτοιο θα σήμαινε όλο το χρόνο όλες οι κλίνες θα ήταν πλήρης χωρίς ποτέ να μένει καμία ελεύθερη. Αυτό όμως δεν συμβαίνει εδώ καθώς από τη μία τα αποτελέσματα μας είναι θετικά και από την άλλη η πληρότητα των κλινών δεν ξεπερνά το 100% άρα ενίοτε θα υπήρχαν κενά κρεβάτια.

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

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΕΤΟΥΣ Α

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ ΕΤΟΥΣ Α

$$1997 : \frac{433}{44} = 9,8 \text{ ασθενείς ανά απασχολούμενο.}$$

$$1998 : \frac{515}{45} = 11,4 \text{ ασθενείς ανά απασχολούμενο.}$$

557

$$1999 : \frac{557}{44} = 12,7 \text{ ασθενείς ανά απασχολούμενο.}$$

561

$$2000 : \frac{561}{51} = 11 \text{ ασθενείς ανά απασχολούμενο.}$$

466

$$2001 : \frac{466}{42} = 11,1 \text{ ασθενείς ανά απασχολούμενο.}$$

Από τα αποτελέσματα που προκύπτουν βλέπουμε ότι η αναλογία ασθενών / απασχολούμενο άτομο κυμαίνεται από 10 έως 12 ασθενείς ανά απασχολούμενο. Το 1999 σημειώνεται η μεγαλύτερη αναλογία ενώ η μικρότερη το 2000. Όπως αντιλαμβάνεται κάποιος κάτι τέτοιο δυσχεραίνει την απόδοση του προσωπικού καθώς όσο μειώνεται το προσωπικό και αυξάνουν οι απαιτήσεις τόσο δυσχεραίνεται η κατάσταση του προσωπικού που παραμένει διότι τώρα έχουν περισσότερους ασθενείς υπό την επίβλεψη τους.

4.2. Δείκτης παραγωγής

α. Σχέση νοσηλευομένων ανά κλίνες.

I_{p1} = Σχέση νοσηλευομένων προς κλίνες

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

$$I_{p1} = P / B) \times (T / 365)$$

Όπου :

P = αριθμός νοσηλευομένων

B = αριθμός κλινών

T = διάρκεια αναφοράς : εβδομάδα, μήνα, έτος

$$1997 : I_{p1} = (433 / 8) \times (365 / 365) \approx 54 \text{ ασθενείς / κλίνη}$$

$$1998 : I_{p1} = (515 / 8) \times (365 / 365) = 64 \text{ ασθενείς / κλίνη}$$

$$1999 : I_{p1} = (557 / 8) \times (365 / 365) = 70 \text{ ασθενείς / κλίνη}$$

$$2000 : I_{p1} = (561 / 10) \times (365 / 365) = 56 \text{ ασθενείς / κλίνη}$$

$$2001 : I_{p1} = (466 / 10) \times (365 / 365) = 47 \text{ ασθενείς / κλίνη}$$

Τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι το 1997 νοσηλεύτηκαν περίπου 54 ασθενείς ανά κλίνη, το 1998 64 περίπου ασθενείς ανά κλίνη, το 1999 70 περίπου ανά κλίνη, 2000 56 περίπου ασθενείς ανά κλίνη και το 2001 περίπου 47 ασθενείς ανά κλίνη. Ο δείκτης αυτός αυξήθηκε και σαφώς επηρεάζεται από τη Μ.Δ.Ν. των ασθενών εφόσον όσο μικρότερη είναι η Μ.Δ.Ν. του έτους, τόσο περισσότερα άτομα θα νοσηλεύονται στη Μονάδα. Ο δείκτης αυτός είναι ιδιαίτερα χρήσιμος σε περιπτώσεις που ο μελετητής επιθυμεί να ανακαλύψει τον αριθμό των εξυπηρετούμενων ασθενών ανά κλίνη κατά τη διάρκεια ενός μήνα και ακόμα 1 εβδομάδας. Εάν θέλουμε να εφαρμόσουμε το δείκτη αυτό για ένα μήνα του έτους π.χ. τον Ιανουάριο ο οποίος διαθέτει 31 ημέρες, τότε οι σχέσεις θα είχαν ως εξής :

$$1997 : I_{p1} = (433 / 8) \times (31 / 365) = 39,4 \times 0,08 = 4,6 \text{ ασθενείς / κλίνη για τον Ιανουάριο.}$$

$$1998 : I_{p1} = (515 / 8) \times (31 / 365) = 46,8 \times 0,08 = 5,5 \text{ ασθενείς ανά κλίνη για τον Ιανουάριο.}$$

$$1999 : I_{p1} = (557 / 8) \times (31 / 365) = 50,6 \times 0,08 = 5,9 \text{ ασθενείς ανά κλίνη για τον Ιανουάριο.}$$

$$2000 : I_{p1} = (561 / 10) \times (31 / 365) = 51 \times 0,08 = 4,8 \text{ ασθενείς ανά κλίνη για τον Ιανουάριο και}$$

2001 : $I_{p1} = (466 / 10) \times (31 / 365) = 42,4 \times 0,08 = 4$ ασθενείς ανά κλίνη για τον Ιανουάριο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ

Ι. ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπεράσματα Κεφαλαίου 1 :

- ΟΙ ΜΕΘ είναι κατάλληλα διαμορφωμένες, εξοπλισμένες και στελεχωμένες ώστε να μπορούν να νοσηλεύσουν βαριά περιστατικά και να τους προσφέρουν εξατομικευμένη 24ωρη παρακολούθηση.
- Ανάλογα με το είδος των περιστατικών που νοσηλεύουν οι ΜΕΘ διακρίνονται σε πολυδύναμες και ειδικές.
- Το προσωπικό που απασχολείται σε μία ΜΕΘ πρέπει να είναι εξειδικευμένο, επαρκές και να εκπαιδεύεται συνεχώς στις σύγχρονες πρακτικές και μεθόδους ώστε να προσφέρεται ολοκληρωμένη κάλυψη των ασθενών 24 ώρες το 24ωρο.
- Οι ΜΕΘ αποτελούν την πιο ανεπτυγμένη τεχνολογική απάντηση του σύγχρονου ανθρώπου για τον βαριά πάσχοντα γιατί με το εξειδικευμένο προσωπικό και τα τελευταία τεχνολογίας μηχανήματα που χρησιμοποιούνται μέσα σ' αυτές είναι δυνατή η αντιμετώπιση κρίσιμων περιστατικών ώστε να σώζονται ζωές που παλαιότερα ήταν καταδικασμένες.
- Οι ΜΕΘ είναι πολύ ακριβές περιοχές της φροντίδας υγείας και ο υπολογισμός του κόστους αυτών είναι δύσκολος διότι περιλαμβάνει τομείς δύσκολα κοστολογίσιμους, όπως το αναλώσιμο υγειονομικό ή μη υλικό, το τεχνικό εξοπλισμό, υπηρεσίες κλινικής υποστήριξης κτλ.
- Το μέγεθος και οι χώροι που περιλαμβάνει μία ΜΕΘ εξαρτώνται κυρίως από το μέγεθος του νοσοκομείου και το είδος των περιστατικών που νοσηλεύονται σε αυτό.
- Οι ΜΕΘ δεν έχουν καμία σχέση με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου διότι όλοι οι ασθενείς είναι καθηλωμένοι στα κρεβάτια τους και συνδεδεμένοι με διάφορα μηχανικά συστήματα.

- Η αποδοτικότητα μιας ΜΕΘ καθορίζεται όχι μόνο από τον απόλυτο αριθμό των κρεβατιών που διαθέτει αλλά και από τη διαρκή ετοιμότητα της να δεχτεί το βαρύ και μη προγραμματισμένο περιστατικό.
- Η ΜΕΘ πρέπει να είναι εύκολα προσπελάσιμη, να είναι μακριά από θορύβους και πολυσύχναστες περιοχές και να έχει άμεση πρόσβαση με το χειρουργείο, το ΤΕΠ και τα απεικονιστικά εργαστήρια.

Συμπεράσματα Κεφαλαίου 2 :

- Η ύπαρξη της ΜΕΘ και των χειρουργείων στον ίδιο όροφο δημιουργεί άμεση πρόσβαση από το ένα μέρος στο άλλο όπου συνεπάγεται μη αλόγιστη σπατάλη χρόνου.
- Το νοσοκομείο Ηρακλείου κατασκευάστηκε το 1989 και προσφέρει πλήρη και ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας στους Έλληνες πολίτες με τη δυνατότητα πρόσβασης των χρηστών, την ποιοτική αναβάθμιση και τη σωστότερη λειτουργία των Μονάδων Υγείας δίνοντας βάρος στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αλλά ταυτόχρονα και με την εξειδικευμένη και υψηλού επιπέδου παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Οι χώροι του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου θεωρούνται απόλυτα επαρκείς για τις κλίνες που διαθέτει καθώς αντιστοιχούν συνολικά 165 τ.μ. / κλίνη ενώ σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα θα έπρεπε να διατίθενται περίπου 120 τ.μ. / κλίνη για Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο.
- Η ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου διαθέτει εξοπλισμό σύγχρονης τεχνολογίας και περιλαμβάνει πλήρη συστήματα παρακολούθησης και υποστήριξης των βασικών λειτουργιών του βαρέως πάσχοντος. Τέλος, πρέπει να τονισθεί το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και προσφοράς του προσωπικού της ΜΕΘ το οποίο είναι από τα καλύτερα στον ελλαδικό χώρο.
- Τόσο το μέγεθος της ΜΕΘ όσο και ο χώρος που αντιστοιχεί σε κάθε κλίνη είναι ικανοποιητικά (65,8 τ.μ. ανά κλίνη έναντι 30 τ.μ. που αντιστοιχεί στον ελάχιστο αναγκαίο χώρο). Κάτι τέτοιο όμως δείχνει και την έλλειψη κλινών καθώς υπάρχει αρκετός χώρος για την εισαγωγή επιπλέον κλινών.

- Όσον αφορά τους χώρους της ΜΕΘ, αυτοί κρίνονται ικανοποιητικοί αλλά όχι πλήρως επαρκείς. Υπάρχουν μικρές ελλείψεις.
- Σημειώνονται μικρές ελλείψεις και στον εξοπλισμό της ΜΕΘ ο οποίος όμως σε γενικές γραμμές θεωρείται καλός.
- Η επιστημονική δραστηριότητα της ΜΕΘ κρίνεται ικανοποιητική μιας και περιλαμβάνει θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση των ειδικευόμενων ιατρών του τμήματος.
- Ανεπαρκής κρίνεται η στελέχωση της ΜΕΘ ειδικά σε ιατρικό προσωπικό, το οποίο μετά δυσκολίας αγγίζει την αναλογία 1:1 που θεωρείται ιδανική.
- Οι εισαγωγές στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου, παρουσιάζουν σταδιακή αύξηση από το 1997 έως το 2001 πράγμα το οποίο πιθανόν να οφείλεται είτε στο ότι αυξήθηκε ο αριθμός των κλινών από 8 σε 10 είτε στο ότι το είδος των περιστατικών ήταν κυρίως τροχαία, δηλητηριάσεις κτλ. πράγμα το οποίο συντελεί στην αύξηση του αριθμού των εισαγωγών.
- Οι ενδονοσοκομειακές μετακινήσεις προς τη ΜΕΘ είναι διπλάσιες από τις κατ' ευθείαν εισαγωγές στη ΜΕΘ. Άρα οι περισσότεροι ασθενείς νοσηλεύονται ήδη στο νοσοκομείο και εισάγονται στην ΜΕΘ είτε για περαιτέρω εντατική παρακολούθηση είτε για κάποια μετεγχειρητική παρακολούθηση.
- Το ανδρικό φύλο υπερέχει σε όλα τα έτη από το γυναικείο όσον αφορά τις εισαγωγές στη ΜΕΘ. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες είναι μακροβιότερα όντα από τους άνδρες.
- Το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας παρουσιάζεται στην εικοσαετία 61 – 80 για το λόγο ότι αυτές οι ηλικίες παρουσιάζουν συχνότερα προβλήματα υγείας και λόγω φυσικής εξασθένησης του οργανισμού η κατάσταση τους δύναται να επιδεινωθεί ευκολότερα απ' ότι σε ένα νέο οργανισμό.
- Οι μεγαλύτεροι αριθμοί εισαγωγής παρουσιάζονται τους μήνες Ιανουάριο, Ιούλιο, Απρίλιο, Ιανουάριο και Αύγουστο για τα έτη 1997, 1998, 1999, 2000 και 2001 αντίστοιχα. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι το χειμώνα οι μεγαλύτερες ηλικίες παρουσιάζουν αναπνευστικά

προβλήματα ενώ τους καλοκαιρινούς μήνες αυξάνονται τα ατυχήματα, και επομένως οι πολυτραυματίες, οι οποίοι χρίζουν εντατικής παρακολούθησης και νοσηλείας.

- Η Μ.Δ.Ν. σταδιακά μειώθηκε από το 4,8 σε 4,1 και αυτό οφείλεται στα αντιμετωπιζόμενα περιστατικά τα οποία δεν είναι χρόνια αλλά ατυχήματα κτλ. κ δεν χρίζουν μεγάλη διάρκεια νοσηλείας.
- Ο αριθμός διακομιδών από τη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου προς άλλα νοσοκομεία, νομούς εντός Ελλάδος και στο εξωτερικό, ενώ αρχικά σημείωσε μία μικρή αύξηση μέχρι το 1998, τα επόμενα χρόνια μειώθηκε αισθητά. Γενικότερα πάντως ο αριθμός αυτός παρέμεινε σε χαμηλά επίπεδα. Αυτό δείχνει πως η ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου μπορεί να καλύψει τις ανάγκες όλων σχεδόν των νοσηλευόμενων ασθενών κατόπιν σωστής συνεργασίας του προσωπικού με το τεχνολογικό εξοπλισμό.
- Το ποσοστό θνησιμότητας μέχρι το 1999 μειώθηκε σημαντικά από 24,7% σε 20,9% ενώ μέχρι το 2001 αυξήθηκε όπου και σημειώθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας δηλαδή 29%. Ο μέσος όρος θνησιμότητας είναι 24,5% ποσοστό το οποίο είναι αρκετά μεγάλο εφόσον άνω του 20% θεωρείται αυξημένο. Κάτι τέτοιο μπορεί να συμβαίνει για πολλούς λόγους ο κυριότερος είναι η κρισιμότητα της κατάστασης που εισάγεται ο ασθενής.
- Τα περιστατικά που αντιμετωπίζονται συχνότερα στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου είναι τα χειρουργικά τα οποία ξεπερνούν κατά πολύ τα υπόλοιπα. Αμέσως μετά ακολουθούν τα Πνευμονολογικά. Όπως είπαμε και παραπάνω κάτι τέτοιο συμβαίνει εξαιτίας του είδους των περιστατικών.
- Όσον αφορά τους δείκτες αποδοτικότητας έχουμε τα εξής αποτελέσματα : Η αναλογία των νοσηλευτών ανά ιατρό ήταν περίπου 5 και για τα 5 έτη. Η αναλογία όλου του προσωπικού ανά κλίνη ήταν περίπου 5 απασχολούμενοι ανά κλίνη. Η αναλογία των ιατρών ανά κλίνη ήταν περίπου 1 ιατρό για κάθε κλίνη σε όλα τα έτη. Η αναλογία των νοσηλευτών ανά κλίνη ήταν περίπου 4 νοσηλευτές ανά κλίνη. Η αναλογία που αντιστοιχούσε σε κάθε απασχολούμενο ανά ασθενείς

για κάθε έτος ήταν περίπου 11 ασθενείς. Οι ασθενείς που αναλογούσαν για κάθε κλίνη ανά έτος ήταν περίπου 58 και οι ασθενείς που αναλογούσαν σε κάθε κλίνη ανά μήνα ήταν περίπου 5. Η αναλογία του πληθυσμού ανά απασχολούμενο ήταν περίπου 6017 άτομα. Στους 1000 κατοίκους περίπου οι 2 εισάγονταν στη ΜΕΘ ανά έτος. Οι ημέρες νοσηλείας που αντιστοιχούσαν στα 1000 άτομα ήταν περίπου 8. Η πληρότητα των κλινών αγγίζει το 75,6% ανά έτος και τέλος, η αδράνεια των κλινών φτάνει το 1,5 ανά έτος.

2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΘ ΤΟΥ Πα.Γ.Ν.ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

Τα σημαντικότερα προβλήματα της Εντατικής του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου είναι τα εξής :

- ◆ Η έλλειψη κρεβατιών εντατικής ιατρικής είναι μεγάλη στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου εάν σκεφτεί κανείς ότι βρίσκεται σε νοσοκομείο 720 κλινών και στη ΜΕΘ αντιστοιχούν μόλις οι 10!
- ◆ Ένας ολόκληρος πληθυσμός ασθενών, δεν καλύπτονται από κανένα είδος εξειδικευμένης εντατικής ιατρικής καθώς το ποσοστό κάλυψης είναι μόλις 1,4!
- ◆ Η παρουσία των ιατρών στις μονάδες είναι ευκαιριακή και παράλληλη με άλλη δραστηριότητα.
- ◆ Η αναγκαία ελάχιστη σχέση συνεχούς παρουσίας μιας αδελφής ανά δύο κρεβάτια δεν είναι εξασφαλισμένη σε καμία μονάδα. Επίσης το εκπαιδευτικό πρόγραμμα των αδελφών είναι ευκαιριακό.
- ◆ Παρασκευαστές – τεχνικοί δεν προβλέπονται.
- ◆ Έλλειψη των βοηθητικών ιδιαίτερα χώρων.
- ◆ Η ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου διαθέτει απ' τους καλύτερους τεχνολογικούς εξοπλισμούς στην Ελλάδα, ο οποίος όμως βρίσκεται σε μερική αδράνεια καθώς δεν υπάρχει κατάλληλο προσωπικό που να γνωρίζει το χειρισμό τους.
- ◆ Πολύ υψηλό κόστος ανάπτυξης και λειτουργίας.

- ◆ Η Μονάδα είναι απομονωμένη καθώς βρίσκεται στο Γ' κτίριο (στο τέλος του διαδρόμου μακριά απ' τα εργαστήρια) στον πρώτο όροφο και όχι ιδιαίτερα προσπελάσιμη.
- ◆ Υπάρχει σημαντική έλλειψη προσωπικού (ιδιαίτερα ιατρικού).
- ◆ Έλλειψη κινήτρων ώστε η προσφορά εργασίας να είναι μεγαλύτερη.
- ◆ Αντίξοες συνθήκες εργασίας.
- ◆ Το βοηθητικό προσωπικό είναι κοινό και για τη ΜΕΘ (τραυματιολογική) αλλά και τη ΜΕΘ (καρδιοπαθών) και όπως αντιλαμβάνεται κανείς είναι αρκετά δύσκολο να καλυφθούν και τα δύο πόστα ταυτόχρονα.
- ◆ Οι βοηθοί που διατίθενται στη ΜΕΘ, καθ' ότι εκπαιδευόμενοι στην ιατρική, είναι ανειδίκευτοι και μένουν στη ΜΕΘ για λίγο καιρό οπότε απαιτείται συνεχής και επαναλαμβανόμενη εκπαίδευση και συζήτηση των περιστατικών.

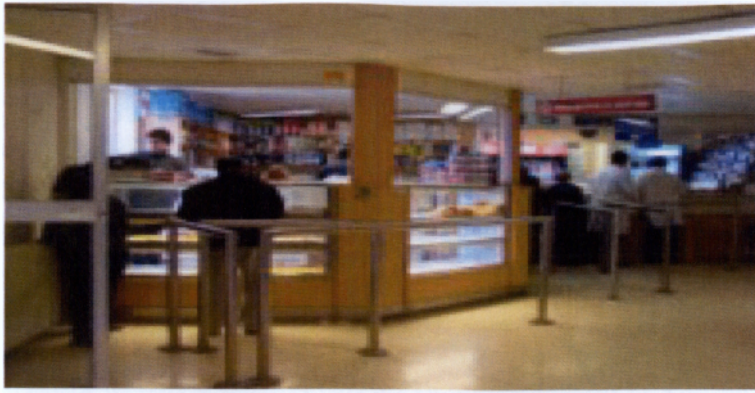
3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΛΥΣΕΙΣ

- ❖ Θέσπιση κινήτρων για μεγαλύτερη προσέγγιση του προσωπικού στη ΜΕΘ.
- ❖ Αύξηση νοσηλευτικού προσωπικού.
- ❖ Αύξηση του εξοπλισμού της ΜΕΘ για να εξασφαλιστεί η βέλτιστη αντιμετώπιση των περιστατικών.
- ❖ Αύξηση του αριθμού των κλινών για την αντιμετώπιση περισσότερων περιστατικών.
- ❖ Να γίνει δυνατή η κοστολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται σε 1 ΜΕΘ.
- ❖ Δημιουργία περισσότερων χώρων μέσα στο χώρο της ΜΕΘ για την καλύτερη εξυπηρέτηση του προσωπικού.
- ❖ Το Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου πληροί όλες τις προϋποθέσεις που αναγράφονται στη «μελέτη σκοπιμότητας» δηλαδή μελέτη βιωσιμότητας (πληθυσμιακή ανάλυση, υγειονομικό χάρτη, κλιματολογική και γεωγραφική ανάλυση και επιδημιολογική

ανάλυση), μελέτη χωροθεσίας (εύκολη πρόσβαση, κεντρικότητα σημείου, οικόπεδο, μέγεθος πληθυσμού και αγορά) και τέλος την οικονομική μελέτη.

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ ΠΑΓΝΗ







ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Γ

Πίνακας 4-1 : Εξοπλισμός ΜΕΘ Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου και κόστος αγοράς αυτού	81
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Δ

Πίνακας 1-1 : Αριθμητική κατανομή του προσωπικού ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου	84
---	----

Πίνακας 2-1 : Αριθμητική κατανομή του προσωπικού ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης	85
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Ε

Πίνακας 1-1 : Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των συνολικών εισαγωγών και των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου τα έτη 1997 – 2001	87
--	----

Πίνακας 1-2 : Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή της προέλευσης εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου τα έτη 1997 – 2001	88
---	----

Πίνακας 1-3 : Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών με βάση το μήνα εισαγωγής στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου τα έτη 1997 – 2001	90
---	----

Πίνακας 2-1-i : Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση το φύλο του ασθενούς τα έτη 1997 – 2001	91
--	----

Πίνακας 2-1-ii : Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση την ηλικία του ασθενούς τα έτη 1997 – 2001	93
---	----

Πίνακας 2-3 : Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών με βάση τις διακομιδές που σημειώθηκαν από τη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου τα έτη 1997 – 2001	96
--	----

Πίνακας 2-4 : Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή της θνησιμότητας των ασθενών της ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου για τα έτη 1997 – 2001	98
---	----

Πίνακας 3-1 : Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση την αιτία εισαγωγής για τα έτη 1997 – 2001	99
--	----

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΚΥΚΛΙΚΩΝ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Ε

Κυκλικό διάγραμμα 2-1-ii : Ποσοστιαία κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση την ηλικία του ασθενούς τα έτη 1997 – 2001	93
Κυκλικό διάγραμμα 3-1-1 : Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση την αιτία εισαγωγής το έτος 1997	100
Κυκλικό διάγραμμα 3-1-2 : Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση την αιτία εισαγωγής το έτος 1998	100
Κυκλικό διάγραμμα 3-1-3 : Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση την αιτία εισαγωγής το έτος 1999	100
Κυκλικό διάγραμμα 3-1-4 : Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση την αιτία εισαγωγής το έτος 2000	100
Κυκλικό διάγραμμα 3-1-5 : Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση την αιτία εισαγωγής το έτος 2000	100

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Α

Οργανόγραμμα 6 : Διάρθρωση των υπηρεσιών του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου	63
Οργανόγραμμα 6-1 : Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας	58
Οργανόγραμμα 6-2 : Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	60
Οργανόγραμμα 6-3 : Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας	61
Οργανόγραμμα 6-4 : Διάρθρωση Τεχνικής Υπηρεσίας	62

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΧΑΡΤΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Α

Χάρτης 2-1 : Γεωγραφική θέση Ηρακλείου και απόσταση από τους άλλους νομούς της περιφέρειας	49
Χάρτης 2-2 : Γεωγραφική θέση Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου	48

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – Β

Σχήμα 3-1 : Γραφική απεικόνιση των ειδών της ΜΕΘ 25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Α

Σχεδιάγραμμα 6-1 : Σχεδιάγραμμα Νοσοκομείου 64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Γ

Σχεδιάγραμμα 3-1 : Σχεδιάγραμμα ΜΕΘ 80

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΡΑΒΔΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Ε

Ραβδόγραμμα 1-2 : Αριθμητική κατανομή της προέλευσης εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου τα έτη 1997 – 2001 88

Ραβδόγραμμα 2-1-ι : Αριθμητική κατανομή των εισαγωγών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση το φύλο τα έτη 1997 – 2001 92

Ραβδόγραμμα 2-2 : Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ασθενών στη ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου τα έτη 1997 – 1999 95

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Ε

Γράφημα 2-3 : Ποσοστιαία κατανομή των διακομιδών της ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου με βάση τις διακομιδές που πραγματοποιήθηκαν για τα έτη 1997 – 2001 97

Γράφημα 2-4 : Ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών της ΜΕΘ του Πα.Γ.Ν.Ηρακλείου για τα έτη 1997 – 2001 98

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΕΙΚΟΝΩΝ

Φωτογραφίες Νοσοκομείου	129
Τρισδιάστατη όψη νοσοκομείου	132

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΣΚΗΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε., *Επείγουσα και Εντατική Ιατρική*, Λίτσα, Αθήνα 1991.
- ΔΡΟΥΜΠΑΛΗΣ Φ., *Σύγχρονες Μονάδες Υγείας*, Διδακτικές σημειώσεις, Καλαμάτα.
- ΚΑΝΑΚΗ Ε., ΧΕΙΛΑΚΗ Λ., *Οργάνωση, δομή και λειτουργία του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας Θριάσιο*, Πτυχιακή εργασία, Καλαμάτα 2002.
- ΛΑΝΑΡΑ Β.Α, *Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών, θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο*, 8^ε εκδ., Γραφικές τέχνες Γ. Παπανικολάου ΑΒΕΕ, Αθήνα 1997.
- ΜΠΙΛΑΛΗΣ Δ., *Επείγουσα και Εντατική Ιατρική*, Σημειώσεις, Αθήνα 1983.
- ΝΟΜΙΚΟΣ Α.Κ., *Οργάνωση και Διοίκηση Μονάδων Υγείας III*, Διδακτικές σημειώσεις, ΤΕΙ Αθήνας, Σ.Δ.Ο., Δ.Μ.Υ.Π., Αθήνα 1998.
- ΞΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ Κ., ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ – ΡΟΚΑ Μ., *Κριτήρια λειτουργίας Μονάδων Εντατικής Παρακολούθησης και Θεραπείας (ΜΕΠΘ) και προϋποθέσεις εφαρμογής στα Ελληνικά Νοσηλευτικά Κέντρα*, Αρχ. Ιατρ. Εταιρ., Πρακτικά 3^{ου} Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου, Αθήνα 1977.
- ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ, *Οργάνωση, δομή και λειτουργία της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του Γ.Ν.Π. Τρίπολης η Ευαγγελίστρια*, Πτυχιακή εργασία, Καλαμάτα 2002.
- ΡΟΥΣΣΟΣ, *Οργάνωση Μονάδων Εντατικής Θεραπείας*, 3 τομ., Πασχαλίδη, Αθήνα 1998.
- ΡΟΥΣΣΟΣ, *Εντατική Θεραπεία*, 1 τομ., Πασχαλίδη, Αθήνα 1999.
- ΣΟΥΛΗΣ Σ., *Οικονομική της Υγείας*, Παπαζήση, Αθήνα 1998.
- ΣΟΥΣΤΕΡ, *Βασικές αρχές Εντατικής Ιατρικής*, Λίτσα, Αθήνα 1989.
- SPRIGINGS D., CHAMBERS J., JEFFREY A., *Επείγουσα Ιατρική*, Παρισιάνος, Αθήνα 1996.

- ΤΖΗΚΑ Β., ΧΑΣΟΥΡΑ Ν., *Οργάνωση, δομή και λειτουργία των ΜΕΘ του Π.Γ.Ν.Α. και Γ.Π.Ν.Α. ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ*, Πτυχιακή εργασία, Καλαμάτα 2002.
- YATES A.K., MOORHEAD P.J., ADAMS A.P., *Εντατική Θεραπεία*, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1990.,

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- ΜΟΥΛΟΥΔΗ Ε., ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Δ., «Ο ρόλος της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας στο σύγχρονο νοσοκομείο», *περ. Ιατρική του σήμερα*, τεύχος 30, Ιαν. – Απρίλ. 2001, σελ. 3 – 9.
- ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Κ., ΡΑΠΙΔΗΣ Π, ΚΟΤΣΑΝΗΣ Σ., ΠΑΠΑΝΤΩΝΑΤΟΣ Δ., « Ψυχολογικές επιπτώσεις των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) στους αρρώστους, το συγγενικό τους περιβάλλον και το νοσηλευτικό προσωπικό», *περ. Υγεία*, τόμ. 1, τεύχος 2, Μάρτιος 1982, σελ. 87 – 91.
- ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ Κ. – ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, «Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Οργάνωση», *περ. Βιοϊατρική Τεχνολογία*, τόμ. 46, τεύχος 4, Οκτ. – Δεκ. 1984, σελ. 513 – 518.



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
22 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1988

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
11

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

- Απόφαση του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. ... 1
- Απόφαση της Δ1γ/49076/85/9.1.86 (ΦΕΚ 4/15.1.86 Τεύχος Β') αποφάσεως του Υπ. Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. ... 2

ΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Α32/οίκ. 825 (1)

Απόφαση του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη :

1. Διατάξεις των παραγράφων 1,2,3 και 4 του άρθρου 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/Α/83).

2. Διατάξεις της παρ. 9 του άρθρου 10 του Ν.1579/1987 για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 217/Α/85).

3. Διατάξεις του Π. Δ/τος 87/86 «Γενικό πλαίσιο των Νοσοκομείων» (ΦΕΚ 32/Α/86).

4. 9/6.8.87 και 18/12.11.87 αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, αποφασίζουμε :

Άρθρο 1.

Το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου που ιδρύθηκε με το Π.Δ/γμα 186/85 «Ίδρυση Νοσοκομείου» (Φ.Ε.Κ. 75/Α/85) και αποτελεί νοσοκομείο δημοσίου δικαίου, που υπάγεται στις διατάξεις του Ν. Δ/τος 254/2/53 «περί οργανώσεως της Ιατρικής» (ΦΕΚ 254/Α/53), όπως τροποποιήθηκαν πρώτιστα με παραρτήματα και στις διατάξεις του Π.Δ/τος 143/Α/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/Α/83), και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 9 του άρθρου 10 του Ν. 1579/87, στην ανάπτυξη του νοσοκομείου, στα πλαίσια του οργανισμού, γίνεται σταδιακά με αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου, σύμφωνα με τις κάθε φορά αποφάσεις και κατευθύνσεις του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 2.

Επωνυμία - Έδρα - Σφραγίδα.

1. Το νοσοκομείο αυτό ορίζεται ως Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο της 9ης Υγειονομικής Περιφέρειας, όπως αυτή προβλέπεται από το Π.Δ/γμα 31/86 «Διάρθρωση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες» (ΦΕΚ 12/Α/86), όπως αυτή ισχύει κάθε φορά. Το νοσοκομείο αυτό φέρει την επωνυμία: Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου.

2. Έδρα του νοσοκομείου είναι η πόλη του Ηρακλείου Κρήτης.

3. Το νοσοκομείο έχει σφραγίδα στρογγυλή, στην οποία αναγράφονται σε επάλληλους κύκλους «ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ - ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ - ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ» και στη μέση το εθνόσημο.

Άρθρο 3.

Σκοπός.

Ο σκοπός του νοσοκομείου είναι :

α) Η παροχή περίθαλψης σε όλα τα επίπεδα και κύρια εξειδικευμένης (τριτοβάθμιου επιπέδου) μορφής στον πληθυσμό της υγειονομικής περιφέρειας, καθώς και σε άτομα που παραπέμπονται από άλλες υγειονομικές περιφέρειες. Η περίθαλψη παρέχεται ελεύθερα για κάθε άτομο ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

β) Η προπτυχιακή εκπαίδευση σε φοιτητές του ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Κρήτης καθώς και σε φοιτητές σχολών άλλων επαγγελματιών υγείας.

γ) Η ειδίκευση γιατρών και η συνεχής εκπαίδευση, η επιμόρφωση γιατρών και λειτουργιών άλλων ειδών υγείας με την ανάπτυξη και εφαρμογή αντιστοιχών εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

δ) Η ανάπτυξη και προώθηση της έρευνας στα τμήματα της ιατρικής και των άλλων συναφών επιστημών. Στο κατεύθυνση αυτή εφαρμόζει και αναπτύσσει ερευνητικά προγράμματα, αναπτύσσει επιστημονικές μελέτες και συνεργάζεται με άλλους συναφείς φορείς, καθώς και με άλλους οργανισμούς, επιστημονικά και ερευνητικά κέντρα.

ε) Η συνεργασία με άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη των υπηρεσιών.

μισι, συνολικά του έργου στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα σε ότι αφορά την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και ειδικών προγραμμάτων μελέτης και αξιολόγησης θεμάτων που αφορούν το χώρο της υγείας στην περιφέρεια. σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν.1397/83 και στο πλαίσιο της προβλεπόμενης, από τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 6 του ίδιου νόμου, όπως συμπληρώθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 7 του άρθρου 12 του Ν.1579/85, νοσηλευτικής, επιστημονικής και λειτουργικής διασύνδεσης.

Στην έννοια της συνεργασίας και διασύνδεσης αυτής περιλαμβάνεται η οργάνωση και η εφαρμογή με ευθύνη των πανεπιστημιακών κλινικών, σε κάθε νοσηλευτική μονάδα της υγειονομικής περιφέρειας, προγραμμάτων, σεμιναρίων, μελετημάτων, διαλέξεων για την συνεχή αναβάθμιση του επιπέδου λειτουργίας τους καθώς και η μετάβαση στις νοσηλευτικές μονάδες αυτές επιστημόνων του νοσοκομείου για την οργάνωση, σε συνεργασία με την ιατρική υπηρεσία της κάθε νοσηλευτικής μονάδας, παροχής εξειδικευμένης περίθαλψης στον πληθυσμό της κάθε νομαρχιακής περιφέρειας.

Άρθρο 4.

Δύναμη κρεβατιών.

Το νοσοκομείο μπορεί να αναπτύσσει συνολική δύναμη έγκρι 820 κρεβάτια.

Άρθρο 5

Διάκριση υπηρεσιών.

1. Το νοσοκομείο αυτό απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:
 - α) Ιατρική
 - β) Νοσηλευτική
 - γ) Διοικητική

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

3. Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε άλλη υπηρεσία απ' αυτή που υπάγεται κατά κλάδο και κατηγορία, σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής, υπάγεται ιεραρχικά στην υπηρεσία που υπηρετεί.

Άρθρο 6.

Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας.

1. Η Ιατρική Υπηρεσία αποτελείται από κλινικά και γαστρεντερικά τμήματα και μονάδες του Ε.Σ.Υ. καθώς και 6 πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες και κερδώνονται στους τομείς: Παθολογικό, Χειρουργικό, Ψυχιατρικό, Εργαστηριακό και Κοινωνικής Ιατρικής.

2. Στο πρώτο στάδιο ανάπτυξης του νοσοκομείου σε 7 τομείς λειτουργούν οι πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες που εγκαθίστανται σ' αυτό, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 13 του Ν.1397/83.

Στο στάδιο αυτό ο κάθε κλινικός τομέας λειτουργεί με αριθμό κρεβατιών που ορίζεται με την κοινή απόφαση, προβλέπουν οι διατάξεις αυτές, συνολικά για τις αντίστοιχες πανεπιστημιακές κλινικές που εντάσσονται σ' αυτόν.

Άρθρο 7.

Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και διαιρείται σε επτά (7) τομείς 1ο, 2ο, 3ο, 4ο, 5ο, 6ο και 7ο ο καθένας διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα ως ακολούθως:

1) Ο 1ος και 2ος τομέας σε έξι (6) τμήματα ο καθένας, καλύπτουν τον παθολογικό τομέα της ιατρικής υπηρεσίας.

2) Ο 3ος και 4ος τομέας σε τέσσερα (4) τμήματα ο ένας, που καλύπτουν τον χειρουργικό τομέα της ιατρικής υπηρεσίας, εκτός του αναισθησιολογικού τμήματος και της ίδιας ανάνηψης.

3) Ο 5ος τομέας σε πέντε (5) τμήματα που καλύπτουν τον ψυχιατρικό τομέα και τον τομέα Κοινωνικής Ιατρικής της ιατρικής υπηρεσίας.

4) Ο 6ος τομέας σε πέντε (5) τμήματα που καλύπτουν τα εξωτερικά ιατρεία, τα διατομιακά τμήματα και το εργαστηριακό τομέα της ιατρικής υπηρεσίας.

5) Ο 7ος τομέας σε τέσσερα (4) τμήματα που καλύπτουν το αναισθησιολογικό τμήμα, την μονάδα ανάνηψης, τη κεντρική αποστείρωση και τα χειρουργεία της ιατρικής υπηρεσίας.

2. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου μπορεί να μεταφέρονται νοσηλευτικά τμήματα από τον ένο νοσηλευτικό τομέα στον άλλο, μέσα στα πλαίσια του κατώτερου και ανώτερου ορίου διάρθρωσης αυτών.

3. Στο Νοσοκομείο συνιστάται νοσηλευτική επιτροπή που αποτελείται από:

α) Τον διευθυντή-ντρία της νοσηλευτικής υπηρεσίας, ως Πρόεδρο.

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

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

Τα μέλη (β) και (γ) 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 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 εισάγεται σχετικά με τον πρόεδρό της στα αρμόδια όργανα του νοσοκομείου.

Άρθρο 8.

Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας.

1. Η Διοικητική Υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) υποδιευθύνσεις:

α) ~~Υποδιεύθυνση~~ Διοικητικού

β) ~~Υποδιεύθυνση~~ Οικονομικού.

γ) ~~Υποδιεύθυνση~~ Τεχνικού.

Κάθε υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή γραφεία, όπως στις ακόλουθες παραγράφους.

2. Η υποδιεύθυνση Διοικητικού στα τμήματα:

α) Προσωπικού

β) Πρωτοκόλλου

γ) Κίνησης Αρρώστων.

δ) Προμηθειών Εξωτερικών Ιατρείων

ε) Κοινωνικής Υπηρεσίας

στ) Πασατακίων Επαγγελματιών (Τεχνολόγων).

3. Η υποδιεύθυνση Οικονομικού στα τμήματα:

α) Οικονομικού

β) Πληροφορικής - Οργάνωσης

γ) Διατροφής

και στα αυτοτελή γραφεία:

α) Επιστάσας

β) Πρωτοκόλλου

4. Η υποδιεύθυνση Τεχνικού στα τμήματα:

α) Τεχνικού

β) Βιοιατρικής Τεχνολογίας.

Άρθρο 9.

Αρμοδιότητες υπηρεσιών.

Οι αρμοδιότητες κάθε υπηρεσίας του νοσοκομείου ορίζονται ως ακολούθως:

1. Αρμοδιότητες Ιατρικής Υπηρεσίας είναι:

Η προώθηση και προαγωγή της υγείας, της έγκαιρης και της εκπαίδευσης, η παροχή υπηρεσιών υγείας και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχομένων υπηρεσιών.

2. Αρμοδιότητες Φαρμακευτικού Τμήματος:

Έχει την ευθύνη για τον προγραμματισμό των φαρμάκων, την φύλαξη, την ταξινόμηση, την παρασκευή ιδιοσκευασμάτων, τον έλεγχο, την χορήγηση την διανομή, την διακίνηση

ποια συνταγής που θα ζητήσει το ιατρικό τμήμα, καθώς και του ελέγχου των προς εκτέλεση 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 πρόωθη και προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης στον τομέα αυτό και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχομένων υπηρεσιών.

4. Αρμοδιότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας είναι :

α) 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.

β) 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 διεκπεραίωση του έργου του νοσοκομείου.

γ) Τμήμα Κίνησης Αρρώστων : Η φροντίδα για την έκδοση εισιτηρίων για την εισαγωγή των αρρώστων, την έκδοση των εξιτηρίων και την τήρηση καταλόγου αναμονής εισαγωγής. Τηρεί βιβλίο κενών κάθε φορά κρεβατιών και ενημερώνει τους αρρώστους για την εισαγωγή τους σύμφωνα με την σειρά στον κατάλογο αναμονής. Φροντίζει για την λογιστική παρακολούθηση της μερίδας των νοσηλευόμενων, την χρέωση δαπανών νοσηλείας και την έκδοση των δελτίων παροχής υπηρεσιών. Τηρεί βιβλίο ασθενών και παρέχει κάθε πληροφορία γι' αυτούς. Επίσης τηρεί λεπτομερή στατιστικά στοιχεία της νοσηλευτικής κίνησης. Χορηγεί πιστοποιητικά στους αρρώστους όταν τα ζητούν, μετά την 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 προσερχομένων 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. Χορηγεί πιστοποιητικά στους αρρώστους όταν τα ζητούν, μετά από υποβολή σχετικής αίτησης. Ενημερώνει το κοινό για τις ώρες λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και για τον τρόπο λειτουργίας τους.

ε) Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας : Η ευθύνη και φροντίδα για την συμπαράσταση 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 Επαγγελμάτων (Τεχνολόγων) : Εντάσσονται οι δραστηριότητες των τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων, των τεχνολόγων χειριστών-εμφανιστών, των εργοθεραπευτών, των ορθοπαιστών και των φυσιοθεραπευτών, 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 έγκαιρη επεξεργασία των προτάσεων για την κάλυψη του προϋπολογισμού του ιδρύματος, την πραγματοποίηση των δαπανών, την εκκαθάριση των αποδοχών προσωπικού και λοιπών αποζημιώσεων, την προμήθεια, δια-

στικόν βιβλίων, καθώς και την εισπραξη των εισόδων 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 Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων 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 πληροφόρηση και εκπαίδευση των νοσηλευόμενων ασθενών και των ασθενών των εξωτερικών ιατρείων, που έχουν ανάγκη από ειδική διαιτητική αγωγή. Στο τμήμα διατροφής εντάσσονται επίσης οι επιστημονικές, οργανωτικές, εκπαιδευτικές και διοικητικές δραστηριότητες όλων όσων απασχολούνται με τη τρέφειμα από την προμήθεια μέχρι την κατανομή τους.

ι) Γραφείο Επιστάσεως : Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την καθαριότητα των χώρων του νοσοκομείου και την εποπτεία των γενικών εργασιών και μεταφορών.

ια) Γραφείο Ψακισμού : Η φύλαξη, η διατήρηση, η επιδιόρθωση και η καθαριότητα του ψακισμού του προσωπικού του νοσοκομείου, καθώς και του ψακισμού για επεξεργασία των νοσηλευόμενων.

ιβ) Τμήμα Τεχνικού : Η ευθύνη για τον προγραμματισμό και την εισήγηση της εκτέλεσης των απαραίτητων έργων ανάπτυξης, συντήρησης, ανανέωσης και διαρκούς βελτίωσης των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του ιδρύματος και για την προμήθεια του απαραίτητου εξοπλισμού. Καταρτίζει μελέτες για την εκτέλεση έργων, επιβλέπει την εκτέλεσή τους και έχει την φροντίδα για την ποιοτική και ποσοτική παραλαβή τους.

Η ευθύνη για την ομολή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παροχής σερβίων, των εγκαταστάσεων παροχής νάρκωσης στα χειρουργεία και γενικά για την ομαλή λειτουργία του επιστημονικού και τεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και των σκευμάτων του Ιδρύματος.

ιγ) Τμήμα Βιοιατρικής Τεχνολογίας : Η 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 10.

Στελέχωση Ιατρικής Υπηρεσίας.

Η Ιατρική Υπηρεσία στελεχώνεται :

α) Από πανεπιστημιακούς γιατρούς του ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Κρήτης που υπηρέτησαν στις πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μόνιας που εγκαθίστανται και λειτουργούν στους τομείς της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 13 του Ν. 1397/83.

του άρθρου 25 του Ν. 1397/83, στη κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κατανέμονται στο νοσοκομείο αυτό.

γ) Από ειδικευόμενους γιατρούς που τοποθετούνται για ειδικότητα στο νοσοκομείο αυτό, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά.

δ) Από άλλους επιστήμονες που προσφέρουν συναρπείς υπηρεσίες με το έργο της ιατρικής υπηρεσίας των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις :

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ

Κλάδος ΠΕ Φαρμακοποιών

Έξι (6) θέσεις

Κλάδος ΠΕ Χημικών - Βιοχημικών

Οκτώ (8) θέσεις

Κλάδος ΠΕ Βιολόγων

Έξι (6) θέσεις

Κλάδος ΠΕ Φυσικών - Αιπινοφυσικών

Έξι (6) θέσεις

Κλάδος ΠΕ Ψυχολόγων

Πέντε (5) θέσεις, και

ε) Από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις :

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

Κλάδος ΔΕ Μοθών Φαρμακείου

Δέκα πέντε (15) θέσεις

Άρθρο 11. (46)

Στελέχωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

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

Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ

Κλάδος ΠΕ Νοσηλευτών - τριών

Πενήντα (50) θέσεις

Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

Κλάδος ΤΕ Νοσηλευτών - τριών

Τριακόσιες πενήντα (350) θέσεις

Είκοσι (20) από τις θέσεις του κλάδου αυτού συμπληρώνονται κατά τον αριθμό που δεν συμπληρώνονται, λόγω έλλειψης υποψηφίων, οι θέσεις του κλάδου ΠΕ νοσηλευτών-

Κλάδος ΤΕ Επισκεπτών - τριών

Είκοσι (20) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Μαιών - τριών

Εξήντα (60) θέσεις

Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

Κλάδος ΔΕ Αδελφών Νοσοκόμων

Τετρακόσιες (400) θέσεις

Εκατόν είκοσι (120) από τις θέσεις του κλάδου αυτού συμπληρώνονται, κατά τον αριθμό που δεν συμπληρώνονται, λόγω έλλειψης υποψηφίων, οι θέσεις του κλάδου ΤΕ νοσηλευτών - τριών.

Κλάδος ΔΕ Πρεφοκόμων

Δέκα (10) θέσεις

Δ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΕ

Κλάδος ΥΕ Βοηθητικού Υγειον. Προσωπικού

Διακόσιες τριάντα (230) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες : Βοηθών Θαλάμου, Μεταφορέων ασθενών, Νεκροτόμων-Σαβανωτών και άλλες συναρπείς ειδικότητες. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμονται στις ειδικότητες :

Βοηθών Θαλάμου : σαράντα πέντε (45) θέσεις

Μεταφορέων ασθενών : εβδομήντα (70) θέσεις

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

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 ΠΕ

Κλάδος ΠΕ Διοικητικής - Λογιστικής

Δέκα οκτώ (18) θέσεις

Κλάδος ΠΕ Μηχανικών

Επτά (7) θέσεις

Οι θέσεις του κλάδου κατανέμονται στις ειδικότητες : Ηλεκτρολόγων - Μηχανικών : μία (1) θέση
Λογιστεχνών - Μηχανικών : μία (1) θέση
Πολιτικών - Μηχανικών : μία (1) θέση
Μηχανολόγων - Μηχανικών : δύο (2) θέσεις
Ηλεκτρονικών - Μηχανικών : δύο (2) θέσεις

Κλάδος ΠΕ Ηλεκτροφορικής

Τέσσερις (4) θέσεις

Κλάδος ΠΕ Γυμναστών

Μία (1) θέση

Κλάδος ΠΕ Διαιτολόγων

Έξι (6) θέσεις

Κλάδος ΠΕ Κοινωνικών Λειτουργιών

Μία (1) θέση

Κλάδος ΠΕ Κοστολόγων

Μία (1) θέση

Κλάδος ΠΕ Λογιστεχνικών

Μία (1) θέση

Κλάδος ΠΕ Στατιστικής

Τρεις (3) θέσεις

Κλάδος ΠΕ Κοινωνιολόγων

Μία (1) θέση

Κλάδος ΠΕ Παιδαγωγών

Δύο (2) θέσεις

Κλάδος ΠΕ Εκπαιδευτικών

Δύο (2) θέσεις

Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

Κλάδος ΤΕ Διοίκησης Νοσοκομείων

Δέκα πέντε (15) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Λογιστικής

Δέκα (10) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Οδοντοτεχνικών

Δύο (2) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Τεχνολόγων Γραφίμων

Μία (1) θέση

Κλάδος ΤΕ Φυσιοθεραπευτών

Είκοσι (20) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Εργοθεραπευτών

Μία (1) θέση

Κλάδος ΤΕ Κοινωνικών Λειτουργιών

Επτά (7) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Ραδιολογίας - Ακτινολογίας

(Χειριστών - Εμπανιστών)

Τριάντα (30) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων (Τεχνολόγων)

Είκοσι δύο (22) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Επιστημών Δημόσιας Υγείας

Μία (1) θέση

Κλάδος ΤΕ Ορθοπαιδικών

Μία (1) θέση

Κλάδος ΤΕ Βιβλιοθηκονομίας

Τρεις (3) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Ηλεκτροφορικής

Έξι (6) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Γραφικών Τεχνών

Δύο (2) θέσεις

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

- Ηλεκτρονικών - Τεχνικών : τέσσερις (4) θέσεις
- Υπομηχανικών : δύο (2) θέσεις
- Σχεδιαστών : μία (1) θέση

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

Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

Κλάδος ΔΕ Διοικητικός Λογιστικός

Πενήντα (50) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες : Διοικητικού - Λογιστικού, Εισπρακτόρων και Αποθηκείων.

Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες :

- Διοικητικού - Λογιστικού : είκοσι τρεις (23) θέσεις
- Εισπρακτόρων : μία (1) θέση
- Αποθηκείων : μία (1) θέση

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

Κλάδος ΔΕ Δακτυλογράφων - Στενογράφων

Οκτώ (8) θέσεις

Κλάδος ΔΕ Γραμματέων Νοσηλευτικών Τμημάτων

Πενήντα πέντε (55) θέσεις

Κλάδος ΔΕ Ιερών

Μία (1) θέση

Κλάδος ΔΕ Μαγείρων

Οκτώ (8) θέσεις

Κλάδος ΔΕ Τηλεφωνητών

Δέκα (10) θέσεις

Κλάδος ΔΕ Παρασκευαστών

Εβδομήντα τρεις (73) θέσεις

Πέντε (5) από τις θέσεις του κλάδου αυτού συμπληρώνονται κατά τον αριθμό που δεν συμπληρώνονται, λόγω έλλειψης υποψηφίων, οι θέσεις του κλάδου ΓΕ ιατρικών εργασιών (τεχνολόγων).

Κλάδος ΔΕ Χειριστών - Εμφανιστών

Είκοσι οκτώ (28) θέσεις

Οκτώ (8) από τις θέσεις του κλάδου αυτού συμπληρώνονται κατά τον αριθμό που δεν συμπληρώνονται, λόγω έλλειψης υποψηφίων, οι θέσεις του κλάδου ΓΕ ραδιολογίας (χειριστών - εμφανιστών).

Κλάδος ΔΕ Προσωπικού Η/Υ

Εξι (6) θέσεις

Κλάδος ΔΕ Προσωπικού Ασφαλείας

Δέκα (10) θέσεις

Κλάδος ΔΕ Τεχνικός

Εκατόν τριάντα δύο (132) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες : Μηχανοκτινών, Ηλεκτροτεχνικών, Εργοδηγών, Ηλεκτρονικών-κτινών, Υδραυλικών - Θερμοϋδραυλικών, Θερμαστών, Ιβανιστών - Αποστειρωτών - Απολυμαντών, Σιδηρουργών - Ηλεκτροσυγκολλητών - Αλουμινοκατασκευαστών, Ισοδύμων - Κτιστών - Αμμοκονιαστών, Σχεδιαστών, Χρωματιστών - Υδροχρωματιστών, Ξυλουργών - Ξυλοποιών, Τζαμάδων - Ταπετσήρων, Κοπτριών - Γαζωτριών, Ψυκτικών, Οδηγών αυτοκινήτων - Βελών, Κουρέων και άλλες συναφείς ειδικότητες.

Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες :

- Μηχανοκτινών : εννέα (9) θέσεις
- Ηλεκτροτεχνικών : δέκα τέσσερις (14) θέσεις
- Εργοδηγών : Τρεις (3) θέσεις
- Ηλεκτροτεχνικών - Τεχνικών : τρεις (3) θέσεις
- Υδραυλικών - Θερμοϋδραυλικών : επτά (7) θέσεις

κλιβανιστών - Αποστειρωτών - Απολυμαντών : επτά θέσεις

Σιδηρουργών - Ηλεκτροσυγκολλητών - Αλουμινοκατασκευαστών : δύο (2) θέσεις

Οικοδόμων - Κτιστών - Αμμοκονιαστών : μία (1) θέση

Σχεδιαστών : μία (1) θέση

Ελαιοχρωματιστών - Υδροχρωματιστών : μία (1) θέση

Ξυλουργών - Ξυλοποιών : μία (1) θέση

Τζαμάδων - Ταπετσήρων : μία (1) θέση

Κοπτριών - Ραπτριών - Γαζωτριών : τέσσερις (4) θέσεις

Ψυκτικών : δύο (2) θέσεις

Οδηγών αυτοκινήτων - Βελών : πέντε (5) θέσεις

Κουρέων : μία (1) θέση

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

Δ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΓΕ

Κλάδος ΓΕ Βοηθητικού Προσωπικού

Σαράντα τέσσερις (44) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες : Κλητήρων, Θυρωρών, Συνοδών ανακλιστήρων, Χειριστών μηχανημάτων αναπαράγωγής και επεξεργασίας γραφών, Βοηθών αποθηκείων, τεχνολόγων μεταφορών.

Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες :

Κλητήρων : έξι (6) θέσεις

Θυρωρών : επτά (7) θέσεις

Συνοδών ανακλιστήρων : δύο (2) θέσεις

Χειριστών μηχανημάτων ανακλιστήρων και επεξεργασίας εγγράφων : μία (1) θέση

Βοηθών αποθηκείων : μία (1) θέση

Τεχνολόγων μεταφορών : δύο (2) θέσεις

Μεταφορών : τρεις (3) θέσεις

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

Κλάδος ΓΕ Προσωπικού Καθαριότητας :

Εκατόν εξήντα δύο (162) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες : Καθαριστών - τριών, Πλυντών - τριών, Πρηνισσόδρων - Σιδερωτών - τριών και Επιμέλειας κήπων. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες :

Καθαριστών-τριών : εβδομήντα (70) θέσεις

Πλυντών-τριών : πέντε (5) θέσεις

Πρηνισσόδρων - Σιδερωτών-τριών : πέντε (5) θέσεις

Επιμέλειας κήπων : μία (1) θέση

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

Κλάδος ΓΕ Προσωπικού Εστίασης :

Εκατόν τέσσερις (104) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες : Βοηθών μαγείρων, Τραπεζοκόμων και Λαντζέρηδων. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες :

Βοηθών μαγείρων : τέσσερις (4) θέσεις

Τραπεζοκόμων - σαράντα τέσσερις (44) θέσεις

Λαντζέρηδων : τέσσερις (4) θέσεις

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

Κλάδος ΓΕ Εργατών :

Δέκα (10) θέσεις

Κλάδος ΓΕ Φυλάκων-Νυκτοφυλάκων :

Δέκα έξι (16) θέσεις

Επί θέσεις με μισλή ένταξη :

Δύο (2) θέσεις δικηγόρων.

Άρθρο 13.

Προσόντα διορισμού.

1. Για πο διορισμό στις θέσεις που αναφέρονται με τις διατάξεις των άρθρων 10, 11 και 12 της παρούσας κατανομής κλάδων

... της
... με βαθμ
... του κλάδου διοικητικού-λογιστικού ή
... του κλάδου λογιστικής.

2. Για τις θέσεις δικηγόρων με μισθό εντολής απαιτείται επί πλέον των τυπικών προσόντων και άδεια άσκησης δικηγορίας στον Άρειο Πάγο.

3. Για τις θέσεις του κλάδου ΔΕ προσωπικού ασφαλείας απαιτούνται τα προσόντα που ορίζονται για τον κλάδο ΔΕ Διοικητικό-Λογιστικό.

Για την διαδικασία όμως πρόσληψης και τα θέματα υπηρεσιακής κατάστασης εφαρμόζονται οι διατάξεις του Ν. 1339/83, όπως ισχύουν κάθε φορά.

4. Για τις θέσεις του κλάδου ΔΕ γραμματέων νοσηλευτικών τμημάτων απαιτείται απολυτήριο τίτλου Λυκείου - ή εξατάξιου Γυμνασίου ή ισοτίμου σχολείου ανεξάρτητα από ειδικότητα και καλή γνώση μίας ή δύο κατά περίπτωση ξένων γλωσσών, που ορίζονται με την προκήρυξη πλήρωσης των θέσεων αυτών, καθώς και καλή γνώση ελληνικής και λατινικής γραφομηχανής.

5. Για τις θέσεις του κλάδου ΤΕ ορθοπδικών απαιτείται πτυχίο σχολής Ορθοπδικής Ημεδαπής ή ισοτίμου σχολής αλλοδαπής.

6. Για τις θέσεις του κλάδου ΠΕ λογοθεραπευτών απαιτείται πτυχίο ή δίπλωμα λογοθεραπείας ή λογοπεδικής ή λογοπαθολογίας (speech and language pathologist) ή λογοθεραπείας λόγου ή αγωγής λόγου, αντίστοιχης σχολής Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή σχολής αντίστοιχης ειδικότητας της αλλοδαπής, ισοτίμης βαθμίδας με Α.Ε.Ι. της ημεδαπής.

Σε περίπτωση που δεν υπάρχουν υποψήφιοι με τα προσόντα αυτά, στις θέσεις αυτές μπορεί να προσλαμβάνονται πτυχιούχοι Φιλολογικής σχολής με μετακαπάλαιυση ενός έτους τουλάχιστον στην λογοθεραπεία και φωνολογία.

Άρθρο 14

Προστάμενοι Υπηρεσιών

1. Στην Ιατρική Υπηρεσία προσάτται η επιστημονική επιτροπή του άρθρου 12 του Ν. 1397/83. Στους τομείς και τα τμήματα αυτής οι προστάμενοι ορίζονται σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 3 και 4 του άρθρου 11 του Ν. 1397/83.

2. Στο Φαρμακευτικό τμήμα προσάτται υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου φαρμακοποιών.

3. Στη Νοσηλευτική Υπηρεσία προσάτται:

α) Στη Διεύθυνση υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου νοσηλευτών-τριών.

β) Στους τομείς, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου νοσηλευτών-τριών.

γ) Στα τμήματα, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου νοσηλευτών-τριών ή της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου μαιών για τα μαιευτικά τμήματα και εφόσον δεν υπάρχει, υπάλληλος της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου αδελφών νοσοκόμων με βαθμό α'.

4. Στη Διοικητική Υπηρεσία προσάτται:

α) Στη Διεύθυνση και στις Υποδιυθύνσεις Διοικητικού και Οικονομικού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου διοικητικού-λογιστικού.

β) Στην Υποδιεύθυνση Τεχνικού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου μηχανικών.

Για τις περιπτώσεις α και β αν δεν υπηρετούν υπάλληλοι με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ, προσάτται υπάλληλος με βαθμό β' της ίδιας κατηγορίας και αν δεν υπάρχουν, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΤΕ των αντίστοιχων κλάδων.

γ) Σε καθένα από τα τμήματα Προσωπικού, Γραμματείας, Κίνησης Αρρώστων και Γραμματείας Εσωτερικών Υπηρεσιών, υπάλληλοι με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου διοικητικού-λογιστικού ή της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου διοίκησης νοσοκομείων.

... με βαθμ
... του κλάδου διοικητικού-λογιστικού ή
... του κλάδου λογιστικής.

2) Στο Τμήμα Τεχνικού, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου μηχανικών ή της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου τεχνολογικών εφαρμογών.

3) Στο τμήμα Πληροφορικής-Οργάνωσης, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου φορητής.

4) Στο τμήμα Διατροφής, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου διαιτολόγων.

5) Στο τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ του κλάδου κοινωνικών λειτουργών.

6) Στο τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου μηχανικών εφαρμογών ΤΕ του κλάδου τεχνολογικών εφαρμογών.

7) Στο τμήμα Παραϊατρικών Επαγγελματιών (Τεχνικών), υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΤΕ του κλάδου ιατρικών εργαστηρίων ή του κλάδου ραδιολογίας-βιολογίας ή του κλάδου εργοθεραπευτών ή του κλάδου σιθεραπευτών ή της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου πνευμαστών ή της κατηγορίας χειριστών-εμπνευστών.

8) Στα Ιατροτελή Γραφεία Επιστημονικά και Ιατρικά υπάλληλος με βαθμό α' της κατηγορίας ΠΕ του κλάδου διοίκησης νοσοκομείων ή της κατηγορίας ΔΕ του κλάδου διοικητικού-λογιστικού.

5. Οι υπάλληλοι που θα προσάτται στη Φαρμακευτική Υπηρεσία, στη Νοσηλευτική Υπηρεσία, στη Διοικητική Υπηρεσία και στις οργανικές υποδιευκρίσεις αυτών, σύμφωνα με τις παραγράφους 2, 3 και 4 του άρθρου 9 του Ν. 1386/86 (α) θα υπολογιστική διάρθρωση των θέσεων του Διμοσίου, Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α. και άλλες διατάξεις (Φ.Π. 37/Α/86).

Τελικές διατάξεις.

Άρθρο 15

Έσοδα.

Τα έσοδα του νοσοκομείου είναι:

- Οι επιχορηγήσεις από τον κρατικό τραπεζικό προϋπολογισμό και από τον προϋπολογισμό δημοσίων επενδύσεων.
- Οι εισπράξεις από νοσήλια, εξέταση και λοιπές αμοιβές για παροχή υπηρεσιών.
- Οι πρόσδοι από την ίδια αυτή παροχή και
- Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, εκποιήσεις κλπ.

Άρθρο 16

Στο προσωπικό παρέχεται δωρεάν τροφή ως εξής:

- Στο προσωπικό που εργάζεται κατά το κανονικό ωράριο εργασίας τροφή ενός γεύματος και αφού τελειώσει το ωράριό του.
 - Στο προσωπικό που εργάζεται σε κανονικό ωράριο (βάρδιες) παρέχεται βραδινό αν η βάρδια του είναι απογευματινή ή πρόγευμα αν είναι νυχτερινή και
 - Στο προσωπικό που εφημερεύει πέραν από το κανονικό ωράριο εργασίας του παρέχεται σπυλιό βραδινό ή πρόγευμα ή και τα δύο ανάλογα με το χρόνο της εφημερίας του.
- Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 21 Ιανουαρίου 1988

ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΓΙΑΝΝΗΣ ΦΑΔΡΟΣ