

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
Ι Δ Ρ Υ Μ Α**



**ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ  
ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ  
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

---

**ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΜΗΜΑΤΟΣ  
ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ)  
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΑΝΔΡΙΑΝΗ- ΕΟΥΓΚΕΝΑ ΤΣΕΛΟ  
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

**ΜΑΙΟΣ 2018**

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Μέσα από τις επόμενες γραμμές θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στον καθηγητή μου κ. Παπουτσή Ιωάννη που συνέβαλε με τη βοήθεια του στην επιτυχή ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας. Θα ήθελα λοιπόν να ευχαριστήσω το εκπαιδευτικό και διοικητικό προσωπικό του ΑΤΕΙ Καλαμάτας, τους υπόλοιπους καθηγητές του τμήματος καθώς τους φίλους και τους συμφοιτητές μου για τις γνώσεις και τις πλούσιες εμπειρίες που αποκόμισα στα χρόνια της φοιτητικής μου δραστηριότητας. Πάνω από όλους θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην οικογένεια μου για την ενθάρρυνση, ηθική συμπαράσταση και οικονομική υποστήριξη που μου προσέφεραν όλα τα χρόνια των σπουδών μου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αντικείμενο της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη και αξιολόγηση προσφερόμενων υπηρεσιών ΤΕΠ.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Πιο αναλυτικά στο θεωρητικό μέρος αναλύονται οι ορισμοί του ΤΕΠ και του επείγοντος περιστατικού καθώς επίσης η νομοθεσία, ο σκοπός ίδρυσής του και η ιστορική αναδρομή του ΤΕΠ. παρουσιάζονται αναλυτικά τα στοιχεία ενδιαφέροντος.. Επίσης αναλύεται η οργάνωση των τριών υπηρεσιών του ΤΕΠ: ιατρική, νοσηλευτική και διοικητική. Γίνεται αναφορά στην ιστορική εξέλιξη και στους στόχους των συστημάτων διαλογής, παρουσιάζονται αντίστοιχες υπηρεσίες στο εξωτερικό.

Στο ερευνητικό μέρος παρουσιάζεται μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, όπου δόθηκαν ερωτηματολόγια σε ιατρούς, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό που εργάζεται στο νοσοκομείο. Τα ερωτήματα στοχεύουν στην αξιολόγηση των υπηρεσιών καθώς και στην εκτίμηση της σοβαρότητας και αναγκαιότητας των επισκέψεων. Μετά από την ανάλυση των δεδομένων διαπιστώθηκαν στοιχεία και θετικά (π.χ εγκαταστάσεις ) αλλά και περιοχές όπου χρειάζονται βελτιώσεις( π.χ δεδομένα και διαχείριση τους).

**Λέξεις κλειδιά:** ΤΕΠ, οργάνωση, λειτουργία.

## **ABSTRACT**

The subject of this dissertation is the study and evaluation of offered IT service at the emergency department. (EDF)

The thesis consists of two parts, the theoretical and the research. More specifically, in the theoretical part, the definitions of the EDF are analyzed, as well as the legislation, the purpose of its foundation and the historical retrospective of the EDF, finally other aspects of interest are presented. The organization of the three services of the EDF medical, nursing and administrative services are analyzed. Reference is made to the historical evolution and objectives of the waiting patients selection systems and corresponding services are presented other counties.

At the research part is presented a study, which was held at the General Hospital of Kalamata, where questionnaires were provided to doctors, nursing staff and administrative staff working in the hospital. The questions aim at assessing the services as well as assessing the severity and necessity of the visits. After the analysis of the collected data, within others positive results (eg installations) were identified, but also came out that exist areas where improvements are needed (eg data and management

**Key words:** EDF, organization, operation

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ....	6
ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ).....	6
1.1 ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗ.....	6
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΕΠ.....	7
1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΤΕΠ.....	8
1.4 ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΤΩΝ ΤΕΠ.....	10
1.5 ΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	12
1.6 ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΤΕΠ.....	13
1.7 ΑΞΟΝΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΤΕΠ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ....	16
ΧΩΡΟΤΑΞΙΑ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΤΕΠ.....	16
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	16
2.4 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΤΕΠ.....	20
2.5 ΓΙΑ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΕΝΑ ΤΕΠ.....	23
2.6 ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΝΣΗ.....	24
2.6.1 ΧΩΡΟΙ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΤΟ ΤΕΠ.....	25
2.6.2 ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΙΣΟΔΟΥ.....	26
2.6.3 ΧΩΡΟΙ ΣΤΑΘΜΕΥΣΗΣ ΣΤΟ ΤΕΠ.....	27
2.7 ΧΩΡΟΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ - ΑΝΑΜΟΝΗΣ.....	27
2.8 ΧΩΡΟΣ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ.....	28
2.8 ΧΩΡΟΣ ΕΞΕΤΑΣΤΗΡΙΩΝ-ΙΑΤΡΕΙΩΝ.....	28
2.9 ΜΟΝΩΣΗ-ΑΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	31
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΕΠ -ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....	31
3.1 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΕΠ.....	31
3.1.1 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΕΠ.....	31
3.1.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΕΠ.....	33
3.1.3 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΕΠ.....	35
3.2 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΕΠ.....	36
3.3 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.....	38
3.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΕΠΑΡΚΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	43
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΡΟΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ.....	43
4.1 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ ΣΤΟ ΤΕΠ.....	43
4.2 ΔΙΑΛΟΓΗ (TRIAGE) ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.....	44
4.3 ΡΟΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	49
ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΤΕΠ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ.....	49

5.1 ΑΜΕΡΙΚΗ.....	49
5.2 ΦΛΟΡΙΝΤΑ.....	50
5.3 CAMBRIDGE.....	53
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....</b>	<b>57</b>
<b>ΣΥΚΡΙΣΗ ΤΕΠ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ.....</b>	<b>57</b>
<b>Β. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>62</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....</b>	<b>62</b>
<b>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>62</b>
1.1 ΣΚΟΠΟΣ.....	62
1.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	62
1.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ- ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ.....	62
1.4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....	63
1.5 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ.....	63
1.6 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ.....	64
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....</b>	<b>65</b>
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ.....</b>	<b>65</b>
2.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	65
2.2. ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΑΛΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ Ή ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ -CHI-SQUARE (ΚΡΙΤΗΡΙΟ $\chi^2$ ).....	81
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	88
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	89

# Α. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

### ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ)

#### 1.1 ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗ

Η *Επείγουσα Ιατρική* είναι μία ιατρική ειδικότητα που βασίζεται στις γνώσεις και δεξιότητες που απαιτούνται για την πρόληψη, διάγνωση και διαχείριση των οξέων και επειγόντων πτυχών της ασθένειας και του τραύματος σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, με ένα αδιαφοροποίητο, πλήρες φάσμα σωματικών παθήσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς (Ευρωπαϊκός Οδηγός Σπουδών για την Επείγουσα Ιατρική). Είναι μια ειδικότητα, στην οποία ο χρόνος είναι κρίσιμης σημασίας.

Η Επείγουσα Ιατρική παραδοσιακά βασίζεται στα αναπτυγμένα κράτη σε δύο διαφορετικές πρακτικές. Η πρώτη, γνωστή ως *Αγγλο-Αμερικανική*, χρησιμοποιεί ειδικευμένα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και Προνοσοκομειακές Υπηρεσίες Επείγουσας Ιατρικής που χρησιμοποιούν εκπαιδευμένους "διασώστες" (paramedics). Η δεύτερη, γνωστή ως *Γαλλο-Γερμανική*, βασίζεται σε ένα πολύ καλά οργανωμένο προνοσοκομειακό σύστημα Υπηρεσιών Επείγουσας Ιατρικής με γιατρούς, που όμως έχει μια στοιχειώδη οργάνωση της νοσοκομειακής Επείγουσας Ιατρικής (Ευρωπαϊκός Οδηγός Σπουδών για την Επείγουσα Ιατρική). Η τελευταία πρακτική είναι αυτή που εφαρμόζεται και στην Ελλάδα από το 1985, έτος που ιδρύθηκε επίσημα το Ελληνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) ως ΝΠΔΔ που υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ν.1579/85).

Τα τελευταία χρόνια η ανομοιότητα μεταξύ των δύο αυτών πρακτικών αρχίζει να περιορίζεται με την ταχεία ανάπτυξη σε όλη την Ευρώπη ανεξάρτητων, κλινικά, οργανωτικά και οικονομικά, Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών. Αναγνωρίζεται ότι δηλαδή, αυτός που πάσχει βαριά, απαιτεί ιδιαίτερη αντιμετώπιση σε ειδικά διαμορφωμένα τμήματα του νοσοκομείου, τις ΜΕΘ, ενώ σε πιο ήπιες καταστάσεις χρειάζεται, ειδική αντιμετώπιση σε ένα ειδικό τμήμα, που είναι το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).

## 1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΕΠ

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM) το ΤΕΠ είναι το τμήμα του νοσοκομείου που έχει στόχο «την υποδοχή, αναζωογόνηση, διάγνωση & αντιμετώπιση ασθενών με αδιαφοροποίητα επείγοντα και οξεία προβλήματα, που καλύπτουν το πλήρες φάσμα των νόσων, κακώσεων και διαταραχών της συμπεριφοράς, καθώς και τη διαχείριση τους ως τη στιγμή του εξιτηρίου ή της ανάληψης περαιτέρω φροντίδων από άλλο γιατρό» (Ευρωπαϊκός Οδηγός Σπουδών για την Επείγουσα Ιατρική).

Το ΤΕΠ αποτελεί το συνδετικό κρίκο και έναν αποτελεσματικό σύνδεσμο (interface) μεταξύ του ασθενούς και της οριστικής του αντιμετώπισης, καθώς και το σημείο επαφής μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της οξείας νοσοκομειακής φροντίδας. Η συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη των νοσοκομείων να νοσηλεύσουν μεγάλους αριθμούς επειγουσών εισαγωγών έχει προκαλέσει σημαντική ανησυχία στο κοινό αλλά και την πολιτεία σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες. Ενώ οι προγραμματισμένες εισαγωγές συνέχεια μειώνονται, οι επείγουσες εισαγωγές έχουν συνεχή ανοδική τάση, με αποτέλεσμα τα νοσοκομεία να πρέπει να αντιμετωπίσουν τις κυμαινόμενες και απρόβλεπτες ανάγκες των εισαγωγών επειγόντων περιστατικών (Ευρωπαϊκός Οδηγός Σπουδών για την Επείγουσα Ιατρική).

Στην ανάπτυξη των ΤΕΠ στην Ευρώπη, αλλά και διεθνώς, έχουν συμβάλει η αναγνώριση της ειδικότητας της Επείγουσας Ιατρικής, η ύπαρξη προγράμματος Εκπαίδευσης ειδικευόμενων, η επαγγελματική και επιστημονική οργάνωση των ειδικών «Επειγοντολόγων», η ανάπτυξη ακαδημαϊκών κέντρων, καθώς και η αυξανόμενη αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων έγκαιρα φροντίδων, η βελτίωση της τεχνολογίας και οι διαδικασίες για την πρόληψη της βλάβης ή κάκωσης.

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες

1. Υποδέχεται, αντιμετωπίζει, διαγιγνώσκει και θεραπεύει το υπερ-επείγον περιστατικό και αυτό που απαιτεί άμεση αναζωογόνηση στη δική του ΜΕΘ ή ΜΑΦ για 12 έως 48 ώρες ανακουφίζοντας έτσι τη ΜΕΘ του νοσοκομείου, που δεν δέχεται βαρέως πάσχοντες που απαιτούν βραχυπρόθεσμη νοσηλεία.
2. Υποδέχεται, σταθεροποιεί και ανάλογα διαγιγνώσκει ή/και θεραπεύει το υπερ-επείγον και επείγον περιστατικό πριν το προωθήσει ή/όχι για οριστική διάγνωση ή θεραπεία σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου (αξονικός τομογράφος, χειρουργεία, νοσηλευτικός όροφος).



3. Υποδέχεται και αντιμετωπίζει προσωρινά ή οριστικά το επείγον ή ημι-επείγον περιστατικό, το οποίο μπορεί να νοσηλεύσει στη Βραχεία Νοσηλεία για 6 - 48 ώρες, εφόσον έχει μία μη ξεκαθαρισμένη αλλά οξεία κλινική εικόνα μέχρις ότου γίνει η τελική του αξιολόγηση και αποφασιστεί εάν χρειάζεται ή όχι εισαγωγή στο νοσοκομείο.
4. Κατευθύνει τους ασθενείς με μη-επείγοντα προβλήματα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη του ΤΕΠ ή στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου. Οργανώνει και συντονίζει το μαζικό ατύχημα ή τις μαζικές καταστροφές στην υγειονομική περιφέρεια που αυτό καλύπτει. (Ευρωπαϊκός Οδηγός Σπουδών για την Επείγουσα Ιατρική).

### 1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΩΝ ΤΕΠ

Όταν ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας [National Health Service] στο Ην. Βασίλειο, κατά το 1948, τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, έτσι όπως τα γνωρίζουμε σήμερα, δεν υπήρχαν. Αντίθετα, υπήρχαν τα λεγόμενα “casualty departments” ή “casualty services”, δηλαδή τμήματα ή υπηρεσίες ατυχημάτων που λειτουργούσαν κατά κύριο λόγο με πρωτοβουλία των χειρουργών και των ορθοπεδικών. Η ύπαρξη ή μη τέτοιων υπηρεσιών ήταν συνάρτηση κυρίως του μεγέθους του κάθε νοσοκομείου. Συνήθως, τα μεγάλα νοσοκομεία διέθεταν μεγάλα τμήματα ατυχημάτων ικανά να αντιμετωπίζουν πολλά και σοβαρά περιστατικά. Τα μικρότερα νοσοκομεία, από την άλλη πλευρά, διέθεταν απλές μονάδες αντιμετώπισης μικρών κακώσεων και τραυμάτων [minor injury units]. Επιπλέον, ορισμένα νοσοκομεία διέθεταν και κλινικές ή τμήματα ατυχημάτων, για τη νοσηλεία των περιστατικών αυτών (Department of Health 2004).

Κατά τη δεκαετία του 1960 άρχισαν να αναπτύσσονται τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων, τα οποία σταδιακά στη συνέχεια μετεξελίχθηκαν σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), όπως είναι σήμερα. Ιδιαίτερη επιρροή προς την κατεύθυνση αυτών των εξελίξεων άσκησε κατά την περίοδο εκείνη (το 1962 συγκεκριμένα) η Νομοθετική Επιτροπή επί των Θεμάτων Ιατρικής η οποία εξέδωσε μια εισηγητική έκθεση αναφορικά με την ανάπτυξη της ειδικότητας της Επείγουσας Ιατρικής (Department of Health 2004).

Κατά την δεκαετία του 1970 παρατηρήθηκαν σημαντικές εξελίξεις οι οποίες αφορούσαν στην ανάπτυξη και αναγνώριση των δύο ειδικοτήτων που αποτελούν πυλώνες για τον τομέα επείγουσας φροντίδας [emergency care], που είναι:

- ♦ Η Επείγουσα Ιατρική [Emergency Medicine] και

- ♦ Η Επείγουσα Νοσηλευτική [Emergency Nursing]

Τελικά το 1972, με πρωτοβουλία του τότε Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (νυν ονομαζόμενου: Υπουργείου Υγείας) εγκρίθηκαν πιλοτικά οι πρώτες τριάντα (30) θέσεις ειδικευομένων στην Επείγουσα Ιατρική μετά από πιέσεις των ιατρών που επί σειρά ετών υπηρετούσαν στον τομέα αυτό (Κτενίδου, 2009). Κατά τις αρχές της δεκαετίας του 1990 λειτούργησε Σχολή Επείγουσας Ιατρικής και Ατυχημάτων [Faculty of Accident and Emergency Medicine], στην οποία οι πρώτες εξετάσεις λήψης τίτλου ειδικότητας πραγματοποιήθηκαν μόλις κατά το 1996. Σήμερα ιατροί Επείγουσας Ιατρικής στελεχώνουν πολλά Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων του Ην. Βασιλείου σε συνεργασία με συναδέλφους τους από άλλες ειδικότητες (π.χ. χειρουργική, αναισθησιολογία κλπ).

Η ειδικότητα της Επείγουσας Νοσηλευτικής, από την άλλη πλευρά, είναι προφανώς πιο νέα ειδικότητα σε σύγκριση με τις άλλες που προϋπήρχαν: Παθολογική, Χειρουργική, Παιδιατρική, Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Κατά το 1972 δημιουργήθηκε ο Αγγλικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Επείγουσας Νοσηλευτικής [A & E Nursing Association] ο οποίος τελεί υπό την αιγίδα του Βασιλικού Συνδέσμου Νοσηλευτών του Ην. Βασιλείου [UK Royal College of Nursing ή RCN]. Στη δεκαετία του '70 αναπτύχθηκε μια κρίσιμη μάζα νοσηλευτών – περί τα εξήντα άτομα – στην ειδικότητα της Επείγουσας Νοσηλευτικής, τα οποία οργανώθηκαν υπό την καθοδήγηση και με το συντονισμό της νοσηλεύτριας Margaret Lee, ειδικής συμβούλου του RCN για τα θέματα αυτά (Royal College of Nursing A & E Association, 2005). Στη συνέχεια, η επείγουσα νοσηλευτική χάραξε την πορεία της και οδήγησε στο σήμερα όπου έχει ιδρυθεί και λειτουργεί με επιτυχία Σχολή Επείγουσας Νοσηλευτικής (Faculty of Emergency Nursing), ( Royal College of Nursing A & E Association, 2005) και όπου πρωταγωνιστικό ρόλο πλέον παίζουν οι νοσηλευτές Emergency Nurse Practitioners.

Στην Αυστραλία, τη Ν. Ζηλανδία και τον Καναδά οι ιστορικές εξελίξεις αναφορικά με τις ειδικότητες στον τομέα της επείγουσας φροντίδας ήταν ανάλογες με τις αντίστοιχες του Ην. Βασιλείου, παρά τις σημαντικές διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στα υγειονομικά συστήματα των χωρών αυτών. Στην Αυστραλία ο Σύνδεσμος Επείγουσας Ιατρικής [Australian Society for Emergency Medicine] ιδρύθηκε κατά το 1981, ενώ κατά το 1984 αριθμούσε εβδομήντα τρία ιδρυτικά μέλη (ιατρούς). Επίσης, ο πρώτος Διευθυντής ιατρός Τμήματος Ατυχημάτων διορίστηκε στο Geelong της Victoria κατά το 1967. Όμοια με το Ην. Βασίλειο, στην Αυστραλία, λειτουργεί Σχολή Επείγουσας

Ιατρικής, η οποία απέκτησε τους πρώτους έξι φοιτητές κατά το 1986, ενώ κατά το 1993 αναγνωρίστηκε ως επίσημη ειδικότητα η Επείγουσα Ιατρική. Η Ν. Ζηλανδία ακολούθησε αργότερα, κατά το 1995. Σήμερα λειτουργούν 79 Διαπιστευμένα [Accredited] Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών στην Αυστραλία και Ν. Ζηλανδία στα οποία ασκούνται επίσημα ειδικευόμενοι για λήψη ειδικότητας Επείγουσας Ιατρικής. (Australian College for Emergency Medicine 2005)

Στις ΗΠΑ κατά τη δεκαετία του 1950 δεν υπήρχαν καθόλου γιατροί στα «Δωμάτια» Επειγόντων Περιστατικών [Emergency Rooms ή ER]. Οι ιδιώτες γιατροί που είχαν την ευθύνη για τους ασθενείς σε κάθε ER αποφάσιζαν είτε να εξετάσουν οι ίδιοι τους ασθενείς, είτε τέλος τους παρέπεμπαν σε κάποιο ιατρείο για να γίνει αξιολόγηση – διαλογή από το γιατρό του νοσοκομείου. Έτσι, καλούνταν ο χειρουργός για εξέταση γυναικών με άλγος στην κοιλιακή χώρα ή ο παθολόγος για εξέταση παθολογικών περιστατικών (π.χ. ασθενείς με πόνο στο θώρακα) κ.ο.κ. Εάν απαιτούνταν νοσηλεία ο ασθενής εισαγόταν απευθείας στο νοσοκομείο. Μετά το 1960 και με την αναγνώριση της Επείγουσας Ιατρικής ως ειδικότητα άρχισαν να λειτουργούν τα ΤΕΠ με μορφή που έμοιαζε αρκετά με το σήμερα. (Σαριβουγιούκας, κ.α., 2008)

Όσον αφορά τις Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας (MBN), αυτές δεν υπήρχαν στα πρώτα ΤΕΠ. Αναπτύχθηκαν κατά τη δεκαετία του 1970 ως αποτέλεσμα των αναγκών ολιγώρης παρακολούθησης και νοσηλείας ασθενών και ως συνέπεια της μόνιμης πλέον παρουσίας των ειδικευμένων ιατρών στην επείγουσα ιατρική στα νοσοκομεία (επί 24ώρου βάσης και επτά ημέρες την εβδομάδα) (Σαριβουγιούκας, κ.α., 2008).

Αναφορικά με την εξέλιξη της αναγνώρισης των ανωτέρω ειδικοτήτων, σημειώνεται ότι στην Ελλάδα τόσο η Επείγουσα Ιατρική όσο και η Επείγουσα Νοσηλευτική δεν αποτελούν επίσημα θεσμοθετημένες και αναγνωρισμένες ειδικότητες.

## **1.4 ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΤΩΝ ΤΕΠ**

Σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση με αριθμό πρωτοκόλλου Υ4δ/Γ.Π.οικ.22869 με Θέμα: Οργάνωση, τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., το Τ.Ε.Π. λειτουργεί 24 ώρες το 24ωρο με κυλιόμενες δωρες βάρδιες του προσωπικού. Ειδικά για τα διασυνδεδεμένα Νοσοκομεία μπορεί με απόφαση του Διοικητή να λειτουργεί σε ένα από αυτά το ΤΕΠ και το άλλο ή τα άλλα να συνεπικουρούν σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Για την αποφυγή συνωστισμού ή ανάπτυξης επικουρικών κλινών ο ασθενής

ο οποίος εξετάζεται σε ΤΕΠ ενός νοσοκομείου μπορεί να μεταφέρεται σε άλλο νοσοκομείο, κατά προτίμηση αλλά όχι απαραίτητα διασυνδεδεμένο ή του ίδιου υγειονομικού σχηματισμού. Το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ) θα πρέπει να ενημερώνεται συνεχώς για την εικόνα πλήρωσης των κλινών στα νοσοκομεία ή για την αυξημένη κίνηση στα ΤΕΠ έτσι ώστε να κατευθύνει το ΕΚΑΒ προς λιγότερο επιβαρυσμένους υγειονομικούς σχηματισμούς.

Η χωροταξία του ΤΕΠ εξαρτάται από τον αριθμό των ασθενών τους οποίους εξυπηρετεί, τις ημέρες εφημερίας του, το προσωπικό που απασχολεί, τον εξοπλισμό που διαθέτει, την οργανωτική του δομή και δυνατότητες.

Ως εκ τούτου ο βασικός χωροταξικός σχεδιασμός κάθε ΤΕΠ περιλαμβάνει (χωρίς να περιορίζεται σε αυτά):

- Υποδοχή – Γραμματεία - Διαλογή
- Αίθουσα αναμονής - Χώρος ενημέρωσης συγγενών • Αίθουσα Αναζωογόνησης
- Εξεταστήρια – Αίθουσα γύψου
- Αίθουσα ελάσσονος τραύματος (μικρό χειρουργείο)
- Θάλαμοι βραχείας νοσηλείας
- Χώρος απομόνωσης μολυσματικών ασθενών
- Ακτινολογικό και Βιοπαθολογικό Εργαστήριο
- Χώρος απολύμανσης εκτεθειμένου ατόμου
- Χώρος ανάπαυσης προσωπικού
- Γραφεία – Αποθήκες

Ο αριθμός των ιατρών που στελεχώνουν το Τ.Ε.Π. προσανξάνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του ίδιου νοσοκομείου ώστε η στελέχωση του Τ.Ε.Π. σε ιατρικό προσωπικό να είναι ένας (1) Δ/ντής, δύο (2) Επ. Α και τέσσερις (4) Επ. Β αναλόγων με τα ανωτέρω ειδικοτήτων. Με απόφαση του Διοικητή του νοσοκομείου ή του Δ.Σ. των νοσοκομείων της παρ. 10 του άρθ. 13 του ν. 2889/2001 όπως ισχύει και γνώμη του Δ/ντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και λαμβάνοντας υπόψη την δυναμικότητα σε κλίνες, τις ημέρες εφημερίας του, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και τον μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών, καθορίζεται ο αριθμός των γιατρών που απαιτείται για την επιπλέον στελέχωση του Τ.Ε.Π.

Οι προϊστάμενοι των Τ.Ε.Π. ή οι αναπληρωτές τους ενημερώνουν την Ομάδα Εκτίμησης και Ελέγχου Εφημερίας ή τον Συντονιστή Εφημερίας κάθε νοσοκομείου, καθώς και το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.ΕΠ.Υ.), σχετικά με τον αριθμό

των περιστατικών που υποδέχονται (μέσω ΕΚΑΒ ή ιδίων μέσων) ώστε να εκτιμάται η δυνατότητα ή μη άμεσης αντιμετώπισης νέων περιστατικών.

Το προσωπικό που υπηρετεί σε θέσεις που συστήνονται για το ΤΕΠ του νοσοκομείου σε συνεργασία με τους γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων του νοσοκομείου μεριμνά για την οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για γιατρούς, και νοσηλευτές. Για την οργάνωση των εκπαιδευτικών αυτών προγραμμάτων δύναται να υπάρξει συνεργασία με άλλους φορείς/εταιρείες που δραστηριοποιούνται στο χώρο της επείγουσας ιατρικής προκειμένου να γίνουν γνωστές στο προσωπικό των ΤΕΠ οι τελευταίες εξελίξεις στο χώρο, να υπάρξει μεταφορά ευρωπαϊκών οδηγιών λειτουργίας των ΤΕΠ, κλιμάκων διαλογής, βασικών διαγνωστικών και θεραπευτικών αλγορίθμων καθώς και κάθε άλλη σχετική πληροφορία και εξέλιξη επ' αυτού.

## 1.5 ΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Στην Ελλάδα τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών αποτελούν μια τελείως παραμελημένη πραγματικότητα των Ελληνικών Νοσοκομείων. Και όμως τα ΤΕΠ αποτελούν μία σημαντική πύλη εισόδου ασθενών στο νοσοκομείο και τη Λυδία λίθο όχι μόνον του Νοσοκομείου αλλά και ολόκληρου του Συστήματος Υγείας, καθώς διακινούν ανά εφημερία ισάριθμους περίπου ασθενείς προς τον αριθμό των νοσηλευτικών κρεβατιών ενός νοσοκομείου! Όλο και περισσότεροι γιατροί, όχι μόνον στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό, διαπιστώνουν πλέον ότι στο αντικείμενο της Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής «η Εντατική θεραπεία έχει φθάσει στο μέγιστο της απόδοσής της και ότι το μυστικό για τη βελτίωση της έκβασης του οξέως και βαρέως πάσχοντα πρέπει να αναζητηθεί στην Επείγουσα Ιατρική»

Οι κυριότερες αιτίες της «μη ορθολογικής διαχείρισης των επειγόντων περιστατικών» στα Ελληνικά νοσοκομεία με συχνά κακή έκβαση του επειγόντος, είναι:

Πρώτον. Η αντιμετώπιση του ασθενούς με επείγον πρόβλημα που προσέρχεται ή διακομίζεται στο νοσοκομείο είναι *αποσπασματική και όχι άμεση*. Συχνά το επείγον περιστατικό καταλήγει να παραπέμπεται από γιατρό σε γιατρό (να γίνεται μπαλάκι μεταξύ ειδικοτήτων) με αποτέλεσμα να καθυστερεί η αντιμετώπισή του, ορισμένες φορές και σε επικίνδυνο βαθμό. Η έλλειψη επιτόπιας συνεχούς παρουσίας μιας ιατρικής ειδικότητας που να αξιολογεί, να αντιμετωπίζει σφαιρικά το επείγον και να το χρεώνεται μέχρι την τελική διεκπεραίωσή του είναι αισθητή.

Δεύτερον. Η κατά κύριο λόγο ενασχόληση στο ΤΕΠ των ειδικευόμενων, αντί των ειδικών γιατρών των βασικών ειδικοτήτων, έχει σαν αποτέλεσμα την καθυστέρηση στη διάγνωση και άμεση αντιμετώπιση, διενέργεια μη αναγκαίων εξετάσεων, μη αναγκαίες εισαγωγές στο νοσοκομείο για λόγους ιατρικής ευθυνοφοβίας ή αντίθετα χορήγηση εξιτηρίων σε ασθενείς που θα έπρεπε να έχουν διερευνηθεί ή παρακολουθηθεί πιο επισταμένα.

Τρίτον. Η απουσία ενός υπεύθυνου συντονιστή που να επιβλέπει συνολικά τις εργασίες και τη διεκπεραίωση των ασθενών στο ΤΕΠ οδηγεί σε μεγάλες καθυστερήσεις μέχρι την τελική απόφαση για εφαρμογή θεραπείας, εισαγωγή ή εξιτήριο του ασθενούς.

Τέταρτον. Υπάρχει απροθυμία του ειδικευμένου ιατρικού προσωπικού να ασχοληθεί με έναν έντονα φορτισμένο χώρο όπως είναι το ΤΕΠ λόγω απουσίας κινήτρων.

Πέμπτον. Οι σοβαρές ελλείψεις ή η ανυπαρξία ειδικών χώρων και υποδομής στα περισσότερα νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των επειγόντων, ή ακόμη χειρότερα η έλλειψη χωροταξικού και ιατρικού διαχωρισμού του Τμήματος Επειγόντων από το Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων των νοσοκομείων, επιδρά στην αργή και μη ορθολογική διαχείριση της ροής των ασθενών.

Έκτον. Η έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας ή η υπολειτουργία τακτικών εξωτερικών ιατρείων οδηγεί ένα μεγάλο μέρος χρόνιων περιστατικών στο ΤΕΠ για προβλήματα που δεν είναι επείγοντα.

Έβδομον. Το ΤΕΠ χρησιμοποιείται σαν πύλη εισόδου των «πλασματικών επειγόντων», δηλαδή ασθενών που χαρακτηρίζονται ως επείγοντα προκειμένου να υπερπηδήσουν τη λίστα αναμονής για είσοδο στο νοσοκομείο.

Όγδοον. Η αντιμετώπιση του επείγοντος μεταξύ του προνοσοκομειακού και νοσοκομειακού χώρου δεν είναι συνεχής ως οφείλει να είναι. Είτε απουσιάζει η σωστή αντιμετώπιση στο προνοσοκομειακό επίπεδο, είτε όταν αυτή έχει ξεκινήσει προνοσοκομειακά ,συχνά καθυστερεί να συνεχιστεί σε νοσοκομειακό επίπεδο.

Ένατον. Η ανεπαρκής έως ελλιπής γνώση του αντικείμενου της Επείγουσας Ιατρικής μεταξύ των γιατρών (από το προπτυχιακό μέχρι το μεταπτυχιακό επίπεδο) επηρεάζει αρνητικά την ενασχόλησή τους με αυτό το αντικείμενο (Λάμπρου 2005).

## **1.6 ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΤΕΠ**

Η ανάγκη για παροχή άμεσης και έγκαιρης επείγουσας φροντίδας σε ένα μη προγραμματισμένο και ανομοιόμορφο όγκο ασθενών διαφορετικής βαρύτητας και πολυπλοκότητας απαιτεί τη δημιουργία ενός λειτουργικά και διοικητικά αυτόνομου

τμήματος του νοσοκομείου αφιερωμένου σ' αυτές της υπηρεσίες. Η άμεση αντιμετώπιση και υποστήριξη με ολοκληρωμένο, σφαιρικό και συνεχή τρόπο του επείγοντος στο ΤΕΠ έχει διακριτά οφέλη, γιατί το ΤΕΠ:

*επιτυγχάνει καλύτερη έκβαση των επειγόντων με:*

- αύξηση των πιθανοτήτων επιβίωσης,
- περιορισμό της απειλής για τη ζωή, ένα ή περισσότερα όργανα ή συστήματα, ένα ή περισσότερα σκέλη,
- μείωση της άμεσης αλλά και μεταγενέστερης θνητότητας,
- μείωση της νοσηρότητας σε διάρκεια, βαρύτητα ή ανικανότητα<sup>1</sup>,
- *περιορίζει τις «αμφιλεγόμενες» εισαγωγές στο νοσοκομείο, αξιοποιώντας με τον καλύτερο τρόπο τις δυνατότητες και την υποδομή του νοσοκομείου, ενώ διασφαλίζει ταυτόχρονα τον ασθενή που δεν εισάγεται στο νοσοκομείο,*
- *μειώνει το χρόνο νοσοκομειακής νοσηλείας, γιατί είναι το «φίλτρο και ο ηθμός» που προστατεύει το νοσοκομείο από άσκοπες εισαγωγές, καθώς προωθεί επιλεκτικά για εισαγωγή στο νοσοκομείο μόνον τους ασθενείς που έχουν συγκεκριμένη ένδειξη,*
- *μειώνει αποφασιστικά το κοινωνικο-οικονομικό κόστος του επείγοντος, που σημειωτέον είναι άγνωστο μέχρι σήμερα για τη χώρα μας,*
- *μπορεί να είναι αποκλειστικά ή περιπτωσιακά (ανάλογα με τις επιτόπου συνθήκες) υπεύθυνο και για την Προνοσοκομειακή αντιμετώπιση του επείγοντος, εξοικονομώντας το προσωπικό που μερικώς απασχολείται στο ένα μόνον από τα δύο επίπεδα της Επείγουσας Ιατρικής (προ- και νοσοκομειακό),*
- *αποτελεί ένα σύστημα ποιοτικής αξιολόγησης των προνοσοκομειακών και νοσοκομειακών ιατρικών φροντίδων καθώς και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης,*
- *παρέχει εκπαίδευση στην Επείγουσα Ιατρική και στις Επείγουσες Φροντίδες σε γιατρούς, νοσηλευτές, υγειονομικούς, πολίτες, αστυνομικούς, πυροσβέστες, εκπαιδευτικούς, κλπ. και*
- *προωθεί την έρευνα στο αντικείμενο της Επείγουσας Ιατρικής.*

---

<sup>1</sup> <http://www.cep.com/siteinfo/sitelist.asp?c=ED>

## 1.7 ΑΞΙΟΝΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΤΕΠ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η βασική φιλοσοφία ανάπτυξης του ΤΕΠ πρέπει να στηριχθεί στους ακόλουθους άξονες:

*Αυτονομία*, που διακρίνεται ανάλογα με το είδος των νοσοκομείων σε:

διοικητική

χωροταξική

ιατρική.

*Διαχείριση της ροής των προσερχόμενων ασθενών* σύμφωνα με συγκεκριμένες κλίμακες *διαλογής* (triage) επειγόντων

*Δημιουργία Ιατρικής Εξειδίκευσης στην Επείγουσα Ιατρική*

*Χωροταξικός σχεδιασμός ΤΕΠ* (Λάμπρου 2005).



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.**

### **ΧΩΡΟΤΑΞΙΑ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΤΕΠ**

#### **2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Έχει παρατηρηθεί ότι παρά την ύπαρξη νομοθετικού πλαισίου για την οργάνωση και λειτουργία των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών, σε πολλά ελληνικά νοσοκομεία τα ΤΕΠ στερούνται βασικών κτιριακών διευκολύνσεων και απαραίτητου εξοπλισμού. Σημειωτέον ότι σε πολλά νοσηλευτικά ιδρύματα τα ΤΕΠ φιλοξενούνται στον ίδιο χώρο με τα Εξωτερικά Ιατρεία (Ε.Ι.), ενώ δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις εκείνες στις οποίες ένας και μοναδικός χώρος, που συνήθως είναι το παθολογικό ιατρείο, διαμορφώνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να εξυπηρετούνται και τα επείγοντα περιστατικά (Λάμπρου 2005).

Βέβαια υπάρχουν και κάποιες εξαιρέσεις που επιβεβαιώνουν τον κανόνα, ο οποίος χαρακτηρίζει το ΤΕΠ ως ένα ολοκληρωμένο και αυτόνομο τμήμα του νοσοκομείου με δικό του ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και κατάλληλο εξοπλισμό.

Επιπλέον το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών έχει χαρακτηριστεί ως το <<κατώφλι>> του νοσοκομείου και ως εκ τούτου, τα χωροταξικά χαρακτηριστικά του πρέπει να είναι τέτοια ώστε να επιτυγχάνονται τα εξής:

- Ταχεία και εύκολη πρόσβαση πεζών και ιδιωτικών οχημάτων και οχημάτων του ΕΚΑΒ
- Γρήγορη διακίνηση (εύκολος προσανατολισμός)
- Εύρυθμη και αυτάρκη λειτουργία
- Εύκολη πρόσβαση στα εργαστήρια, χειρουργεία και μονάδες εντατικής θεραπείας (Λάμπρου 2005)

#### **2.2 ΟΙ ΧΩΡΟΙ ΤΟΥ ΤΕΠ**

Τα ΤΕΠ περιλαμβάνουν χωροταξικά συγκροτήματα και επιμέρους χώρους που μπορούν να διακριθούν στους εξής :

ΠΡΩΤΟΣ ΤΟΜΕΑΣ: Αφορά την Είσοδο με την υποδοχή, τη Διαλογή (triage)

περιστατικών και την αναμονή ασθενών και συνοδών και ποιο συγκεκριμένα:

- Χώρος εισόδου
- Χώρος υποδοχής
- Χώρος διαλογής (triage) περιστατικών
- Χώρος γραμματείας (διοικητικής υποστήριξης ΤΕΠ)
- Χώροι αναμονής
- Λουτρό ασθενών/ Χώρος πλύσης ασθενών

ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΤΟΜΕΑΣ : Περιλαμβάνει χώρους που σχετίζονται με την Εξέταση/Διάγνωση (-αντιμετώπιση) όπως:

- Εξεταστήρια-ιατρεία πολλαπλών χρήσεων (ανοικτού τύπου).
- Μεμονωμένα εξεταστήρια-ιατρεία:
  - Τα εξεταστήρια-ιατρεία για κάθε ιατρικό τομέα (π.χ. παθολογικό, χειρουργικό, ψυχιατρικό)
  - Τα εξεταστήρια-ιατρεία για κάθε ιατρική ειδικότητα (π.χ. καρδιολογικό, ορθοπαιδικό, κλπ.)
- Χώρος γρήγορης διέλευσης ( fast track ή see and treat):
  - Ambulatory Care Cubicles (ACC) □ Μόνωση-Δηλητηριάσεις.

ΤΡΙΤΟΣ ΤΟΜΕΑΣ: Εδώ εντάσσονται χώροι που εξυπηρετούν στη Θεραπεία Αντιμετώπιση και Νοσηλεία:

- Χώρος αναζωογόνησης (resuscitation area)
- Σταθμός εργασίας νοσηλευτών
- Αίθουσα χειρουργικών επεμβάσεων
- Ανάνηψη
- Αίθουσα γύψου
- Παιδικό υποσυγκρότημα.
- Μαιευτικό-γυναικολογικό υποσυγκρότημα.
- Ψυχιατρικό υποσυγκρότημα (εφ' όσον υπάρχει)
- Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας (MBN) ή παρακολούθησης

ΤΕΤΑΡΤΟΣ ΤΟΜΕΑΣ: Σε αυτόν υπάγονται χώροι που καλύπτουν τις ανάγκες όλου του προσωπικού που εμπλέκεται στην λειτουργία των Επειγόντων και ποιο συγκεκριμένα:

- Γραφείο προϊσταμένου ΤΕΠ

- Γραφείο (ανάπαυσης) ιατρών
- Γραφείο κοινωνικού λειτουργού /κοινων. Υπηρεσίας
- Γραφείο (ανάπαυσης) νοσηλευτικού προσωπικού
- Χώρος συγκέντρωσης βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού
- Χώρος συγκέντρωσης λοιπού βοηθητικού προσωπικού
- Χώρος πληρωμάτων ασθενοφόρου
- Αποδυτήρια προσωπικού
- Εφημερείο ιατρών ΤΕΠ

ΠΕΜΠΤΟΣ ΤΟΜΕΑΣ: Σε αυτόν υπάγονται όλοι οι λοιποί χώροι του ΤΕΠ:

- Γραφείο ή σταθμός φύλαξης-ασφάλειας ΤΕΠ
- Κέντρο συντονισμού επειγουσών κλήσεων (τηλεφωνικό κέντρο)
- Αίθουσα συσκέψεων
- Χώρος αστυνομίας
- Νεκροθάλαμος

ΕΚΤΟΣ ΤΟΜΕΑΣ: Αφορά τους βοηθητικούς χώρους, που επιτρέπουν την αυτόνομη και αποτελεσματική λειτουργία του ΤΕΠ :

- WC (με νιπτήρα), ξεχωριστό για άνδρες και γυναίκες
- WC για ΑΜΕΑ
- Αποθηκευτικοί χώροι:
  1. Αποθήκες φαρμάκων και υγειονομικού υλικού
  2. Κλειδωμένος χώρος ναρκωτικών φαρμάκων
  3. Αποθήκη εργαλείων και αποστειρωμένου υλικού (εξυπηρετεί την αίθουσα χειρουργικών επεμβάσεων)
  4. Χώρος ιματισμού (λινοθήκες)
  5. Χώρος στάθμευσης ογκωδών μηχανημάτων (φορητό ακτινολογικό, υπερηχογράφος, απινιδωτές, κλπ)
- Χώροι ειδών καθαριότητας
- Χώρος πλύσης σκωραμίδων
- Χώροι συλλογής ακάθαρτων (χώρος προσωρινής αποθήκευσης απορριμμάτων, χώρος συλλογής ακάθαρτου ιματισμού, χώρος συλλογής εργαλείων-υλικών για αποστείρωση) (Λάμπρου 2005)

## 2.3 ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΤΕΠ

Προκειμένου να υπολογιστεί το εμβαδόν ενός Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, έχει χρησιμοποιηθεί περισσότερο κατά το παρελθόν ένας γενικός δείκτης ο οποίος ορίζει ότι απαιτούνται τουλάχιστον 1000 τ.μ. για προσέλευση 100 ασθενών σε καθημερινή βάση (Λάμπρου 2005).

Ειδικότερα, στην βιβλιογραφία έχουν καταγραφεί διάφορες μέθοδοι προσδιορισμού του μεγέθους των χώρων οι οποίοι είναι οι εξής (Παπαντωνάκη 1989):

1. *Μελέτη δραστηριοτήτων σε κάθε χώρο του ΤΕΠ*: Σύμφωνα με την μέθοδο αυτή για τον υπολογισμό του εμβαδού ενός ΤΕΠ συνεκτιμώνται: ο αριθμός των εξυπηρετούμενων, η συχνότητα χρήσης των χώρων, τα εργονομικά χαρακτηριστικά, τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά κάθε δραστηριότητας, ο χρησιμοποιούμενος εξοπλισμός και οι προδιαγραφές του
2. *Θεωρία των πιθανοτήτων*: Το μέγεθος των επιμέρους χώρων υπολογίζεται με βάση το μέγιστο αριθμό προσερχόμενων οι οποίοι δεν εξυπηρετούνται σε πρώτη ζήτηση.
3. *Θεωρία της σειράς (queue theory)*: Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται συνήθως προκειμένου να προσδιοριστεί το μέγεθος των χώρων αναμονής-υποδοχής και των ιατρείων.
4. *Τυποποίηση των διαστάσεων οικοδομικών στοιχείων*: για προκατασκευή των χώρων του ΤΕΠ, με αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση του κόστους.
5. *Μέγεθος της Οξφόρδης*: επίσης για προκατασκευή νοσοκομειακών τμημάτων ακόμη και ολόκληρων νοσοκομείων π.χ. βάσει δυναμικότητας (αριθμού ανεπτυγμένων κλινών).

Ανεξάρτητα από την μέθοδο που θα χρησιμοποιηθεί προκειμένου να υπολογιστεί το μέγεθος των χώρων θα πρέπει να μην εμποδίζεται σε καμία περίπτωση η αυτόνομη επέκταση του ΤΕΠ με σκοπό να εξυπηρετούνται και μελλοντικές ανάγκες του (Λάμπρου 2005 από Παπαντωνάκη 1989). Σε κάθε περίπτωση, πάντως, πρέπει να αποφεύγεται ο αυθαίρετος (χωρίς προηγούμενο σχεδιασμό) καθορισμός του μεγέθους ενός ΤΕΠ, διότι θα έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία χώρων μικρότερων ή μεγαλύτερων από αυτούς που πραγματικά απαιτούνται (Λάμπρου 2005).

## 2.4 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΤΕΠ

Ένας από τους βασικότερους σκοπούς ίδρυσης ενός Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών είναι η εξασφάλιση καλά οργανωμένων χώρων που θα είναι σε θέση να ανταποκρίνεται στους σκοπούς λειτουργίας για τους οποίους κατασκευάζεται και θα εξυπηρετεί τις ανάγκες της υγειονομικής περιοχής που καλύπτει με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

Στη φάση του σχεδιασμού ενός ΤΕΠ λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως η θέση, η σηματοδότηση και οι χωροταξική κατανομή. Σε ένα σύγχρονο ΤΕΠ πρέπει να εξασφαλίζεται η γρήγορη προσέγγιση ασθενοφόρων, η εύκολη προσέλευση ασθενών καθώς και η προσωπική επικοινωνία με τα τμήματα που παρέχουν 24ωρη υποστήριξη (μικροβιολογικό, ακτινολογικό, αξονικός τομογράφος, υπέρηχοι, χειρουργείο και Μονάδα Εντατικής Θεραπείας -ΜΕΘ).

Επίσης, είναι σημαντικό να υπάρχει κατάλληλη σηματοδότηση, στις περισσότερες περιπτώσεις η λέξη Επείγοντα σε κόκκινο φόντο, ενώ υπάρχει διαφορετική είσοδος για τα ασθενοφόρα και τους περιπατητικούς, με την ανάλογη σήμανση (Λάμπρου 2005).

Η διαρρύθμιση των χώρων γίνεται με στόχο τη δημιουργία τριών ζωνών. Η πρώτη ζώνη περιλαμβάνει την υποδοχή με το χώρο διαλογής και αναμονής ασθενών και των συνοδών τους καθώς και τη γραμματειακή υποστήριξη, η δεύτερη περιλαμβάνει τους χώρους εξέτασης και παροχής νοσηλευτικής φροντίδας και η τρίτη ζώνη περιλαμβάνει τους βοηθητικούς χώρους και τους χώρους ανάπαυσης του προσωπικού. Τέλος, η δεύτερη ζώνη του ΤΕΠ μπορεί να διακριθεί σε τρεις επιμέρους, αυτή των ενηλίκων, των ατυχημάτων και των παιδιατρικών περιστατικών.

Κατά τη φάση του σχεδιασμού ενός ή περισσότερων επιπρόσθετων χώρων σε ένα νοσοκομείο γενικά ή σε ένα ΤΕΠ ειδικότερα, πρέπει απαραίτητα να λαμβάνονται υπόψη τα εξής βασικά στοιχεία ( Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005):

**Α)** Κάθε τμήμα ενός νοσηλευτικού ιδρύματος για να λειτουργήσει χρειάζεται προσωπικό. Σε περίπτωση όμως που το ανθρώπινο δυναμικό είναι ανεπαρκές ή η οικονομική κατάσταση δεν επιτρέπει την πρόσληψη νέου προσωπικού τότε αναγκαστικά εφευρίσκονται τεχνικές ώστε τα τμήματα να παρέχουν τις υπηρεσίες τους με το διατιθέμενο προσωπικό.

Παρακάτω θα αναφερθούν ενδεικτικά κάποιοι τρόποι ώστε να μπορέσει το ΤΕΠ να παρέχει τις υπηρεσίες του με το ελάχιστο δυνατό προσωπικό:

-Συγκροτημένοι χώροι, κοντά ο ένας στον άλλον

-Κατασκευή διαφορετικών χώρων με τρόπο τέτοιο ώστε να εμποτεύονται από το ίδιο προσωπικό (π.χ. κοινό προσωπικό για τη διαλογή τόσο των περιπατητικών ασθενών όσο και των ασθενών στα φορεία)

-Να μην υπάρχουν διπλά τμήματα, δηλαδή δύο ακτινοδιαγνωστικά τμήματα ή δύο εργαστήρια

**Β)** Πριν να κατασκευαστεί κάποιο νέο τμήμα επειγόντων περιστατικών ή πριν να επεκταθεί κάποιο ήδη υπάρχον είναι σημαντικό να υπολογίζονται τα κατωτέρω:

1. Υπάρχουσα στελέχωση του νοσοκομείου.
2. Ύπαρξη ειδικών μονάδων (π.χ. ΜΕΘ, ΜΑΦ, μονάδα εγκαυμάτων κλπ.)
3. Προγραμματισμός προσλήψεων προσωπικού, με βάση τις διαθέσιμες πιστώσεις.
4. Προφίλ του πληθυσμού τον οποίο εξυπηρετεί το ΤΕΠ:

-Μέγεθος πληθυσμού

-Ηλικιακή σύνθεση ( % παιδιών, ηλικιωμένων κλπ.)

-Λοιπά δημογραφικά χαρακτηριστικά πληθυσμού ( % γεννήσεων, θνητότητα κλπ)

-Επιδημιολογικό προφίλ: αυξημένη επίπτωση συγκεκριμένων νοσημάτων π.χ. άσθμα, παθήσεις του αναπνευστικού, αιματολογικά προβλήματα κλπ.

5. Αν υπάρχουν ή όχι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στον έξω-νοσοκομειακό τομέα της περιοχής.
6. Παράγοντες εξωτερικού περιβάλλοντος, όπως ρύπανση, ειδικοί παράγοντες κινδύνου δημόσιου κινδύνου κ.ο.κ.

**Γ)** Πρέπει να τονιστεί ότι επειδή το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών καλύπτει όλους τους ιατρικούς τομείς ενός νοσοκομείου θα πρέπει να είναι χωροταξικά και λειτουργικά αυτόνομο. Το ΤΕΠ δηλαδή δεν ανήκει σε κάποιο άλλο <<συγκρότημα>> ιατρείων ή τμημάτων για αυτό και ο σχεδιασμός των χώρων του θα πρέπει να είναι προσεκτικός και ολοκληρωμένος.

**Δ)** Κατά το σχεδιασμό και την κατασκευή ενός ΤΕΠ είναι πολύ βασικός ο διαχωρισμός της κυκλοφορίας των περιπατητικών ασθενών, των ασθενών σε αναπηρική καρέκλα και των βαριών περιστατικών πάνω σε φορεία. Για αυτό το λόγο λοιπόν σχεδιάζονται διαφορετικοί είσοδοι για κάθε κατηγορία ασθενών ακόμα και για τους συνοδούς και το προσωπικό του νοσοκομείου.

**Ε)** Τα δάπεδα και οι τοίχοι του ΤΕΠ θα πρέπει να είναι κατασκευασμένοι από υλικά υψηλής αντοχής ώστε να προλαμβάνονται τυχόν φθορές, οι οποίες όταν συμβούν αφενός

επιφέρουν δυσάρεστη όψη στο χώρο και αφετέρου επιτρέπουν την κατακράτηση μικροβίων. Επίσης, τα υλικά κατασκευής θα πρέπει να είναι ποιοτικά, με υψηλή μηχανική αντοχή, λεία επιφάνεια για εύκολο καθαρισμό, ακουστότητα, αντιολισθηρά (δάπεδα), με ευχάριστους χρωματικούς τόνους και να επιδέχονται εύκολης συντήρησης. Λόγω του αυξημένου θορύβου, στους χώρους του ΤΕΠ πρέπει να χρησιμοποιούνται ηχο-απορροφητικά υλικά (π.χ. Panels, ψευδοροφές, κλπ.), ώστε να μειώνεται ο θόρυβος, η δημιουργία ήχου και οι πολλές αντανάκλασεις των ήχων. **ΣΤ)** Γενικά, ο σχεδιασμός όλων των χώρων του ΤΕΠ θα πρέπει να αίρει τα αρχιτεκτονικά εμπόδια για την διευκόλυνση της χρήσης τους τόσο στην πρόσβαση όσο και στη διακίνηση των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ)

**Ζ)** Ακόμα και όταν κατά τη χρονική περίοδο κατά την οποία κατασκευάζεται ένα ΤΕΠ δεν υπάρχουν όλες οι ιατρικές ειδικότητες, αλλά μελλοντικά προβλέπεται η στελέχωση επιπρόσθετων τμημάτων, τότε προκειμένου να αποφευχθεί επιπλέον επιβάρυνση του προϋπολογισμού του νοσοκομείου είναι προτιμότερο να συμπεριληφθούν τα αντίστοιχα εξεταστήρια-ιατρεία στο σχεδιασμό του ΤΕΠ εξ'αρχής. Σε αντίθετη περίπτωση επινοούνται λύσεις οι οποίες δεν είναι πάντοτε λειτουργικές. Παραδείγματος χάρι μπορεί κάποιος βοηθητικός χώρος να μετατραπεί σε εξεταστήριο-ιατρείο αν υπάρχει έλλειψη χώρου ή να χρησιμοποιείται από κοινού ένας χώρος για διαφορετικές ιατρικές ειδικότητες (Λάμπρου 2005).

**Η)** Ο σχεδιασμός του ΤΕΠ θα πρέπει να γίνεται με τρόπο ώστε να προβλέπονται οι μελλοντικές ανάγκες των ασθενών από ιατρικής και νοσηλευτικής πλευράς, στο πλαίσιο της συνεχούς τεχνολογικής προόδου και των ταχέως εξελισσόμενων επιστημών υγείας. Κεντρικό ρόλο, προς την κατεύθυνση αυτή, μπορεί να παίξει ο νοσηλευτής. Αυτό συμβαίνει, διότι οι νοσηλευτές γνωρίζουν τόσο τις καθημερινές ανάγκες στο ΤΕΠ όσο και τους τρόπους αντιμετώπισής τους. Συγκεκριμένα οι νοσηλευτές, ως μέλη της ομάδας σχεδιασμού, μπορούν να τροφοδοτούν το σχεδιασμό με τις εξής πληροφορίες:

-Εκτελούμενες εργασίες

-Συγκεκριμένος χώρος στον οποίο εκτελείται κάθε εργασία -

Σύνολο ατόμων και ειδικοτήτων που λαμβάνουν μέρος σε κάθε εργασία

-Απαιτούμενος εξοπλισμός

-Μεταβολές στις λειτουργίες των τμημάτων διαχρονικά

-Ανάγκες ασθενών στα νοσηλευτικά τμήματα

Από την αναφορά των ανωτέρω καθίσταται σαφές ότι αν τα στοιχεία αυτά λείπουν κατά τη φάση σχεδιασμού και κατασκευής, θα υπάρξουν δυσμενείς επιπτώσεις στο τελικό σχέδιο του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών με σοβαρές ή και ανεπανόρθωτες επιπτώσεις στο χρόνο και στο κόστος. Συνεπώς ο νοσηλευτής με σχετική εμπειρία θα πρέπει να συμμετέχει εξ αρχής στο project του σχεδιασμού ενός ΤΕΠ ή εάν κάτι τέτοιο δεν προβλέπεται, να καλείται ως ειδικός σύμβουλος (Λάμπρου 2005).

## 2.5 ΓΙΑ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΕΝΑ ΤΕΠ

Η θέση του ΤΕΠ μέσα στο νοσοκομείο θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε αφενός να εξασφαλίζεται η γρήγορη και απρόσκοπτη προσέγγιση των ασθενών στους χώρους υποδοχής, αφετέρου να υπάρχει αποτελεσματική επικοινωνία με τα υπόλοιπα νοσηλευτικά διαγνωστικά τμήματα.

Ειδικότερα θα πρέπει να έχει:

- ♦ Δύο εξωτερικές κύριες εισόδους (ασθενών περιπατητικών και φορείων)
- ♦ Γραφείο κίνησης ασθενών
- ♦ Τηλεφωνικό κέντρο (άμεση σύνδεση με το κέντρο επιχειρήσεων του ΕΚΑΒ)
- ♦ Χώρους αναμονής ασθενών
- ♦ Χώρους αναμονής συνοδών
- ♦ Ιατρεία όλων των βασικών ειδικοτήτων, παροχής εξειδικευμένης αντιμετώπισης
- ♦ Αίθουσα ανάνηψης με πλήρη εξοπλισμό (monitors, defibrillator, αναπνευστήρες, κ.λπ.)
- ♦ Αίθουσα χειρουργείου (σηπτικό)
- ♦ Αίθουσα γύψου
- ♦ Θαλάμους βραχείας νοσηλείας
- ♦ Χώρους εργαστηρίων
- ♦ Χώρους αποθήκευσης υλικών (φαρμακευτικό, υγειονομικό, τεχνικό)
- ♦ Χώρους υγιεινής ασθενών
- ♦ Χώρους για το προσωπικό (γραφεία, αποδυτήρια)
- ♦ Είσοδος ασθενοφόρων



Για να μπορεί να κατοχυρώνεται κοινωνικά, επιστημονικά και οικονομικά ένα ΤΕΠ, εκτός της απαιτούμενης υποδομής του, απαιτεί μια ελάχιστη ροή περιστατικών περίπου 1000 βαρέως πάσχοντες ανά 1.000.000 κατοίκους, ώστε να εξασφαλιστεί τόσο η αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενών, όσο και η «απόσβεση» της ανθρωπο-υλικο-τεχνικής υποδομής (Λάμπρου 2005).

## 2.6 ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΝΣΗ

Το ΤΕΠ αποτελεί την πύλη εισόδου με την πρώτη επαφή με το νοσοκομείο για την πλειοψηφία των ασθενών και <<επισκεπτών>>. Σε πολλά νοσοκομεία τα , περιστατικά που προσέρχονται στο ΤΕΠ αντιπροσωπεύουν το 50% επί του συνόλου των ασθενών του νοσοκομείου. Από τα περιστατικά αυτά το 40% περίπου προσέρχεται στο ΤΕΠ κατά τα Σαββατοκύριακα, τις αργίες, τις διακοπές και τη νύκτα (Lynn & Rosenfeld 1997). Επομένως το τμήμα αυτό πρέπει να είναι εύκολα και άμεσα προσβάσιμο από όλους (πεζούς, ασθενείς σε φορεία, κοινό) και με όλα τα μεταφορικά μέσα (ΙΧ, συγκοινωνίες, ασθενοφόρα, κλπ) (Λάμπρου 2005)

Η σήμανση σε ένα Πρότυπο ΤΕΠ πρέπει να είναι πλήρης, σαφής και κατατοπιστική για τους ασθενείς και τους συνοδούς και να βασίζεται στη σύγχρονη νοσοκομειακή ορολογία. Η σήμανση αφορά τόσο τους εσωτερικούς όσο και τους εξωτερικούς χώρους από την ευρύτερη περιοχή μέχρι την είσοδο καθώς και όλους τους εσωτερικούς χώρους του ΤΕΠ και είναι απαραίτητη σε κάθε ΤΕΠ. Σκοπός της σήμανσης είναι η διατήρηση του προσανατολισμού του κοινού και η διευκόλυνση για γρήγορη προσπέλαση στους ζητούμενους χώρους όλες τις ώρες (ημέρα και νύκτα).

Συνήθως η μελέτη της σήμανσης αποτελεί ειδική μελέτη, που δεν πρέπει να παραλείπεται κατά το σχεδιασμό ενός ΤΕΠ. Οι πινακίδες πρέπει να βρίσκονται τοποθετημένες (Λάμπρου 2005):

- Σε όλες τις πόρτες
- Σε όλα τα κλιμακοστάσια
- Σε όλους τους ανελκυστήρες
- Σε όλους τους διαδρόμους

Στους διαδρόμους χρησιμοποιούνται γραμμές κατεύθυνσης ενός χρώματος για κάθε προορισμό (π.χ. βέλη κατεύθυνσης στο δάπεδο ή στους τοίχους του ΤΕΠ). Οι

πινακίδες της κατεύθυνσης και οι πινακίδες των εισόδων πρέπει να είναι φωσφοριζέ ή φωτιζόμενες, ώστε να είναι ευκρινείς και κατά τις νυκτερινές ώρες. Οι μελετητές πρέπει πάντα να λαμβάνουν υπόψη τους, όταν εκπονούν μελέτες σήμανσης απευθύνονται στο πλατύ κοινό και όχι μόνο στους επαγγελματίες υγείας. Ως εκ τούτου, η χρήση επιστημονικής ορολογίας ή ακατανόητων λέξεων για να περιγράψουν τους χώρους, μόνο προβλήματα και αποπροσανατολισμό του κοινού προκαλεί. Ένα λάθος που παρατηρείται, όπως έχει δείξει η εμπειρία, στις μελέτες σήμανσης των τμημάτων, είναι η κατά λέξη αντιγραφή της αρχιτεκτονικής μελέτης στη μελέτη της σήμανσης. Για παράδειγμα, η ένδειξη <<ανεμοφράκτης>> στους προθαλάμους δεν προσθέτει καμία χρήσιμη πληροφορία για το κοινό. Επίσης, η συχνή επανάληψη της λέξης <<νεκροτομείο>> ή <<νεκροθάλαμος>> σε διαδρόμους από όπου διέρχονται ασθενείς δημιουργεί αρνητικές εντυπώσεις και επιδεινώνει την ήδη άσχημη ψυχολογία των ασθενών. Ακόμη, η χρήση παραχωρημένης ορολογίας από τους μελετητές δε συμβαδίζει με τις σύγχρονες νοσοκομειακές προδιαγραφές. Λόγω χάρη, οι ενδείξεις <<στάση αδερφής>> ή <<εργασία ασθενών>> είναι ξεπερασμένες, τη στιγμή που διεθνώς χρησιμοποιούνται οι όροι <<νοσηλευτικός σταθμός>> ή <<σταθμός εργασίας νοσηλευτών>> (Λάμπρου 2005).

### **2.6.1 ΧΩΡΟΙ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΤΟ ΤΕΠ**

Ένα ΤΕΠ προκειμένου να είναι καλά σχεδιασμένο αλλά και λειτουργικό θα πρέπει να έχει ξεχωριστή είσοδο για τους ασθενείς σε φορεία και ξεχωριστή για τους περιπατητικούς και γενικά για τους πεζούς. Κατά κανόνα λοιπόν κατασκευάζονται δύο είσοδοι ( Λάμπρου 2005):

1. Κύριος χώρος εισόδου, για πρόσβαση πεζών, ο οποίος τοποθετείται κεντρικά και βρίσκεται στο ισόγειο.
2. Είσοδος φορείων, η οποία τοποθετείται έκκεντρα, σε πιο <<διακριτική>> θέση, αλλά κοντά στον κύριο χώρο εισόδου, επίσης στο υπόγειο. Πρέπει πάντα να διαχωρίζεται η είσοδος των φορείων από την είσοδο των περιπατητικών ασθενών. Κοντά στην θέση αυτή θα πρέπει να υπάρχουν μία ή δύο θέσεις στάθμευσης ασθενοφόρου. Η μεταφορά ασθενούς από το ασθενοφόρο στην είσοδο του τμήματος πρέπει να γίνεται σε χώρο στεγασμένο (ΠΔ 517/1991).

Και οι δύο αυτές είσοδοι του ΤΕΠ πρέπει να βρίσκονται σε εύκολα προσβάσιμο χώρο, με κατάλληλη σήμανση και φωτισμό, ώστε κάθε προσερχόμενος ασθενής να είναι σε θέση να τις εντοπίζει εύκολα και γρήγορα οποιαδήποτε χρονικά στιγμή (Λάμπρου 2005).

Σύμφωνα με την διατύπωση της παρ. 2Α του Π.Δ. 517/1991, ορίζονται τα εξής: <<Το ΤΕΠ πρέπει να έχει ιδιαίτερη εξωτερική είσοδο ευδιάκριτη και άνετα προσπελάσιμη από την είσοδο του περιβάλλοντα χώρου και το εσωτερικό δίκτυο της κλινικής (όπου κλινική= ιδιωτικό νοσοκομείο), όχι όμως ορατή από τους θαλάμους νοσηλείας. Το τμήμα πρέπει να αναπτυχθεί στη στάθμη του διαμορφωμένου περιβάλλοντα χώρου. Αν αυτό δεν είναι δυνατό, τότε πρέπει να εξυπηρετείται με ράμπες κατάλληλες για μικρά αυτοκίνητα, ασθενοφόρα, ανάπηρους και πεζούς>> (Λάμπρου 2005).

Τα πλεονεκτήματα που διασφαλίζονται με τις δύο εισόδους είναι:

- Άμεσος διαχωρισμός των σοβαρών και πραγματικά επειγόντων περιστατικών
- Ασφαλή διακίνηση των φορέων
- Προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και του ιδιωτικού- ιατρικού απορρήτου
- σοβαρά πασχόντων ή τραυματισμένων, που αποτελεί τραυματική εμπειρία (Λάμπρου 2005)

Το κύριο μειονέκτημα που συνήθως προκύπτει είναι ότι προκειμένου να εποπτεύονται επαρκώς και οι δύο εισοδοί του ΤΕΠ και να μη διαφεύγει της διαλογής κανένα περιστατικό είναι απαραίτητο να διπλασιαστεί το προσωπικό της διαλογής πράγμα που δεν είναι εφικτό σε μικρότερα νοσοκομεία κυρίως για λόγους στελέχωσης ή έλλειψης χώρου (Λάμπρου 2005)

Τέλος στα μεγάλα νοσοκομεία της χώρας που έχουν και περισσότερο προσωπικό αλλά και διαθέτουν το σύνολο των ιατρικών ειδικοτήτων, ενδείκνυται η ύπαρξη δύο επιπλέον εισόδων, για την εξασφάλιση λειτουργικότητας στο ΤΕΠ, που είναι:

- I. Είσοδος παιδιατρικών ασθενών: όταν τεχνικά υπάρχει τέτοια δυνατότητα.
- II. Είσοδος ψυχιατρικών ασθενών: στην Ελλάδα η κύρια τακτική νοσηλείας των ψυχιατρικών ασθενών είναι να νοσηλεύονται σε ειδικές ψυχιατρικές δομές και όχι σε γενικά νοσοκομεία. Για αυτό το λόγο δεν συναντούμε συχνά ψυχιατρικά ιατρεία στα ΤΕΠ των γενικών νοσοκομείων, δεδομένου ότι δεν υφίσταται πάντοτε η σχετική ανάγκη για δημιουργία τέτοιων χώρων (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

## 2.6.2 ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΙΣΟΔΟΥ

- Όλες οι θύρες στο ΤΕΠ, εσωτερικές και εξωτερικές, είναι δύο κατευθύνσεων και πρέπει να διαθέτουν ελάχιστο πλάτος ανοίγματος 1,60μ

- Εάν υπάρχουν σκαλοπάτια στην είσοδο, θα πρέπει να γεφυρώνονται απαραίτητα με ράμπες οι οποίες διευκολύνουν και την είσοδο των ΑΜΕΑ
- Ειδικά, οι θύρες στις δύο εισόδους του ΤΕΠ πρέπει να είναι συρόμενες για λόγους εργονομίας και με αυτόνομο μηχανισμό με φύλλα που κλείνουν με ρυθμιζόμενη καθυστέρηση
- Όλες οι εισοδοί του ΤΕΠ θα πρέπει να διαθέτουν προθάλαμο με ανεμοφράκτη για προστασία από τα καιρικά φαινόμενα
- Ειδικά σχεδιασμένες ράμπες για τροχήλατα στις εισόδους διευκολύνουν την πρόσβαση ατόμων με ειδικές ανάγκες καθώς και ανελκυστήρες κατάλληλου μεγέθους και προδιαγραφών επιτρέπουν την κίνηση των ΑΜΕΑ εντός και εκτός των χώρων του ΤΕΠ (Λάμπρου 2005).

### **2.6.3 ΧΩΡΟΙ ΣΤΑΘΜΕΥΣΗΣ ΣΤΟ ΤΕΠ**

Η στάθμευση όλων των οχημάτων που μεταφέρουν ασθενείς στο ΤΕΠ θα πρέπει να διευκολύνεται από τους υπάρχοντες χώρους. Ως εκ τούτου θα πρέπει να

- ♦ Χώρος στάθμευσης ασθενοφόρων. Η διακίνηση των ασθενοφόρων θα πρέπει να γίνεται πάνω σε ειδικά σχεδιασμένο μονόδρομο ο οποίος να διαθέτει ειδικό στέγαστρο για την προστασία των ασθενών με φορείο
- ♦ Χώρος στάθμευσης λοιπών οχημάτων (επισκεπτών, αστυνομικών ή πυροσβεστικών οχημάτων κλπ). Βασική προϋπόθεση κατά το σχεδιασμό ενός ΤΕΠ είναι η δημιουργία τουλάχιστον 10 θέσεων στάθμευσης για τους επισκέπτες προκειμένου να αποφευχθεί η κάλυψη των θέσεων στάθμευσης των ασθενοφόρων από τα ιδιωτικά οχήματα
- ♦ Χώρος στάθμευσης προσωπικού ΤΕΠ. Σε αυτόν τον χώρο δικαιούνται στάθμευση μόνο τα άτομα που εργάζονται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο (Λάμπρου 2005).

### **2.7 ΧΩΡΟΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ - ΑΝΑΜΟΝΗΣ**

Στο χώρο υποδοχής-αναμονής του ΤΕΠ θα πρέπει να καταφθάνει κάθε ασθενής άμεσα και γρήγορα, κινούμενος σε ευθεία γραμμή και χωρίς να χάνει τον προσανατολισμό του. Βασικά χαρακτηριστικά των χώρων αναμονής είναι τα ακόλουθα: θα πρέπει να είναι ικανού επιπέδου (τουλάχιστον 30 τ.μ. ανά 100 ασθενείς σε μέρα εφημερίας), να διαθέτουν άφθονα καθίσματα και να συνοδεύονται από όλες τις απαραίτητες διευκολύνσεις. Επίσης, κατά το σχεδιασμό των χώρων αναμονής θα πρέπει

να εξασφαλίζεται η οπτική επαφή των γιατρών και κυρίως των νοσηλευτών (από τον κεντρικό νοσηλευτικό σταθμό εργασίας του ΤΕΠ) με τους ασθενείς και τους συνοδούς που παραμένουν στους χώρους αυτούς (Παναγιώτα Γ.

Λάμπρου 2005).

Συγκεκριμένα πρέπει να υφίστανται οι κατωτέρω ξεχωριστοί χώροι αναμονής σε ένα ΤΕΠ (Jelinek & Little 1996, JCAHO 1996):

- Χώρος αναμονής για τους ενήλικες ασθενείς που να βρίσκεται σχετικά κοντά στα εξεταστήρια-ιατρεία και δίπλα στη διαλογή.
- Χώρος αναμονής για παιδιά ασθενείς, κοντά στο παιδιατρικό εξεταστήριο - ιατρείο.
- Χώρος αναμονής συνοδών. Επειδή στην Ελλάδα είναι σύνηθες φαινόμενο οι ασθενείς να συνοδεύονται από ένα ή περισσότερα άτομα στο ΤΕΠ η ύπαρξη χωριστής αίθουσας αναμονής για τους συγγενείς και τους συνοδούς είναι επιβεβλημένη.

## **2.8 ΧΩΡΟΣ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΩΝ**

Ο συγκεκριμένος χώρος είναι αναγκαίο να βρίσκεται δίπλα στην είσοδο των φορείων και να διαθέτει ένα μεγάλο παράθυρο με θέα στο χώρο στάθμευσης των ασθενοφόρων. Στον κύριο διάδρομο του ΤΕΠ βρίσκεται η μοναδική είσοδος. Δεν υπάρχει άλλη πρόσβαση από τον εξωτερικό χώρο. Επίσης, στο χώρο των πληρωμάτων ασθενοφόρων βρίσκεται και το κέντρο κλήσεων, με το σύστημα ασύρματης επικοινωνίας, ο εξοπλισμός και το υλικό για τα ασθενοφόρα και γραφείο για το προσωπικό επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας (Λάμπρου 2005).

## **2.8 ΧΩΡΟΣ ΕΞΕΤΑΣΤΗΡΙΩΝ-ΙΑΤΡΕΙΩΝ**

Ένας από τους πιο ξεχωριστούς χώρους σε ένα ΤΕΠ είναι ο χώρος των εξεταστηρίων-ιατρείων και αυτό γιατί εκεί πραγματοποιούνται βασικές διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις, όπως φλεβικός καθετηριασμός, χορήγηση οξυγόνου, λήψη αίματος για εξετάσεις, τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα κλπ. Επειδή κατά κανόνα όλες αυτές οι παρεμβάσεις αποτελούν πρωτόγνωρες και δυσάρεστες εμπειρίες για τον ασθενή, ο οποίος δεν γνωρίζει ούτε κατανοεί για ποιο λόγο γίνονται όλα αυτά, ο χώρος εξέτασης θα πρέπει να είναι εύχρηστος και πλήρως εξοπλισμένος, ώστε να επιτρέπει την γρήγορη και αποτελεσματική εκτέλεση όλων των ανωτέρω ενεργειών, χωρίς να παρατείνεται η δυσμενής κατάσταση στην οποία βρίσκεται κάθε ασθενής.

Σημειωτέον, επίσης, ότι δεν είναι αναγκαία πάντοτε ξεχωριστά εξεταστήρια ιατρεία για κάθε ιατρική ειδικότητα. Η ανάγκη αυτή καθορίζεται από τον μέσο, ετήσιο αριθμό των περιστατικών κάθε ειδικότητας, με βάση τα στατιστικά στοιχεία, και εξαρτάται από τον τρόπο λειτουργίας κάθε νοσοκομείου. Σε ορισμένα (μικρά κυρίως) νοσοκομεία τα περιστατικά αντιμετωπίζονται ανάλογα με την περίπτωση τους (πχ. Παθολογικό, χειρουργικό). Συνεπώς, στο ΤΕΠ αρκεί να διαμορφώνονται και να λειτουργούν τα αντίστοιχα εξεταστήρια-ιατρεία. Πέραν των εξεταστηρίων ανοικτού τύπου στον ευρύτερο χώρο εξέτασης, περιμετρικά, τοποθετούνται τα κλασικά, μεμονωμένα εξεταστήρια-ιατρεία, ο αριθμός και το είδος των οποίων καθορίζεται από τις ιατρικές ειδικότητες που υπάρχουν σε κάθε νοσοκομείο (Λάμπρου 2005).

Κατά κανόνα, τοποθετούνται μεμονωμένα εξεταστήρια-ιατρεία για τα εξής περιστατικά:

- ✓ Ω.Ρ.Λ.
- ✓ Οφθαλμολογικά
- ✓ Γυναικολογικά.
- ✓ Παιδιατρικά.

Για το συγκρότημα των εξεταστηρίων-ιατρείων οι νιπτήρες και οι βοηθητικοί χώροι διατάσσονται ομαδοποιημένα σε μικρές αποστάσεις για να εξυπηρετούν το σύνολο το προσωπικού που εργάζεται στους χώρους αυτούς.

Εξάιρεση αποτελούν το γυναικολογικό και το παιδιατρικό εξεταστήριο-ιατρείο, τα οποία δεν είναι απλά μεμονωμένα ιατρεία. Αποτελούν ολοκληρωμένα μικρά συγκροτήματα χώρων, τα οποία περιλαμβάνουν απαραίτητα δικούς τους βοηθητικούς χώρους. Όσον αφορά το παιδιατρικό υποσυγκρότημα, σε μεγάλα, οργανωμένα νοσοκομεία προβλέπεται η ανάπτυξη αυτόνομου Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών παιδιών. Εάν υπάρχει διαθέσιμος χώρος και επαρκές προσωπικό, θεωρείται αναγκαία η λειτουργία παιδιατρικού ΤΕΠ, πλήρως εξοπλισμένου και λειτουργικά ολοκληρωμένου, δίπλα στο κύριο ΤΕΠ του νοσοκομείου. Έτσι εξασφαλίζεται η ποιοτική παροχή επείγουσας φροντίδας στα παιδιά, χωρίς να επιβαρύνεται η λειτουργία του ΤΕΠ. Δεδομένων, όμως των ανεπαρκών πόρων στο Ελληνικό Υγειονομικό σύστημα ένας τέτοιος σχεδιασμός δεν είναι σχεδόν ποτέ εφικτός (Λάμπρου 2005).

## **2.9 ΜΟΝΩΣΗ-ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ**

Περιστατικά τα οποία είναι ύποπτα για κάποιο μεταδοτικό λοιμώδες νόσημα υποδέχονται σε ένα ειδικά διαμορφωμένο χώρο που ονομάζεται απομόνωση με σκοπό την ασφάλεια των υπολοίπων ασθενών αλλά και του προσωπικού . Έτσι, ένα ειδικά σχεδιασμένο δωμάτιο-μόνωση προορίζεται για την υποδοχή (και νοσηλεία) των περιστατικών με λοιμώδη, μεταδοτικά νοσήματα. Επειδή όμως τέτοιες περιπτώσεις είναι αρκετά σπάνιες κατά το υπόλοιπο διάστημα που ο χώρος αυτός είναι κενός μπορεί να χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση των δηλητηριάσεων (φαρμακευτικών, χημικών κλπ) ( Λάμπρου 2005).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΕΠ -ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

#### **3.1 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΕΠ**

Σε κάθε ΤΕΠ υφίστανται οργανωτικά τρεις Βασικές Υπηρεσίες, οι οποίες είναι οι εξής (Λάμπρου 2005):

- 1.Ιατρική υπηρεσία**
- 2.Νοσηλευτική υπηρεσία**
- 3.Διοικητική υπηρεσία**

Οι ανωτέρω Υπηρεσίες υπάγονται απευθείας στο Διοικητή / Γενικό Διευθυντή του νοσοκομείου και κάθε Υπηρεσία έχει τη δική της ιεραρχική διάρθρωση και στελέχωση (Π.Δ. 87/1986, ΦΕΚ 32/Α').

Επιπλέον, υφίστανται οι Υποστηρικτικές Υπηρεσίες (π.χ. εργαστήρια, ακτινολογικό τμήμα. Αιμοδοσία κλπ) του νοσοκομείου, οι οποίες δεν ανήκουν μεν οργανωτικά στο ΤΕΠ, υποστηρίζουν δε το τμήμα αυτό στις λειτουργίες του. Οι βασικές λειτουργίες του ΤΕΠ, όπως μπορεί να δει κανείς και στα οργανογράμματα που ακολουθούν

##### **3.1.1 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΕΠ**

Στο οργανόγραμμα που παρατίθεται στο *Σχήμα 1* εμφανίζεται σχηματικά η οργανωτική δομή της ιατρικής υπηρεσίας, με τους βασικούς της άξονες, που διαρθρώνεται κατακόρυφα στο ΤΕΠ.

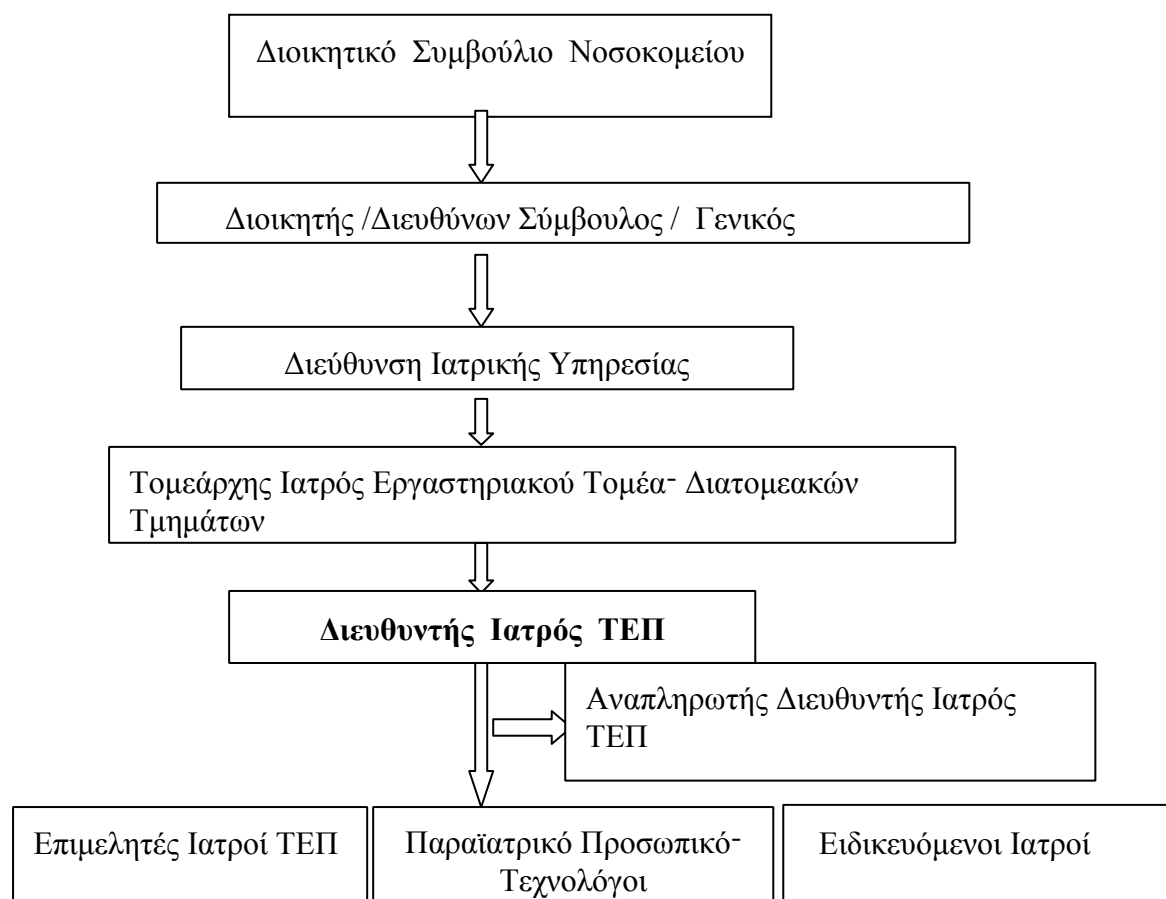
Ως προς την οργανωτική δομή της Ιατρικής Υπηρεσίας πρέπει να επισημανθεί ότι αυτή διαρθρώνεται σε Τομείς, που είναι (αρθρ. 7, παρ. 4 του Ν.2889/2001):

- 1. Παθολογικός Τομέας**
- 2. Χειρουργικός Τομέας**
- 3.Εργαστηριακός – απεικονιστικός-διατομεακών τμημάτων Τομέας**
- 4.Τομέας Ψυχικής Υγείας (σε ορισμένα μόνο νοσοκομεία)**

Γίνεται κατανοητό από τη σχηματική απεικόνιση κατωτέρω, ότι όλοι οι ιατροί (ειδικευμένοι, ειδικευόμενοι) καθώς και το παραϊατρικό (τεχνολογικό) προσωπικό αναφέρονται στο Διευθυντή Ιατρό του ΤΕΠ, ο οποίος με τη σειρά του έχει ως προϊστάμενο τον Τομεάρχη του Τομέα: Εργαστηριακού-Απεικόνισης-Διατομεακών



Τμημάτων της Ιατρικής Υπηρεσίας. Στις Ην. Πολιτείες υπάρχει διαφοροποίηση σε σύγκριση με την Ελλάδα, από την άποψη ότι ο Διευθυντής Ιατρός του ΤΕΠ μπορεί να είναι μέλος του Δ.Σ. του νοσοκομείου (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).



Σχήμα 1- Οργανόγραμμα Ιατρικής Υπηρεσίας ΤΕΠ

Πηγή: (Κτενίδου, 2009)

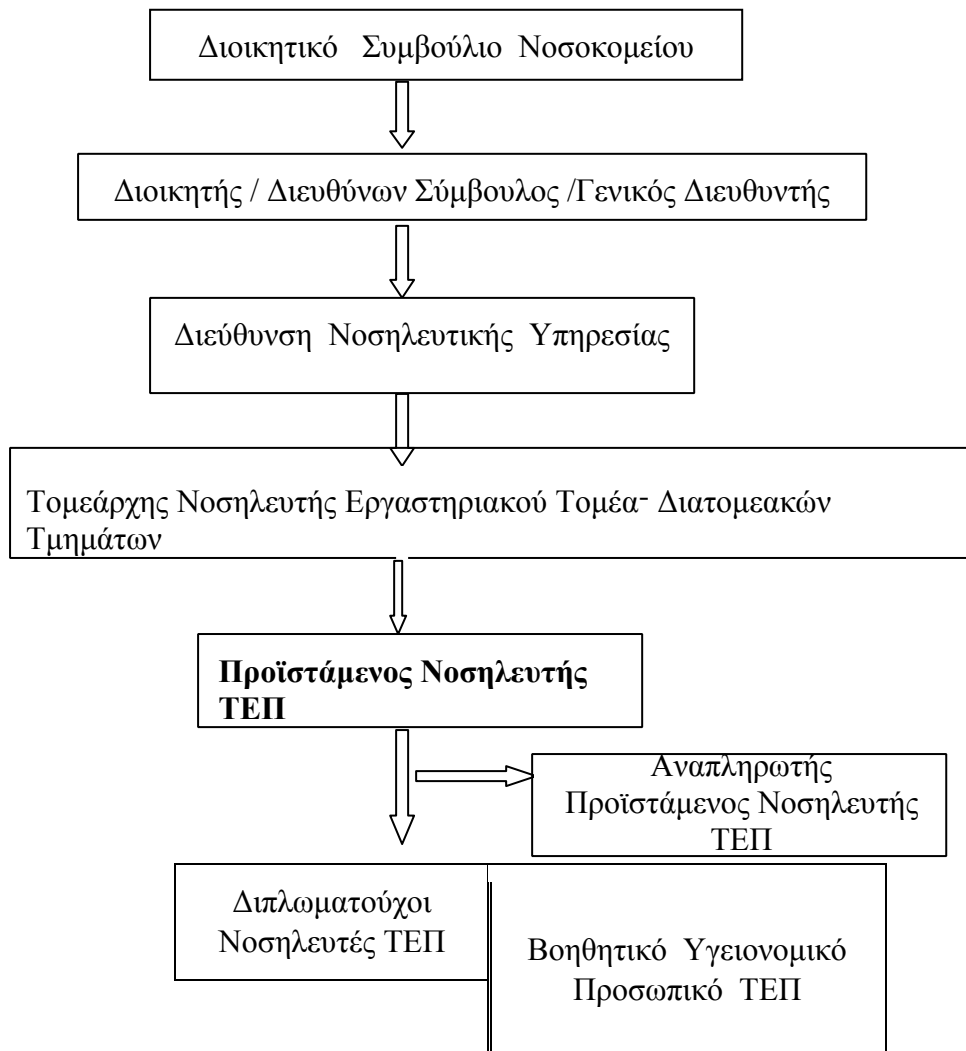
Σημειώτεον ότι δεν υφίσταται Διευθυντής Ιατρός ΤΕΠ, ως θέση ή ως φυσικό πρόσωπο, σε όλα τα ΤΕΠ των νοσοκομείων της Ελλάδας. Για την ακρίβεια, στα περισσότερα ΤΕΠ δεν υπάρχει Διευθυντής ιατρός. Η αναπλήρωση του Διευθυντή Ιατρού ΤΕΠ, όταν υπάρχει πραγματοποιείται με ορισμό Αναπληρωτή Διευθυντή Ιατρού ΤΕΠ (βλ. Σχήμα ανωτέρω), η οποία είναι μεν ουσιαστική, όμως δεν είναι υποχρεωτική. Στις περιπτώσεις που δεν υφίσταται Διευθυντής Ιατρός ΤΕΠ, ορίζεται αρμοδίως επιστημονικά υπεύθυνος ιατρός ΤΕΠ. Ο Τομεάρχης όλων των ιατρικών Τομέων αναφέρονται στο Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και εκείνος, με τη σειρά του, στο Διοικητή ή Γενικό

Διευθυντή ή Διευθύνοντα Σύμβουλο ο οποίος τελικά είναι υπόλογος προς το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) του νοσοκομείου. (Λάμπρου 2005)

### 3.1.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΕΠ

Στο οργανόγραμμα που απεικονίζεται στο Σχήμα 2 εμφανίζεται η οργανωτική δομή της νοσηλευτικής υπηρεσίας, με τους βασικούς της άξονες, που επίσης διαρθρώνεται κατακόρυφα στο ΤΕΠ.

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις Τομείς οι οποίοι λειτουργούν σε επίπεδο Υποδιευθύνσεων (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).



## Σχήμα 2- Οργανόγραμμα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΤΕΠ

Πηγή: (Κτενίδου, 2009)

Κάθε Νοσηλευτικός Τομέας διαρθρώνεται σε Νοσηλευτικά Τμήματα που ακολουθούν την διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 8 του Ν. 2889/2001. Ο Γ΄ Νοσηλευτικός Τομέας καλύπτει τον Τομέα Εργαστηριακό-Απεικόνισης καθώς και τα Διατομεακά Τμήματα, στα οποία ανήκει και το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Όπως φαίνεται σχηματικά ανωτέρω, όλοι οι νοσηλευτές και το βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό του ΤΕΠ λογοδοτούν στον Προϊστάμενο Νοσηλευτή του ΤΕΠ, ο οποίος με τη σειρά του αναφέρεται, κατά κανόνα, στον Τομεάρχη Γ΄ Νοσηλευτικού Τομέα. Ο Τομεάρχης αναφέρεται στο Διευθυντή/-ντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και εκείνος/-η με τη σειρά του/της στην ανώτατη διοίκηση του νοσοκομείου, η οποία περιγράφηκε προηγουμένως στην οργάνωση της Ιατρικής υπηρεσίας. Τον Προϊστάμενο Νοσηλευτή του ΤΕΠ αναπληρώνει αρμοδίως κατάλληλος νοσηλευτής που τοποθετείται στη θέση αυτή (βλ. Σχήμα ανωτέρω). Ο ορισμός αναπληρωτή Προϊσταμένου ΤΕΠ δυστυχώς δεν αποτελεί κανόνα σε όλα τα ΤΕΠ της Ελλάδας (Λάμπρου 2005).

Σημειωτέον ότι ο Προϊστάμενος Νοσηλευτής του ΤΕΠ, ως θέση ή ως φυσικό πρόσωπο, δεν υφίσταται σε όλα τα ΤΕΠ των νοσοκομείων της χώρας. Σε πολλές περιπτώσεις ο Προϊστάμενος Νοσηλευτής του Τμήματος των Εξωτερικών Ιατρείων εκτελεί ταυτόχρονα καθήκοντα Προϊσταμένου ΤΕΠ, πράγμα που συνιστά αμιγώς Ελληνικό φαινόμενο το οποίο δεν συναντάται σε οργανωμένα νοσοκομεία του εξωτερικού, ούτε διατυπώνεται ως ένδειξη στη διεθνή βιβλιογραφία (Παναγιώτα Γ. Λάμπρου 2005).

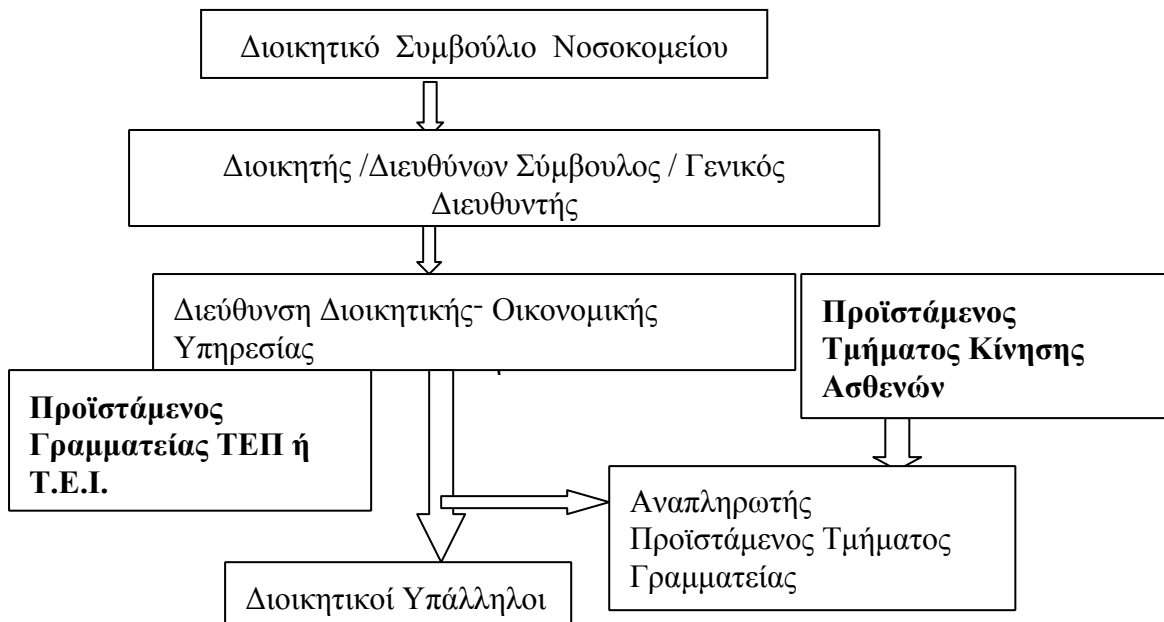
### 3.1.3 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΤΕΠ

Στο οργανόγραμμα που απεικονίζεται στο *σχήμα 3* εμφανίζεται η οργανωτική δομή της διοικητικής υπηρεσίας, με τους βασικούς της άξονες, που επίσης διαρθρώνεται κατακόρυφα στο ΤΕΠ. Όσον αφορά την οργανωτική δομή της Διοικητικής Υπηρεσίας και τον τρόπο που διαρθρώνεται στο ΤΕΠ, παρατηρούνται τα εξής: Υφίσταται το Τμήμα Γραμματείας ή όπως αναφέρεται διαφορετικά: τμήμα διοικητικής υποστήριξης ΤΕΠ το οποίο στελεχώνεται με διοικητικούς υπαλλήλους οι οποίοι αναφέρονται στον προϊστάμενο Γραμματείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις ορίζεται αναπληρωτής Προϊστάμενος γραμματείας ΤΕΠ, συνήθως, ο αρχαιότερος (πιο πεπειραμένος) διοικητικός υπάλληλος του Τμήματος. Ωστόσο στα περισσότερα Ελληνικά νοσοκομεία δεν υπάρχει καν Προϊστάμενος Γραμματείας ΤΕΠ, ως θέση ή ως φυσικό πρόσωπο. Στις περιπτώσεις αυτές, το συγκεκριμένο ρόλο αναλαμβάνει είτε ο Προϊστάμενος γραμματείας Ε.Ι., όταν υπάρχει, είτε ο Προϊστάμενος του Τμήματος Κίνησης Ασθενών, που φυσικά υπάρχει σε κάθε νοσοκομείο. Τέλος, όλοι αυτοί οι προϊστάμενοι αναφέρονται στο Διευθυντή Διοικητικής-Οικονομικής Υπηρεσίας και εκείνος με την σειρά του στην ανώτατη διοίκηση του νοσοκομείου (Λάμπρου 2005).

Σημειωτέον ότι στην παρουσίαση της οργανωτικής δομής της ιατρικής, νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας, μέσα από τα ανωτέρω οργανογράμματα, έχουν ληφθεί υπόψη και οι σχετικές πρόσφατες νομοθετικές αλλαγές και συγκεκριμένα ο Νόμος 3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α'), σύμφωνα με τον οποίο η οργανωτική διάρθρωση των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. έχει μεταβληθεί με την εισαγωγή στα όργανα της Διοίκησης των Δ.Σ. (Διοικητικών Συμβουλίων) των νοσοκομείων. Όσον αφορά στις ιδιωτικές κλινικές, ο γενικός κανόνας σε οργανωτικό επίπεδο είναι επίσης να υπάρχει ένα Δ.Σ., αποτελούμενο συνήθως από τους μετόχους, και ένας Διευθύνων Σύμβουλος ή Γενικός Διευθυντής ο οποίος υλοποιεί τις αποφάσεις του Δ.Σ. και είναι υπεύθυνος για τη στρατηγική διαχείριση του νοσοκομείου. Συνεπώς, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι τα ανωτέρω οργανογράμματα καλύπτουν σε γενικές γραμμές αρκετά ικανοποιητικά τη γενική εικόνα που επικρατεί σε οργανωτικό επίπεδο στα νοσοκομεία της Ελλάδος (Λάμπρου 2005).

Τέλος, πρέπει να επισημανθεί ότι στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων του εξωτερικού (ΗΠΑ, Ην. Βασίλειο κλπ) οι θέσεις του Διευθυντή Ιατρού, Προϊσταμένου Νοσηλευτή και Προϊσταμένου Γραμματείας ΤΕΠ είναι υπαρκτές, δεδομένες και θεωρείται αυτονόητο ότι οι θέσεις αυτές πρέπει να είναι πάντοτε

καλυμμένες από αρμόδιους, ικανούς επαγγελματίες, ώστε να εξασφαλίζεται η ισόρροπη οργάνωση και η εύρυθμη λειτουργία του ΤΕΠ (Λάμπρου 2005).



Σχήμα 3 –Οργανόγραμμα Διοικητικής-Οικονομικής Υπηρεσίας ΤΕΠ  
Πηγή: (Κτενίδου, 2009)

### 3.2 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΕΠ

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, όπως όλα σχεδόν τα κλινικά νοσοκομεία, στελεχώνονται με τις εξής κύριες κατηγορίες προσωπικού (Παναγιώτα

Γ. Λάμπρου 2005):

1. Ιατρικό προσωπικό, το οποίο περιλαμβάνει μόνιμους ειδικευμένους ιατρούς, ειδικευμένους ιατρούς συμβούλους, ειδικευόμενους ιατρούς
2. Νοσηλευτικό προσωπικό, στο οποίο ανήκουν οι διπλωματούχοι νοσηλεύτες
3. Διοικητικό προσωπικό, που απαρτίζεται από διοικητικούς υπαλλήλους της γραμματείας του ΤΕΠ
4. Βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό, στο οποίο ανήκουν οι βοηθοί νοσηλευτών, οι μεταφορείς ασθενών, οι βοηθοί θαλάμου. Σε πολλές περιπτώσεις το προσωπικό αυτό δεν ανήκει οργανικά στο ΤΕΠ, αλλά κατανέμεται στα επιμέρους Τμήματα του κάθε νοσοκομείου, με αποφάσεις της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης, στην οποία υπάγεται. Στις Ην. Πολιτείες και στο Ην. Βασίλειο στην κατηγορία αυτή ανήκουν και άλλοι κλάδοι, όπως: υγειονομικοί βοηθοί (healthcare assistants), βοηθοί ιατρών (physicians assistants) ή ακόμα και καταρτισμένοι διασώστες (emergency medical technicians)

5. Υποστηρικτικό προσωπικό, το οποίο δεν ανήκει οργανικά στο ΤΕΠ και παρέχει υπηρεσίες στο τμήμα αυτό, όπως είναι το τεχνολογικό- παραϊατρικό προσωπικό. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, οι παρασκευαστές, οι ραδιολόγοι-ακτινολόγοι ή οι χειριστές- εμφανιστές
6. Βοηθητικό προσωπικό, το οποίο δεν ανήκει οργανικά στο ΤΕΠ και παρέχει κυρίως υπηρεσίες φύλαξης, καθαριότητας, εστίασης. Σε αρκετές περιπτώσεις το προσωπικό αυτό δεν ανήκει καν στο νοσοκομείο, αλλά προέρχεται από ειδικά συνεργεία παροχής αντίστοιχων υπηρεσιών (πχ συνεργεία φύλαξης ή security, συνεργεία καθαρισμού, εταιρίες catering). Τέτοιες λύσεις συναντώνται κυρίως στις κλινικές του ιδιωτικού τομέα, αλλά πιο πρόσφατα άρχισαν να εφαρμόζονται και στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας

Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα στελέχωσης, ένα ΤΕΠ πρέπει απαραίτητα να διαθέτει δικό του μόνιμο προσωπικό. Το ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό του ΤΕΠ κατανέμεται σε ωράρια εργασίας και καλύπτει ολόκληρο το 24ωρο. Επισημαίνεται, ωστόσο ότι στην Ελλάδα τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών δεν ακολουθούν αυτό το διεθνή κανόνα λειτουργίας, αλλά λειτουργούν με βάση το σύστημα εφημεριών των νοσοκομείων. Συνεπώς, η κατανομή του προσωπικού στα ωράρια εργασίας θα καλύπτει το σύνολο των ωρών εφημερίας. Λόγω της μη προβλέψιμης φύσης της εργασίας στο ΤΕΠ, η επί 24ωρης βάσης (ή στην Ελλάδα επί του ωραρίου της εφημερίας) παρουσία υγειονομικού προσωπικού (κατανεμημένη σε ωράρια εργασίας) στο Τμήμα αυτό είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική παροχή φροντίδας σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή ή για την πρόκληση μόνιμης αναπηρίας. Ωστόσο, οι ελλείψεις προσωπικού, οι οποίες αποτελούν σοβαρό πρόβλημα διεθνώς, δεν επιτρέπουν πάντοτε την εφαρμογή ανάλογων συστημάτων. Στην Ελλάδα το σοβαρό πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού αφορά κατά μείζονα λόγο το νοσηλευτικό προσωπικό. Στην Αγγλία, από την άλλη πλευρά, η έλλειψη ιατρικού προσωπικού κυρίως αλλά και νοσηλευτικού (ίσως σε μικρότερο βαθμό) είναι βασικές αιτίες ελλιπούς στελέχωσης των ΤΕΠ (Λάμπρου 2005).

Η ιδιαιτερότητα σε πολλά Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των νοσοκομείων της Ελλάδας είναι ότι δεν διαθέτουν, αυτόνομα, μόνιμο προσωπικό, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, αλλά η στελέχωση είναι κοινή και ενιαία με το Τμήμα Εξωτερικών Ιατρείων. Αυτό συμβαίνει διότι στην πράξη δεν εφαρμόζεται παντού το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο, σύμφωνα με το οποίο πρέπει να συστήνονται οργανικές

θέσεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ειδικά για το ΤΕΠ (Υπουργική απόφαση Υ4α/οικ.4472/2003 η οποία διέπει την οργάνωση και λειτουργία ΤΕΠ των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας και Προεδρικό Διάταγμα 235/2003, το οποίο διέπει τη λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών. Ακόμα και σε περιπτώσεις που υφίστανται οργανικές θέσεις για τα ΤΕΠ, αυτές δεν προκηρύσσονται, λόγω της έλλειψης πολλές φορές των απαιτούμενων πιστώσεων στον προϋπολογισμό για την κάλυψη των προκαλούμενων δαπανών από τις θέσεις αυτές.

Τέλος σε περιπτώσεις που οι οργανικές θέσεις υφίστανται και προκηρύσσονται, δεν παρατηρείται πάντοτε ενδιαφέρον για την πλήρωση των θέσεων αυτών από αντίστοιχους επαγγελματίες. Ορισμένες φορές δεν υπάρχει διαθέσιμο προσωπικό για την κάλυψη των θέσεων των ΤΕΠ και άλλες φορές δεν υπάρχουν ιδιαίτερα κίνητρα για την απασχόληση του προσωπικού αυτού σε ένα Τμήμα υψηλών απαιτήσεων όπου η εργασία καλύπτει 24 ώρες το 24ωρο και 365 ημέρες το έτος και συχνά κάτω από συνθήκες πίεσης, έντασης και στρες. Ένας επιπλέον λόγος που η εργασία του προσωπικού του ΤΕΠ καθίσταται λιγότερο ελκυστική αφορά στο ότι η ομάδα εργασίας που απασχολείται σε αυτό είναι ανομοιογενής, με ετερόκλητους επαγγελματικούς κλάδους και κατηγορίες (από μεταφορείς ασθενών ή προσωπικό καθαριότητας μέχρι επιστήμονες υγείας). Έτσι η ομάδα εργασίας μπορεί να αντιμετωπίζει αυξημένες δυσκολίες στον συντονισμό και στην οργανωμένη παροχή υπηρεσιών στο ΤΕΠ (Λάμπρου 2005).

### **3.3 ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Ένας σημαντικός καθορισμός του όρου στελέχωση σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών είναι: « Ο αριθμός και το είδος του προσωπικού που απαιτείται για την παροχή φροντίδας στον άρρωστο ή τον χρήστη των υπηρεσιών υγείας». Η καλύτερη κάλυψη των αναγκών των ασθενών, η βέλτιστη χρήση των συγκεκριμένων υποδομών, και η πλέον οικονομική και εύρυθμη διαχείριση υπαγορεύουν την καθημερινή λειτουργία των ΤΕΠ σε 24ωρη βάση. Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα στελέχωσης ένα ΤΕΠ πρέπει να διαθέτει δικό του μόνιμο προσωπικό, το οποίο να κατανέμεται σε ωράρια εργασίας και να καλύπτει όλο το 24ωρο (Λάμπρου 2005).

Τα πληθυσμιακά χαρακτηριστικά της ευρύτερης περιοχής, το μέγεθος και η φύση του Νοσοκομείου υπαγορεύουν την λειτουργία του ΤΕΠ σε επίπεδο αντίστοιχο των αναγκών που καλείται να καλύψει. Έτσι ο αριθμός του απαραίτητου νοσηλευτικού προσωπικού καθορίζεται ανάλογα με την δυναμικότητα του Νοσοκομείου σε κλίνες, τις

ιδιαιτερότητες του και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών. Η ποιότητα των υπηρεσιών επείγουσας νοσοκομειακής ιατρικής, όπως και ο στόχος της βελτιστοποίησης των προσφερομένων υπηρεσιών καθιστούν επιτακτική την ανάγκη προσαρμογής της στελέχωσης και λειτουργίας του ΤΕΠ στα ήδη ισχύοντα διεθνή πρότυπα και προδιαγραφές στελέχωσης και λειτουργίας. (Λάμπρου 2005).

Τα στοιχεία στην πλειοψηφία των Ελληνικών Νοσοκομείων αναφορικά με την νοσηλευτική στελέχωση είναι δηλωτικά των χρόνιων και δραματικών ελλείψεων σε νοσηλευτικό προσωπικό. Από στατιστικά στοιχεία του ΟΟΣΑ για το έτος 2005 διαφαίνεται ότι η αναλογία νοσηλευτών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Ελλάδα βρίσκεται στο 3,6 ενώ στην Ιρλανδία είναι 16,5, ενώ ως προς την ιατρική στελέχωση σε εθνικό επίπεδο παρουσιάζεται τάση αύξησης ενώ η αναλογία ιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού είναι 4,5 στην Ελλάδα, τη στιγμή που στην Ιρλανδία και σε άλλες χώρες της Ευρώπης είναι μόλις 2,4

Όσο αφορά την αναλογία βοηθητικού προσωπικού επί του συνόλου του προσωπικού νοσηλευτικής υπηρεσίας σε βιβλιογραφία από Αμερικανικές έρευνες, όπως φαίνεται στον πίνακα 1, αναφέρεται ότι οι βοηθοί νοσηλευτών δεν πρέπει να παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα και το ποσοστό δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το 50% του απασχολούμενου προσωπικού της νοσηλευτικής υπηρεσίας του ΤΕΠ, ενώ σύμφωνα με βιβλιογραφικές πηγές από το Ην. Βασίλειο η αναλογία διπλωματούχων νοσηλευτών προς τους βοηθούς νοσηλευτές θα πρέπει να είναι 80% προς 20%.

**Πίνακας 1: Αρχές για Νοσηλευτική στελέχωση σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών - Οδηγός λήψης αποφάσεων**

Είδος	Στοιχεία / ορισμοί
ασθενείς	Χαρακτηριστικά ασθενών και αριθμός ασθενών στους οποίους παρέχεται φροντίδα
Δυναμική μονάδας και περιθαλψής	Δυναμική του κάθε ασθενή ατομικά, συνολική δυναμική μονάδας (λαμβάνοντας υπόψη την ετερογένεια των συνθηκών ) ποικιλομορφία της περιθαλψής εισαγωγές, εξιτήρια και μεταφορές, όγκος.
Περιβάλλον	Αρχιτεκτονική (γεωγραφική κατανομή ασθενών μέγεθος και διάταξη των δωματίων των ασθενών ατομικά, διακανονισμός των συνολικών μονάδων φροντίδας ασθενών κλπ) τεχνολογία (βοηθητές, κινητά τηλέφωνα, υπολογιστές) ίδια μονάδα ή ομάδα ασθενών
εξειδίκευση	Διάγραμμα εκπαίδευσης για άτομα και ομάδες νοσηλευτών, συνέπεια, συνέχεια και συνοχή προσωπικού, μετεκπαίδευση, έλεγχος πρακτικής, συμμετοχή σε δραστηριότητες βελτίωσης ποιότητας, επαγγελματικές προσδοκίες, προετοιμασία και εμπειρία.

Πηγή: (Κτενίδου, 2009)



Σύμφωνα με την παράγραφο 4.6 της Υπουργικής Απόφασης του 2003 για την «οργάνωση και τρόπο λειτουργίας και στελέχωσης του ΤΕΠ των νοσοκομείων» προβλέπονται τα εξής: «Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που στελεχώνουν το ΤΕΠ, καθορίζεται ανάλογα με την δυναμικότητα σε κλίνες, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών».

Σύμφωνα με δεδομένα διεθνούς βιβλιογραφίας όσο αφορά τη νοσηλευτική στελέχωση στο ΤΕΠ απαιτούνται: (Κτενίδου, 2009)

- ♦ Ένας νοσηλευτής ανά δέκα προσερχόμενους ασθενείς σε μέρα εφημερίας, με μόνιμη απασχόληση στο ΤΕΠ
- ♦ 4 νοσηλευτές ανά ωράριο εργασίας για ΤΕΠ με λιγότερους από 100 ασθενείς σε ημέρα εφημερίας
- ♦ 6-10 νοσηλευτές ανά ωράριο εργασίας για ΤΕΠ με περισσότερους από 100 ασθενείς σε ημέρα εφημερίας

Σύμφωνα με άλλες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στις ΗΠΑ, έχει προσδιοριστεί ότι απαιτείται ένας τουλάχιστον διπλωματούχος νοσηλευτής για κάθε 5000 ετήσιες επισκέψεις ασθενών στο ΤΕΠ. Με βάση αυτό το standard μπορεί κάποιος να υπολογίσει τον απαιτούμενο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού για ένα συγκεκριμένο ΤΕΠ (Λάμπρου 2005).

Ιδιαίτερες επιπλέον παράμετροι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη για την νοσηλευτική στελέχωση όπως το εβδομαδιαίο ωράριο εργασίας, οι άδειες του προσωπικού, η παρουσία ή μη βοηθητικού προσωπικού, η κάλυψη του ΤΕΠ σε ώρες αιχμής με περισσότερο προσωπικό. Η κατανομή και η εναλλαγή του προσωπικού πρέπει να γίνεται από τον προϊστάμενο νοσηλευτή ΤΕΠ σύμφωνα με τις ανάγκες του Τμήματος και τις ιδιαιτερότητες του χώρου αλλά και σύμφωνα με τις ανάγκες του προσωπικού. Το μοντέλο στελέχωσης σε κάθε ΤΕΠ πρέπει να επιλέγεται με βάση ορισμένα κριτήρια, όπως είναι τα εξής (Λάμπρου 2005):

1. αριθμός περιστατικών
2. οξύτητα περιστατικών
3. συνεπαγόμενος φόρτος εργασίας

#### 4. σύνθεση περιστατικών

#### 5. συνδυασμός όλων των παραπάνω.

Σύμφωνα με την Ένωση Νοσηλευτών των ΤΕΠ η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται πρέπει να διευθύνεται από διπλωματούχο νοσηλευτή ο οποίος θα πρέπει να:

- Έχει επαρκή προηγούμενη εμπειρία σε ΤΕΠ
- Έχει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας
- Να έχει ειδίκευση Επείγουσας νοσηλευτικής

Ασφαλής στελέχωση σημαίνει ότι ένας κατάλληλος αριθμός προσωπικού με κατάλληλο επίπεδο δεξιοτήτων είναι προσβάσιμο όλες τις ώρες για να διασφαλίσει ότι οι ανάγκες του ασθενή ικανοποιούνται και ότι οι ελεύθερες από κινδύνους εργασιακές συνθήκες διατηρούνται. Ένας πτυχιούχος νοσηλευτής οδηγεί σε μικρότερη θνησιμότητα και θνητότητα των ασθενών, σε μειωμένα περιστατικά δυσχερών συμβάντων, σε λιγότερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και σε καλύτερη ικανοποίηση του ασθενή (Λάμπρου 2005).

### 3.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΕΠΑΡΚΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

#### • Κλινικά λάθη

Τα λάθη στην σύνθεση και στελέχωση του προσωπικού οδηγούν σε κλινικά λάθη, τα οποία μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα την δυσμενή οργανωτική έκβαση (Διακήρυξη Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών για την Διεθνή ημέρα Νοσηλευτών 2006) Προκύπτουν μεγάλος κόπος για το προσωπικό που δεν αναγνωρίζεται αλλά και χαμηλή αξιοπιστία των παρεχόμενων υπηρεσιών.

#### • Συγκρούσεις και ελλιπή συνεργασία

Όλα αυτά οδηγούν σε δημιουργία κακού κλίματος και μειωμένης αποδοτικότητας στην ομάδα συνεργατών ιδίου επιστημονικού επιπέδου αλλά και κακή διεπαγγελματική συνεργασία.

- Έλλειψη ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας
- Συμφόρηση των ασθενών σε ουρές αναμονής στο ΤΕΠ
- Αδυναμία παρακολούθησης προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης
- Φόρτος εργασίας, μειωμένη ποιότητα στη φροντίδα

- Μειωμένη επαγγελματική Υγεία Νοσηλευτών

Αναγνωρίζεται από το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών ότι η ύπαρξη επαρκούς προσωπικού είναι σημαντική διότι έχει επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. Σύμφωνα με έρευνα του 2001 των Baumann και συνεργατών, η εγγυημένη στελέχωση είναι ουσιαστική για τις απαιτήσεις των σύγχρονων περιβαλλόντων εργασίας. Το ΤΕΠ ανήκει σε αυτή την κατηγορία όπου τα περιβάλλοντα χαρακτηρίζονται από αυξανόμενη πίεση από την εργασία και στρες ως αποτέλεσμα της ανησυχίας για την απασχόληση, της ασφάλειας του εργασιακού χώρου, την υποστήριξη από τους διοικούντες και τους συναδέλφους, τον έλεγχο της πρακτικής, το σχεδιασμό, την ηγεσία και την ανεπαρκή στελέχωση (Διακήρυξη Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών για την Διεθνή ημέρα Νοσηλευτών 2006).

Η ανεπάρκεια της στελέχωσης δημιουργεί αυξανόμενο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης και έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης. Οι νοσηλευτές που συνεχώς εργάζονται υπερωριακά, χωρίς επαρκές στήριγμα είναι επιρρεπείς στην συστηματική απουσία από την εργασία και φτωχότερη υγεία.

Ο ρόλος του Προϊσταμένου ΤΕΠ είναι πολύ σημαντικός γιατί είναι αυτός υπεύθυνος για να διαγνώσει τις ανεπάρκειες του υφιστάμενου προσωπικού, τις ανάγκες για επιπλέον στελέχωση του χώρου και είναι αυτός που με διπλωματικό τρόπο θα απαιτήσει την κάλυψη των αναγκών για την επίτευξη των στόχων του ΤΕΠ που είναι η ταχύτερη και η ασφαλέστερη παροχή φροντίδας υγείας ( Λάμπρου 2005).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΡΟΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ

#### 4.1 ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ ΣΤΟ ΤΕΠ

Το είδος των περιστατικών που αντιμετωπίζει και νοσηλεύει το ΤΕΠ μαζί και με το επίπεδο του νοσοκομείου καθορίζουν το είδος των ιατρικών φροντίδων που πρέπει να παρέχει το ΤΕΠ. Στο ΤΕΠ παρέχονται ιατρικές φροντίδες σε ασθενείς με ένα ευρύ φάσμα παθολογίας, από την απειλητική για τη ζωή ως την αυτοπεριοριζόμενη, και από όλες τις ηλικιακές ομάδες. Η προσέλευση και ο αριθμός αυτών των ασθενών είναι απρόβλεπτοι παράγοντες και οι ασθενείς συνήθως προσέρχονται με συμπτώματα και όχι με διαγνώσεις. Επομένως, η παροχή φροντίδων πρέπει να γίνεται με διαβάθμιση προτεραιοτήτων και αυτή είναι μία δυναμική διαδικασία. Η προσέγγιση του ασθενούς είναι σφαιρική χωρίς να επικεντρώνεται σε όργανα. Η φροντίδα του ασθενούς εστιάζεται στην αρχική φροντίδα ως τη στιγμή του εξιτηρίου από το ΤΕΠ ή την παραπομπή σε άλλους επαγγελματίες Υγείας (Λάμπρου 2005).

Για να διασφαλισθούν τα παραπάνω, οι ιατρικές φροντίδες περιλαμβάνουν

#### *Διαλογή*

***Πρωτοβάθμια εκτίμηση και σταθεροποίηση απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων***, με βάση το σύστημα προσέγγισης ABCDE είναι το εργαλείο πρωτοβάθμιας εκτίμησης για όλους τους ασθενείς και δεν απαιτεί παρακλινικό έλεγχο. Είναι μία δομημένη προσέγγιση για την αναγνώριση και αναζωογόνηση ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση και τραυματιών.

***Εστιασμένο ιατρικό ιστορικό***, στα συμπτώματα για τα οποία ο ασθενής προσέρχεται, σε κλινικά ευρήματα όσο και σε καταστάσεις που απαιτούν άμεση φροντίδα.

***Δευτεροβάθμια εκτίμηση και άμεση κλινική διαχείριση***, με έγκαιρη επιλογή παρακλινικών εξετάσεων και με εστιασμό στην ανάγκη για άμεση παρέμβαση.

***Λήψη κλινικών αποφάσεων***, με δεύτερη διαλογή, άμεση και/ή οριστική φροντίδα στο ΤΕΠ και σχεδιασμό για εισαγωγή ή εξιτήριο.

***Συνεχής επανεκτίμηση και περαιτέρω διαχείριση του ασθενούς.***

Ο σύγχρονος τρόπος αντιμετώπισης των ασθενών στο ΤΕΠ είναι ο διασυνδεδετικός τρόπος με οργάνωση της θεραπείας γύρω από τον ασθενή και την παροχή φροντίδων από συνεργαζόμενες ειδικότητες, που αποτελούν μέλη ομάδας με ηγεσία που οργανώνει τη διαδικασία των φροντίδων. Πρέπει να σταματήσει η αντιμετώπιση ασθενών από πολλές

μη συντονισμένες ειδικότητες, που εργάζονται στον ίδιο χώρο αλλά δεν εργάζονται σαν ομάδα, και κατά συνέπεια δεν συντονίζεται η παροχή φροντίδων, με αποτέλεσμα ο ασθενής γίνεται «μπαλάκι» μεταξύ ειδικοτήτων (Λάμπρου 2005).

## 4.2 ΔΙΑΛΟΓΗ (TRIAGE) ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Για να αντιμετωπίζονται χωρίς καθυστερήσεις τα πραγματικά επείγοντα και να ξεχωρίζουν αποτελεσματικά από τα χρονίζοντα περιστατικά, είναι επιβεβλημένη η άμεση διαλογή (triage) των προσερχόμενων ασθενών από ειδικευμένο προσωπικό (ιατρικό ή νοσηλευτικό). Διαλογή είναι η διαδικασία κατανομής και ιατρικής ιεράρχησης των προτεραιοτήτων παροχής φροντίδων σε επείγοντα περιστατικά. Με συγκεκριμένα πρωτόκολλα βασίζεται κυρίως στην αξιολόγηση ζωτικών παραμέτρων και συμπτωμάτων – κλειδιά ώστε να διαβαθμίζει προτεραιότητες και να ταξινομεί τους ασθενείς σύμφωνα με τη σοβαρότητα του τραυματισμού ή της νόσου, της πρόγνωσης και της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών.

Οι ασθενείς που προσέρχονται ή προσκομίζονται στο ΤΕΠ διεθνώς ταξινομούνται σε τέσσερις-πέντε κλινικές κατηγορίες σύμφωνα με το χρωματικό φάσμα του ουράνιου τόξου (κόκκινο/πορτοκαλί, κίτρινο, πράσινο, θαλασσί). Στην κάθε κατηγορία περιλαμβάνονται ασθενείς με βάση τα κύρια συμπτώματά τους παρά διαγνώσεις. Παρακάτω αναφέρονται οι πέντε κατηγορίες ασθενών, που προσέρχονται ή προσκομίζονται στο ΤΕΠ σύμφωνα με αναγνωρισμένες κλίμακες βαρύτητας όπως αυτές που έχουν αναπτύξει η British Association of Accident and Emergency Medicine και το Αυστραλιανό Κολέγιο Επείγουσας Ιατρικής, με τα αντίστοιχα χρονικά περιθώρια αντιμετώπισης

**Κόκκινη κατηγορία – Ασθενείς για άμεση αναζωογόνηση (immediate resuscitation):** οι ασθενείς αυτοί με απειλητικές για τη ζωή τους καταστάσεις απαιτούν άμεση αναζωογόνηση και θεραπεία (0 min). *Παραδείγματα καταστάσεων:* καρδιακή ανακοπή, οξεία απόφραξη αεροφόρων οδών, σοβαρά τραυματισμένοι σε κατάσταση shock, πολυτραυματίες με σοβαρά τραύματα, σοβαρά εγκαύματα, αιφνίδια μαζική απώλεια συνείδησης.

**Πορτοκαλί κατηγορία – Υπέρ-επείγον (very – urgent):** οι ασθενείς αυτοί είναι βαριά πάσχοντες ή τραυματίες που η ζωή τους δεν είναι σε άμεσο κίνδυνο, αλλά απαιτούν επείγουσα αξιολόγηση και αντιμετώπιση από γιατρό εντός 10 min από την άφιξη τους στο ΤΕΠ. *Παραδείγματα διαγνώσεων:* οξεία δύσπνοια, οξύ έντονο προκάρδιο άλγος,

επιμένοντες σπασμοί, υπογλυκαιμία, κώμα με κλίμακα Γλασκόβης < 9, δηλητηρίαση με απώλεια συνείδησης, status asthmaticus, οποιοσδήποτε έντονος πόνος.

**Κίτρινη κατηγορία III – Επείγον (urgent):** οι ασθενείς αυτοί είναι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα αλλά σε σχετικά σταθερή κατάσταση, που χρειάζονται διαγνωστική και θεραπευτική νοσοκομειακή προσέγγιση μέσα στα επόμενα 30-60 min. *Παραδείγματα διαγνώσεων:* τραύματα οφθαλμών, οξεία ισχαιμία άκρων, οξύ κοιλιακό άλγος, οξείες ψυχιατρικές καταστάσεις, κοιλιακό άλγος, υψηλός πυρετός, σοβαρές κακώσεις άκρων, εκτεταμένες ή υψηλού κινδύνου εκδορές, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια ανεξάρτητα αιτιολογίας, οξεία σύγχυση, οξεία σκωληκοειδίτιδα, κατάγματα, ορισμένες οξείες δηλητηριάσεις, οξείες ψυχιατρικές διαταραχές, κλπ.

**Πράσινη κατηγορία IV – Ημι-επείγον (standard):** οι ασθενείς αυτοί είναι ασθενείς με πρόσφατες επικίνδυνες βλάβες και μικρής σημασίας οξεία προβλήματα, στους οποίους τα χρονικά όρια αντιμετώπισης εξαρτώνται από την υπάρχουσα υποδομή και τους διαθέσιμους χώρους, και συνήθως συνήθως 60 – 120 min. *Παραδείγματα διαγνώσεων:* επώδυνες μη απειλητικές βλάβες, μικρο-τραυματισμοί, εκδορές, ελαφρές οξείες καταστάσεις, κλπ.

**Μπλέ κατηγορία V – Μη-επείγον (non-urgent):** οι ασθενείς αυτοί με καταστάσεις που δεν είναι πραγματικά επείγουσες για να χρειάζονται αντιμετώπιση και νοσηλεία, χρειάζεται να κατευθυνθούν σωστά και υπεύθυνα στα αντίστοιχα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ή σε ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης, διαφορετικά να αντιμετωπιστούν εντός 120-240 min. *Παραδείγματα διαγνώσεων:* χρονίζοντα συμπτώματα χωρίς υποτροπή, μη οξεία ερυθήματα, συνταγογραφήσεις, γνωματεύσεις, κλπ. (Λάμπρου 2005).

Αριθμητική ταξινόμηση	Χρωματική ταξινόμηση	Κλινική ταξινόμηση	Ταχύτητα αντιμετώπισης	Είδος Περιστατικού
1	κόκκινο	<b>άμεση αναζωογόνηση</b>	άμεση	ανακοπή, οξεία απόφραξη αεραγωγού, σοβαρό τραύμα σε shock
2	πορτοκαλί	<b>υπέρ-επείγον</b>	εντός 10 min	σθηθαγγχικός πόνος, σπασμοί, υπογλυκαιμία, GCS<9
3	κίτρινο	<b>επείγον</b>	εντός 30-60 min	τραύμα οφθαλμών, οξείες ψυχιατρικές διαταραχές
4	πράσινο	<b>ημι-επείγον</b>	εντός 60-120 min	επώδυνες μη απειλητικές βλάβες, ελαφρές οξείες καταστάσεις
5	μπλε	μη-επείγον	εντός 120-240 min	χρονίζοντα συμπτώματα χωρίς υποτροπή, συνταγογραφήσεις, γνωματεύσεις

**Πίνακας 2: Προτεινόμενη κλίμακα διαλογής επειγόντων με αντίστοιχους χρόνους για αντιμετώπιση στο ΤΕΠ**

**Πηγή: (Λάμπρου 2005).**

Οι κατηγορίες βαρύτητας I και II αφορούν το 5% περίπου του συνόλου των διακινουμένων ασθενών μέσω του ΤΕΠ, οι κατηγορίες βαρύτητας III και IV αφορούν περίπου το 25 – 40 %, ενώ οι μη επείγουσες προσελεύσεις (κατηγορία V) αφορούν το 5 έως και 86% του συνόλου ανάλογα με το υγειονομικό σύστημα (Λάμπρου 2005).

Καταστάσεις χωρίς ξεκάθαρη κλινική εικόνα που αναμένεται να διαλευκανθεί με την παρακολούθηση νοσηλεύονται στους χώρους *Βραχείας Νοσηλείας* για μικρό χρονικό διάστημα, οπότε και αποφασίζεται εάν χρειάζονται εισαγωγή στο νοσοκομείο ή μπορούν να σταλούν με ασφάλεια σπίτι τους. Αυτοί οι ασθενείς αποτελούν το 12% περίπου των

ασθενών του ΤΕΠ και απ' αυτούς μόνον οι μισοί χρειάζεται να εισαχθούν στη συνέχεια στο νοσοκομείο.

Στον Πίνακα 2 προτείνεται μια κλίμακα διαλογής για την ελληνική πραγματικότητα, βασισμένη σε κοινά συμπτώματα για τα οποία προσέρχονται οι ασθενείς παρά σε διαγνώσεις και το οποίο αναπτύχθηκε από την ομάδα triage του Manchester, το έχει υιοθετήσει η British Association of Accident and Emergency Medicine και ήδη εφαρμόζεται σε 138 ΤΕΠ της Αγγλίας και Ιρλανδίας (Λάμπρου 2005).

### **4.3 ΡΟΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΕΠ**

Πολύ συχνά στο ΤΕΠ προσέρχεται ή διακομίζεται ταυτόχρονα μεγάλος αριθμός ασθενών, που εμφανώς δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί άμεσα. Η προτεραιότητα της αντιμετώπισης στο ΤΕΠ, σε αντίθεση με τα εξωτερικά ιατρεία, δεν βασίζεται στη χρονική προτεραιότητα προσέλευσης των ασθενών αλλά στην κλινική προτεραιότητα με βάση τη βαρύτητα της κατάστασης ή βλάβης.

Το κύριο πρόβλημα όλων των ΤΕΠ είναι ο συνωστισμός (overcrowding). Οι λόγοι που τον προκαλούν είναι πολλοί και προβλέπεται να αυξηθούν στο μέλλον. Οι σπουδαιότεροι από αυτούς είναι η αυξανόμενη ηλικία του πληθυσμού, η επιβίωση ασθενών με σοβαρά προβλήματα, η πρόωμη έξοδος των ασθενών από το νοσοκομείο, η αύξηση των φτωχών, των μεταναστών, η δυσκολία συνεννόησης με αλλοδαπούς, η καθυστέρηση διεξαγωγής εξετάσεων, η καθυστέρηση των εισαγωγών στις κλινικές, η μείωση του προσωπικού και η αύξηση των γραφειοκρατικών διαδικασιών. Οι επιπτώσεις που προκαλεί ο συνωστισμός είναι πολλές με σπουδαιότερες την αύξηση της θνητότητας στο ΤΕΠ και της νοσηρότητας ιδίως μεταξύ αυτών που φεύγουν από το ΤΕΠ χωρίς να έχουν εξεταστεί από γιατρό. Επίσης η αύξηση του κόστους, η αύξηση του χρόνου αναμονής, η μείωση της ικανοποίησης του κοινού, η ένταση και οι επιθέσεις εναντίον του προσωπικού δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο (Λάμπρου 2005).

Ο συνωστισμός οφείλεται στη διαταραχή της ροής των ασθενών, που καθορίζεται από την ισορροπία μεταξύ της εισροής ασθενών, του χρόνου παραμονής στο ΤΕΠ και της εκροής των ασθενών. Η *εισροή ασθενών*, εξαρτάται από τη διαλογή και το είδος των ασθενών σε αριθμό και βαρύτητα. Ο *χρόνος παραμονής* των ασθενών και των διεργασιών στο ΤΕΠ εξαρτάται από το ιστορικό, την αρχική διάγνωση και την έναρξη αντιμετώπισης. Τέλος η *εκροή ασθενών*, εξαρτάται από τις δυνατότητες παρακολούθησης και βραχείας νοσηλείας και τα πρωτόκολλα εξόδου στο νοσηλευτικό τμήμα ή στο σπίτι.



Στη βελτίωση του προβλήματος του συνωστισμού των ασθενών στο ΤΕΠ πρέπει να βελτιωθεί η οργάνωση του ΤΕΠ και από πλευράς ταχύτητας διαλογής, αριθμού ανθρώπινου δυναμικού και ευρύτητας διαγνωστικών αλλά και έκτασης της κτιριακής υποδομής ανάλογα με τις προσελεύσεις ασθενών. Ταυτόχρονα όμως σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει και η οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Για παράδειγμα στη Μεγάλη Βρετανία μόνον το 5% των ασθενών που επισκέπτονται τους γενικούς γιατρούς προωθούνται στο ΤΕΠ, ενώ στην Γαλλία το 72% του συνόλου των προσερχομένων στο ΤΕΠ έχει προωθηθεί από γιατρό (Λάμπρου 2005).

Η εισροή ασθενών στο ΤΕΠ μπορεί να ελεγχθεί με: εκστρατεία ενημέρωσης των ιδιωτών και αγροτικών γιατρών, του κοινού και των ΜΜΕ για το «τι είναι το επείγον» και για τους στόχους του ΤΕΠ. Η παραπομπή στο ΤΕΠ γίνεται μόνο για την επείγον εφαρμογή διαλογής για να αντιμετωπιστούν οι προσερχόμενοι ασθενείς σε συγκεκριμένα χρονικά περιθώρια δημιουργία τριών «δρόμων φροντίδων».

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.**

### **ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΤΩΝ ΤΕΠ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ**

#### **5.1 ΑΜΕΡΙΚΗ**

Οι υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (EDS) βρίσκονται σε μια κρίσιμη θέση στην διασύνδεση του αμερικανικού πληθυσμού και το σύστημα υγείας.

Για πολλές αμερικανικές κοινότητες, το τοπικό τμήμα ΤΕΠ έχει γίνει η βάση της φροντίδας υγείας. Οι ιατροί πρέπει να δουν όλους τους ασθενείς ανά πάσα στιγμή, και με περισσότερους ανθρώπους από ποτέ να αναζητούν τις υπηρεσίες τους, αυτό είναι ακατόρθωτο, και μερικές φορές μοιραίο.

Από το 1992 έως το 2016, ο αριθμός των ετήσιων επισκέψεων στα ΤΕΠ αυξήθηκαν 23% στις ΗΠΑ. Σχεδόν καθημερινά, στα πρωτοσέλιδα των εφημερίδων σε ολόκληρη την χώρα υπάρχουν ιστορίες ανθρώπων που περίμενα για ώρες στην αίθουσα αναμονής των τμημάτων αυτών πριν να τους δει κάποιος γιατρός, υπάρχουν ιστορίες για ασθενοφόρα που αναγκάστηκαν να μεταφέρουν ασθενείς σε άλλα νοσοκομεία λόγω υπερπληθυσμού σε κάποιο νοσοκομείο. Σε ολόκληρη την Αμερική, τμήματα επειγόντων περιστατικών νοσοκομείου (EDS) βρίσκονται σε κρίση, δεδομένου ότι είναι συγκλονισμένοι με την αύξηση του αριθμού των ασθενών. Οι αμερικανοί αναζητούν ένα μεγάλο μέρος της μη επείγουσας φροντίδας στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, όπου συχνά αντιμετωπίζουν τη μεγάλη αναμονή για να δουν ένα γιατρό. Εκτιμάται ότι 13,7 έως 27,1 τοις εκατό όλων των επισκέψεων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών θα μπορούσε να λάβει χώρα σε μία εναλλακτική τοποθεσία, με μια ενδεχόμενη μείωση των δαπανών κατά περίπου 4,4 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. (Emergency rooms in Amerika: A Deadly Prognosis).

## 5.2 ΦΛΟΡΙΝΤΑ

Το Νοσοκομείο Tampa της Φλόριντα αύξησε την συνολική ικανοποίηση των ασθενών των ΤΕΠ από 6 σε 80% χρησιμοποιώντας ένα σύστημα άμεσης τοποθέτησης σε κλίνες και ομαδικής ταξινόμησης της ροής ασθενών.

Όταν το νοσοκομείο Tampa μεταφέρθηκε σε νέο τριτογενές τμήμα ΤΕΠ τον Νοέμβριο του 2014, η βελτίωση της ροής ασθενών ήταν σε πρώτη προτεραιότητα. Ο όγκος ασθενών αυξανόταν κατά 38% ετησίως παρ' όλο που ο ρυθμός αναπροσαρμογής προσωπικού ήταν στο 21% και οι υπάλληλοι κατέτασσαν την μονάδα ΤΕΠ στο 25% των χειρότερων όσον αφορά την εργασιακή αφοσίωση. Επίσης οι ασθενείς κατέτασσαν τους γιατρούς των ΤΕΠ στο χειρότερο 9% σε εθνικό επίπεδο.

Επίσης το νοσοκομείο της Φλόριντα, μέλος των 41 νοσοκομείων του ανιχνευτικού συστήματος υγείας, ήξερε ότι αυτή η χαμηλή κατάταξη έθετε σε κίνδυνο το μερίδιο αγοράς και τα οικονομικά μεγέθη καθώς απαιτείται από τους επίσημους φορείς να δημοσιεύονται οι επιδόσεις ικανοποίησης ασθενών μέσω της επίσημης έρευνας αξιολόγησης εμπειρίας των ασθενών στα ΤΕΠ η οποία αναμένεται τον Ιανουάριο του 2016.

Για να προετοιμαστεί για τον οικονομικό αντίκτυπο που θα έχουν τα δημοσιευμένα δεδομένα αλλά και για να βελτιώσει την φήμη του νοσοκομείου στην κοινωνία, το νοσοκομείο Tampa εισήγαγε μια νέα ευέλικτη στρατηγική ροής ασθενών για να εξασφαλίσει ότι τους ασθενείς τους βλέπει ένας γιατρός σχεδόν αμέσως. Η στρατηγική συνδυάζει δύο τακτικές ροής - άμεση τοποθέτηση σε κλίνες και ομαδική ταξινόμηση – και προσαρμόζεται ανάμεσά τους ανάλογα με τον αριθμό των ασθενών που κάνουν εισαγωγή στα ΤΕΠ.

Μέσα σε δύο μήνες από την εφαρμογή του προγράμματος, το νοσοκομείο Tampa αναγνωρίστηκε ως η πιο βελτιωμένη μονάδα ΕΠ στο σύστημα. (7 Tips for Improving Emergency Department Patient Flow)

### **Πως λειτουργεί**

Η άμεση τοποθέτηση σε κλίνες παρακάμπτει την διαδικασία ταξινόμησης και τοποθετεί τους ασθενείς σε κρεβάτια αμέσως με το που καταφθάνουν και κάποιο κρεβάτι είναι διαθέσιμο. Η εισαγωγή των στοιχείων των ασθενών γίνεται στο κρεβάτι από τη στιγμή που τους τοποθετείται αναγνωριστικό βραχιόλι, ακριβώς όπως γίνεται τυπικά και με ασθενείς που εισάγονται με ασθενοφόρο.

Εάν δεν υπάρχουν διαθέσιμα κρεβάτια, η μονάδα ΤΕΠ αλλάζει σε ομάδα ταξινόμησης όπου μια νοσοκόμα και ένας γιατρός κάνουν μια αρχική καταγραφή των

ασθενών στο δωμάτιο κατάταξης όταν οι ασθενείς λάβουν αναγνωριστικό και γίνει λήψη αίματος για εξέταση. Ο στόχος είναι αλληλεπίδραση με τον ασθενή εντός 90 δευτερολέπτων. Ο γιατρός κινείται μεταξύ δωματίων ασθενών ανάλογα με τις ανάγκες, κατατάσσοντας τους ασθενείς σε θέσεις ταχείας φροντίδας, οξείας φροντίδας ή αίθουσες αναμονής αποτελεσμάτων, δίνοντας αρχικές εντολές για εξετάσεις και θεραπεία.

Τα αποτελέσματα; Ένα χρόνο μετά την υλοποίηση οι ασθενείς βαθμολόγησαν τους γιατρούς με ποσοστό ικανοποίησης 85%. Η συνολική ικανοποίηση ασθενών των ΤΕΠ ανέβηκε από το 6% στο 80%, ακόμα και εάν ο όγκος των ασθενών στα ΕΠ αυξήθηκε κατά 30% και ο αριθμός των εσωτερικών ασθενών αυξήθηκε κατά 20%. Ο αριθμός των ασθενών που έμειναν χωρίς να εξετασθούν έπεσε δραματικά με μια ετήσια επιστροφή επένδυσης 400.000 δολαρίων (υπολογιζόμενο με βάση την εισαγωγή 1000 επιπλέον ασθενών με κόστος 400 δολάρια ανά ασθενή).

Και τέλος, το νοσοκομείο επίσης μείωσε τον συνολικό απαιτούμενο χρόνο από 19 σε 9 λεπτά, ένα χαρακτηριστικό κλειδί για την έρευνα ικανοποίησης μονάδων ΤΕΠ.

### **7 συμβουλές για την επιτυχία**

Το Νοσοκομείο της Φλόριντα οφείλει την επιτυχία του στις παρακάτω δράσεις :

- **Διάγνωση πριν την θεραπεία.** Αναλύοντας ιστορικά δεδομένα εισαγωγής ασθενών 6 μηνών, μπόρεσε να εκτιμήσει πότε θα μπορούσε να ανακατανείμει τους πόρους του από άμεση τοποθέτηση σε κλίνες προς ομαδική ταξινόμηση για να ταιριάζει με το διαθέσιμο προσωπικό βάρδιας γιατρών και νοσοκόμων. Ρώτησαν: Πότε φτάνουν συνήθως οι ασθενείς; Πότε δυσκολεύει η κατάσταση;
- **Εξήγησε το γιατί.** Οι γιατροί ανταποκρίθηκαν άμεσα όταν ο διοικητής του νοσοκομείου συνέδεσε τις νέες διαδικασίες με καλύτερα κλινικά αποτελέσματα για τους ασθενείς. Κατά τον ίδιο τρόπο, νοσοκόμοι, τραυματιοφορείς και διοικητικό προσωπικό συμφώνησαν ότι αυτές οι τεχνικές έχουν νόημα όταν εξηγήθηκε ότι ο στόχος είναι να επισπευσθούν οι ασθενείς ούτως ώστε να εξαλειφθούν οι μη ασφαλείς καθυστερήσεις στη θεραπεία.
- **Εξασφάλιση ισχυρής υποστήριξης από τη διοίκηση, γιατρούς και λοιπό προσωπικό.** Οι νοσοκόμοι δεν μπορούν να το κάνουν μόνοι τους. Η διοίκηση αναγνώρισε ότι η μονάδα ΕΠ καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την

εμπειρία των ασθενών, καθώς το 70% των εισαγωγών στο νοσοκομείο γίνεται μέσα από τα ΕΠ. Στο νοσοκομείο της Φλόριντα γιατροί και νοσοκόμοι προσεγγίζουν μαζί τους ασθενείς, κάτι το οποίο δημιουργεί ευθυγράμμιση και δέσμευση ανάμεσα στα μέλη της ομάδας. Τα εργαστήρια επίσης καταλαβαίνουν τις νέες διαδικασίες και εργάζονται επιμελώς για να πετύχουν τους στόχους.

- **Διενέργεια περιόδων προγραμματισμού για να αποφεύγονται καθυστερήσεις.** Το νοσοκομείο συμπεριέλαβε όλους όσους εμπλέκονται στη νέα διαδικασία κατανομής για να σιγουρέψει ότι είναι ενημερωμένοι για τις προσδοκίες. Για παράδειγμα, τα εργαστηριακά τεστ θα καθυστερούσαν εάν το τμήμα ραδιολογίας επίσης καθυστερούσε προσπαθώντας να εντοπίσει τους ασθενείς. Παρομοίως το προσωπικό πρόσβασης ασθενών θα αντιμετώπιζε καθυστερήσεις στην συμπλήρωση των πλήρων στοιχείων των νεοεισηγμένων ασθενών εάν δεν ήταν σίγουρο για το που θα βρει τους ασθενείς επειγόντων περιστατικών οι οποίοι δεν πέρασαν από την συνηθισμένη διαδικασία εισαγωγής.
- **Δοκιμή των αλλαγών κατά την πορεία.** Για να βοηθήσει το προσωπικό να προετοιμαστεί και να αφομοιώσει τις νέες αλλαγές, το νοσοκομείο δοκίμασε τις νέες διαδικασίες σε μέρες και ώρες που η κίνηση περιστατικών είναι μειωμένη ή σε μονές βάρδιες για 30 με 60 ημέρες πριν την υλοποίηση. Μέσω της πιλοτικής τυποποίησης το προσωπικό είδε τι λειτουργεί σωστά, εμπόδια που θα έπρεπε να ξεπεραστούν και ευκαιρίες για βελτίωση. Για παράδειγμα εάν ένας γιατρός χρειαζόταν να ζητήσει παραπάνω εξετάσεις μετά την κατάταξη του ασθενή, αυτό πρόσθετε χρόνο στην παραμονή του ασθενή. Ως αποτέλεσμα το προσωπικό του νοσοκομείου διευκρίνισε πότε τέτοιου είδους δράση ήταν απαραίτητη.
- **Παροχή απόλυτης συνοχής και επανάληψης.** Για αρχή οι καθοδηγητές πρώτης γραμμής και νοσοκόμοι βοήθησαν στο σχεδιασμό των νέων διαδικασιών ροής εργασίας. Στη συνέχεια εξασκήθηκαν χρησιμοποιώντας τες. Αναγνωρίστηκε ότι η αλλαγή είναι δύσκολη. Όπως και το μυαλό σου θέλει χρόνο για να συνηθίσει ένα αντικείμενο στο γραφείο σου που

βρίσκεται σε νέα θέση, έτσι χρειάζεται χρόνος για να αφομοιωθεί μια νέα συμπεριφορά. Κάθε νέα πρόσληψη σε μονάδα ΤΕΠ συμμετέχει σε εικονική εκπαίδευση για μόνιμη επαναξιολόγηση για να εξασφαλισθεί ότι η εκπαίδευση διατηρείται.

- **Συνεχής επικοινωνία.** Η διοίκηση προσεγγίζει τους γιατρούς και το προσωπικό καθημερινά για συλλογή σχολίων για διενέργεια αλλαγών στον τρόπο λειτουργίας των διαδικασιών. Ρώτησαν: Τι δουλεύει σωστά; Τι παρατηρείτε σχετικά με τη διαδικασία; Επίσης χρησιμοποίησαν πολλές εναλλασσόμενες βάρδιες ούτως ώστε ο καθένας να έχει συνολική κατανόηση της επίδοσης της ροής σε πραγματικό χρόνο συγκρινόμενο με στόχους και αριθμούς ασθενών που αποχωρούν χωρίς να τους δει κάποιος γιατρός (7 Tips for Improving Emergency Department Patient Flow).

### 5.3 CAMBRIDGE

Σύμφωνα με έρευνα (Assaad Sayah et. all 2014), το συγκεκριμένο νοσοκομείο δυσκολεύεται ιδιαίτερα στα ΕΠ για πολλά χρόνια και συνέχιζε να φέρνει χαμηλά αποτελέσματα σε μετρήσεις απόδοσης. Πριν από αυτή την πρωτοβουλία, οι εκτροπές ήταν συνηθισμένες, τα σκορ ικανοποίησης ασθενών ήταν από τα χειρότερα στην πολιτεία και είχε τη φήμη της αναποτελεσματικότητας. Το 2005 σπατάλησε 700 ώρες σε εκτροπές, έφερε αποτέλεσμα ικανοποίησης 6% και είχε περισσότερους από 4% των ασθενών να αποχωρούν χωρίς την παραμικρή φροντίδα. Ταυτόχρονα εκπλήρωνε το απαραίτητο επίπεδο επίδοσης για περιπτώσεις οξύ εμφράγματος του μυοκαρδίου και εξ νοσοκομειακής πνευμονίας (καλλιέργεια αίματος και κατάλληλα αντιβιοτικά εντός 4 ωρών) σε λιγότερο από το 70% των περιπτώσεων.

Μιας και τα ΤΕΠ παίζουν το ρόλο του συνδέσμου ανάμεσα στο νοσοκομείο και τους ασθενείς του, η χαμηλή απόδοση των ΤΕΠ επηρεάζει τη φήμη όλου του ιδρύματος και συνέβαλε στο στάσιμο όγκο ασθενών των ΤΕΠ. Μιας και τα ΤΕΠ συνεισφέρουν για πάνω από το 60% των εισαγωγών ασθενών στο νοσοκομείο, οι λειτουργικές δυσκολίες επηρέαζαν τη συνολική εμπειρία των ασθενών. Η βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών και της ποιότητας της περίθαλψης στα ΤΕΠ ήταν απαραίτητη.

Πρόσφατες δημοσιεύσεις σχετικά με τη βελτίωση της ροής στα ΤΕΠ έδειξαν ότι η ζώνη ταχείας αξιολόγησης, εξελιγμένα πρωτόκολλα ταξινόμησης, και συστήματα

καταγραφής είχαν ως αποτέλεσμα σε σημαντική μείωση και στο συνολικό χρόνο παραμονής και στο δείκτη ατόμων που έφυγαν χωρίς να εξεταστούν. Μια συνεκτική στρατηγική διαχείρισης του προσωπικού και στερεοί στόχοι ροής ήταν σημαντικά στοιχεία του επανασχεδιασμού των ΕΠ.

Μέσω μιας διαδικασίας περιεκτικής αξιολόγησης, η διοίκηση των ΤΕΠ αποφάσισε να επιλύσει αυτά τα ζητήματα βελτιστοποιώντας τις λειτουργίες πρώτης γραμμής και αξιοποιώντας μια ομαδική προσέγγιση για να βελτιώσει τη μετακίνηση και εξαγωγή των ασθενών.

*«Στην επανακατασκευή της πρώτης γραμμής, περιορίσαμε αποτελεσματικά την διαδικασία διαδοχικής εισαγωγής όπου οι ασθενείς πέρναγαν από εκτεταμένη ταξινόμηση και αναλυτική καταγραφή πριν μπουν στα ΤΕΠ και δεχθούν περίθαλψη. Αντιθέτως, δημιουργήσαμε μια διαδικασία όπου τον ασθενή υποδέχθηκε ένας ειδικός εξυπηρέτησης πελατών και τον τοποθέτησε σε κλινή των ΤΕΠ αμέσως μετά από τρεις ερωτήσεις μίνι καταγραφής για να εντοπίσει το ηλεκτρονικό ιατρικό ιστορικό του ασθενή ή να δημιουργήσει ένα καινούριο με τον πιο σύντομο τρόπο. Μετά την εισαγωγή η κατάσταση του ασθενή αξιολογούταν από οποιονδήποτε ήταν διαθέσιμος και η περίθαλψή τους ξεκινούσε» (Assaad Sayah et. all 2014).*

Η πλήρης καταγραφή στοιχείων λάμβανε χώρα αμέσως μετά από οποιαδήποτε φροντίδα και σταθεροποίηση της κατάστασής του, στο κρεβάτι του ασθενή. Πλέον περισσότερες από 70% των περιπτώσεων ασθενών στα ΕΠ που εισήχθησαν είτε από εξωτερικά ιατρεία είτε από τα ΕΠ έμειναν στο ίδιο δωμάτιο και δέχονταν περίθαλψη από τους ίδιους νοσοκόμους και ιατρούς καθ' όλη την διάρκεια παραμονής τους στα ΕΠ. Βρήκαμε ότι αυτή η προσέγγιση βοήθησε στον περιορισμό του αριθμού των φορών όπου ο ασθενής μετακινήθηκε, των φορών όπου έπρεπε να περιγράψουν την κατάστασή τους, τον αριθμό αλλαγών ιατρών και νοσηλευτών, την πιθανότητα ασάφειας στην επικοινωνία και λαθών, και του συνολικού χρόνου παραμονής. Μετά την υλοποίηση αυτών των πρωτοβουλιών είδαμε στατιστικά σημαντική βελτίωση σε όλες τις μετρήσεις συμπεριλαμβανόμενης και της μηδενικής αναδρομολόγησης από τον Απρίλιο του 2007, δύο χρόνια πριν απαγορευτεί τελείως στην Μασαχουσέτη. Με συνεργασία και κοινωνική ένταξη έγιναν άλματα στην ευθυγράμμιση του προσωπικού και στα επιτεύγματα απόδοσης σε ένα σύστημα που περιελάμβανε 14 ενώσεις που αντιπροσώπευαν διαφορετικές ειδικότητες. Η ροή ασθενών στα Επείγοντα Περιστατικά είναι δύσκολο να μεταμορφωθεί για πολλούς λόγους συμπεριλαμβανόμενων κουλτούρας και ιστορίας. Παραδοσιακά, η ροή ασθενών βασίζεται σε αναποτελεσματικές λειτουργίες που κάνει το

προσωπικό να επικεντρώνεται σε μία μόνο εργασία, αναγκάζοντας τους ασθενείς να επαναλαμβάνουν πληροφορίες σε πολλούς κλινικούς, και να παράγουν ανεπιθύμητα αποτελέσματα όπως εισαγωγές, μετακινήσεις και μεγάλες καθυστερήσεις που όλα έχουν ως αποτέλεσμα στην αύξηση των ασθενών που φεύγουν χωρίς να εξεταστούν.

Ένας από τους λόγους που τόσες πολλές μονάδες νοσοκομείων ΤΕΠ ακολουθούν τόσο ανέλπιδα αναποτελεσματικές τακτικές ροής ασθενών ήταν η αμφιθυμία σκέψης ότι τα μοτίβα λειτουργίας των ΤΕΠ είναι δισεπίλυτα και δεν μπορούν να αλλαχθούν χωρίς σημαντική κεφαλαιακή εισροή για να επεκταθούν οι εγκαταστάσεις και η προσθήκη προσωπικού. *«Ανακαλύψαμε ότι η μεταμόρφωση των ΤΕΠ είναι διαχειρίσιμη, στρατηγική και χωρίς σημαντικό κόστος. Μαζί με τις νέες λειτουργικές αλλαγές ήρθαν νέες δομές για υπευθυνότητα και επικοινωνία που επέτρεψε στην ομάδα μας να διαχειριστεί με θεμελιωδώς διαφορετικούς τρόπους. Ακολουθήσαμε ένα πλάνο που επέτρεπε σε γρήγορες νίκες ενώ συνεχίζαμε μια βαθμιαία τάση συνολικής αλλαγής για να βελτιώσουμε τις λειτουργίες μας»* (Assaad Sayah et. all 2014).

Σύμφωνα με το άρθρο (Assaad Sayah et. all 2014), χαρακτηριστικά ανέφεραν *«οι κύριοι παράγοντες που οδήγησαν στην επιτυχία μας ήταν η λήψη της διευθυντικής υποστήριξης, σε ευθυγράμμιση με μια ηγετική ομάδα και συμμετοχή των μετόχων. Τα Επείγοντα Περιστατικά είναι μοναδικά στο ότι έρχονται σε επαφή με όλα τα άλλα τμήματα του ιδρύματος και ενίοτε με μερικές υπηρεσίες εκτός ιδρύματος. Πριν ξεκινήσουμε να αντιμετωπίζουμε τις παγίδες των ΕΠ ήταν σημαντικό να αποκτήσουμε την διευθυντική υποστήριξη για αυτό το έργο. Αυτή η υποστήριξη ήταν καίριας σημασίας για αν επιλυθούν τα προβλήματα των ΕΠ που συμπεριλάμβαναν την μεταβίβαση ασθενών ανάμεσα σε ιατρούς και νοσοκόμους και την δυνατότητα να ενεργοποιήσουμε την πολιτική Κώδικα Φροντίδας για να αποσυμπιεστούν τα ΕΠ σε ώρες αιχμής. Η δημιουργία του Κώδικα Βοήθειας και η γνώση ότι μια ολόκληρη μονάδα θα αναλαμβάνει ασθενείς στους χώρους της κινητοποίησε το προσωπικό στις μονάδες υποδοχής να δουλεύουν πιο εντατικά στις αποφορτίσεις τους.*

*Σε περιόδους αλλαγής, σύγχυση ανάμεσα στο προσωπικό και μη ξεκάθαρη ηγεσία είναι η συνταγή της αποτυχίας. Το κλειδί για όποια επιτυχία είναι να έχεις μια καλά ανεπτυγμένη αποστολή που έχει την πλήρη υποστήριξη του ιατρού, του νοσοκόμου και της διοικητικής ηγεσίας των ΕΠ. Δημιουργήσαμε μια ξεκάθαρη περιγραφή αποστολής και επιβεβαιώσαμε ότι κάθε άτομο στο συγκεκριμένο τμήμα ήξεραν τι ήθελαν να επιτύχουν και γιατί οι αλλαγές ήταν απαραίτητες. Επίσης αντιληφθήκαμε ότι η συμμετοχή του προσωπικού*



πρώτης γραμμής και η συμμετοχή των μετόχων ήταν απαραίτητη για την αποδοχή και υιοθέτηση κάθε νέας πρωτοβουλίας.

Συνοπτικά, αναποτελεσματικότητες στις διαδικασίες μετακίνησης στα ΕΠ και καθυστερήσεις στην περίθαλψη μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ικανοποίηση ασθενών και τα αποτελέσματα. Κατά την αναδιαμόρφωση των λειτουργιών αντιμετωπίσαμε αυτό το πρόβλημα βελτιώνοντας την ροή ασθενών στα ΕΠ, αλλάζοντας την κουλτούρα του προσωπικού, και βάζοντας πρώτο τον ασθενή. Τελικά, τα ΕΠ του Cambridge κατάφερα να πιάσουν και να διατηρήσουν τους στόχους που είχαμε θέσει. Γίναμε το ίδρυμα με τις καλύτερες πρακτικές, βασισμένο στην ικανοποίηση ασθενών, μειώσαμε το χρόνο αναμονής, και αυξήσαμε τον συνολικό όγκο και χωρητικότητα των ΕΠ. Η βελτίωση της λειτουργικής αποδοτικότητας των ΕΠ μας επέτρεψε να εξυπηρετήσουμε αυξημένους όγκους ενώ την ίδια στιγμή βελτιώσαμε την ποιότητα περίθαλψης και ικανοποίησης ασθενών στα ΕΠ. Αυτή η υλοποίηση μπορεί να δείξει ότι αποτελέσματα και παραδοσιακές κουλτούρες μπορούν να βελτιωθούν μέσω στρατηγικής παρά μέσω μεγάλης κεφαλαιακής επένδυση (Assaad Sayah et. all 2014).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.**

### **ΣΥΚΡΙΣΗ ΤΕΠ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ**

Συνωστισμός εξακολουθεί να εμφανίζεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών σύμφωνα με τα εθνικά στοιχεία. Τα εθνικά στοιχεία δείχνουν ότι τα νοσοκομεία εξακολουθούν να εκτρέπουν τα ασθενοφόρα, ο χρόνος αναμονής στα επείγοντα Τμήματα αυξήθηκε, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις υπερέβησαν τον συνιστώμενο χρόνο κατά πολύ. Για παράδειγμα, ο μέσος χρόνος αναμονής για να δουν οι ασθενείς με επείγων πρόβλημα ένα γιατρό ήταν από 1 έως 14 λεπτά το 2001 και το 2006 ήταν 37 λεπτά, περισσότερο από το διπλάσιο χρόνο, όπως συνιστάται για το επίπεδο επείγοντος (Report to the Chairman, Committee on Finance, U.S. Senate, 2009).

Η έλλειψη πρόσβασης σε ενδονοσοκομειακά κρεβάτια εξακολουθεί να είναι ο κύριος παράγοντας που συμβάλλει στον συνωστισμό. Ακόμα μερικοί λόγοι που μπορεί να συμβάλουν στον συνωστισμό, είναι η έλλειψη ειδικευμένων ιατρών και νοσοκόμων, και η μαζική προσέλευση ανασφάλιστων ατόμων οι οποίοι έρχονται στα επείγοντα όχι γιατί είναι άρρωστοι σοβαρά αλλά γιατί δεν μπορούν να πάνε σε κάποιον ιδιωτικό ιατρό, λόγω οικονομικών προβλημάτων.

Τα τμήματα των ΤΕΠ σε Ελλάδα και εξωτερικό τα χρησιμοποιούν άνθρωποι όλων των ηλικιών και των εθνικοτήτων. Μπορεί ένας ασθενής να χρειαστεί να μεταβεί σε ένα ΤΕΠ πάνω από μια φορά τον χρόνο ή και ποτέ ξανά. Ποτέ κανείς δεν ξέρει πότε θα χρειαστεί την άμεση ιατρική

Το 2003, έγινε μια έρευνα σε πάνω από 2.000 νοσοκομεία με υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης που βρίσκονται στις μητροπολιτικές περιοχές της χώρας για να αναδειχτούν τα προβλήματα που αναφέρονται συνεχώς για το τμήμα επειγόντων περιστατικών. Σε γενικές γραμμές, τα νοσοκομεία ανέφεραν ότι τα περισσότερα προβλήματα του τμήματος των επειγόντων περιστατικών ήταν ο συνωστισμός, στις μητροπολιτικές περιοχές με πληθυσμούς των 2,5 εκατομμυρίων ή περισσότερο. Βρέθηκε επίσης ότι ο συνωστισμός είναι πολύπλοκο ζήτημα και ότι ένας βασικός παράγοντας που συμβάλλει σε αυτό είναι ότι δεν υπάρχουν πολλά κρεβάτια, και δεύτερο πρόβλημα ήταν ότι τα άτομα που ήταν ανασφάλιστα πήγαιναν στα επείγοντα απλά γιατί δεν είχαν χρήματα να πληρώσουν ένα ιδιωτικό γιατρό. Διενεργήθηκε ακόμα μια έρευνα από το Μάιο του 2008 έως τον Απρίλιο του 2009 σύμφωνα με τα γενικώς αποδεκτά ελεγκτικά πρότυπα της Αμερικανικής κυβέρνησης η οποία έδειχνε ότι εκατομμύρια ασθενείς κάθε χρόνο επισκέπτονται τα

Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, χωρίς κάποιο προφανή επείγοντα λόγο. Το 2003 πραγματοποιήθηκε μια έρευνα για τον συνωστισμό στα τμήματα ΤΕΠ σε μητροπολιτικές περιοχές. Κατά την περίοδο 2001-2006, ο εκτιμώμενος αριθμός των επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των ΗΠΑ υπερέβη 107 εκατομμύρια επισκέψεις κάθε έτος, που κυμαίνονται από περίπου 107 εκατομμύρια επισκέψεις το 2001 σε περίπου 119 εκατομμύρια επισκέψεων το 2006. Τα περισσότερα νοσοκομεία με τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης σε μητροπολιτικές περιοχές, ήταν αυτά που είχαν και την πλειοψηφία των επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών.(Report to the Chairman, Committee on Finance, U.S. Senate,2009)

Η έρευνα έδειξε ακόμη ότι το 2006, περίπου τα δύο τρίτα των νοσοκομείων με τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης βρίσκονται στις μητροπολιτικές περιοχές σε σύγκριση με περίπου το ένα τρίτο σε περιοχές έξω από τις μητροπολιτικές . Κατά το ίδιο έτος, περίπου 119 εκατομμύρια επισκέφτηκαν τα τμήματα ΤΕΠ. Περίπου 101 εκατομμύρια (85%) των έκτακτων περιστατικών συνέβη στις μητροπολιτικές περιοχές σε σύγκριση με περίπου 18 εκατ. (15%), συνέβησαν σε άλλες περιοχές.

Οι ασθενείς που έρχονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με ασθένειες ή τραύματα ποικίλης σοβαρότητας, αναφέρονται ως επίπεδο οξύτητας. Κάθε επίπεδο αντιστοιχεί οξύτητα σε μια συνιστώμενη σε ένα χρονοδιάγραμμα για να δει το περιστατικό ένας γιατρός.

Παράδειγμα: ασθενείς με άμεσο πρόβλημα πρέπει να εξεταστεί μέσα σε 1 λεπτό και ασθενείς με αναδυόμενες συνθήκες θα πρέπει να εξεταστούν μέσα σε 1 έως 14 λεπτά.

Από το 2001-2006 ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση αντιπροσώπευαν το μεγαλύτερο αριθμό και το ποσοστό των επισκέψεων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Κατά την ίδια περίοδο, το ποσοστό των ανασφάλιστων ασθενών που αναζητούν περίθαλψη σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης στα τμήματα ΤΕΠ κυμάνθηκε μεταξύ 15% -17 % των συνολικών επισκέψεων.

Τα εθνικά στοιχεία έδειξαν ότι οι χρόνοι αναμονής στα επείγοντα έχουν αυξηθεί και σε ορισμένες περιπτώσεις υπερέβησαν τα χρονικά πλαίσια τα οποία συνιστώνται . Για παράδειγμα, ο μέσος χρόνος αναμονής για να δει ένας ασθενής ένα γιατρό αυξήθηκε από 46 λεπτά το 2003 σε 56 λεπτά το 2006.

Στις μητροπολιτικές περιοχές ο μέσος χρόνος αναμονής για να δει ένας ασθενής γιατρό αυξήθηκε από 51 λεπτά το 2003 σε 60 λεπτά το 2006. Σε άλλες περιοχές ο μέσος

χρόνος αναμονής για να δουν ένα γιατρό εκτιμάται σε περίπου 26 λεπτά το 2003 και 33 λεπτά το 2006.

Πληροφορίες από μια βάση δεδομένων από 90 νοσοκομεία της έρευνας που έγινε έδειξαν ότι οι ασθενείς που είχαν προσέλθει στο τμήμα επείγοντων περιστατικών για πάνω από 6 ώρες πριν να μεταφερθούν σε μονάδα εντατικής θεραπείας του νοσοκομείου είχαν σχεδόν 5 % υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας στο νοσοκομείο από εκείνους που είχαν επιβιβαστεί για λιγότερο από 6 ώρες. Άλλες πληροφορίες που έδωσε η σχετική έρευνα ήταν και η έλλειψη ειδικών ιατρών και νοσηλευτών στα θέματα επείγουσας ιατρικής (Report to the Chairman, Committee on Finance, U.S. Senate, 2009).

Από την ετών εμπειρία οργανωμένων ΤΕΠ άλλων χωρών προκύπτει:

A) 10% επί του συνόλου των εξεταζόμενων από τα περιστατικά που διακομίζονται ή προσέρχονται στα ΤΕΠ, έχουν άμεση ανάγκη αντιμετώπισης λόγω απειλής των ζωτικών τους λειτουργιών.

B) 60% είναι περιστατικά που αυτοχαρακτηρίζονται σαν επείγοντα και μετά από μια αδρή κλινική ή και στοιχειώδη εργαστηριακή εκτίμηση παραπέμπονται για πρωτοβάθμια φροντίδα.

Γ) 30% έχει ανάγκη μιας περαιτέρω ιατρικής εκτίμησης και αναλόγου σε χρόνο όχι άμεσο.

"Σε πολλές χώρες του εξωτερικού ,η χρήση της τεχνολογίας Barcode για την αναγνώριση και ταυτοποίηση των ασθενών ,έχει συσχετιστεί με πολλές βελτιώσεις στην αποτελεσματικότητα της παροχής της υγείας προς όφελος του ασθενή. Ωστόσο τα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία δεν έχουν ακόμα αναπτύξει την τεχνολογία AIDC ,για ποικίλους λόγους όπως κόστος και τεχνικά θέματα ,αναποτελεσματική διαχείριση και αντίσταση στην αλλαγή."

Οι σημαντικότερες αλλαγές που έκαναν τα ξένα νοσοκομεία ήταν :

Πρώτον δημιουργία αυτόνομων ΤΕΠ έτσι ώστε να έχει δικό του χώρο και δικά του μηχανήματα

Δεύτερον διαχωρισμός του χώρου διαλογής με χρωματικές ζώνες οι οποίες χωρίζονταν ανάλογα με την κρισιμότητα της κατάστασης του ασθενή έτσι ώστε ο ασθενής γνώριζε που έπρεπε να κατευθυνθεί όταν ερχόταν στο ΤΕΠ.

Τρίτον αύξησαν τους ιατρούς στον χώρο διαλογής έτσι ώστε να γίνεται πιο γρήγορα και να αποφεύγονται δυσάρεστες καταστάσεις.

Τέταρτον δημιούργησαν τον λεγόμενο ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενή ο οποίος λειτουργεί με τον εξής τρόπο. Μόλις μπει μέσα στο νοσοκομείο ο ασθενής του δίνετε ένας αριθμός ο οποίος είναι και η ταυτότητα του, εκεί έχει όλα τα στοιχεία με το όνομα του, ηλικία, τηλέφωνο, τι σπιτώματα έχει, και γενικά οποιαδήποτε άλλη πληροφορία θα φανεί χρήσιμη στους ιατρούς και τις νοσοκόμες. Με αυτόν τον τρόπο οι ιατροί γνωρίζουν άμεσα τι γίνεται με τις εξετάσεις του ασθενή καθώς αυτές πηγαίνουν αυτόματα στον φάκελο του κάθε ασθενή και γλιτώνουν και χρόνο από το να τις γράψουν στο χέρι. (Εικόνα 1)

Πέμπτον το κάθε νοσοκομείο ανάλογα με την περιοχή που βρισκόταν μεγάλωσε ή μίκρυνε τον χώρο των ΤΕΠ του. Δημιούργησαν άλλες εισόδους και εξόδους για καλύτερη πρόσβαση των ασθενοφόρων στα επείγοντα.

Έκτον τα νοσοκομεία συνεργάστηκαν με το κράτος και με τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για να μπορέσουν να ενημερώσουν και να διδάξουν στον κόσμο ότι τα ΤΕΠ δεν είναι απλά ιατρικά κέντρα και δεν μπορούν να τα επισκέπτονται με το παραμικρό ή γιατί δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν από κάποιον ιδιώτη. Τα ΤΕΠ είναι για την άμεση φροντίδα ατόμων τα οποία έχουν κάποιο επείγον και πολύ σοβαρό πρόβλημα. (Report to the Chairman, Committee on Finance, U.S. Senate, 2009)



**Εικόνα 1: δείγμα φορητού υπολογιστή**

**Πηγή: (<http://hiis2.blogspot.gr/2012/12/second-article-information-technology.html>)**

Στην εικόνα αυτή φαίνεται ένα δείγμα ενός φορητού υπολογιστή που διαθέτουν οι ιατροί στις χώρες τις Αμερικής για την καλύτερη διαχείριση των ηλεκτρονικών φακέλων των ασθενών. Μέσα σε αυτόν τον υπολογιστή βρίσκονται τα δεδομένα των ασθενών που

βρίσκονται στο ΤΕΠ, οι εξετάσεις τους και ότι άλλο είναι χρήσιμο για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για να μπορούν να εργάζονται πιο γρήγορα και αποτελεσματικότερα.)

# **B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ**

#### **1.1 ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η διερεύνηση, καταγραφή και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων για την λειτουργία του ΤΕΠ από το Διοικητικό και ιατρονοσηλευτικού προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας, ποια η γνώμη τους για την κατάσταση που επικρατεί στο τμήμα του ΤΕΠ, έτσι ώστε να δοθούν λύσεις σύμφωνα με το προφίλ τους για την καλύτερευση της οργάνωσης και διαχείρισης της λειτουργιάς του ΤΕΠ.

Επιπλέον Στόχοι της έρευνας είναι να δείξει πως λειτουργεί και τι υπηρεσίες προσφέρει το ΤΕΠ στο Γ. Ν. Καλαμάτας

#### **1.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ**

- Ποια είναι η λειτουργία των ΤΕΠ;
- Υπάρχει σύστημα που μετράει την ποιότητα των υπηρεσιών στο ΤΕΠ;
- Υπάρχει διαχωρισμός των περιστατικών;
- Διαφοροποιούνται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα με την ειδικότητα όσον αφορά στη χρήση του triage, την επικοινωνία με τις κλινικές και την καταλληλότητα των εγκαταστάσεων και υποδομών των ΤΕΠ για την υποδοχή και αντιμετώπιση των περιστατικών;

#### **1.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ- ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ**

Η συλλογή των δεδομένων ήταν από το νοσοκομείο. Πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγια Η επιλογή του δείγματος είναι τυχαία. Το τυχαίο δείγμα δίνει τη δυνατότητα σε κάθε άτομο που πιθανώς θα συμμετέχει στην έρευνα να έχει τις ίδιες πιθανότητες με κάποιο άλλο που δεν θα συμμετέχει. Ο πληθυσμός της μελέτης είναι 32 άτομα που εργάζονται στο Γ. Ν. Καλαμάτας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε την περίοδο

Μάρτιο – Απρίλιο 2018. Για τη διεξαγωγή της έρευνας, ζητήθηκε άδεια από το νοσοκομείο.

## **1.4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ**

Το μεθοδολογικό εργαλείο της έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Για τη δημιουργία του εργαλείου θα χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγιο που διαμορφώθηκε για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας. Έτσι το ερωτηματολόγιο που προέκυψε περιέχει δύο ενότητες, το πρώτο μέρος αναφέρεται στα προσωπικά στοιχεία και το δεύτερο αναφέρεται σε ερωτήσεις που αφορούν τη λειτουργία των ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας.

Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο καθώς αυτή η μέθοδος επιτρέπει στους ερευνητές σε σύντομο χρονικό διάστημα και με μικρό κόστος να συγκεντρώσουν εμπειρικά δεδομένα από ευρύτατες ομάδες για πολλά θέματα. Οι ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου και σε αυτές ζητείται να σημειώσουν οι συμμετέχοντες την απάντηση που τους εκφράζει περισσότερο. Η μέθοδος ανάλυσης των αποτελεσμάτων έγινε στο SPSS.

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μέθοδος. Σκοπός της Ποσοτικής ανάλυσης είναι να ανακαλύψει τις αιτίες της αλλαγής των κοινωνικών φαινομένων μέσω αντικειμενικής μέτρησης και αριθμητικής ανάλυσης. Στο είδος της έρευνας αυτής χρησιμοποιεί συνήθως τη *Deductive reasoning*, δηλαδή ο ερευνητής αρχίζει με μία ήδη υπάρχουσα θεωρία – αναμένει μία απάντηση. Η Ποσοτική ανάλυση αποβλέπει στην επαλήθευση μιας υπόθεσης μέσω αριθμητικών στοιχείων. Η κοινωνική ζωή έχει μια κανονικότητα δεν είναι ένα χάος. Συνεπώς, στόχος είναι η γενίκευση (γενικές αρχές). Δηλαδή, καταλήγει σε γενικεύσεις και σε εμπειρικά θεμελιωμένες θεωρίες, μέσω ερευνητικών ερωτημάτων. Η Θεωρία στην εμπειρική έρευνα σημαίνει εφαρμογή του κριτηρίου της επιστημονικής λογικής, δηλαδή τι βλέπουμε και όχι τι πρέπει να δούμε. Βασίζεται σε αριθμητικά δεδομένα ή χαρακτηριστικά περιπτώσεων ή υποκειμένων που δείχνουν την σύνδεση μεταξύ της κοινωνικής πραγματικότητας και θεωρίας. Τα κοινωνικά φαινόμενα εξετάζονται μέσω μεταβλητών που τα εκλαμβάνει ως εξωτερικά χαρακτηριστικά (Babbie 2011).

## **1.5 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ**



Προκειμένου να διεξαχθεί η έρευνα εξασφαλίστηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το απόρρητο των απαντήσεων τους. Ενημερώθηκαν ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις και ότι οποιαδήποτε απάντηση και αν δοθεί, δεν θα ανακοινωθεί σε τρίτους αλλά αντίθετα οι απαντήσεις τους θα χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό της μελέτης. Εξασφαλίστηκε ακόμα το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες μέσω της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν θα υποστούν κάποια βλάβη. Ακόμα η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας ήταν εθελοντική και ήταν δική τους απόφαση αν θα συμπληρώσουν τελικά το ερωτηματολόγιο ή όχι.

## 1.6 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ

Για την εγκυρότητα της έρευνάς μας – εγκυρότητα περιεχομένου- έχει σημασία η αντιστοίχιση της ερευνητικής στοχοθεσίας με τα ερωτήματα του Οδηγού ερωτηματολογίου, «η αξιοπιστία περιλαμβάνει την αφοσίωση στην πραγματικότητα, στο περιεχόμενο και στην ιδιαιτερότητα της κατάστασης, στην αυθεντικότητα, στην αντιληπτικότητα, στη λεπτομέρεια, στην ειλικρίνεια, στο βάθος της απάντησης και στη μεστότητα του περιεχομένου».

Η έλλειψη, όμως, επαρκούς τεκμηρίωσης μεθόδων, ευρημάτων και συμπερασμάτων οδήγησε σε αναστοχασμό στο χώρο της ποσοτικής έρευνας και επαναπροσδιορισμό του τριπτύχου «γενίκευση- εγκυρότητα- αξιοπιστία», που επιτυγχάνονται με την ικανοποίηση συγκεκριμένων κριτηρίων ερευνητικής συνέπειας και ενδεδειγμένης περιγραφής της ερευνητικής διαδικασίας. Ο μεγάλος αριθμός περιπτώσεων της δικής μας ποσοτικής έρευνας και ο μη «αντιπροσωπευτικός» τους χαρακτήρας την κάνουν να μην εγείρει, σαφώς, αξιώσεις γενίκευσης, εγκυρότητας και αξιοπιστίας με τα ποσοτικά επιστημολογικά κριτήρια. Η έρευνά μας στοχεύει απλώς σε συνεπαγόμενη γενίκευση, η οποία παραπέμπει στην έννοια της «μεταφερσιμότητας» ή, αλλιώς, «μεταβιβασιμότητας» των ευρημάτων μας σε άλλα ομοειδή πλαίσια-περιβάλλοντα, με προϋπόθεση την παροχή πλούσιας, λεπτομερούς περιγραφής των δεδομένων και του τρόπου παραγωγής του υλικού μας .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

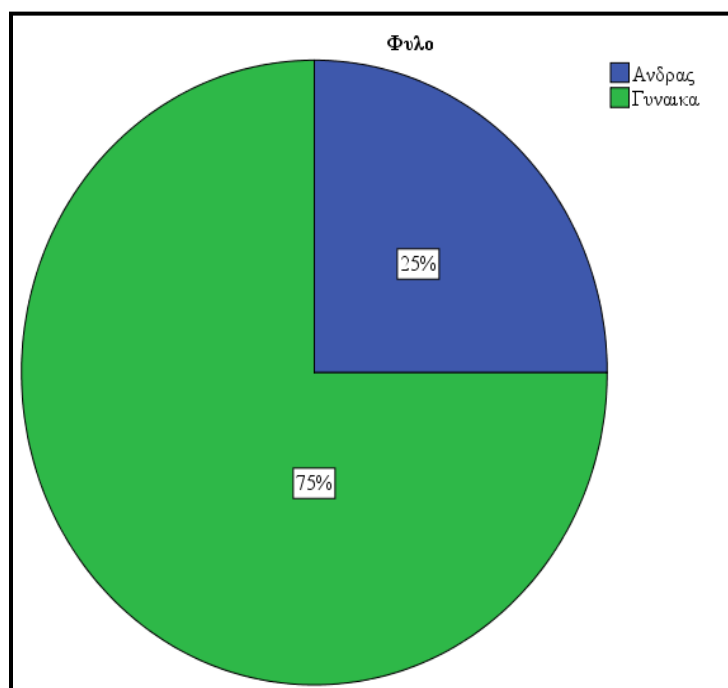
#### 2.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

##### Φύλο

Το πλήθος των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα ήταν 32. Το μεγαλύτερο ποσοστό εξ αυτών ήταν γυναίκες σε ποσοστό 75% (N=24) και οι υπόλοιποι άνδρες (25%, N=8).

**Πίνακας 8.1. Φύλο**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ανδρας	8	25,0	25,0	25,0
Γυναίκα	24	75,0	75,0	100,0
Total	32	100,0	100,0	



**Διάγραμμα 8.1. Φύλο**

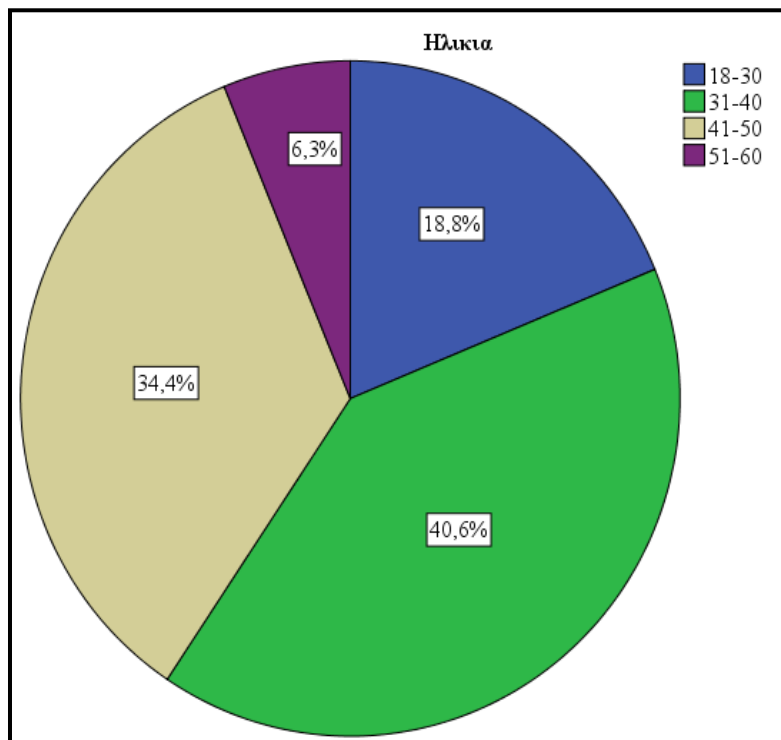
##### Ηλικία

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων, έχει ηλικία από 31-40 ετών (N=13, 40,6%) ενώ το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό καλύπτεται από συμμετέχοντες ηλικίας 41-60 ετών

(N=11, 34,4%). Ακολούθως σε ποσοστό 18,8% (N=6) έχουν ηλικία 18-30 ετών και τέλος σε ποσοστό 6,3% (N=2) έχουν ηλικία 51-60 ετών.

**Πίνακας 8.2.** Ηλικία

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18-30	6	18,8	18,8	18,8
31-40	13	40,6	40,6	59,4
41-50	11	34,4	34,4	93,8
51-60	2	6,3	6,3	100,0
Total	32	100,0	100,0	



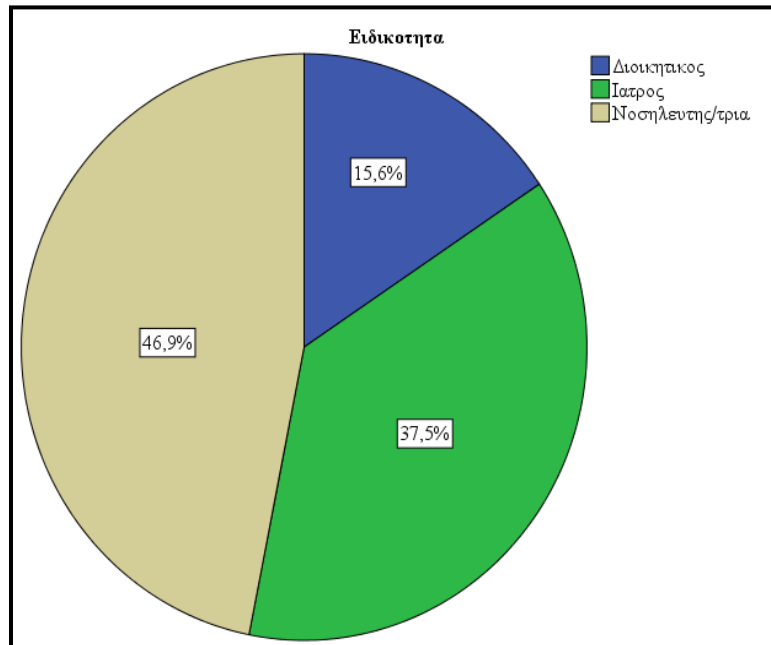
**Διάγραμμα 8.2.** Ηλικία

### Ειδικότητα

Όσον αφορά στην ειδικότητα το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων καλύπτεται από νοσηλεύτες/τριες (N=15, 46,9%) και από ιατρούς (N=12, 37,5%). Το υπόλοιπο 15,6% των συμμετεχόντων καλύπτεται από διοικητικούς υπαλλήλους (N=5).

**Πίνακας 8.3.** Ειδικότητα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διοικητικός	5	15,6	15,6	15,6
Ιατρος	12	37,5	37,5	53,1
Νοσηλεύτης/τρια	15	46,9	46,9	100,0
Total	32	100,0	100,0	



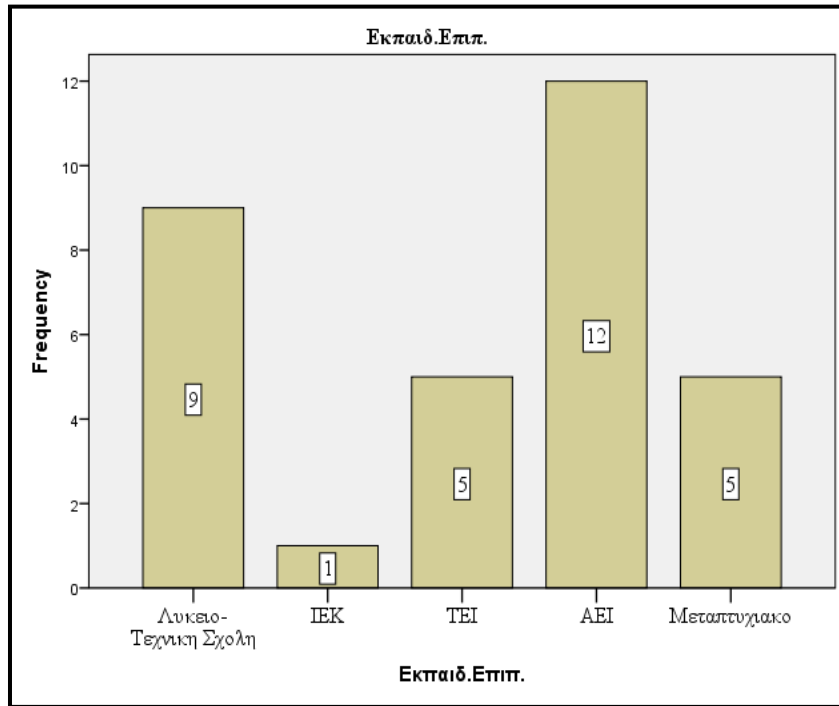
Διάγραμμα 8.3. Ειδικότητα

#### Εκπαιδευτικό Επίπεδο

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι ΑΕΙ (N=12, 37,5%) ενώ σε ποσοστό 28,1% είναι απόφοιτοι Λυκείου ή Τεχνικής Σχολής (N=9). Ακολουθώντας σε ποσοστό 15,6% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ και κάτοχοι Μεταπτυχιακού αντίστοιχα ενώ μόλις ένα άτομο ήταν απόφοιτος ΙΕΚ.

Πίνακας 8.4. Εκπαιδευτικό Επίπεδο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Λυκειο-Τεχνική Σχολή	9	28,1	28,1	28,1
ΙΕΚ	1	3,1	3,1	31,3
Valid ΤΕΙ	5	15,6	15,6	46,9
ΑΕΙ	12	37,5	37,5	84,4
Μεταπτυχιακό	5	15,6	15,6	100,0
Total	32	100,0	100,0	



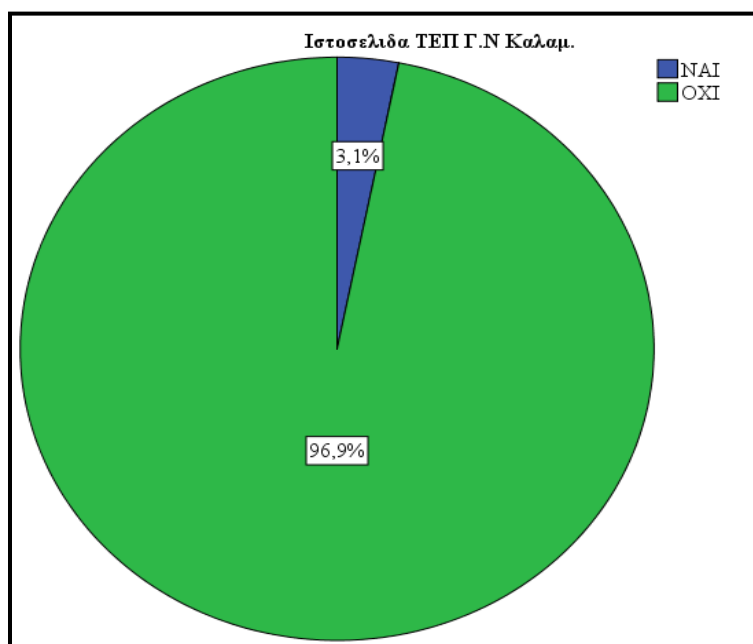
**Διάγραμμα 8.4.** Εκπαιδευτικό Επίπεδο

Ιστοσελίδα ΤΕΠ Γ.Ν Καλαμάτας

Στην ερώτηση για το εάν υπάρχει ιστοσελίδα των ΤΕΠ του Γ.Ν. Καλαμάτας σε ποσοστό 96,9% απάντησαν όχι ενώ μόλις ένα άτομο απάντησε Ναι.

**Πίνακας 8.5.** Ιστοσελίδα ΤΕΠ Γ.Ν Καλαμάτας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	1	3,1	3,1	3,1
OXI	31	96,9	96,9	100,0
Total	32	100,0	100,0	



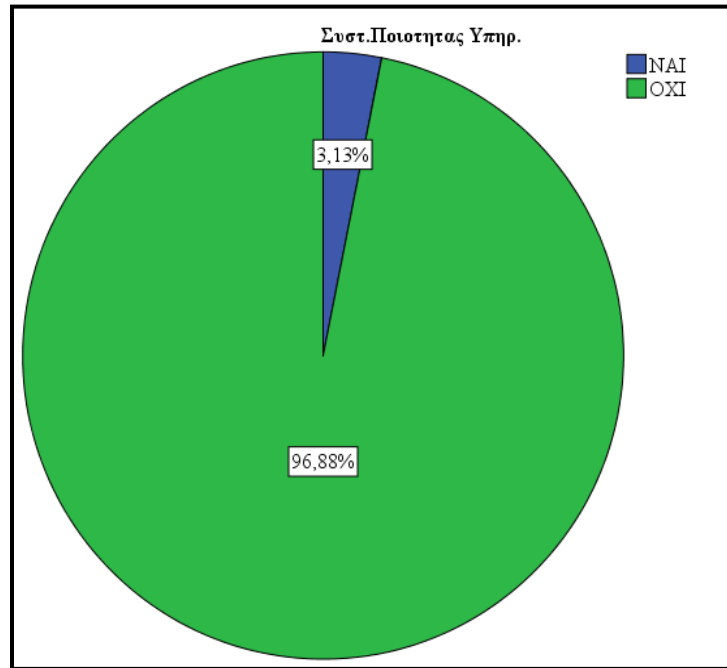
**Διάγραμμα 8.5.** Ιστοσελίδα ΤΕΠ Γ.Ν Καλαμάτας

Σύστημα ποιότητας υπηρεσιών

Αντίστοιχα και στην ερώτηση για το ένα υπάρχει σύστημα που μετράει την ποιότητα των περιστατικών στο ΤΕΠ και πάλι σε ποσοστό 96,9% απάντησαν όχι ενώ μόλις ένα άτομο απάντησε Ναι.

**Πίνακας 8.6.** Σύστημα Ποιότητας Υπηρεσιών

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	1	3,1	3,1	3,1
OXI	31	96,9	96,9	100,0
Total	32	100,0	100,0	



**Διάγραμμα 8.6.** Σύστημα Ποιότητας Υπηρεσιών

Στις επόμενες τρεις ερωτήσεις αναλύονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων σχετικά με το εάν γίνεται καταγραφή διαφόρων στοιχείων κατά την είσοδο του ασθενή στο ΤΕΠ όπως για παράδειγμα ο κωδικός ICD, η ώρα άφιξης και ο τρόπος προσέλευσης (π.χ. Ασθενοφόρο, ΙΧ κλπ)

#### Καταγραφή κωδικού ICD στην είσοδο

Όλοι οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι κατά την είσοδο του ασθενή στο ΤΕΠ δεν καταγράφεται ο κωδικός ICD του ασθενούς,

**Πίνακας 8.7.** Καταγραφή κωδ. ICD στην είσοδο

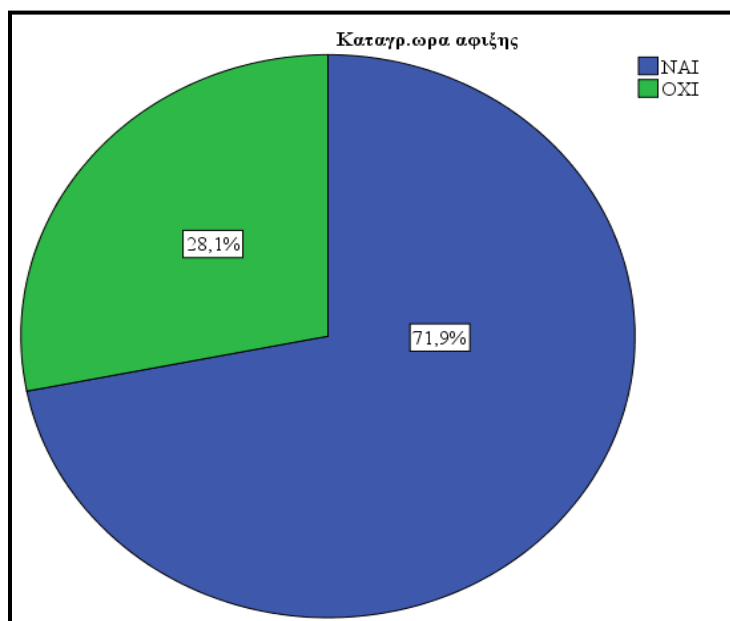
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	32	100,0	100,0	100,0

#### Καταγραφή ώρας άφιξης

Επίσης όσον αφορά για την καταγραφή της ώρας άφιξης των ασθενών κατά την άφιξή τους στο ΤΕΠ το 71,9% απάντησε θετικά ενώ το 28,1% αρνητικά.

**Πίνακας 8.8. Καταγραφή ώρας άφιξης**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	23	71,9	71,9	71,9
	OXI	9	28,1	28,1	100,0
	Total	32	100,0	100,0	



**Διάγραμμα 8.7. Καταγραφή ώρας άφιξης**

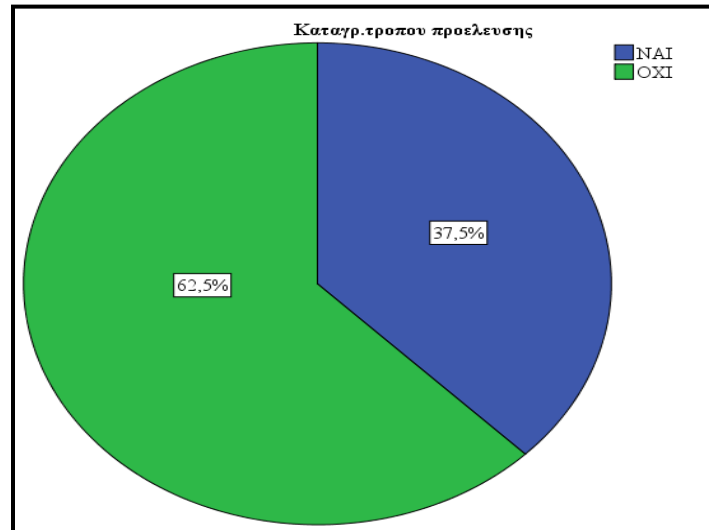
Καταγραφή τρόπου προσέλευσης

Τέλος όσον αφορά στο εάν υπάρχει καταγραφή του τρόπου προσέλευσης των ασθενών κατά την άφιξη τους στο ΤΕΠ το 62,5% απάντησε αρνητικά ενώ το 37,5% θετικά.

**Πίνακας 8.9. Καταγραφή τρόπου προσέλευσης**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	12	37,5	37,5	37,5
	OXI	20	62,5	62,5	100,0
	Total	32	100,0	100,0	





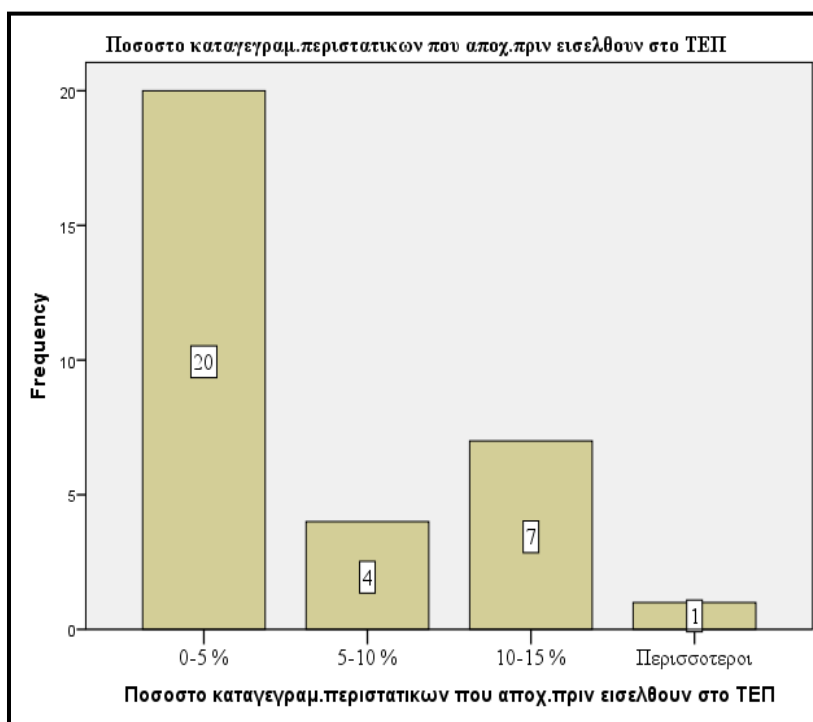
**Διάγραμμα 8.8.** Καταγραφή τρόπου προσέλευσης

Ποσοστό καταγεγραμμένων περιστατικών που αποχώρησαν πριν εισέλθουν στο ΤΕΠ

Σχετικά με το ποσοστό των καταγεγραμμένων περιστατικών που αποχώρησαν πριν εισέλθουν στο ΤΕΠ, το 62,5% των συμμετεχόντων απάντησε από 0-5%, το 21,9% από 10-15% και το 12,5% από 5-10%. Τέλος μόνο ένας συμμετέχοντας απάντησε περισσότερο ποσοστό από 15%.

**Πίνακας 8.10.** Ποσοστό καταγεγραμμένων περιστατικών που αποχώρησης πριν εισέλθουν στο ΤΕΠ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-5 %	20	62,5	62,5	62,5
5-10 %	4	12,5	12,5	75,0
Valid 10-15 %	7	21,9	21,9	96,9
Περισσότεροι	1	3,1	3,1	100,0
Total	32	100,0	100,0	



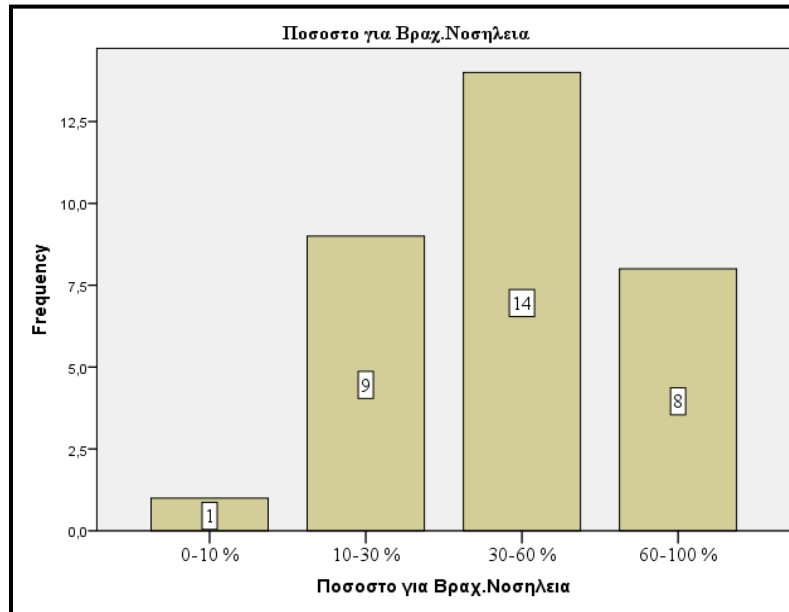
**Διάγραμμα 8.9.** Ποσοστό καταγεγραμμένων περιστατικών που αποχώρησης πριν εισέλθουν στο ΤΕΠ

Ποσοστό των περιστατικών που οδηγείται σε θάλαμο βραχείας νοσηλείας του ΤΕΠ για ολιγόωρη παραμονή και παρακολούθηση μετά την οποία λαμβάνει οδηγίες και εξιτήριο

Σχετικά με το ποσοστό των περιστατικών που οδηγείται σε θάλαμο βραχείας νοσηλείας του ΤΕΠ για ολιγόωρη παραμονή και παρακολούθηση μετά την οποία λαμβάνει οδηγίες και εξιτήριο το 43,8% των συμμετεχόντων απάντησε από 30-60%, ενώ σε περίπου ίδιο ποσοστό 28,1% και 25%, απάντησε σε 10-30% και σε 60-100%, αντίστοιχα. Τέλος μόλις ένας συμμετέχοντας απάντησε σε ποσοστό 0-10%.

**Πίνακας 8.11.** Ποσοστό για Βραχεία Νοσηλεία

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-10 %	1	3,1	3,1	3,1
10-30 %	9	28,1	28,1	31,3
30-60 %	14	43,8	43,8	75,0
60-100 %	8	25,0	25,0	100,0
Total	32	100,0	100,0	



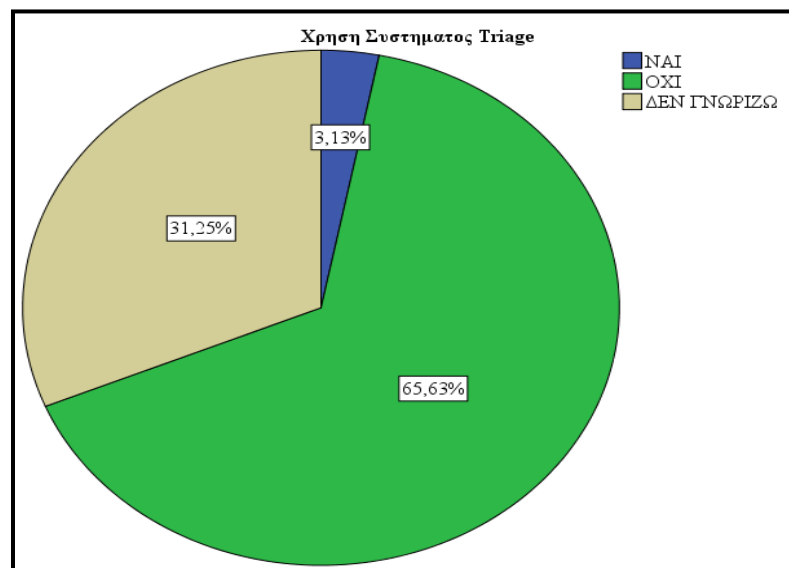
Διάγραμμα 8.10. Ποσοστό για Βραχεία Νοσηλεία

### Χρήση Συστήματος Triage

Στην ερώτηση για το εάν γίνεται χρήση του συστήματος Triage, το 65,6% των συμμετεχόντων απάντησε όχι ενώ το 31,5% φάνηκε να μην γνωρίζει. Τέλος μόνο ένας συμμετέχοντας απάντησε θετικά.

Πίνακας 8.12. Χρήση Συστήματος Triage

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	1	3,1	3,1	3,1
OXI	21	65,6	65,6	68,8
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	10	31,3	31,3	100,0
Total	32	100,0	100,0	



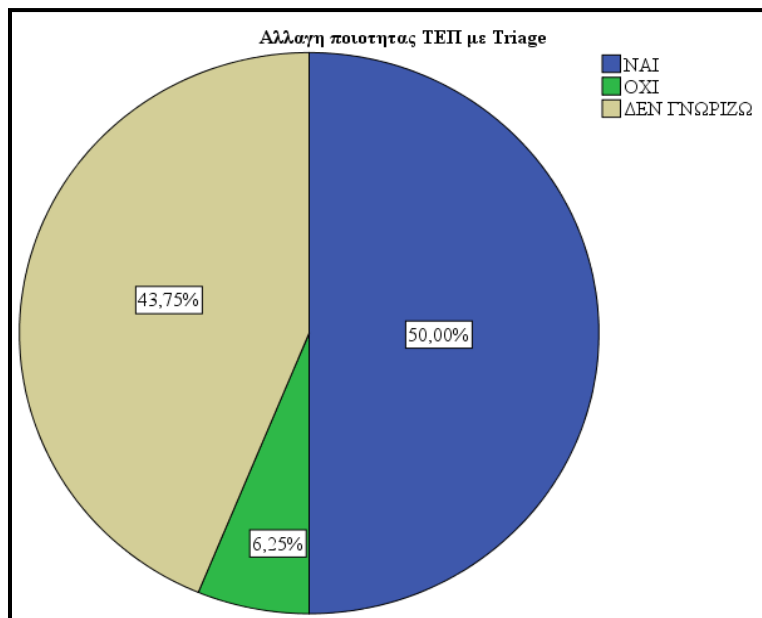
**Διάγραμμα 8.11.** Χρήση Συστήματος Triage

**Αλλαγή ποιότητας ΤΕΠ με Triage**

Στην ερώτηση για το εάν θεωρούν ότι το ηλεκτρονικό σύστημα triage θα διευκόλυνε και θα αναβάθμιζε την ποιότητα των ΤΕΠ το 50% απάντησε θετικά ενώ το 43,8% ότι δεν γνωρίζει ενώ μόλις 2 συμμετέχοντες (6,3%) απάντησε αρνητικά.

**Πίνακας 8.13.** Αλλαγή ποιότητας ΤΕΠ με Triage

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	16	50,0	50,0	50,0
OXI	2	6,3	6,3	56,3
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	14	43,8	43,8	100,0
Total	32	100,0	100,0	



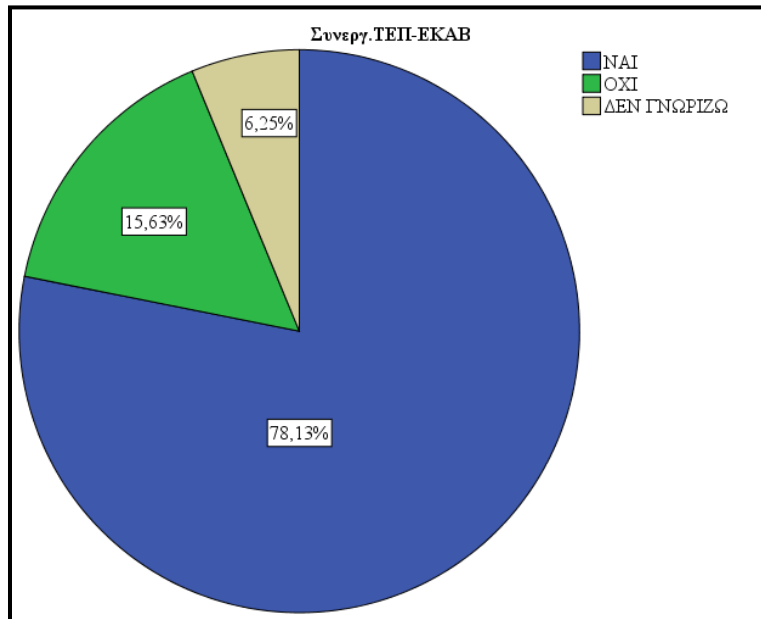
**Διάγραμμα 8.12.** Αλλαγή ποιότητας ΤΕΠ με Triage

**Συνεργασία των ΤΕΠ με το ΕΚΑΒ**

Όσον αφορά στο εάν υπάρχει συνεργασία των ΤΕΠ με το ΕΚΑΒ το 78,1% των συμμετεχόντων απάντησε Ναι, το 16,5% Όχι ενώ μόλις 2 συμμετέχοντες (6,3%) απάντησε ότι δε γνωρίζει.

**Πίνακας 8.14.** Συνεργασία ΤΕΠ-ΕΚΑΒ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	25	78,1	78,1	78,1
OXI	5	15,6	15,6	93,8
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	2	6,3	6,3	100,0
Total	32	100,0	100,0	



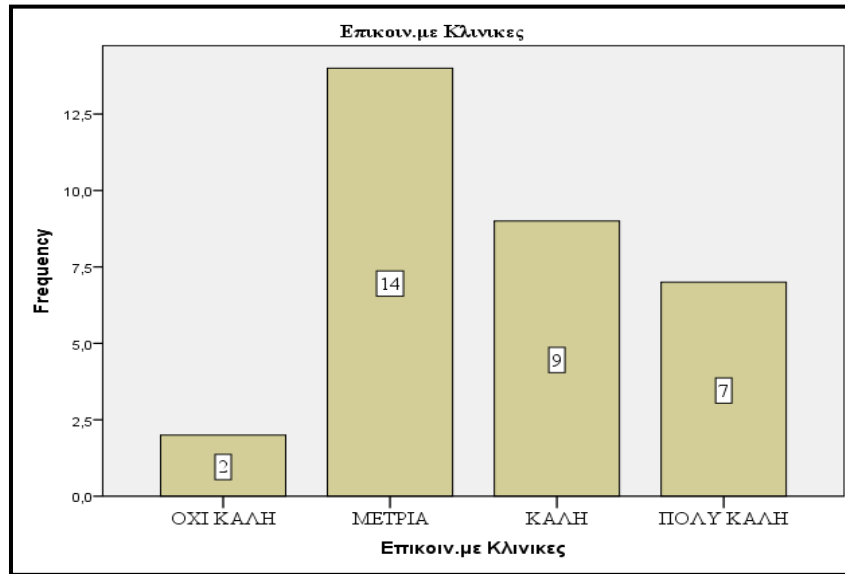
**Διάγραμμα 8.13.** Συνεργασία ΤΕΠ-ΕΚΑΒ

Επικοινωνία με τις κλινικές

Στην ερώτηση για το βαθμό αξιολόγησης της επικοινωνίας με τις κλινικές το 43,8% απάντησε ότι είναι μέτρια, το 28,1% καλή ενώ το 21,9% πολύ καλή. Μόλις το 6,3% των συμμετεχόντων απάντησε ότι δεν είναι καλή.

**Πίνακας 8.15.** Επικοινωνία με Κλινικές

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΟΧΙ ΚΑΛΗ	2	6,3	6,3	6,3
ΜΕΤΡΙΑ	14	43,8	43,8	50,0
ΚΑΛΗ	9	28,1	28,1	78,1
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	7	21,9	21,9	100,0
Total	32	100,0	100,0	



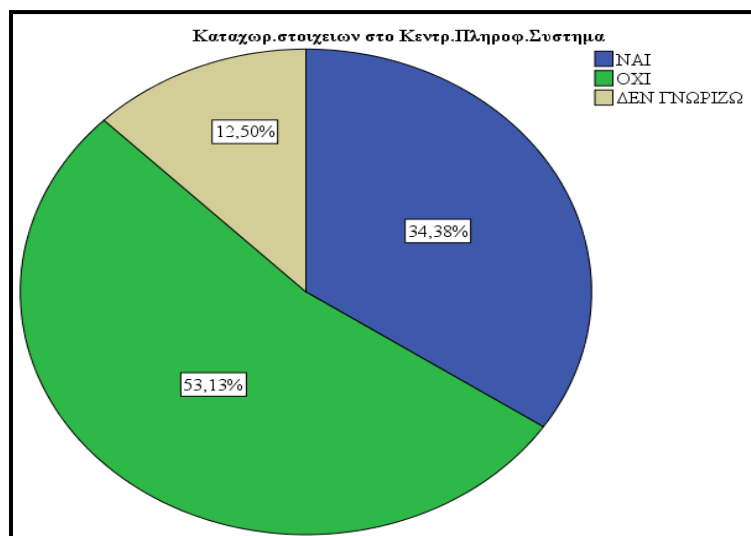
Διάγραμμα 8.14. Επικοινωνία με Κλινικές

Καταχώρηση στοιχείων ασθενών ή περιστατικών στο κεντρικό πληροφοριακό σύστημα

Όσον αφορά στο εάν καταχωρούνται τα στοιχεία των ασθενών ή των περιστατικών στο κεντρικό πληροφοριακό σύστημα, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες, το 53,1% απάντησε ότι δεν καταχωρούνται ενώ το 34,4% ότι γίνεται καταχώρηση. Τέλος μόλις το 12,5% απάντησε ότι δε γνωρίζει.

Πίνακας 8.16. Καταχώρηση στοιχείων στο Κεντρικό Πληροφοριακό Σύστημα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	11	34,4	34,4	34,4
OXI	17	53,1	53,1	87,5
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	4	12,5	12,5	100,0
Total	32	100,0	100,0	



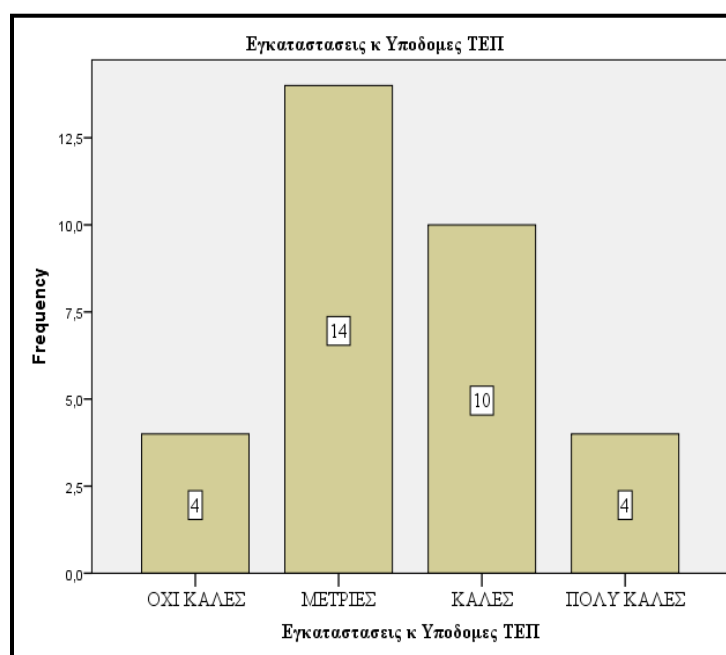
Διάγραμμα 8.15. Καταχώρηση στοιχείων στο Κεντρικό Πληροφοριακό Σύστημα

Καταλληλότητα εγκαταστάσεων και υποδομών των ΤΕΠ για την υποδοχή και αντιμετώπιση των περιστατικών

Σχετικά με την ερώτηση που αφορά στο κατά πόσο θεωρούν ότι οι εγκαταστάσεις και οι υποδομές των ΤΕΠ είναι κατάλληλες για την υποδοχή και αντιμετώπιση των περιστατικών το 43,8% τις θεωρεί μέτριες ενώ το 32,3% καλές. Σε αντίστοιχο ποσοστό 12,5% τις θεωρούν πολύ καλές και όχι καλές.

**Πίνακας 8.17.** Εγκαταστάσεις και Υποδομές ΤΕΠ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
OXI ΚΑΛΕΣ	4	12,5	12,5	12,5
ΜΕΤΡΙΕΣ	14	43,8	43,8	56,3
Valid ΚΑΛΕΣ	10	31,3	31,3	87,5
ΠΟΛΥ ΚΑΛΕΣ	4	12,5	12,5	100,0
Total	32	100,0	100,0	



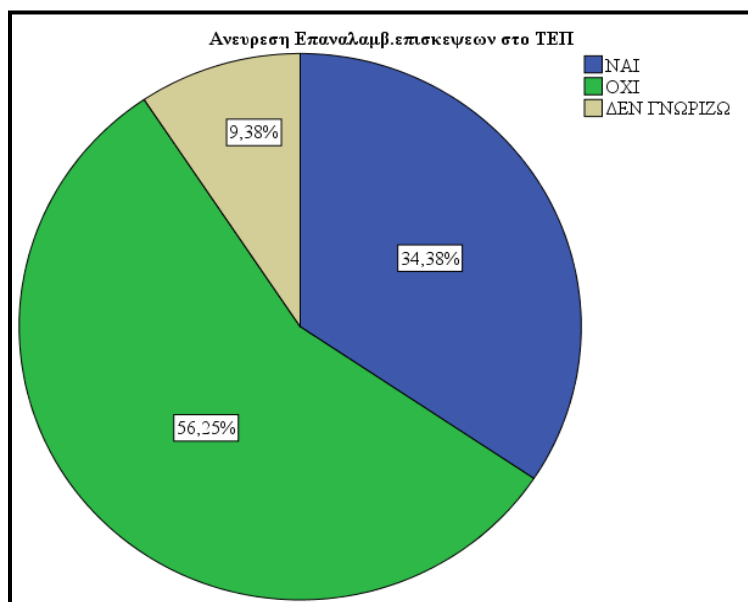
**Διάγραμμα 8.16.** Εγκαταστάσεις και Υποδομές ΤΕΠ

Δυνατότητα ανεύρεσης επαναλαμβανόμενων επισκέψεων από τα ίδια τα άτομα στα ΤΕΠ

Στο εάν υπάρχει δυνατότητα ανεύρεσης επαναλαμβανόμενων επισκέψεων από τα ίδια τα άτομα στα ΤΕΠ το 56,3% απάντησε ότι δεν υπάρχει δυνατότητα ενώ το 34,4% ότι υπάρχει. Μόλος το 9,4% των συμμετεχόντων απάντησε ότι δε γνωρίζει.

**Πίνακας 8.18.** Ανεύρεση Επαναλαμβανόμενων επισκέψεων στο ΤΕΠ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	11	34,4	34,4
	ΟΧΙ	18	56,3	90,6
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	3	9,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0



Διάγραμμα 8.17. Ανεύρεση Επαναλαμβανόμενων επισκέψεων στο ΤΕΠ

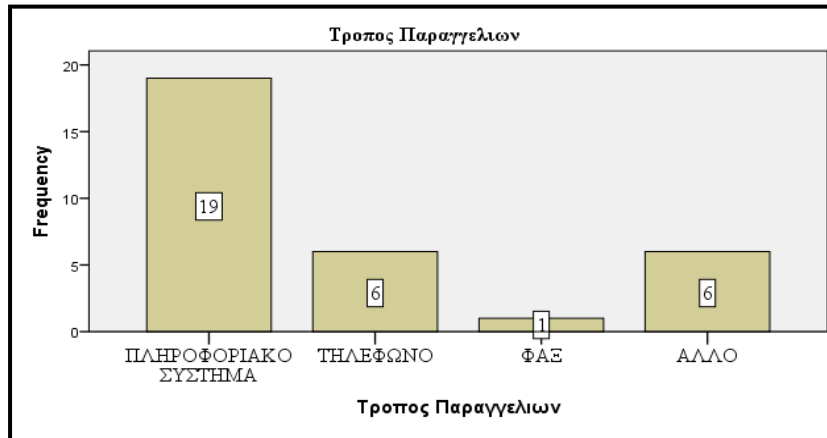
Τρόπος παραγγελιών αναλώσιμων, φαρμάκων και άλλων υλικών

Όσον αφορά στον τρόπο που γίνεται η παραγγελία αναλώσιμων, φαρμάκων και άλλων υλικών το 59,4% των συμμετεχόντων απάντησε ότι γίνεται μέσω πληροφοριακού συστήματος, σε ποσοστό 18,8% μέσω τηλεφώνου και μόλις 3,1% μέσω φαξ. Το υπόλοιπο 18,8% των συμμετεχόντων αναφέρει κάτι άλλο.

Πίνακας 8.19. Τρόπος Παραγγελιών

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	19	59,4	59,4
	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	6	18,8	78,1
	ΦΑΞ	1	3,1	81,3
	ΑΛΛΟ	6	18,8	100,0
Total	32	100,0	100,0	





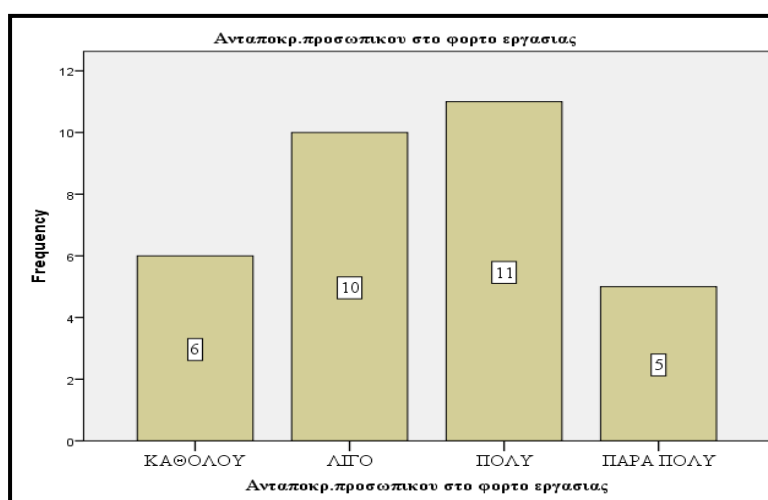
Διάγραμμα 8.18. Τρόπος Παραγγελιών

Ανταπόκριση προσωπικού στο φόρτο εργασίας

Τέλος στην ερώτηση για το εάν πιστεύουν ότι το προσωπικό μπορεί να ανταπεξέλθει στο φόρτο εργασίας σε ποσοστό 34,4% πολύ, το 31,3% λίγο, το 18,8% καθόλου κα μόλις το 15,6% πάρα πολύ.

Πίνακας 8.20. Ανταπόκριση προσωπικού στο φόρτο εργασίας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΘΟΛΟΥ	6	18,8	18,8	18,8
ΛΙΓΟ	10	31,3	31,3	50,0
Valid ΠΟΛΥ	11	34,4	34,4	84,4
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	5	15,6	15,6	100,0
Total	32	100,0	100,0	



Διάγραμμα 8.19. Ανταπόκριση προσωπικού στο φόρτο εργασίας

## 2.2. ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΑΛΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ Ή ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ -Chi-square (Κριτήριο $\chi^2$ )

Οι πίνακες συνάφειας είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι όταν έχουμε ονομαστικές μεταβλητές και θέλουμε να ελέγξουμε αν είναι συσχετισμένες. Η ύπαρξη συστηματικής σχέσης ανιχνεύεται με τον έλεγχο  $\chi^2$  (Chi-Square test).

Ο έλεγχος  $\chi^2$  είναι ένα πολύ χρήσιμο στατιστικό κριτήριο, καθώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να κρίνει ένα μεγάλο αριθμό υποθέσεων οι οποίες σχετίζονται με κατηγορικού τύπου δεδομένα.

Βασίζεται στον υπολογισμό ενός μέτρου από τις συχνότητες του πίνακα συνάφειας. Η αρχική (μηδενική) υπόθεση είναι ότι οι δύο μεταβλητές δεν είναι συσχετισμένες. Από τις παρατηρούμενες (Observed) συχνότητες υπολογίζονται οι αναμενόμενες (expected frequencies).

Ο έλεγχος αυτός μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως:

1. Έλεγχος καλής προσαρμογής: σε αυτή την περίπτωση ο  $\chi^2$  έλεγχος προσδιορίζει αν η απόκλιση ανάμεσα στις πραγματικές και τις εκτιμώμενες τιμές παρατηρήσεων είναι στατιστικά σημαντική.
2. Έλεγχος ανεξαρτησίας: σε αυτή την περίπτωση με απλά λόγια το να γνωρίζεις τις τιμές για μια μεταβλητή, δεν σου λέει τίποτα για τις τιμές της άλλης.

Για την διερεύνηση ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ διαφόρων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο ετερογένειας  $\chi^2$  του Pearson και όπου δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις έγινε χρήση του Fisher's exact test και Monte Carlo test. Η προϋπόθεση που απαιτείται από έλεγχο ανεξαρτησίας 2X2 είναι οι συχνότητες των κελιών να είναι τουλάχιστον ίσες με 5. Ένα αποδεκτό ποσοστό κελιών που θα έχουν συχνότητες μικρότερες του 5 είναι το 25%, αλλιώς μειώνεται σημαντικά η αποτελεσματικότητα του τεστ. Εάν λοιπόν δεν ικανοποιούνται οι προϋποθέσεις του  $\chi^2$  τεστ, το p-value υπολογίζεται με τη χρήση του Fisher's exact test εάν πρόκειται για πίνακες 2X2 και του Monte Carlo test για πίνακες με περισσότερα δεδομένα. Τα p-value με τιμή χαμηλότερη από 0.05 θεωρήθηκαν ως στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

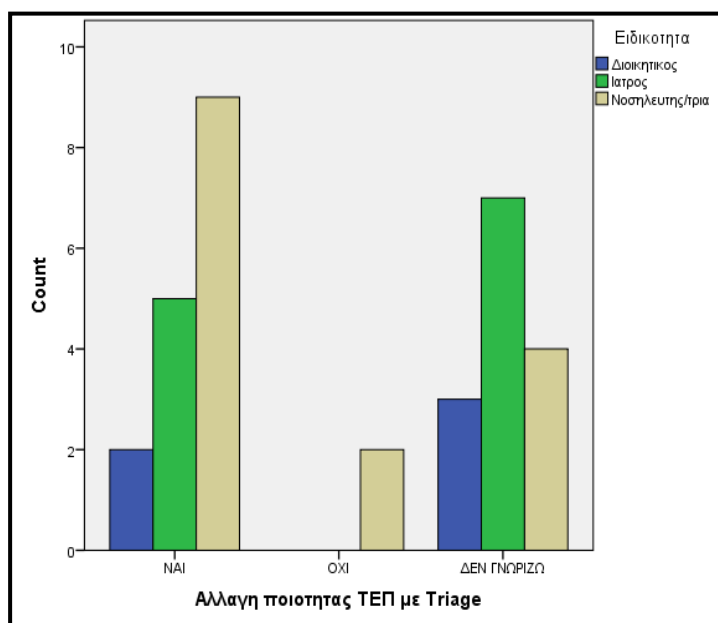
Στον παρακάτω πίνακα 8.21 φαίνεται η συσχέτιση της ειδικότητας των συμμετεχόντων και των απόψεών τους σχετικά με το εάν θεωρούν ότι το ηλεκτρονικό σύστημα triage θα διευκόλυνε και θα αναβάθμιζε την ποιότητα των ΤΕΠ καθώς και για το εάν θεωρούν ότι οι εγκαταστάσεις και οι υποδομές των ΤΕΠ είναι κατάλληλες για την υποδοχή και αντιμετώπιση των περιστατικών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης Monte Carlo, φαίνεται να μην υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ειδικότητα και στις υπό μελέτη μεταβλητές δεδομένου ότι το  $p\text{-value} > 0.05$ . Αυτό μπορεί να οφείλεται και στο γεγονός ότι ο αριθμός των συμμετεχόντων είναι αρκετά μικρός.

**Πίνακας 8.21.** Έλεγχος chi-square.

		Ειδικότητα
Θεωρείται ότι το ηλεκτρονικό σύστημα triage θα διευκόλυνε και θα αναβάθμιζε την ποιότητα των ΤΕΠ;	p-value	<u>0,299</u>
Πως αξιολογείται η επικοινωνία με τις κλινικές;	p-value	<u>0,230</u>
Θεωρείτε ότι οι εγκαταστάσεις και οι υποδομές των ΤΕΠ είναι κατάλληλες για την υποδοχή και αντιμετώπιση των περιστατικών	p-value	<u>0,423</u>

**Πίνακας 8.22.** Ειδικότητα vs Αλλαγή ποιότητας ΤΕΠ με Triage

		Ειδικότητα			Total
		Διοικητικός	Ιατρος	Νοσηλευτής/τρι α	
Αλλαγή ποιότητας ΤΕΠ με Triage	ΝΑΙ	2	5	9	16
	ΟΧΙ	0	0	2	2
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	3	7	4	14
Total		5	12	15	32

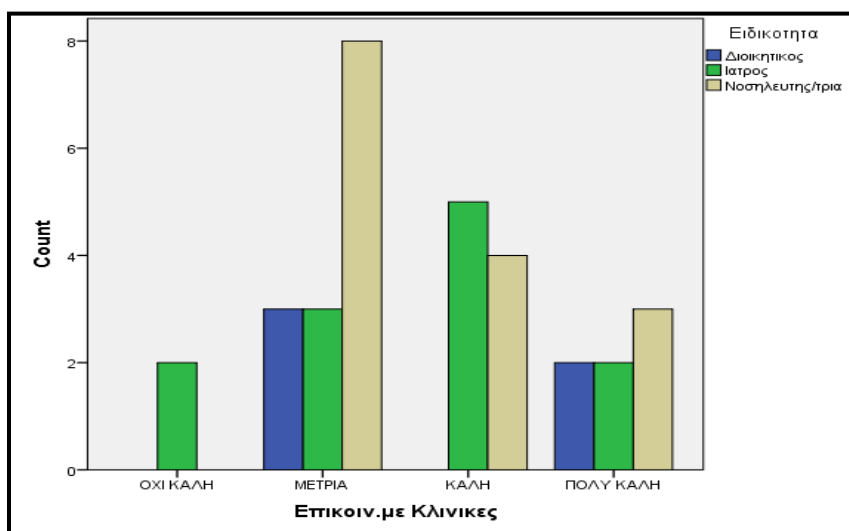


**Διάγραμμα 8.20.** Ειδικότητα vs Αλλαγή ποιότητας ΤΕΠ με Triage

Στον πίνακα 8.23 και στο διάγραμμα 8.21 αντίστοιχα έγινε συσχέτιση της ειδικότητας των συμμετεχόντων με το πώς αξιολογούν την επικοινωνία με τις κλινικές. Στη προκειμένη περίπτωση πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι Monte Carlo test καθώς δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τους άλλους στατιστικούς ελέγχους.

**Πίνακας 8.23.** Ειδικότητα vs Επικοινωνία με Κλινικές

		Ειδικότητα			Total
		Διοικητικός	Ιατρός	Νοσηλεύτρια/τρι α	
Επικοινωνία με Κλινικές	ΟΧΙ ΚΑΛΗ	0	2	0	2
	ΜΕΤΡΙΑ	3	3	8	14
	ΚΑΛΗ	0	5	4	9
	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	2	2	3	7
Total		5	12	15	32

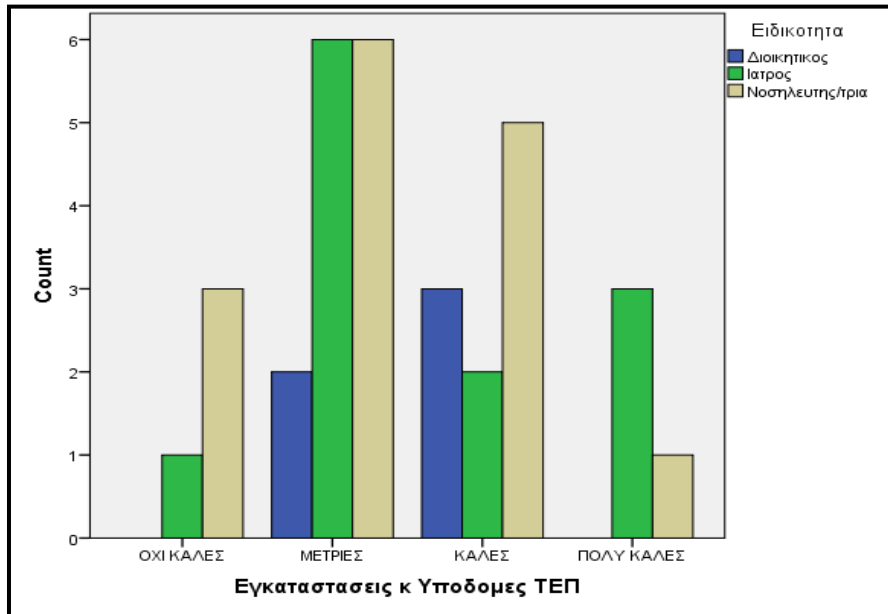


**Διάγραμμα 8.21.** Ειδικότητα vs Επικοινωνία με Κλινικές

Στον πίνακα 8.24 και διάγραμμα 8.22 φαίνεται αντίστοιχα η διαγραμματική απεικόνιση και η κατανομή των απαντήσεων ανά ειδικότητα συμμετεχόντων και ανά κατηγορία απαντήσεων στις υπό μελέτη ερωτήσεις.

**Πίνακας 8.24.** Ειδικότητα vs Εγκαταστάσεις και Υποδομές ΤΕΠ

		Ειδικότητα			Total
		Διοικητικός	Ιατρος	Νοσηλευτής/τρια	
Εγκαταστάσεις και Υποδομές ΤΕΠ	ΟΧΙ ΚΑΛΕΣ	0	1	3	4
	ΜΕΤΡΙΕΣ	2	6	6	14
	ΚΑΛΕΣ	3	2	5	10
	ΠΟΛΥ ΚΑΛΕΣ	0	3	1	4
Total		5	12	15	32



Διάγραμμα 8.22. Ειδικότητα vs Εγκαταστάσεις και Υποδομές ΤΕΠ

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης φαίνεται ότι το ΤΕΠ του Γ.Ν. Καλαμάτας δε διαθέτει ιστοσελίδα ούτε σύστημα καταγραφής της ποιότητας των περιστατικών στο ΤΕΠ δεδομένου ότι σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες απάντησαν αρνητικά. Όσον αφορά στα στοιχεία που καταγράφονται κατά την είσοδο του ασθενή στο ΤΕΠ σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης δε γίνεται καταγραφή του κωδικού ICD του ασθενούς, η καταγραφή της ώρας άφιξης των ασθενών τις περισσότερες φορές γίνεται ενώ ο τρόπος προσέλευσης των ασθενών (π.χ Ασθενοφόρο, ΙΧ κλπ) καταγράφεται ελάχιστες φορές.

Τα 2/3 των συμμετεχόντων απάντησαν ότι δε γίνεται χρήση του συστήματος triage ενώ το 1/2 των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η χρήση του θα διευκόλυνε και θα αναβάθμιζε την ποιότητα των ΤΕΠ.

Πάνω από τα 3/4 των συμμετεχόντων δήλωσε ότι υπάρχει συνεργασία των ΤΕΠ με το ΕΚΑΒ. Επιπλέον οι μισοί συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η συνεργασία των ΤΕΠ με τις κλινικές είναι από καλή έως πολύ καλή καθώς και σχεδόν οι άλλοι μισοί ότι είναι μέτρια.

Ακολούθως σχετικά με την καταχώρηση των στοιχείων των ασθενών ή των περιστατικών στο κεντρικό πληροφοριακό σύστημα, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες, απάντησαν ότι δεν καταχωρούνται ενώ το 1/3 ότι γίνεται καταχώρηση.

Σχετικά με το εάν θεωρούν ότι οι εγκαταστάσεις και οι υποδομές των ΤΕΠ είναι κατάλληλες για την υποδοχή και αντιμετώπιση των περιστατικών το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι είναι μέτριες ενώ το 1/3 καλές ενώ πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες απάντησε ότι δεν υπάρχει δυνατότητα επαναλαμβανόμενων επισκέψεων από τα ίδια τα άτομα στα ΤΕΠ.

Όσον αφορά στον τρόπο που γίνεται η παραγγελία αναλώσιμων, φαρμάκων και άλλων υλικών πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες απάντησε ότι γίνεται μέσω πληροφοριακού συστήματος. Τέλος όσον αφορά στο εάν πιστεύουν το προσωπικό μπορεί να ανταπεξέλθει στο φόρτο εργασίας οι μισοί συμμετέχοντες απάντησαν ότι μπορεί να ανταπεξέλθουν από πολύ έως πάρα πολύ και το υπόλοιπο 1/3 των συμμετεχόντων λίγο.

Σύμφωνα λοιπόν με τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στην αρχή της έρευνας παρατηρείτε ότι δεν υπάρχει η λειτουργία του ΤΕΠ στο Γ.Ν. Καλαμάτας πασχει σε διάφορους τομείς όπως στο σύστημα καταγραφής των περιστατικών, στις εγκαταστάσεις και υποδομές ενώ πολύ καλή φαίνεται να είναι η συνεργασία μεταξύ των ΤΕΠ και κλινικών καθώς και ΤΕΠ και ΕΚΑΒ.

Όσον αφορά στο δεύτερο και τρίτο ερευνητικό ερώτημα συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει σύστημα που να μετράει την ποιότητα των περιστατικών στο ΤΕΠ του Γ.Ν. Καλαμάτας αλλά ούτε σύστημα διαχωρισμού των περιστατικών δεδομένου ότι δεν χρησιμοποιείται το σύστημα triage.

Τέλος σύμφωνα με τα αποτελέσματα της σύγκρισης των απαντήσεων σε σχέση με την ειδικότητα δεν βρέθηκε να διαφοροποιούνται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων όσον αφορά στη χρήση του triage, την επικοινωνία με τις κλινικές και την καταλληλότητα των εγκαταστάσεων και υποδομών των ΤΕΠ για την υποδοχή και αντιμετώπιση των περιστατικών, δεδομένου ότι η τιμή  $p\text{-value}>0.05$ .



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το μοντέλο του ΤΕΠ δεν μπορεί να είναι το ίδιο για κάθε χώρα, αλλά ούτε και για κάθε νοσοκομείο. Φυσικά θα υπάρχουν κάποιοι γενικοί κανόνες λειτουργίας και διαχείρισης του τμήματος αλλά και κανόνες για την μεγαλύτερη ασφάλεια των ασθενών και του προσωπικού. Κάθε υγειονομικό σύστημα πρέπει να σχεδιάσει και αναπτύξει το δικό του μοντέλο, που να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες πολιτισμικές, γεωγραφικές, πληθυσμιακές και άλλες ανάγκες του:

Με την ανάπτυξη αυτόνομων ΤΕΠ θα επιτευχθεί καλύτερη έκβαση των επειγόντων με αύξηση των πιθανοτήτων επιβίωσης. Θα περιοριστούν οι αμφιλεγόμενες εισαγωγές, θα μειωθεί ο χρόνος νοσηλείας. Η καταγραφή των ασθενών η οποία εξακολουθεί να γίνεται με το χειρονακτικό τρόπο από τους γιατρούς ή τους νοσηλευτές ,απαιτεί μηχανογράφηση και γραμματειακή υποστήριξη. Έτσι θα διευκολυνθεί η ιεραρχική διεκπεραίωση των ασθενών και θα επιτευχθεί μείωση του χρόνου αναμονής.

Ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή μη προγράμματος ασφαλιστικής κάλυψης, σε ατομικό επίπεδο, ο κάθε επαγγελματίας υγείας οφείλει να προστατεύει τον εαυτό του και τα δικαιώματά του, ώστε να είναι σε θέση να προστατεύει και τους ασθενείς. Ο καλύτερος τρόπος για να το πετύχει αυτό είναι ένας συνδυασμός από τα εξής):

- Πιστή εφαρμογή των κανονισμών και διαδικασιών του νοσηλευτικού ιδρύματος όπου ανήκει το ΤΕΠ ή του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας, εάν υπάρχει
- Εξυπηρέτηση των συμφερόντων των ασθενών και κάλυψη των αναγκών τους, λαμβάνοντας υπόψη την κείμενη νομοθεσία και τους κρατικούς κανονισμούς, τους ασφαλιστικούς περιορισμούς, όταν υφίστανται, και φυσικά τους κανόνες της επιστήμης την οποία ο καθένας υπηρετεί
- Εκτέλεση μόνο εκείνων για τα οποία είναι εξουσιοδοτημένος ένας επαγγελματίας υγείας με βάση την εκπαίδευση, την κατάρτιση και την εμπειρία του ή όπως διατυπώνεται στον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Assaad Sayah et. all (2014), *Minimizing ED Waiting Times and Improving Patient Flow and Experience of Care*, <https://www.hindawi.com/journals/emi/2014/981472/>
- Australian College for Emergency Medicine (2005), <http://www.acem.org.au/>
- Babbie E. (2011). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Emergency rooms in Amerika,: A Deadly Prognosis, <http://www.foxnews.com/story/2008/03/12/emergency-rooms-in-america-deadly-prognosis.html>
- Διακήρυξη Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών για την Διεθνή ημέρα Νοσηλευτών (2006), <http://www.esne.gr/downloads/nosileutiko-deltio/nd185-1112-12.pdf>
- Ευρωπαϊκός Οδηγός Σπουδών για την Επείγουσα Ιατρική, [http://www.hesem.gr/files/European\\_Curriculum\\_for\\_EM-May\\_2008-GREEK.pdf](http://www.hesem.gr/files/European_Curriculum_for_EM-May_2008-GREEK.pdf)
- Κτενίδου, (2009), Οργάνωση και λειτουργία του ΤΕΠ, πτυχιακή εργασία, Θεσσαλονίκη, [http://index.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/10184/5006/Ktenidou\\_Fafouti.pdf?sequence=8](http://index.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/10184/5006/Ktenidou_Fafouti.pdf?sequence=8)
- Λάμπρου Γ.Π., (2005), Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Οργάνωση και λειτουργία, επιστήμες διοίκησης και οικονομίας στην υγεία
- Royal College of Nursing A & E Association (2005), <http://www.rcn.org.uk/>.
- Σαριβουγιούκας, κ.α., (2008), Τμήμα επειγόντων περιστατικών και πληροφοριακή υποστήριξη, <http://www.mednet.gr/archives/2008-1/pdf/102.pdf>
- Second article "information technology in medicine",
- <http://hiis2.blogspot.gr/2012/12/second-article-information-technology.html>
- ΦΕΚ 874/Β/12, [http://www.eina.gr/old/yyka/tep\\_060312.pdf](http://www.eina.gr/old/yyka/tep_060312.pdf)
- 7 Tips for Improving Emergency Department Patient Flow, <http://www.hfma.org/leadership/immediatebedding/>

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ –ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

**ΑΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ**

**α/α:**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:**

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

---

Στα πλαίσια της μελέτης με τίτλο «Μελέτη και Αξιολόγηση Υπηρεσιών ΤΕΠ» (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) θα σας παρακαλούσα να διαθέσετε λίγο από τον πολύτιμο χρόνο σας και να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο ακολουθώντας τις οδηγίες. Το ερωτηματολόγιο είναι **ανώνυμο**, οι πληροφορίες εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για την παρούσα μελέτη. Ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωσή του είναι πέντε λεπτά.

Υπεύθυνη Έρευνας: Ανδριανή- Εουγκένα Τσέλο

(Συμπληρώστε με X τα κουτάκια που σας ενδιαφέρουν)

**A) ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**Φύλο:**

Άνδρας       Γυναίκα

**Ηλικία**

20-30

31-40

41-50

51- 60

61 και άνω

**Ειδικότητα:**

- Διοικητικός
- Ιατρός
- Νοσηλεύτης/τρια

**Εκπαιδευτικό επίπεδο:**

- Λύκειο – Τεχνική Σχολή
- ΙΕΚ
- ΤΕΙ
- ΑΕΙ
- Μεταπτυχιακό
- Διδακτορικό

**Β)ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**

**1. Υπάρχει ιστοσελίδα των ΤΕΠ του Γ.Ν. Καλαμάτας;**

Ναι  Όχι

**Αν ναι, αναφέρετε κύρια στοιχεία που περιέχει**

.....

.....

.....

.....

**2. Υπάρχει σύστημα που μετράει την ποιότητα των περιστατικών στο ΤΕΠ;**

Ναι  Όχι

**3. Κατά την είσοδο του ασθενή στο ΤΕΠ ποια από τα παρακάτω στοιχεία καταγράφονται;**

Αιτία εισόδου ICD κωδικός ώρα άφιξης τρόπος προέλευσης ΕΚΑΒ  
(πχ. Ασθενοφόρο)

**4. Ποια είναι η διαδικασία και από ποιον προσδιορίζεται η σοβαρότητα του περιστατικού;**

.....  
.....  
.....

**5. Υπάρχουν περιστατικά που καταγράφονται στην είσοδο αλλά αποχωρούν χωρίς να εισέλθουν στα ιατρεία του ΤΕΠ;**

Ναι  Όχι  Δεν γνωρίζω

**Αν ναι, σημειώστε το αντίστοιχο ποσοστό**

0-5%  5-10%  10-15%  περισσότεροι

**6.Τι ποσοστό πιστεύετε ότι οδηγείται σε θάλαμο βραχείας νοσηλείας του ΤΕΠ για ολιγόωρη παραμονή και παρακολούθηση μετά την οποία λαμβάνει οδηγίες και εξιτήριο;**

0-10%  10-30%  30-60%  60-100%

**7. Χρησιμοποιείται το σύστημα triage;**

Ναι  Όχι  Δεν γνωρίζω

**8.Θεωρείται ότι το ηλεκτρονικό σύστημα triage θα διευκόλυνε και θα αναβάθμιζε την ποιότητα των ΤΕΠ;**

Ναι  Όχι  Δεν γνωρίζω

**9. Υπάρχει συνεργασία των ΤΕΠ με το ΕΚΑΒ;**

Ναι  Όχι  Δεν γνωρίζω

**Αν ναι, πως αξιολογείται;**

.....  
.....

**10. Πως αξιολογείται η επικοινωνία με τις κλινικές;**

Όχι καλή  μέτρια  καλή  πολύ καλή

**11. Καταχωρούνται τα στοιχεία των ασθενών ή των περιστατικών στο κεντρικό πληροφοριακό σύστημα;**

Ναι  Όχι  Δεν γνωρίζω

**Αν ναι ποια βασικά στοιχεία καταχωρούνται;**

.....  
.....  
.....

**12. Θεωρείτε ότι οι εγκαταστάσεις και οι υποδομές των ΤΕΠ είναι κατάλληλες για την υποδοχή και αντιμετώπιση των περιστατικών;**

Όχι καλές  μέτριες  καλές  πολύ καλές

**13. Υπάρχει δυνατότητα ανεύρεσης επαναλαμβανόμενων επισκέψεων από τα ίδια τα άτομα στα ΤΕΠ;**

Ναι  Όχι  Δεν γνωρίζω

**14. Με ποιο τρόπο γίνεται η παραγγελία αναλώσιμων, φαρμάκων και άλλων υλικών;**

Πληροφοριακό σύστημα  τηλέφωνο  φαξ  άλλο

**15. Πιστεύετε ότι το προσωπικό μπορεί να ανταπεξέλθει στο φόρτο εργασίας;**

Καθόλου  Λίγο  Πολύ  Πάρα πολύ

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ!!!**